LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES





PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DE L'UNIVERSITÉ, 8

—

1865

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

PARIS. — J. CLAYE, IMP.

N° 1. — MARDI 3 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 1. — MARDI 3 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JANVIER 1865.

LES DICTIONNAIRES DE MÉDECINE (1).

L'année qui vient de finir a vu commencer deux grandes entreprises de librairie, accueillies avec sympathie par le public médical. L'année qui commence va les voir se développer, grandir et prendre avec leur caractère définitif la place respective que ce caractère même leur assigne dans les bibliothèques de nos confrères.

Nous ne saurions mieux inaugurer cette nouvelle année qu'en exposant ici, pour l'édification de ceux de nos lecteurs qui n'ont point encore fait leur choix, ou qui seraient désireux de réaliser un cumul dont nous nous garderions bien de les détourner, le but, le plan, la méthode et l'esprit de ces deux importants ouvrages. C'est naturellement dans leur Introduction que nous devrons puiser ces renseignements. L'indication ou l'analyse des principaux articles nous fournira plus tard l'occasion de constater jusqu'à quel point l'exécution aura répondu aux promesses et aux engagements du programme.

L'Introduction du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, due à la plume du directeur de la rédaction, M. le docteur Jaccoud, est concise, un peu trop concise même; mais ce défaut, si c'en est un, trouve son excuse dans la nature même du sujet, c'est-à-dire dans le but et l'objet spécial du Dictionnaire, qui exclut les considérations générales et les questions de doctrine. Voici d'ailleurs en quels termes M. Jaccoud circonscrit très-nettement l'objet de l'entreprise. Elle ne doit pas dépasser les limites naturelles du cycle médico-chirurgical. Sans méconnaître les rapports d'intime solidarité qui unissent la médecine à l'anatomie, à la physiologie, aux sciences physiques et chimiques, elle n'aspire point à parcourir en son entier ce vaste domaine, et se borne, pour chacune de ces branches, aux sujets qui comportent une application médicale immédiate.

Tout en accordant une large place au côté pratique dans l'étude des sujets qui ressortissent à la médecine et à la chirurgie, on n'y oublie pas que des connaissances théoriques précises et complètes sont la seule base solide de la clinique et de l'art médical. L'anatomie descriptive a été écartée; mais fidèle à son plan, le directeur de la rédaction y a accueilli l'anatomie topographique, dont les applications médico-chirurgicales sont de tous les instants. En ce qui touche la physiologie, toutes les questions de cet ordre présentant un côté pratique, on n'en a élagué aucune.

Les mêmes principes ont été suivis dans le choix des articles afférents aux sciences physiques et naturelles. On y a admis tous les sujets par lesquels ces sciences sont les auxiliaires naturelles de la médecine. Enfin la médecine légale, la toxicologie, l'hygiène et l'hydrologie médicale y ont la place que leur assigne leur importance pratique.

Quant à l'ordre des matières, naturellement indiqué par le titre même du livre, la rédaction y a apporté les restrictions commandées par la nécessité de grouper dans un même cadre tous les faits se rattachant à l'objet étudié. Elle a adopté à cet effet, toutes les fois du moins que le sujet l'a exigé, le système des monographies, et on a exposé dans un seul chapitre, divisé en plusieurs articles, les diverses parties d'une même question.

L'étendue et la forme de ce Dictionnaire ainsi précisées, l'auteur de l'Introduction indique l'esprit dans lequel il a été conçu et les tendances qu'il doit représenter.

La science moderne est cosmopolite. Il appartenait surtout à M. Jaccoud, qui a payé, comme on le sait, un large tribut à la science étrangère, de lui faire la part qui lui revient. Ainsi montre-t-il, avec une modestie nationale qui n'exclut pas une certaine dose de légitime orgueil, la France sortie à son tour d'un isolement qui pouvait devenir dangereux, et, suivant l'exemple qui lui était donné de toutes parts, décidée à compter sérieusement désormais avec les travaux de ses voisins. Comme conséquence de cette multiplicité des sources auxquelles s'alimente la science médicale moderne, il signale les importantes découvertes qui ont grandi le champ de l'observation, les progrès de la physiologie et de la chimie animales portant la lumière sur bien des points obscurs, les applications de ces sciences à la médecine devenues plus précises et partant plus fécondes, l'examen rigoureux des faits prenant la place de l'hypothèse, la pathologie expérimentale pénétrant les conditions organiques et l'évolution des phénomènes morbides, comme la physiologie, son aînée et son guide, étudie le mode de production et l'enchaînement des phénomènes normaux par lesquels se révèlent et s'affirment dans l'organisme sain les mystérieuses opérations de la vie; il fait voir, en un mot, la médecine entrant, en tant que science, dans une phase nouvelle.

Cependant ce beau tableau a un revers. Cette rénovation, progrès incontestable, a été l'origine d'une erreur; erreur qui n'est pas nouvelle, mais qui est assez caractéristique de notre époque pour qu'il y eût opportunité à la rappeler à la suite de cette brillante esquisse. Elle a été d'ailleurs pour M. Jaccoud l'occasion d'aborder de front une question plus sérieuse et plus actuelle et de caractériser avec énergie une prétention autrement ambitieuse. Nous le laissons parler lui-même :

« Contemplant avec une orgueilleuse satisfaction la distance qui sépare la science moderne de la science antique, songeant avec complaisance à la puissance des nouvelles méthodes d'investigation, quelques adeptes trop fervents en sont venus à croire que la médecine ainsi transformée n'avait que faire de l'enseignement traditionnel, dont l'étude était désormais inutile. Cette prétention était insensée; mais le succès aveugle, elle trouva des défenseurs. Jusque-là pourtant le danger n'était pas grand; il ne s'agissait, après tout, que d'une de ces propositions qui se réfutent par leur absurdité même, et il n'y avait pas là de motif sérieux de crainte pour les tendances futures de la médecine. Mais cette première erreur en a produit une autre qui est beaucoup plus redoutable.

» Les méthodes et les procédés qui ont enrichi notre science depuis le commencement de ce siècle lui ont imprimé des allures toutes nouvelles, en donnant aux recherches et aux études de tout genre un caractère de certitude et de précision quasi mathématique qui leur avait souvent fait défaut. L'observation, en un mot, est devenue plus exacte et plus positive. Or, par une singulière aberration de jugement, le positivisme dans l'observation a été regardé comme le privilége exclusif du positivisme en philosophie, et, grâce aux efforts persévérants de quelques hommes qui étaient directement intéressés au triomphe de cette erreur, on a vu surgir à notre époque cette théorie incroyable qui proclame la solidarité indissoluble de la science positive et de la philosophie positive, et qui ose affirmer une relation nécessaire et constante entre les progrès de la médecine et la propagation du matérialisme, etc. »

Telle est la double erreur que M. Jaccoud, au nom de ses collaborateurs, déclare vouloir combattre. Mais pour atteindre plus sûrement ce but, aussi bien que pour rester dans le caractère pratique de l'œuvre, il déclare que l'on substituera aux raisonnements et aux discussions scolastiques une démonstration en actes :

« Nous tiendrons compte, dit-il, dans une égale mesure, et des leçons immuables de l'antiquité, et des progrès réels de notre époque, et nous montrerons ainsi que la science médicale contemporaine ne constitue qu'une période dans l'évolution générale de la médecine, et que ces deux phases distinctes d'une même histoire, la phase antique et la phase moderne, bien loin d'être incompatibles, doivent de toute nécessité se compléter l'une l'autre et se prêter un mutuel et constant appui; nous inspirant d'ailleurs de l'idée hippocratique, nous réussirons peut-être à montrer en même temps que le spiritualisme n'est point seulement la philosophie d'une science immobilisée ou contemplative, et que cette doctrine féconde qui a place pour tous les progrès, se concilie d'elle-même avec toutes les conquêtes de la médecine contemporaine. »

Avant d'exprimer notre jugement sur cette Introduction, nous voudrions la rapprocher de l'Introduction du *Dictionnaire encyclopédique*. Mais l'étendue qu'exige l'analyse de ce travail ne nous permet pas de l'entreprendre aujourd'hui. Ce sera l'objet d'un prochain article. — Dr Brochin.

(1) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. Ier et II. Paris, 1864. Chez J. B. Baillière et fils.
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. t. Ier. Paris, 1864. Chez Victor Masson et fils, et P. Asselin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons sur les troubles de la parole.

(Recueillies par le docteur Auguste VOISIN, ex-chef de clinique.)

Nous avons en ce moment dans nos salles une femme H..., âgée de quarante-sept ans, couchée au n° 6 de la salle Sainte-Madeleine, et qui est atteinte de perte de la parole. Voici son histoire, recueillie par mon chef de clinique :

Cette femme, sujette depuis longtemps à des migraines, n'a jamais eu de maladies graves; sa vie a été assez régulière. Elle a toujours été peu heureuse et dans un état voisin de la misère. Sa maladie actuelle date d'hier; à la suite d'une contrariété, elle a eu une attaque hystériforme, avec perte de connaissance. Elle a été apportée sur un brancard sans avoir recouvré son intelligence. Voici dans quel état on la trouve à la visite :

Décubitus dorsal; gémissements et plaintes. Hébétude profonde du visage; les yeux sont tantôt ouverts, tantôt fermés; elle prononce quelques mots lents et traînés; état demi-comateux:

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

COURS PROFESSÉ AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. LE Dr DAREMBERG.

PREMIÈRE LEÇON (1).

Il n'y a pas de génie humain qui puisse faire dépasser à une science d'observation ou expérimentale les limites qui lui sont fixées par les instruments qu'elle a à sa disposition; jamais le moment propice n'arrive sans une longue préparation, mais aussi jamais un homme ne manque quand ce moment est arrivé. Les germes semés au hasard ne fructifient faute de soleil, de lumière et d'un sol fécondé.

[illegible] seule science, les mathématiques, est indépendante de toutes [illegible], puisqu'elle n'a besoin que de l'espace et du temps, et que le temps sont les conditions mêmes de l'existence et de la [illegible] mathématiques conduisent à l'astronomie, à la physique, [illegible]; mais là se borne leur action directe. En possession [illegible] ques, les anciens ont donc pu pousser la mécanique et la mécanique loin que le leur permettaient les idées dominantes des mathém[illegible] finales, ou *téléologie;* mais les anciens n'avaient presque [illegible] astronomie idée juste des lois de la nature et de la structure intime des corps; par conséquent ils n'avaient ni chimie, ni météorologie, ni astronomie physique, ni anatomie des tissus, ni physiologie. Le système des quatre éléments, système si naturel, si spontané chez tous les peuples (sec, humide, froid et chaud, c'est-à-dire air, eau, terre, feu — quels phénomènes plus apparents! quelles sensations plus immédiates et plus vives!), dominant sous des formes diverses tout l'ensemble des sciences médicales dans l'antiquité et au moyen âge, enchaîna ces sciences jusqu'au moment où la physique, la première émancipée, vint aider la chimie à se dégager des formes mystérieuses ou des espérances chimériques de l'alchimie, et lui prêter ensuite les appuis et les moyens d'action les plus efficaces en régularisant la méthode expérimentale, et en perfectionnant les théories de la chaleur, de la lumière et de l'électricité.

A leur tour, la physique et la chimie conduisent à la connaissance du monde extérieur, avec lequel les êtres organisés entrent incessamment en relation, soit qu'ils y empruntent les matériaux nécessaires à l'entretien de la vie, soit qu'ils y rejettent les produits devenus inutiles ou nuisibles.

Ainsi l'hygiène, qui suppose déjà, comme on voit, tant d'acquisitions préliminaires, s'appuie encore sur l'anatomie et la physiologie, puisqu'elle a précisément pour but l'intégrité des organes et la régularité des fonctions. L'anatomie, du moins la partie de l'anatomie qui s'occupe de la matière et de la composition élémentaire des tissus, ne fait de véritables progrès que par les instruments que lui fournit la physique ou par les procédés d'analyse qu'elle emprunte à la chimie. La physiologie est aussi, dans de certaines limites, tributaire de la physique et de la chimie. Enfin la pathologie repose essentiellement sur l'anatomie et la physiologie, et, par ces deux sciences, sur toutes celles dont elles sont elles-mêmes dépendantes.

Comment, en effet, déterminer les désordres des fonctions, les altérations des solides ou des liquides, si l'on ne sait d'avance quel est le jeu régulier de ces fonctions, quelle est la constitution normale de ces tissus, de ces fluides dont la réunion forme l'être organisé? Aussi, messieurs, n'oubliez jamais de faire deux parts dans la médecine ancienne, celle des idées générales et celle des faits particuliers. Les idées générales demeurent pour le médecin à l'état purement spéculatif, puisqu'elles reposent sur des hypothèses; mais elles servent à l'historien pour le diriger dans la recherche des lois du progrès, et pour lui faire apercevoir l'enchaînement des systèmes; au contraire, les faits particuliers si bien décrits qu'on y reconnaît le triomphe du réel sur de puissantes, mais vaines théories, font partie intégrante de la connaissance positive, et doivent entrer dorénavant en ligne de compte dans une étude sérieuse de la médecine pratique. J'ajoute, et ce n'est point un paradoxe, que ces vérités de détail, enfants naturels du bon sens ou d'un empirisme intelligent, sont moins vraies pour les anciens que pour nous autres modernes, qui les avons découvertes au milieu d'un assemblage d'étranges erreurs à l'aide de nos propres observations qu'elles viennent à leur tour confirmer. De même les chimistes ont su reconnaître des corps simples ou composés, mais toujours définis, dans les mélanges informes qui remplissaient les creusets des alchimistes.

C'est donc par une connaissance exacte des milieux scientifiques

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 22 et 29 décembre 1864.

elle laisse tomber sa tête en arrière, et ne fixe aucun objet; elle meut à chaque instant les membres droits. Lorsqu'on la sort de sa torpeur, elle paraît savoir qu'elle est à l'hôpital; mais sa mémoire est obtuse. Elle semble désespérée de son état, se plaint d'être mal couchée; elle a conservé le sentiment de la pudeur. Les pupilles sont un peu resserrées et peu sensibles à la lumière. Les mouvements de la langue sont faciles et complets; la lèvre inférieure est cyanosée. Pas d'hémiplégie faciale. Le membre supérieur gauche est en extension; la main gauche est en flexion complète, sans cependant qu'il y ait de résistance à l'extension provoquée. Absence de mouvements volontaires dans les membres supérieur et inférieur gauches. La sensibilité est complétement perdue dans le membre supérieur, aussi bien que la sensibilité à la douleur, au tact, etc., et que la sensibilité musculaire. Au contraire, la sensibilité est normale au membre inférieur gauche et au tronc; 96 pulsations, résistantes, régulières. La chaleur de la peau est normale, sauf dans le membre supérieur gauche, où elle est un peu plus élevée qu'à droite. — *Prescription:* Une saignée de trois palettes.

Le lendemain, 13 novembre, il y a eu moins de somnolence. Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 16, retour de la sensibilité à la douleur au membre supérieur gauche; un peu de contracture dans ce membre; parole lente et plaintive; nausées.

Le 2 décembre, sensibilité électro-musculaire normale dans le membre supérieur gauche.

Le 11 février, à six heures du soir, la malade est prise brusquement de perte presque complète de la parole; elle avait cependant conservé son intelligence; elle se tenait assise dans son lit, indiquait par gestes qu'elle comprenait tout, et ne pouvait que répondre tout bas *oui* et *non*, appliquant, du reste, ces mots à propos. On lui a prescrit l'émétique à dose vomitive.

Le lendemain matin, 12, le malade est dans le même état qu'hier soir. Les yeux sont ouverts, le regard inquiet; la respiration oppressée. Quand on lui demande où elle souffre, elle montre de sa main droite la partie antérieure de la poitrine, et pousse un gémissement. On lui demande d'écrire où elle a mal; elle écrit deux fois de la main droite: *J'a. l. p.trne en barasé;* elle écrit ainsi son nom: *fenne j. bt.* Elle fait comprendre par un signe de tête qu'elle a vu M. Bouillaud il y a une demi-heure; elle s'exprime bien par gestes. Elle se penche en avant pour boire son bouillon, et fait attention à ne rien renverser. Elle fait signe qu'elle ne souffre pas de la tête; la peau est partout sensible aux piqûres. Pour que l'infirmière vienne auprès de son lit, elle fait un grognement, obtient ainsi son crachoir et y crache. 96 pulsations, très-petites, dépressibles; peau de chaleur exagérée.

Le 13, la parole est un peu plus nette; mais les mots se détachent mal, et forment par leur ensemble un ânonnement confus. Du reste, la malade a toute sa tête. 104 pulsations très-petites.

Le 15, mémoire des dates, des choses; la parole est faible, mais distincte; un peu de contracture dans le bras gauche et dans les muscles du cou.

Le 16, contracture des muscles de la moitié gauche de la face, d'où déviation des traits à gauche.

Le 17, la malade sait depuis combien de temps elle est à l'hôpital, et indique le jour de son entrée; la parole est toujours ânonnée.

Le 28, cyanose des lèvres; engouement pulmonaire; oppression. La malade a beaucoup de peine à s'exprimer; elle se fait comprendre surtout par gestes. — *Prescription:* 30 ventouses sèches sur la partie antérieure de la poitrine.

Même traitement les jours suivants; mais les phénomènes thoraciques persistent, et le 5 avril la malade tombe dans le coma et succombe le 6 au matin, sans avoir recouvré complétement l'usage de la parole depuis le 28.

Voici ce qu'a révélé à l'autopsie l'examen du cerveau:

Beaucoup d'artères sont athéromateuses, et en partie la basilaire, les sylviennes.

Les méninges qui tapissent la base du cerveau ont une transparence normale.

Les nerfs ont une apparence saine, et le cervelet, la protubérance, la moelle allongée, ne présentent rien de particulier.

Il existe un kyste sur la glande pinéale.

A la surface convexe du cerveau, la plupart des artérioles qui serpentent entre les circonvolutions présentent une couleur blanc jaunâtre, sur leurs bords en particulier, et par places de petits points jaunâtres.

Les méninges sont partout transparentes, sauf au bord de réflexion des hémisphères, où on aperçoit des plaques d'un rouge de sang foncé.

Le lobe sphénoïdal gauche fait en dehors une saillie prononcée. A la partie la plus externe de ce lobe sphénoïdal est une plaque d'un rouge noirâtre sous la pie-mère, du diamètre de 0,005, irrégulière de forme, et communiquant avec l'intérieur du lobe par deux fissures linéaires, longues de 0,008, séparées l'une de l'autre par un intervalle de 0,004, et situées précisément sur une circonvolution distante de 0,03 de la scissure de Sylvius et séparée de cette scissure par une circonvolution de second ordre.

Au niveau de ces deux fentes, la consistance de la pulpe cérébrale est notablement diminuée, presque molle, et donne l'idée d'une sorte de fluctuation, tandis que dans tout le reste du cerveau la fermeté est très-nette.

Nulle part il n'y a d'adhérences entre les méninges et la substance corticale, pas même au niveau des deux fissures; nulle part cette substance n'est érodée et irrégulière; mais après avoir enlevé les méninges qui tapissent le lobe sphénoïdal gauche, la pulpe cérébrale se déprime en creux au niveau des pertuis indiqués plus haut, et correspondant à une cavité qui occupe le centre du lobe sphénoïdal et présente en largeur 2 centimètres et demi et en longueur 6 centimètres. En dehors, la paroi est réduite à une mince lamelle épaisse de 3 millimètres, molle, d'une couleur rougeâtre. En dedans, la paroi est dans sa plus grande étendue épaisse de 8 millimètres; mais vers le bas, l'épaisseur n'est plus, dans une longueur de 4 millimètres, que de 2 millimètres dans la partie qui est en rapport immédiat avec la troisième circonvolution frontale supérieure, dont elle n'est séparée par conséquent que par la scissure de Sylvius; dans cette partie de la paroi, la substance grise est méconnaissable, et la pulpe a pris une teinte gris jaunâtre.

En bas, la cavité est distante de l'extrémité du lobe de 2 centimètres au plus, et sa limite supérieure suit une ligne qui se continuerait avec la scissure de Rolando prolongée. La cavité renferme de la sérosité rougeâtre et un caillot de récente formation, noirâtre, mou, du volume d'une petite noix, qui serait surmonté d'un prolongement en pointe.

La surface interne de la cavité présente dans ses moitiés inférieure et supérieure deux aspects bien différents. Dans la première, la couleur est d'un jaune d'ocre piqueté de rouge noirâtre; le tissu est granuleux, très-mou; dans la seconde, on voit de nombreuses taches d'un rouge de sang en forme de pointillé.

Dans la première, le tissu sous-jacent est ramolli à une profondeur de 0,002 à peu près; dans la seconde, le ramollissement va au plus à 0,001.

La poche est en arrière en rapport de voisinage avec la partie saine du corps sphénoïdal, et en avant avec la troisième circonvolution frontale supérieure, dont elle n'est séparée que par la scissure de Sylvius.

Les lobes antérieurs ne présentent rien d'anormal. Au point de vue de l'hémiplégie des membres gauches, la couche optique droite est transformée dans sa moitié externe en un tissu d'un jaune d'ocre, à surface irrégulière, traversée par des espèces de tractus rappelant l'aspect cicatriciel. Ce tissu jaunâtre existe dans une longueur de 0,032 et une largeur de 0,05. A la surface de ce tissu, on voit ramper une artériole du diamètre de 0,001, qui présente plusieurs points jaunâtres et blanchâtres fermes au toucher.

Ce tissu jaune est mou, mais non pas assez pour s'enlever sous le filet d'eau; il s'étend en bas dans une étendue de 0,003. En pratiquant une coupe, on constate que le noyau extra-ventriculaire du corps strié est légèrement ramolli, sans altération de sa coloration.

Le cœur est un peu hypertrophié, l'oreillette gauche dou[ble] de volume et gorgée de sang. Il n'y a point de lésions va[lvu]laires. Athéromes aortiques en petite quantité. Etat mod[éré]ment gras du foie.

J'ai vu ces jours derniers en ville une dame atteinte de p[hé]nomènes analogues dans les circonstances suivantes: elle [fut] prise, il y a un an, de la goutte compliquée de symptômes [car]diaques et s'en remit parfaitement. Depuis quelques jours, [elle] souffrait de la grippe; puis elle a éprouvé des nausées, de la [cé]phalalgie; la nuit a été mauvaise, agitée, et un matin enfin [on] l'a trouvée immobile, ne pouvant pas parler, ayant les y[eux] ouverts. Appelé aussitôt, je constatai une hémiplégie compl[ète] droite, sauf aux paupières. Cette dame me reconnut, mais ne [put] articuler aucun mot; elle avait toute sa tête et reconnais[sait] très-bien tout son monde.

Je fis appliquer vingt sangsues à l'anus; la parole ne re[vint] pas. Ne pouvant faire saigner la malade au bras en raison [de] son état adipeux, j'ordonnai des ventouses scarifiées à la nu[que] (300 grammes de sang).

Le lendemain, la malade balbutiait moins et les memb[res] étaient moins paralysés. Enfin le troisième jour elle disait b[on]*jour*, *oui* et *non*, *docteur*, mais ne pouvait écrire, en raison [de] la paralysie de la main droite; elle souriait.

Deux jours après, elle prononçait des phrases entières; sa [vo]lonté pouvait s'exprimer facilement; mais au milieu de [ses] phrases elle disait des mots sans le moindre rapport avec [ce] qu'elle voulait dire; elle n'avait aucune idée du temps, elle [ne] savait ni le jour de la semaine ni le mois. Elle ne pouvait éc[rire] son nom ni le moindre mot. Cette dame avait aussi perdu [la] notion du nombre, et voici comment je suis parvenu à le co[n]stater: on l'avait entendue compter 33, 34; je lui deman[dai] combien font 3 et 4; elle ne put jamais le dire. Elle ne sut [pas] davantage répondre à quelques questions très-simples sur [des] opérations élémentaires d'arithmétique. Et remarquez que ce[tte] malade était auparavant très-forte en calcul. Ainsi elle av[ait] perdu la faculté du calcul aussi bien que la connaissance [du] temps et la faculté de parler.

Je l'ai revue depuis. Aujourd'hui la paralysie des membr[es a] disparu presque complétement; elle n'a pu encore pronon[cer] distinctement ce qu'elle veut dire; elle articule des mots, [des] phrases qui n'ont pas la moindre relation avec l'objet de [sa] pensée; aussi elle se désespère; elle n'a pas pu lire hier u[ne] adresse devant moi, il lui a été impossible de lire son nom, [de] connaître l'heure de sa pendule. Hier, elle a passé toute [la] journée à chercher en vain mon nom sur la liste des méd[ecins] de Paris; je vous ai dit déjà qu'elle avait perdu la notion [du] temps, cet état persiste; ainsi elle ne savait pas que j'étais [ar]rivé en retard à ma visite. Les mouvements de sa main so[nt] redevenus libres; malgré cela elle ne peut former le moind[re] mot, la moindre lettre.

Plus tard, et graduellement, cette dame a pu prononcer [et] écrire, non pas seulement quelques mots, mais des phrases e[n]tières. Toutefois, ces deux facultés sont encore bien loin d'ê[tre] revenues à leur état normal, ce qui afflige toujours profond[é]ment la malade. A cela près, toutes les facultés intellectuelles [et] morales sont libres et normales.

Je ne mets pas en doute que ces deux malades ne présente[nt] quelque lésion, probablement un raptus hémorrhagique, du cô[té] du lobe antérieur gauche du cerveau; la perte de la parole i[n]dique sûrement une lésion d'un des lobes antérieurs, et la coï[n]cidence d'une hémiplégie à droite me fait penser que la lési[on] siége à gauche et occupe aussi bien le lobe antérieur que [la] couche optique du corps strié du côté correspondant.

— La multiplicité des observations de perte de parole en rapp[ort] avec des lésions des lobes antérieurs, ne permet plus maintena[nt] de douter de la vérité de cette proposition pour laquelle j'ai [eu à] combattre deux fois au sein de l'Académie de médecine. Je vo[us] rappellerai quelques-uns des faits les plus probants et restés i[n]discutés, que j'ai cités dans mes mémoires.

Une femme perdit tout à coup la parole; elle entendait [et] comprenait tout, s'impatientait, gesticulait, versait des larme[s] et ne pouvait proférer aucun mot; elle exprimait très-net[...]

---

où elle s'est développée qu'on peut arriver à un jugement équitable et précis sur les progrès de la médecine, qu'on peut apercevoir comment une époque en prépare une autre, et comment tout l'édifice présent est soutenu par une base plus de vingt fois séculaire; car, pour me servir d'une phrase de Schiller: « Le moindre événement, le fait le plus insignifiant du temps présent est le résultat nécessaire et naturel des événements qui se sont accomplis dans les siècles passés. »

Avant Schiller, Montaigne avait dit dans son naïf langage: « Les arts et les sciences ne se jettent pas au moule, ainsi se forment et figurent peu à peu en les maniant et polissant à plusieurs fois, comme les ours façonnent leurs petits en les leschant à loisir. »

Ce premier principe démontré, reste à établir le second. Toutes les recherches modernes, celles de Bichat, de Broussais, aussi bien que celles de M. Claude Bernard, tendent à prouver que la médecine doit être regardée comme un domaine de la science générale de la vie; il n'est plus permis de considérer la maladie comme un être surajouté dans l'organisme, comme une *entité*, pour me servir d'une expression de l'Ecole. A proprement parler, on ne saurait découvrir de différence radicale entre une vie saine et une vie malade; il existe un lien nécessaire entre les phénomènes de la santé et ceux de la maladie; les productions morbides (*anatomie pathologique*) et les fonctions morbides (*physiologie pathologique*), placées sous la dépendance des forces vitales, sont à leur tour gouvernées par des lois positives et régulières.

Cela posé, il est clair d'abord que toute la philosophie de la médecine repose sur la connaissance exacte du double courant de lois normales et de lois anormales (si ces deux mots peuvent s'accorder), en vertu desquelles se manifestent la vie physiologique et la vie pathologique; d'autre part, toute la philosophie de l'histoire de la médecine consiste à montrer comment et dans quelles circonstances ces lois d'une double vie se sont lentement dégagées des théories les plus opposées et souvent les plus étranges, et comment les erreurs de la pathologie sont solidaires des erreurs de la physiologie.

Du reste, Messieurs, ce principe n'est pas si nouveau qu'il semble au premier abord; j'aurai plus d'une occasion de vous le signaler sous diverses formes dans les écrits hippocratiques, dans Galien et dans vingt autres auteurs; il se retrouve au fond de presque tous les systèmes de médecine et de presque toutes les méthodes thérapeutiques.

Après avoir parcouru cette route un peu longue, mais sûre, je me crois en droit de répéter ce que j'ai déjà dit depuis longtemps, à savoir, qu'il n'existe, à vrai dire, que deux périodes dans l'histoire de la médecine: la période ancienne ou période grecque (car le gros de la médecine ancienne dérive uniquement des Grecs), et la période moderne ou période harvéienne (car toute la médecine moderne se rattache à la découverte de la circulation), en d'autres termes, il n'y a que deux grandes périodes dans notre histoire: celle où l'on ne sait pas la physiologie et celle où l'on commence à l'apprendre; celle où l'on plie la nature aux conceptions de l'esprit, et celle où l'on essaye à procéder par une induction savante fondée sur l'observation et sur l'expérimentation.

Toutefois, la division entre la médecine ancienne et la médeci[ne] moderne n'est pas aussi tranchée qu'il semble au premier abord. L[es] deux éléments se pénètrent et se prêtent un mutuel appui. Ava[nt] Harvey, il s'était déjà produit des idées nouvelles, peu efficaces, il [est] vrai, bien qu'elles fussent en apparence très-radicales, parce qu'el[les] n'étaient guère que systématiques et qu'elles n'arrivaient pas en le[ur] temps; de même, après la découverte de la circulation, combatt[ue] avec acharnement pendant assez longtemps, une notable partie de [la] médecine antique subsista à côté de la médecine nouvelle: compr[o]mis deux fois salutaire, d'abord pour la médecine ancienne, en arr[ê]tant l'essor des théories dangereuses ou devenues ridicules, ensu[ite] pour la médecine moderne, qui ne fut pas obligée de reconstru[ire] immédiatement la science de toutes pièces.

Ces grandes divisions ne suffisant pas à faire régner l'ordre et [la] clarté dans une exposition aussi longue et aussi compliquée, [j'ai] admis les subdivisions suivantes:

Première époque. — Médecine théurgique et empiriqu[e] [...] peut que la supposer, car l'histoire ne nous montre à auc[...] la prépondérance absolue et l'existence propre de la [...] prêtres d'Esculape, des charlatans ou des bonnes femm[es] [...] donnerai la preuve dans les prochaines leçons.

Deuxième époque. — Les premiers monuments, les [...] nous montrent la médecine déjà parvenue à la période [...] pratique rationnelle se fait jour même dans Homère, et [...] philosophie fournissent aux médecins les premières notions [...] qui relient les observations de détail et donnent naissance aux sy[...]

mait ses idées par l'écriture. On la saigna, et elle recouvra la parole au bout de quelques jours.

Les sujets de deux autres observations perdirent la parole, présentèrent à l'autopsie un ramollissement de la portion du cerveau qui correspond à la voûte sus-orbitaire; vous voyez qu'il ne s'agit pas ici de la troisième circonvolution frontale.

Un malade de Lallemand mourut après avoir présenté des troubles de la parole; il existait un foyer hémorrhagique dans la substance corticale de la partie antérieure de l'hémisphère gauche.

Un autre malade de Lallemand succomba après avoir été privé de la parole; à l'autopsie, on trouva à la partie antéro-interne du lobe droit du cerveau un foyer de suppuration déterminé par une fracture du crâne.

Un malade de M. Rostan, privé de la faculté de parler, exprimait son mécontentement par signes quand on le touchait; lui adressait-on des demandes, il se recueillait, semblait écouter, restait dans une sorte d'extase, mais ne pouvait articuler aucune réponse. A l'autopsie, les deux lobules antérieurs du cerveau sont soudés, ramollis dans la partie la plus voisine du front.

HÔTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. FLEURY, professeur.

Goître cystique. — Hématocèle du cou. Injection iodée.

La nommée R... (Françoise), âgée de trente ans, domestique à Clermont, a vu se développer à l'âge de vingt ans, sans cause connue, une tumeur au côté droit du cou.

Grosse comme une noisette au début, elle fit des progrès incessants, et en 1855 elle avait atteint le volume du poing. A cette époque, elle consulta un médecin; une ponction fut pratiquée et donna issue à une assez grande quantité de sérosité sanguinolente. La tumeur perdit de son volume, mais elle revint bientôt à ses anciennes dimensions, et en 1860 une nouvelle opération devint nécessaire.

Cette fois, dit la malade, la canule du trocart laissa couler du sang presque pur. Le soulagement qu'elle en éprouva fut très-passager; le mal ne fit qu'aller en augmentant, et après avoir essayé différents remèdes qui n'eurent aucun succès, elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu de Clermont, où elle fut reçue le 3 décembre 1864.

La tumeur occupe le côté droit du cou, elle a la forme d'un ovoïde dont l'extrémité supérieure arrive à deux travers de doigt au-dessous de l'oreille correspondante, tandis que son extrémité inférieure touche la fourchette du sternum, qu'elle dépasse un peu; son grand diamètre, qui est vertical, a quinze centimètres, le transversal en a vingt.

Cette tumeur est sans changement de couleur à la peau et indolente à la pression. Dans ses deux tiers inférieurs elle est dure et bosselée; son tiers supérieur, au contraire, est mou et donne une sensation assez obscure de fluctuation.

En se reportant aux commémoratifs, on arrive facilement à établir le diagnostic.

Une ponction avec un trocart à hydrocèle est pratiquée le 7 décembre. La membrane du kyste offre une assez grande résistance; le poinçon est retiré, rien ne s'écoule d'abord: la canule est cependant dans une cavité assez spacieuse, si l'on en juge par la facilité avec laquelle on la déplace; mais bientôt, sous l'influence de quelques inspirations, du sang artériel s'en échappe, sans pour cela que les parois de la cavité diminuent d'une manière bien sensible; il en sort ainsi à peu près un demi-verre, et cet écoulement continuerait si le doigt n'était pas placé sur l'ouverture de l'instrument.

Une injection d'un mélange égal d'eau et de teinture d'iode est pratiquée immédiatement; la cavité du kyste en reçoit à peu près 40 grammes, qu'on y laisse cinq minutes. La malade n'accuse pas de douleurs vives; un carré de diachylum est placé sur la piqûre, et tout écoulement du liquide cède bientôt à une compression légère exercée avec le doigt.

Sous l'influence de l'inflammation qui s'est développée et qui a été assez vive pour forcer de recourir pendant quatre ou cinq jours à des cataplasmes émollients, la tumeur a grossi, sa tension a augmenté; mais, au bout de ce temps, les choses sont revenues à leur ancien état; la déglutition, qui avait été difficile, a pu s'accomplir comme par le passé, et il n'est bientôt plus resté de traces de cette recrudescence. Lorsque la malade a quitté l'hôpital, la douleur avait complétement disparu.

L'inflammation aura-t-elle été suffisante pour faire adhérer les parois du kyste? Faudra-t-il recourir à une seconde injection ou à un autre procédé opératoire? C'est ce que l'avenir apprendra.

Le liquide qui est contenu dans la cavité d'un goître cystique offre pour la couleur, la consistance et la composition bien des variétés. Sous ce rapport il diffère peu de ce que l'on observe dans les tumeurs de la même nature; mais on est parfois surpris d'en voir sortir du sang artériel, et si on ne retirait pas la canule du trocart, cet écoulement serait assez abondant pour affaiblir le malade.

M. Michaux (de Louvain) a désigné sous le nom d'hématocèle du cou les tumeurs du corps thyroïde qui offrent cette particularité.

M. Fleury avait déjà appelé l'attention des praticiens sur ce phénomène, qu'il ne savait alors à quelle cause attribuer (1), mais qui lui avait paru tout à fait exceptionnel, car les exemples en étaient peu nombreux relativement au grand nombre [illegible]'il avait opérés.

[illegible]-il, comme le pense M. Nélaton, de la soustrac[illegible]ession excentrique qui est exercée par le liquide sur [illegible] parois du kyste, et d'une exhalation rapide du sang artériel à l'intérieur de la poche? Si cette cause pouvait en rendre compte, on devrait l'observer dans toutes les tumeurs enkystées un peu volumineuses, que l'on ponctionne à la région cervicale, tandis qu'au contraire c'est un fait exceptionnel.

(1) *Gazette médicale*, année 1846.

Ce qui prouve du reste que cette explication n'est pas satisfaisante, c'est que chez la malade qui a fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, la tumeur a été vidée trois fois, et que c'est à la seconde et à la troisième ponction seulement que du sang s'en est écoulé; la première fois, le liquide était rosé et en bien plus grande quantité qu'aux deux autres.

Si ce phénomène s'observait seulement dans les goîtres cystiques, on serait tenté de l'attribuer à la vascularité de l'organe au centre duquel ils se développent, mais les tissus le moins pourvus de vaisseaux en offrent des exemples, seulement ils sont rares.

Dans une tumeur enkystée du corps thyroïde, il serait souvent difficile d'en découvrir la face interne pour juger de la texture de la membrane qui en tapisse le fond; on pourrait s'exposer à une hémorrhagie en pratiquant des incisions trop étendues, mais ce que l'on ne peut faire pour un organe aussi vasculaire, on peut sans inconvénient le pratiquer dans d'autres parties du corps.

Au mois de novembre 1862, M. Fleury fut consulté par un malade qui portait une tumeur assez volumineuse à la partie postérieure du tronc, au niveau et un peu à gauche des dernières vertèbres dorsales. Le malade avait joui jusque-là d'une brillante santé, et il en faisait remonter l'apparition à huit ou neuf années; mais c'était depuis cinq ans seulement qu'elle avait fait des progrès. Depuis quelques semaines des douleurs s'y faisaient sentir, et il est même probable que sans cette circonstance le malade n'y aurait pas attaché plus d'importance que par le passé.

La tumeur, qui avait la forme d'un ovoïde et dont le grand diamètre était transversal, avait 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur. La peau qui la recouvrait présentait dans son tiers supérieur des bosselures dont la couleur violacée rappelait celles que l'on observe dans certaines tumeurs cancéreuses, et si l'on en jugeait à la vue seule, on aurait été tenté de croire que l'on avait sous les yeux un produit solide en voie de dégénérescence; mais la sensation de fluctuation que l'on y percevait, le bon état général de la constitution, l'intégrité de toutes les fonctions de l'économie, servaient à éclairer le diagnostic et à faire considérer la tumeur comme un kyste dont les produits, échappés par une ulcération de la membrane qui les renfermait, avaient enflammé les téguments avec lesquels ils étaient en contact.

Le 19 novembre, une incision fut pratiquée à la tumeur dans le sens de son plus grand diamètre; elle donna issue à un flot de liquide brunâtre analogue à du chocolat.

En explorant attentivement la face interne du kyste, on reconnut que ses deux tiers inférieurs étaient tapissés par une membrane lisse, assez résistante à la pression, tandis que le tiers supérieur était recouvert d'un produit charnu d'un rouge vif, douloureux à la pression, saignant lorsqu'on la comprimait, et offrant la plus grande analogie, pour la couleur du moins, avec du tissu musculaire; il était divisé en lobules par des sillons profonds qui laissaient échapper le liquide contenu dans sa cavité. La membrane du kyste avait donc subi une dégénérescence qui l'avait convertie en un tissu fongueux et érectile.

Pour juger de son organisation, le chirurgien en excisa une couche superficielle, et immédiatement du sang rouge écarlate parut à l'extérieur; une compression assez forte fut exercée au moyen de quelques tampons de charpie, sur lesquels le malade dut appuyer les mains.

Malgré ces précautions, la plaie fournit dans la journée un écoulement de sang assez abondant pour prendre les caractères d'une hémorrhagie.

Les pièces du pansement furent enlevées, et on put facilement constater, au niveau de l'une des sections pratiquées, un écoulement de sang artériel qui s'échappait en nappe, mais au-dessous duquel on remarquait un battement saccadé. Des tampons de charpie imbibés de perchlorure de fer en eurent promptement raison, et plus tard les surfaces cautérisées se détachèrent sous forme d'un produit dur et cassant, analogue à du charbon.

Très-certainement cette tumeur n'offrait pas dans les premiers temps de son développement les caractères qu'elle a présentés plus tard; c'était un simple kyste séreux, dont la membrane interne a fini par dégénérer et se convertir en tissu érectile.

Cette observation suffit bien pour démontrer que lorsqu'un goître cystique contient du sang artériel, ce liquide est l'effet d'une exhalation qui se produit à la surface de la membrane qui le tapisse; mais elle indique aussi que cette membrane a subi une modification telle qu'elle est convertie en un tissu éminemment vasculaire.

Il est probable que les mouvements de déglutition qui s'effectuent pendant que la canule du trocart est dans la cavité de la tumeur, que la pression déterminée par la contraction des muscles du cou, contribuent à faciliter la sortie du sang, tandis que dans les autres parties du corps il est nécessaire qu'une ulcération ou une lésion mécanique interviennent; mais la modification subie par la membrane interne s'est opérée de la même manière.

Les faits analogues à ceux-ci peuvent expliquer les erreurs de diagnostic qui ont pu être commises dans quelques circonstances et qui ont fait croire à l'existence d'encéphaloïdes ulcérées.

M. Fleury en a observé un exemple remarquable chez un jeune homme que l'on croyait affecté d'un sarcocèle cancéreux.

Il avait eu dans le principe un kyste des bourses, dont la membrane avait subi, après une ponction suivie d'une injection iodée, une modification telle qu'elle offrait la plus grande analogie avec un cancer cérébriforme.

L'ablation de la tumeur lui permit de vérifier la justesse de son diagnostic, car il trouva accolé à l'une des parois de la cavité le testicule, qui était aplati et atrophié, mais parfaitement intact.

Si les antécédents n'avaient pas mis sur la voie de la maladie, et qu'on eût reculé devant une opération dans la crainte d'une récidive, qui n'est que trop prompte à l'âge de vingt-cinq ans, le malade, déjà très-affaibli par l'abondante suppuration et par les hémorrhagies que fournissait une tumeur fongueuse parsemée d'ulcérations, aurait fini par succomber.

L'hématocèle du cou de M. Michaux n'est donc qu'un goître cystique ordinaire qui a subi, sous l'influence de causes que nous ne pouvons pas toujours apprécier, une modification qui a converti la membrane qui le tapisse en un tissu vasculaire analogue à un produit érectile.

L'écoulement du sang que l'on observe quelquefois dépend de l'exhalation qui se fait à la surface de cette membrane. Le vide opéré par la ponction n'en est pas la cause.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 octobre 1864. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance comprend:

1° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

2° Le *Bulletin médical du nord de la France*.

3° L'*Association médicale*.

4° *Notice sur l'institution des crèches en France*, suivie de l'exposé de la situation des crèches dans le département de la Moselle, par M. Jules Paté.

Absence du vagin et de l'utérus. — A propos de l'observation lue dans la dernière séance par M. Elleaume, sur un cas d'absence du vagin et de l'utérus, avec existence des ovaires, plusieurs membres présentent les réflexions suivantes:

M. TERRIER élève des doutes sur l'exactitude des observations d'absence du vagin et de l'utérus avec conservation des ovaires. On a fort bien pu prendre pour ces organes des replis du péritoine avec ou sans tissu anormal capable d'en donner l'apparence.

M. ELLEAUME invoque d'autres indices fournis par des phénomènes physiologiques qui, avant l'examen *post mortem*, établissent un sérieux degré de certitude; tels sont la congestion, la douleur, les troubles généraux qui caractérisent les époques cataméniales chez la femme, avec leur durée et leur retour habituels, etc.

M. MATTEI, qui a émis et soutenu la théorie de l'ovulation chez la femme, au printemps et à l'automne principalement, dit qu'un des signes révélateurs de la ponte se trouve dans la douleur produite sur l'ovaire en voie d'éclosion d'un germe par la pression exercée d'une certaine manière. Cette pression pratiquée profondément au niveau de chaque ovaire, sera bien plus douloureuse sur l'un que sur l'autre, et ce sera sur celui d'où l'ovule se dégage.

M. CARON, s'élevant contre les tendances des familles à ne considérer le mariage que comme une transaction de position et non comme une garantie de bonheur et de saine postérité, fait ressortir le rôle important qu'auraient à remplir les médecins s'ils étaient consultés sur l'état et sur la compatibilité physiologiques des époux.

M. GUERSANT. Sans doute, dans beaucoup de cas l'avis du médecin préviendrait de fâcheuses unions, d'irréparables malheurs; mais dans beaucoup d'autres, quelle responsabilité n'assumerions-nous pas!

Dans le cas de M. Elleaume, la jeune fille présentait en apparence tous les attributs de la femme, et quel est le médecin qui eût osé proposer les investigations qui devaient faire déconseiller le mariage?

De la nullité de mariage. — M. LEGRAND DU SAULLE. L'observation communiquée à la Société par M. Elleaume est extrêmement intéressante. Je regrette seulement que notre honorable collègue ne l'ait point fait suivre de quelques réflexions médico-légales: c'est une lacune du reste facile à combler, et je désire y contribuer pour ma part.

Il s'agit de deux jeunes époux condamnés, par le fait déplorable d'un vice de conformation, à vivre étrangers l'un à l'autre, sans rapprochement sexuel possible et sans postérité future. J'entends dire autour de moi que dans ce cas le mariage est nul et non avenu; eh bien, on commet là une erreur, car en France nos Codes sont muets là-dessus. L'indissolubilité du lien conjugal ressort de tous les articles de la législation en vigueur, et aucune action judiciaire, dont l'état des organes génitaux de la femme serait le prétexte, ne saurait être introduite.

Le législateur a fait preuve d'une grande sagesse en ne considérant point l'impuissance et la stérilité comme des causes de nullité de mariage: il aurait pu, en effet, être très-favorable à un individu placé dans des conditions tout à fait exceptionnelles; mais que de procès scandaleux n'eût-il pas fait éclore! Si le vice rédhibitoire avait été prévu et admis, combien d'imperfections physiques eussent été alléguées par des maris contre leurs femmes, par des femmes contre leurs maris! La loi a rejeté le principe général, parce qu'elle a pressenti les abus qui se seraient nécessairement produits.

En France, il y a eu jusqu'à la fin du dix-septième siècle un procédé légal d'exploration connu sous le nom de *congressus juridicus*. Lorsqu'une accusation d'impuissance venait à se produire, des experts visitaient les époux, leur faisaient jurer par serment d'accomplir le mieux possible le but du mariage, puis ils les faisaient déshabiller et coucher ensemble pendant deux heures. A l'expiration de ce temps, les experts visitaient les époux, et ils déclaraient *an facta sit emissio, ubi, quid et quale emissum*. Cette épreuve *légale* était d'une révoltante immoralité, et elle n'aboutissait d'ailleurs qu'à des résultats problématiques ou frauduleux. Je ne prendrai à témoin que le cas du marquis de L..., déclaré impuissant par le congrès, dont le mariage fut annulé, qui épousa en secondes noces Diane de M..., et qui en eut sept enfants; puis celui de la comtesse d'E..., qui, à l'aide d'une substitution de personne, se fit déclarer vierge par le congrès, parvint à faire rompre son union, et épousa le duc de S... dont elle était éprise.

Si nos codes admettaient aujourd'hui l'impuissance physique, il faudrait demain admettre l'impuissance nerveuse. Où s'arrêterait-on alors?

Mettons-nous pour un instant à la place de la justice. Que ferait-

elle en présence d'un certificat d'impuissance relative, conditionnelle, mais absolue enfin? Quelle décision pourrait-elle prendre en face d'un de ces cas nombreux qui donnent lieu à un partage d'opinions, à des avis contradictoires? A quel parti s'arrêterait-elle si la femme refusait de se laisser visiter? Evidemment, dans ce dernier cas, on n'ira pas violer la liberté individuelle et toute solution deviendra impossible, car de quel droit exigerait-on une complaisance de la partie adverse?

La loi française a pu, j'en conviens, laisser persister un dommage pour quelques-uns, mais elle a tenu à sauvegarder des intérêts majeurs.

D'après la loi prussienne, l'impossibilité physique d'atteindre le but légal du mariage donne droit au divorce. Il en est de même pour les infirmités corporelles qui *inspirent dégoût et répugnance* et qui rendent les rapports sexuels à peu près impossibles. Les magistrats chargés d'interpréter et d'appliquer ces dispositions accueillent très-difficilement les demandes de rupture matrimoniale, et, dans sa longue et éclatante carrière de médecin légiste, Casper n'a eu à examiner qu'un très-petit nombre de maris accusés de ne remplir le devoir conjugal qu'imparfaitement ou dans une mesure restreinte. A peine a-t-il rencontré quelques hommes se plaignant de la froideur de leurs femmes.

Dans les nations civilisées, l'institution du mariage domine la morale tout entière, et elle est la base fondamentale des sociétés. On devait donc hérisser de difficultés la dissolution d'un semblable contrat. Les lois de notre pays ont jeté un voile pudique et mystérieux sur les actes de l'alcôve : le mari de cette jeune femme dont l'observation a été lue ici par M. Elleaume va souffrir de cette réserve, mais il y a chose jugée et le mal est sans remède.

M. CARON. Dans le cas rapporté par M. Elleaume, il me semble qu'il y a erreur *sur la personne*, et que la demande en nullité de mariage pourrait être formulée.

M. LEGRAND DU SAULLE. Il y a erreur sur la personne lorsqu'on a eu l'intention d'épouser telle personne et qu'on a en épousé une autre; ce n'est pas le cas ici. Il y a erreur encore lorsque l'on a épousé un individu appartenant au même sexe que soi; ce n'est pas le cas non plus, puisque la malade de M. Elleaume a des seins parfaitement développés et les parties génitales externes régulièrement conformées. C'est une femme à laquelle il manque un vagin et un utérus, mais c'est une femme. Il y a eu erreur sur la *qualité* de la personne, mais il n'y a point eu erreur sur son *identité*. Aucune demande ne pourrait donc être accueillie.

Moyen d'administrer des agents toxiques à haute dose sans aucun danger. — M. GEORGES. J'ai injecté maintes fois, au moyen d'une simple seringue à injection ou d'une seringue de Pravaz, des quantités d'atropine, de codéine et surtout de strychnine, qui auraient causé la mort et qui la déterminaient lorsque je ne m'opposais pas à l'introduction du poison. J'ai pratiqué ces injections sans danger lorsque j'avais soin de les faire aux pattes de l'animal, et de lier ensuite fortement ces pattes pour m'opposer au passage du poison dans les veines. Afin de mettre ce phénomène bien en évidence, il me restait à opérer à l'aide de poisons excessivement dangereux, par exemple, avec le curare; M. Bernard voulut bien se charger de ces essais. Il injecta sous la patte d'un chien une solution qui pouvait contenir environ cinq centigrammes de curare, c'est-à-dire une quantité capable de tuer plus de cinquante chiens de la grosseur de celui sur lequel on opérait. Celui-ci, au bout de vingt minutes, tomba sur le flanc; c'est alors qu'on lui lia fortement la patte, et au bout d'environ vingt minutes il se releva; si on lui déliait alors la patte, il ne tardait pas à tomber, quelquefois au bout de dix minutes, parfois moins encore, et l'on pouvait ainsi doser d'une manière sûre, suivant l'effet que l'on voulait obtenir, la quantité de poison qu'il aurait à absorber. Le lendemain matin, on le trouva sur ses pattes, celle qui était liée très-enflée et ne portant pas par cette raison à terre. On lui ôta la ligature, et il se remit assez vite de son enflure.

L'expérience, répétée sur un autre chien, donna le même résultat; on pouvait faire tomber ou relever l'animal au bout de cinq, dix, quinze minutes, suivant qu'on lui liait ou déliait la patte, et cela indéfiniment. Seulement, le lendemain matin, lorsqu'on lui ôta la ligature, il retomba de nouveau; tout le poison n'avait pas eu le temps d'être éliminé par l'urine, et il fallut lui remettre le lien.

Ces faits n'ont pas besoin d'autre interprétation; ils prouvent que la méthode endermique est celle que le médecin devra préférer toutes les fois qu'il aura à administrer certains poisons à des doses assez élevées.

A ce sujet, je raconterai le fait suivant, emprunté à la clinique de M. Natalis Guillot :

Ce médecin avait dans son service une malade tourmentée par des étourdissements qui revenaient tous les jours; M. Guillot lui donna de la strychnine à dose assez élevée pour produire des phénomènes qui pouvaient inquiéter momentanément les assistants. Je n'ai pas besoin de dire qu'il n'en fut rien, et que la malade guérit. Mais il n'en est pas moins vrai qu'on aurait aimé pouvoir supprimer les phénomènes qui se produisirent, et qui se prolongèrent plus longtemps qu'on ne le désirait.

Eh bien, la méthode endermique aurait pu donner le même résultat sans offrir les inconvénients que présente toujours une potion dans des cas semblables. Une fois produit l'effet physiologique que vous vouliez obtenir, toute prolongation, toute amplification de ce phénomène est inutile, souvent nuisible. C'est en effet le désordre qu'occasionne le poison dans les phénomènes vitaux qui peut dans ces cas soulager le malade; on conçoit donc qu'il faut que la dose soit proportionnée à la tolérance de la maladie et de l'idiosyncrasie du malade. Or, c'est ce que permet d'obtenir la méthode endermique d'une manière parfaite, car vous versez en quelque sorte le poison à la dose que vous voulez donner, comme vous le feriez avec un robinet. Dans les cas où il est nécessaire d'élever cette dose, comme, par exemple, pour l'atropine dans la chorée, la morphine dans le tétanos, etc., cette méthode peut rendre d'excellents services, et je ne veux pas indiquer d'autres résultats pour le moment.

Le vice-secrétaire annuel, Dr DUPUY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 décembre 1864. — Présidence de M. RICHET.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.

— Un mémoire sur l'*hygiène des hôpitaux des femmes en couches*, par M. Tarnier, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

— Deux extraits du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, déposés par M. Giraldès : ce sont les articles *Agents anesthésiques* et *Anus artificiel, malformation de l'anus.*

ÉLECTIONS.

Élection du bureau et des commissions pour 1865.

Election du président. — Sur 22 votants, M. Broca, 19 voix; M. Giraldès, 2 voix; bulletin blanc, 1.

M. Broca est élu président.

Election du vice-président. — 24 votants. M. Giraldès, 19 voix; M. Follin, 2 voix; MM. Blot, Dolbeau, Voillemier, chacun 1 voix.

M. Giraldès est élu vice-président.

Election des secrétaires annuels. — 23 votants. M. Blot, 21 voix; M. Guyon, 19 voix; M. Dolbeau, 5 voix; M. Trélat, 1 voix.

MM. Blot et Guyon sont élus secrétaires annuels.

Comité de publication. — 23 votants. MM. Marjolin, Follin, Foucher, chacun 17 voix; M. Forget, 4 voix; M. Verneuil, 3 voix; MM. Demarquay, Larrey, Dolbeau, 2 voix; MM. Le Fort, Guérin, Chassaignac, Richet, Guyon, 1 voix.

MM. Marjolin, Follin, Foucher, sont nommés membres du comité de publication.

Commission des congés. — M. Forget, 11 voix; M. Boinet, 10 voix; M. Dolbeau, 9 voix; M. Laborie, 8 voix; M. Desormeaux, 7 voix; M. Guérin, 3 voix; MM. Velpeau et Demarquay, 2 voix; MM. Le Fort, Chassaignac, Blot, Giraldès, Broca, Béraud, Larrey, Bouvier, Verneuil et Marjolin, 1 voix.

La commission des congés est composée de MM. Forget, Boinet et Dolbeau.

Archiviste et trésorier. — MM. Verneuil et Houël sont maintenus dans leurs fonctions.

Commission des comptes. — Le tirage au sort donne les noms de MM. Trélat, Desormeaux, Depaul, Le Fort et Guérin.

— A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, U. TRÉLAT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 décembre dernier, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Vigié, Domergue, Durand, médecins-majors de 1re classe; Douin, de Aldrovandi, Drappier, Bryon et Bigot, médecins-majors de 2e classe; Desban, Perès et Prel, vétérinaires en 1er.

— Par décret du 27 décembre, M. le docteur Wahu, médecin principal de 2e classe en retraite, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 28 décembre, M. [illegible] vice-recteur de l'Académie de Paris, membre du comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, est nommé inspecteur général honoraire.

— Par suite de la retraite de MM. Huguier et Chassaignac, M. Jarjavay, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Beaujon

M. Ad. Richard, chirurgien de l'hôpital Cochin, passe à l'hôpital Lariboisière.

M. Follin, chirurgien de l'hôpital du Midi, passe à l'hôpital Cochin.

M. Broca, chirurgien de l'hôpital la Salpêtrière, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Verneuil, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital du Midi.

M. Bauchet, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hospice de la Salpêtrière.

M. Foucher, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse (homme), passe à l'hôpital de Lourcine.

M. Dolbeau, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, passe à l'hôpital de Lourcine.

M. L. Le Fort, chirurgien du Bureau central, entre à l'hôpital des Enfants assistés.

M. Panas, chirurgien du Bureau central, entre à l'hospice de la Vieillesse (homme).

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 4 janvier, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Suite de la communication sur le délire aigu des phthisiques, par M. le docteur B. de la Grandière;

3° De la pepsine; démonstrations pour reconnaître sa pureté, par M. le docteur Koffmann;

4° Eudes sur la digestion, par M. le docteur Sandras;

5° Quelques considérations sur l'iodoforme; de sa solubilité dans le collodion, par M. Deleschamps;

6° Communications diverses, par MM. Coursserant, Girault, Laboureur.

— Voici l'ordre du jour de la Société de médecine pratique pour la séance du 5 janvier :

1° Des névralgies traumatiques, par M. le docteur Dupuy de Frenelle;

2° Observation de pertes séminales, par M. le docteur Beyran;

3° Insertion du placenta sur le col, par M. le docteur Verrier.

Le Directeur, Dr E. LE SOUEF.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Les sections proposent et les académies disposent. L'Académie en a disposé hier, à propos de la candidature de médecine vétérinaire, tout autrement que ne l'avait proposé la section. Le scrutin a porté le désordre dans la liste de présentation. Les premiers sont devenus les derniers et les derniers ont été élevés. C'est dans le deuxième rang de la liste que l'Académie a fait son choix. Mais cette victoire n'a pas été emportée sans avoir été vivement disputée. Il y a eu une vraie bataille électorale, comme nous l'avions prévu, et ce n'est qu'après deux scrutins sans résultat et à un scrutin de ballottage que M. Colin l'a emporté.

Ce n'est pas la première fois que nous voyons ainsi reviser les jugements des sections. Est ce à dire que les sections ne présentent pas toutes les conditions et toutes les garanties d'une appréciation convenable? Personne assurément ne voudrait soutenir un pareil paradoxe. On chercherait vainement ailleurs les éléments d'une plus complète compétence. Mais qui oserait dire que les titres scientifiques pèsent toujours seuls dans la balance et qu'un sentiment de partialité n'y glisse jamais son poids, quand il s'agit d'apprécier les mérites respectifs de savants entre lesquels des rapports journaliers ont dû nécessairement créer des affections diverses et faire naître des préférences dont on ne sait pas, dont on ne peut pas toujours se défendre? Ces mêmes motifs, dira-t-on, peuvent guider aussi quelquefois les majorités académiques comme le petit nombre de membres qui composent une section; nous ne le contestons pas, mais on conviendra du moins que les chances de partialité diminuent ici en raison même du nombre.

Nous ne prétendons pas dire par là que l'Académie n'eût pu faire un choix très-digne assurément en se laissant guider par la section. Mais elle a usé de son droit absolu en faveur d'un candidat dont les titres étaient depuis longtemps connus, et peut-être l'a-t-elle fait avec un certain sentiment de réaction dont a eu particulièrement à souffrir la candidature préférée de la section.

L'ordre du jour appelait la discussion sur le projet de rapport de M. Depaul relatif à la question de la syphilis vaccinale. Mais M. Ricord, qui était inscrit le premier pour prendre la parole, a demandé l'ajournement, faute de temps suffisant pour développer son argumentation. La discussion a été renvoyée à mardi prochain. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Leçons sur les troubles de la parole (1).

(Recueillies par le docteur Auguste VOISIN, ex-chef de clinique.)

Vous vous souvenez d'un malade du service qui était couché au n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, et ne pouvait articuler aucun mot. Il se nommait O..., et était âgé de cinquante-quatre ans.

La santé de cet homme avait toujours été bonne depuis l'âge de vingt-deux ans. Il n'a jamais fait d'excès de boisson. La maladie dont il est atteint a débuté, il y a trois mois, par des douleurs violentes dans la région occipitale, qui ont duré six semaines. Cependant il a pu continuer son travail. Depuis le commencement des accidents, sa conduite et ses paroles n'ont jamais été déraisonnables. Jusqu'à hier, jamais O... n'a bégayé; sa mémoire a toujours été normale et sa parole libre.

Depuis quatre jours, des douleurs de tête analogues à celles qu'il a ressenties il y a trois mois se sont de nouveau déclarées avec la même violence. Hier, la mémoire est devenue infidèle, et ce matin il a perdu subitement l'usage de la parole. En même temps, il lui a été impossible de se tenir sur ses jambes. Il est apporté à l'hôpital sur un brancard le 11 août 1862.

Voici l'état que l'on constate à son entrée:

Le malade est fort, bien constitué, vigoureusement musclé. La peau est très-colorée; l'épiderme des mains est épais, et leurs plis sont noirâtres. Au premier abord, ce qui frappe chez O..., c'est un air de réflexion, de contemplation un peu dédaigneux. Les paupières sont à demi ouvertes. Il semble comprendre les questions qu'on lui pose, mais ne répond tout d'abord à aucune, du moins en paroles; car ses signes de tête négatifs et affirmatifs, les mouvements de sa face et de ses membres, non moins que l'activité si expressive de tout son individu, ne laissent aucun doute sur la conservation des facultés intellectuelles. Il ne paraît pas non plus que les facultés morales soient atteintes, si l'on en juge par la conservation du sentiment du danger, de la gaieté et de l'espérance.

Dans un second examen, on peut obtenir du malade quelques mots bien appliqués; c'est ainsi qu'il dit: *Je comprends, oui, non; bonjour, monsieur; oui, monsieur.* Dans tous ces cas, la parole est libre, distincte, et les mots bien articulés. Un moment après, on lui demande de dire s'il a mal à la tête, et à quel endroit; il fronce fortement les deux régions fronto-surcilières, et sa face prend l'expression de quelqu'un qui cherche une réponse sans pouvoir la trouver.

Je lui demande s'il est tombé à terre, il fait un signe de tête négatif. L'ouïe, la vue, l'odorat paraissent sains. Les mouvements de la langue sont tous très-libres et normaux. Les rides et les plis de la face sont conservés et ne présentent aucune différence dans un côté par rapport à l'autre. Les pupilles sont à peine ouvertes, mais contractiles. La langue est blanchâtre, humide; les besoins d'aller à la selle et d'uriner sont conservés intacts; le jet d'urine est normal; l'urine est rouge, acide, ne précipite ni par l'acide nitrique ni par la potasse à chaud.

La température de la peau ne présente rien de bien particulier; le pouls est régulier, d'une force au-dessus de la moyenne, il bat 60 fois par minute. Le champ de la matité du cœur est de 0,06 en hauteur et de 0,05 en largeur; pas d'impulsion cardiaque exagérée. La respiration est régulière, très-calme, 16 respirations par minute; bâillements assez fréquents.

Le malade met sans hésiter ses deux mains à sa tête; il serre la main de l'observateur d'une façon assez forte et de ses deux mains; la contraction musculaire se fait dans ce dernier cas progressivement et non instantanément. Il meut bien ses deux jambes et les élève jusqu'à une certaine hauteur; aucune roideur dans les membres; sensation normale de température, de poids et de douleur. — Prescription: 20 sangsues derrière les oreilles.

Le 11 au soir, on administre 50 grammes de sulfate de soude dans un litre de bouillon aux herbes.

Le 12, tendance à la stupeur. Le malade montre par signes qu'il comprend les questions qu'on lui adresse, mais il ne prononce aucune parole; il remue les lèvres, la langue, mais il ne pousse aucun son. Sur la demande de M. Voisin il lui serre la main, et il sourit d'une façon expressive à plusieurs de ses questions; mais à peine cesse-t-on de provoquer et de stimuler son attention qu'il retombe dans une sorte de torpeur.

On parvient cependant sans trop de peine à lui faire tracer sur du papier quelques traits hiéroglyphiques; comme il ne sait pas écrire, il ne peut écrire son nom. Conservation de la sensation des besoins d'uriner et d'aller à la selle. — Prescription: diète; deux pots de gomme sucrée.

Le soir, 96 pulsations, pouls régulier, développé; somnolence. Le malade ne prononce aucune parole, mais il serre la main de l'observateur quand on le lui demande.

Le diagnostic est ainsi formulé: infiltration séreuse sous l'a-

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 décembre 1864.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

COURS PROFESSÉ AU COLLÉGE DE FRANCE PAR M. LE Dr DAREMBERG.

PREMIÈRE LEÇON (1).

TROISIÈME ÉPOQUE. — Il n'est pas facile d'établir cette troisième époque chronologiquement, parce qu'elle a ses racines éparpillées à des profondeurs inégales dans la seconde époque, et que dans cette seconde époque on rencontre incessamment de vrais médecins à côté des philosophes; quoi qu'il en soit, la troisième époque est caractérisée plus spécialement par la création des écoles médicales (*Crotone, Cyrène, Cnide* et *Cos*); elle arrive à son point culminant par les hippocratistes, et se continue assez obscurément jusqu'au moment où le foyer scientifique, se déplaçant, passe de Grèce à Alexandrie, où il jette les plus vives clartés, non par l'influence de l'Egypte, comme on l'a prétendu, mais en vertu de sa propre force de rayonnement.

C'est alors que commence la QUATRIÈME ÉPOQUE; elle se résume en un travail intérieur qui pousse les recherches pour ainsi dire du dedans au dehors; tous les problèmes sont agités; les deux grandes écoles se dessinent: *rationalisme* et *empirisme;* le rationalisme se manifeste par des théories et des sectes qui s'entrechoquent: l'*idée du général*, posée par Hippocrate, arrive avec les élèves de Cos et se trouve en lutte avec l'*idée du particulier*, importée par les élèves de Cnide. En un mot, cette période se caractérise éminemment par la diversité des conceptions, par le développement de tous les principes posés antécédemment, et surtout par l'étude sur l'homme et sur les animaux de l'anatomie et de la physiologie.

Les travaux d'Hérophile et d'Erasistrate sont le point de départ du mouvement médical qui se poursuit jusqu'au moment où Galien, réunissant tous les éléments épars et donnant de nouveaux accroissements à l'anatomie, à la physiologie et au diagnostic local, élève un vaste et imposant édifice qui n'est plus entamé que par Paracelse, par Vésale et par Harvey. — Ainsi la CINQUIÈME ÉPOQUE est caractérisée par un seul nom: Galien, et par une seule idée: la synthèse.

La SIXIÈME ÉPOQUE est une époque de conservation, de dissémination et en même temps de préparation à la réforme moderne. Entre Galien et les premiers réformateurs la route est longue, inégale et mal éclairée; elle est marquée cependant par quelques événements scientifiques qui ne changent rien au caractère général de la médecine, mais qui fournissent plusieurs subdivisions naturelles que je me réserve de vous faire connaître quand nous arriverons à cette sixième époque.

La SEPTIÈME ÉPOQUE commence dès les premières années du seizième siècle, avec Paracelse, et se continue jusqu'à Harvey; à dater de la mémorable année 1619, la médecine, déjà préparée et fortifiée par toutes sortes d'acquisitions positives, entre décidément, quoique lentement, dans des voies nouvelles (HUITIÈME et dernière ÉPOQUE); la réforme, souvent traversée et parfois compromise par la routine ou les extravagances, ne devient définitive que le jour où Bichat, en publiant l'*Anatomie générale* et le *Traité des membranes*, rendait possible la pathologie des tissus.

J'userai beaucoup du temps présent pour juger la médecine ancienne, mais je ne me permettrai pas de porter sur ce temps un jugement qui serait prématuré; je m'arrêterai à Broussais.

Récapitulons brièvement, et jugez vous-mêmes, Messieurs, combien est à la fois glorieuse et régulière la marche de la médecine, où chaque peuple, comme dans l'histoire générale de la civilisation, vient tour à tour marquer sa place et prendre sa part d'influence. Homère et les philosophes fraient la route à Hippocrate; Hippocrate prépare les voies à Hérophile et à Erasistrate; les écrits d'Hippocrate et les travaux de l'Ecole médicale d'Alexandrie sont résumés par Celse en un livre admirable. Galien arrive à point nommé pour asseoir définitivement la médecine antique sur des bases si solides que la chute de l'empire romain ne réussit pas à l'ébranler; après Galien d'estimables auteurs continuent la tradition en Occident et en Orient en Occident, de nombreuses traductions latines perpétuent le mouvement et lui donnent un caractère tout spécial qui avait échappé aux historiens; puis les Arabes viennent en aide aux Latins; quand s'ouvre le seizième siècle, Paracelse, un peu plus tard Carpi, Vésale, Ambroise Paré; plus tard encore Servet, Harvey, Morgagni, Verheyen, sont les précurseurs de Haller, de Corvisart, de Bichat, de Laënnec, de Broussais, de Hunter, de Dupuytren, de Magendie, et de tous ces médecins distingués qui travaillent aujourd'hui avec une généreuse émulation à élever la médecine au plus haut degré de puissance et de certitude qu'une telle science puisse atteindre.

Messieurs, à notre prochaine réunion, nous entrerons pleinement dans notre sujet, en étudiant ensemble les origines de la médecine et en conduisant son histoire par Homère et par les philosophes jusqu'aux temps voisins d'Hippocrate.

(1) Suite. — Voir les numéros des 17, 22 et 29 décembre 1864; janvier 1865.

BIBLIOGRAPHIE.

Séméiotique des maladies de l'enfance, par M. Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfants, agrégé de la Faculté, membre de l'Académie impériale de médecine (1).

Chargé du cours clinique des maladies de l'enfance, institué par la Faculté, M. Henri Roger a eu l'heureuse idée de publier les leçons

(1) Paris, 1864, chez Asselin, libraire de la Faculté de médecine.

rachnoïdienne; compression de la substance corticale du cerveau à sa surface supérieure. — Prescription : vésicatoire volant à la région sous-occipitale et occipitale.

Le 13, 120 pulsations; pouls fort, régulier, peau très-sudoraie; assoupissement, aucune parole. Cependant le malade témoigne par signes qu'il comprend ce qu'on lui demande. Il lève les mains à sa tête, serre celles qu'on lui présente, tire la langue d'une façon normale sans la moindre hésitation. La langue est sèche. — Prescription : sulfate de soude, 50 grammes dans un litre de bouillon aux herbes; limonade citrique, deux pots; lavements purgatifs; sinapismes aux mollets; diète.

Le 13 au soir, pouls à 112; irrégularité dans son rhythme ainsi que dans celui du cœur. Trois ou quatre pulsations ou battements de cœur se succèdent régulièrement, puis il y a un arrêt durant une seconde; à cet arrêt succèdent trois ou quatre pulsations, et ainsi de suite pendant plusieurs minutes.

Le lendemain 14, on ne constate plus la modification de rhythme observée la veille au soir; 120 pulsations. Même assoupissement, mais il est facile d'en tirer le malade; on lui demande comment il se trouve, il fait une sorte de moue qui indique qu'il ne va pas bien; il meut les lèvres comme s'il allait parler, mais ne prononce aucune parole ni ne pousse aucun son. Il fait comprendre par un signe de tête négatif que le vésicatoire ne lui fait pas de mal. Il serre bien de ses deux mains et les porte aisément à sa tête. — Deux pots de tisane de groseille; lavement purgatif; sinapismes aux deux jambes.

Le 14 au soir, coma, engouemnt pulmonaire, embarras de la respiration; insensibilité à toutes les questions qu'on lui pose; anesthésie complète.

Le 15, mort à cinq heures du matin dans le coma.

A l'autopsie, on ne constate rien de particulier dans l'habitus extérieur.

Le crâne ouvert, on voit une injection considérable des veines de la dure-mère et une teinte bleuâtre de cette membrane. En détachant le dure-mère du côté droit, on reconnaît la présence, à sa surface viscérale, d'une poche pleine de sang, qui s'étend dans presque toute la partie de la dure-mère correspondant à la région supérieure de l'hémisphère droit. Elle est, d'avant en arrière, longue de 16 centimètres et large de 7 centim. 1/2; elle fait du côté du cerveau une saillie d'un demi-centimètre; sa surface est très-lisse, et laisse voir facilement par transparence le liquide sanguinolent qu'elle renferme.

Ses limites précises sont, en avant, un point correspondant à la partie la plus antérieure des circonvolutions frontales; en dehors, la limite la plus externe des circonvolutions pariétales; en arrière, la partie moyenne du lobe postérieur; en dedans, une ligne passant à un demi-centimètre en dedans de la faux du cerveau.

A trois lignes en avant de la partie la plus antérieure de la poche, on voit appliquée sur la dure-mère une bordure large de 0,003, constituée par du piqueté et quelques suffusions sanguines et qui est située à la face pariétale d'une membrane lisse, résistante, d'une épaisseur égale à celle de deux feuillets de la poche et appliquée sur la surface viscérale de la dure-mère. Cette membrane est le prolongement des deux feuillets de la poche, et résulte de leur accolement; il se trouve aussi bien en arrière que latéralement, mais non pas en dedans. Quand on détache le feuillet de la dure-mère, on ne rencontre aucune difficulté; quelques tractus de peu de résistance les unissent; cela fait, on ne parvient en aucune façon à détacher une nouvelle membrane, ni même des lambeaux de la face viscérale de la dure-mère, qui reste avec son aspect lisse.

Ce feuillet pseudo-membraneux se prolonge en avant jusqu'aux fosses sus-orbitaires, et en arrière jusqu'à la tente du cervelet. Il est transparent, très-résistant. Les taches rouges signalées comme faisant bordure se trouvent contenues dans des mailles celluleuses lâches qui tapissent sa face pariétale et s'enlèvent par le râclage.

La poche contient à peu près la valeur d'un demi-verre de sang noir liquide et de caillots; quelques-uns présentent le volume d'amandes. Le manche du scalpel parcourt la poche librement et en tous sens, et est arrêté sur les parties latérales et antéro-postérieure par des limites très-nettes, correspondant à celles qui ont été constatées avant l'ouverture du kyste. On peut détacher complétement de la dure-mère le feuillet pariétal de la poche, et obtenir ainsi un sac complet, sans autre ouverture que celle qui a été pratiquée. La séparation de la dure-mère d'avec la poche se fait assez facilement, malgré la présence de nombreux tractus. Cela fait, la dure-mère apparaît avec son aspect lisse, mais présente en plusieurs parties un piqueté abondant qui correspond en certains endroits avec les points d'émergence des tractus celluleux qui se trouvent à la face viscérale de la dure-mère.

Du côté gauche de la cavité crânienne existe une poche de même étendue, présentant les mêmes caractères que celle qui vient d'être décrite; mais elle contient une très-petite quantité de liquide sanguinolent. Les feuillets viscéraux des deux kystes ont une teinte rouge, un aspect des plus lisses et se séparent assez facilement en deux membranes dont l'union s'était faite par des tractus peu résistants. Après une macération de trois jours dans l'alcool, les membranes d'enveloppe de ces deux poches étaient devenues tellement fermes que l'on pouvait, en les étendant brusquement, produire un bruit analogue à celui d'une peau sèche.

L'examen du cerveau permet de reconnaître les faits qui suivent :

La pie-mère qui recouvre les deux hémisphères est légèrement injectée en un point correspondant à la partie antérieure de la deuxième circonvolution frontale; là est une suffusion sanguine, de l'étendue d'une pièce de dix sous, qui n'empêche pas de voir par transparence la substance corticale.

L'arachnoïde viscérale est normale.

La surface de l'hémisphère droit présente une dépression ayant forme de sillon qui part de la circonvolution frontale la plus interne (ou la première) à sa moitié antérieure, se prolonge en arrière et en dehors sur la deuxième circonvolution frontale, sur une circonvolution pariétale, et se termine à la partie moyenne de la scissure de Rolando. Ce sillon est, au niveau de la première et de la deuxième circonvolution frontale et dans leur partie moyenne et antérieure, profond de 3 à 4 millimètres, et de 3 au niveau de la circonvolution pariétale; il est large, à sa partie la plus antérieure, de 1 centimètre 6 millimètres, et postérieurement, près de la scissure de Rolando, de 4 centimètres 4 millimètres. Il correspond exactement, dans le sens de la longueur des circonvolutions frontales, à la moitié externe de la première et au tiers interne de la seconde.

Rien de semblable du côté gauche. La substance corticale des deux hémisphères est normale; la partie blanche est légèrement piquetée en quelques points; aucune diminution de consistance, aucune adhérence à la pie-mère en aucun point; pas d'épanchement de sérosité dans les ventricules; rien d'anormal dans le cervelet ni dans la moelle allongée. Les poumons sont sains, le cœur ne présente rien d'anormal; foie, rate, reins normaux. Le tissu musculaire est bien rouge.

A l'examen microscopique, le liquide sanguinolent contenu dans les deux kystes présente une grande quantité de globules sanguins bien rouges; pas d'hématosine.

La face viscérale des deux kystes, celle qui regarde le cerveau, n'offre pas de trace d'épithélium. La face intra-kystique du feuillet viscéral du kyste offre au microscope un fond finement granuleux, des granulations graisseuses en assez grand nombre et des globules sanguins plus ou moins déformés, mais bien rouges. En d'autres points, on aperçoit de nombreuses granulations rougeâtres d'un bel aspect, supportées sur un fond granuleux et d'un aspect réticulé. En plusieurs endroits on a sous les yeux des fibres à bords nets, contournées sur elles-mêmes et présentant dans leur trajet quelques nodosités constituées par des granulations d'hématosine.

Si l'on met sous le microscope une portion de la face supérieure du feuillet pariétal du kyste, le fond de la préparation apparaît d'un jaune pâle et granuleux, et l'on voit se détacher quelques nébulosités de teinte rougeâtre, des granulations d'hématosine et des fibres nombreuses de tissu fibreux.

En aucun point on ne trouve d'épithélium.

Tous les malades dont je viens de vous entretenir ont présenté des troubles de la parole que l'on a désignés dans ces derniers temps sous le nom d'*aphémie*, mot bien approprié au symptôme en question; quant à sa pathogénie, sachez bien que la parole n'est point un phénomène purement intellectuel, mais bien intellectuel, dynamique ainsi que mécanique, et qu'il existe en nous une force particulière destinée à réagir, à coordonner les mouvements par lesquels l'homme, au moyen de la voix articulée, communique ses pensées, exprime ses sentiments, et peint pour ainsi dire les mouvements de son âme.

Cette force, principe législateur de la parole, réside dans les lobules antérieurs du cerveau, ainsi que nous l'avons démontré dès 1825.

Après les luttes que j'ai eu à soutenir à l'Académie, j'ai lieu d'être satisfait de voir les adversaires les plus opiniâtres de mon opinion et des localisations en général, M. Broca en particulier, se mettre dans mon camp et se montrer même d'une opinion plus avancée que la mienne; c'est ainsi que M. Broca, et dans ces derniers temps M. Trousseau, inclinent à placer le siége de la parole dans la troisième circonvolution frontale gauche, tandis que je me suis toujours borné à le placer dans les lobes antérieurs du cerveau; et telle est encore aujourd'hui ma pensée, corroborée chaque jour par les exemples de lésions de nature et de siége si divers que l'on rencontre dans les lobes antérieurs.

ASILE D'ALIÉNÉS D'AIX. — M. PONTIER.

Érysipèle de la face et du cuir chevelu, avec angine et coryza érysipélateux au début et bronchite consécutive.

(Observation recueillie par M. DUFOUR, interne du service.)

M. B..., âgé de soixante ans, colon à Ajntedles (province d'Oran), est un mélancolique entré à l'Asile le 5 décembre 1861.

Il a été atteint autrefois de fièvre paludéenne et d'otorrhée; cet écoulement avait disparu depuis un certain temps, lorsque, il y a un mois, il survint au niveau de l'apophyse mastoïde, du côté droit, une tumeur œdémateuse, douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau, qui était très-tendue, tumeur qui peu à peu s'étendit en bas dans la direction du sterno-mastoïdien, en même temps que l'écoulement par l'oreille reparut. Le malade est transféré à l'infirmerie; là on lui fait des frictions avec une pommade iodurée, qui amène de la rougeur à la peau; bientôt la fluctuation est manifeste, et le pus s'ouvre de lui-même une issue. Nous observons en même temps de l'inappétence, de la constipation. Cet état dure jusqu'au 25 novembre dernier.

A cette époque, il se plaint d'avoir éprouvé une sensation de froid dans tout le corps; il ressent un malaise général; la bouche est mauvaise, le malade se dit empoisonné; la peau est chaude, le pouls fréquent. — Bouillon.

Le 26, à la visite du matin (huit heures et demie), nous trouvons

---

qu'il a faites la première année à l'hôpital des Enfants. Au moment d'inaugurer cet enseignement nouveau, le professeur a pensé avec raison qu'avant d'aborder la description particulière des affections infantiles, il était nécessaire d'initier les élèves aux difficultés de cette étude toute spéciale, de leur en signaler l'importance, et surtout de leur tracer les règles de conduite qui devaient les diriger dans l'examen des petits malades.

M. Roger a donc consacré un certain nombre de leçons à des généralités sur l'exploration clinique, et l'on peut dire qu'elles forment un *traité* complet de séméiotique appliquée à la pathologie infantile. Les jeunes médecins, surtout ceux qui n'auront pas suivi la clinique de l'hôpital des Enfants, y trouveront des renseignements précieux. On peut être à la fois très-bon médecin pour les adultes et mauvais pour les enfants, a dit Hufeland. C'est qu'en effet l'examen clinique est bien différent. Les enfants ne traduisant pas leurs souffrances par le langage ne sauraient rendre compte des sensations qu'ils éprouvent; chez eux l'observation est presque nécessairement incomplète et par suite conduit à l'erreur. Souvent le médecin habile à saisir des nuances délicates devine plutôt qu'il ne reconnaît la maladie.

Il y a des maladies particulières à l'enfance, et ce ne sont pas les moins utiles à connaître; puis, parmi celles qui sont communes à tous les âges (bien qu'au point de vue nosographique et étiologique elles soient les mêmes que celles de l'adulte), elles présentent des formes et une physionomie différentes de celles qu'elles auront à une autre époque de la vie. Les convulsions, pour ne citer qu'un exemple, n'ont pas pour le pronostic la même gravité aux différents âges; elles sont chez l'enfant ce qu'est le délire chez l'adulte : combien de personnes, dit M. Trousseau, ne peuvent avoir de mouvement fébrile sans délire! combien d'enfants ne peuvent avoir de fièvre sans convulsions!

M. Roger commence par mettre le médecin en présence de son malade, et lui indique comment il doit recueillir les renseignements commémoratifs fournis par les parents. Un grand tact et beaucoup d'habileté sont nécessaires. C'est le médecin qui doit diriger l'interrogation; « et pourtant, dit M. Roger, sachez écouter, c'est la moitié du talent de certains praticiens. Pour que plus tard on n'ait point de reproches à vous adresser, accueillez avec empressement, au moins en apparence, tous les éclaircissements qu'on vous donne, fussiez-vous persuadé qu'ils ne vous éclaireront pas beaucoup. »

Vous voilà bien vu des parents; mais il faut savoir aborder l'enfant. Profitez du sommeil, d'un moment de bonne humeur, pour vous livrer à une exploration prompte et rapide autant que possible, et l'on n'arrive à ce but qu'en sachant ce qu'il faut rechercher et ce qu'il convient d'écarter de ses préoccupations. C'est ici surtout qu'il est bon de savoir observer. « Le médecin le meilleur, c'est le plus attentif, parce qu'il est le moins exposé à se tromper, et dans la médecine des enfants la pente vers l'erreur est facile. »

Après ces détails d'un intérêt tout pratique, l'auteur examine successivement les signes fournis par l'habitude extérieure, l'attitude, le facies, la surface du corps; puis il aborde la séméiologie.

Un chapitre est consacré à l'examen des voies digestives, un autre à l'étude des maladies du système nerveux qui jouent un si grand rôle dans la pathologie de l'enfance, et un tout entier à la séméiotique du pouls.

Les six dernières leçons ne traitent que des maladies des voies respiratoires et circulatoires. Tout ce qui regarde la percussion et l'auscultation est exposé de la manière la plus complète, avec la netteté, l'ordre et la méthode qui caractérisent l'auteur du *Traité pratique d'auscultation*; c'est en quelques pages un manuel de stéthoscopie infantile.

Un pareil ouvrage se prête peu à une analyse succincte, aussi nous contenterons-nous d'en avoir tracé le plan sommaire. Cependant nous devons dire qu'on trouve disséminés, au milieu de ces notions de pathologie générale, des détails très-intéressants et des recherches originales. Nous mentionnerons principalement les passages relatifs à l'auscultation cérébrale et à la fréquence des maladies du cœur. Contrairement aux assertions de Fischer, de Baston, M. Roger, qui s'est livré, à ce sujet, à des expériences sur plus de cent malades, établit que l'auscultation de la tête dans les maladies cérébrales et dans d'autres affections de l'enfance ne donne que des résultats purement négatifs.

Quant aux affections cardiaques, l'expérience propre de l'auteur lui permet d'affirmer qu'elles sont dans l'enfance beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit; c'est que souvent elles ne se trahissent par aucun trouble fonctionnel, et elles passent inaperçues; il importe donc de les rechercher avec le plus grand soin.

Dans toutes ces leçons, on reconnaît le clinicien doué de toutes les qualités qui, suivant M. Roger, sont plus particulièrement requises chez le médecin des enfants.

« Il devra être sagace, prompt à porter un jugement sûr et fondé sur l'expérience; il devra être patient et doux; qu'il ait l'art d'aborder ses petites malades; qu'il leur sourie, qu'il s'accommode à leur langage et se prête même à leurs jeux. Qu'il aime les enfants (s'il en a, il n'en gagnera que mieux le cœur des mères); qu'il soit affable, bon; qu'il ait, comme on l'a dit de Guersant et comme on peut le dire de M. Blache, qu'il ait le cœur *maternel*. »

Tous ceux qui ont eu, comme moi, l'honneur d'être le disciple de M. Roger, savent qu'il fait mieux que de donner des préceptes, il prêche d'exemple.

Le même accueil que le professeur de clinique a trouvé auprès des élèves, ce livre le rencontrera certainement chez tous les lecteurs, et le succès de ce premier *fascicule* engagera sans doute M. Roger à publier les leçons des années suivantes, leçons dont l'ensemble formera un ouvrage qui manque à la science, une bonne *clinique de l'hôpital des Enfants*.

F. BRICHETEAU.

le malade endormi. Le soir, sans attendre la contre-visite, il nous fait appeler : nous le trouvons assis sur son lit dans une attitude qui tout d'abord nous fit penser à une amygdalite ; en effet, il a le cou roide, la tête fixe, immobile ; la voix est nasonnée, la déglutition difficile et douloureuse ; nous l'invitons à ouvrir la bouche, ce qu'il ne fait qu'incomplètement et avec difficulté vu la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, qui sont très-douloureux ; c'est à peine si nous pouvons apercevoir le voile du palais ; luette et piliers tuméfiés et d'un rouge brun ; les amygdales n'ont pas augmenté de volume ; le pharynx est aussi rouge ; tous ces organes paraissent très-secs.

Le malade accuse aussi de la difficulté à respirer par le nez ; il y éprouve une sensation de sécheresse et de chaleur.

Le pouls est plein et fréquent (120) ; la peau est chaude. Il y a de l'anorexie ; la soif est vive, la constipation opiniâtre ; les urines sont rouges et sont rendues facilement. — Diète, gargarismes émollients, tisane d'orge.

Le 27, langue sèche, mucus épais, blanchâtre, collant la langue, les joues, les lèvres entre elles ; arrière-gorge rouge et douloureuse, dysphagie.

Rougeur et gonflement limités au nez ; plaque érysipélateuse au niveau de la pommette droite ; écoulement de sérosité par le nez. — Bouillon, gargarismes émollients, tisane d'orge.

A la contre-visite, l'érysipèle a déjà envahi le nez, le front, les paupières, qui sont fermées, les pommettes des deux côtés ; il s'y forme des bulles contenant de la sérosité. La chaleur est vive à la face ; il y a peu de douleur. Mêmes symptômes du côté des voies digestives. L'administration de 30 grammes d'huile de ricin procure quatre ou cinq selles.

Le 28, les parties primitivement envahies ont diminué de volume, les bulles ont formé en se vidant des croûtes grisâtres ; l'érysipèle envahit le bas de la face et tend vers le cou.

La muqueuse nasale est moins enflammée, le malade respire plus facilement ; diminution de la sérosité.

B... se plaint de douleur au niveau du larynx ; il a une toux sèche ; la percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal du côté de la poitrine. La luette est recouverte par une croûte qui paraît être de même nature que celles qui se sont formées après la rupture des bulles sur toutes les parties occupées par l'inflammation. La fièvre est aussi forte qu'hier. — Potion avec teinture d'aconit, deux gouttes ; teinture de belladone, dix gouttes ; orge.

A la contre-visite, le malade se plaint d'être assoupi ; des cataplasmes sinapisés, promenés sur les membres inférieurs, diminuent la tendance au sommeil.

Le 29, la dysphagie est moindre, la voix nasonnée a disparu ; le malade ouvre plus facilement la bouche ; le gonflement et la rougeur ont diminué d'intensité ; on peut voir que la maladie était limitée au voile du palais, dont la couleur rouge franchement délimitée contraste avec la teinte d'un blanc rose de la muqueuse de la voûte. Il existe encore quelques mucosités collantes dans la bouche.

L'érysipèle gagne les parties latérales du cou, les oreilles et le cuir chevelu à sa partie postérieure. Notons que depuis l'invasion de la maladie l'écoulement, qui depuis quelques jours avait diminué d'intensité, a cessé tout à fait ; la fièvre est toujours forte. — Même prescription qu'hier.

3e La face est recouverte comme d'un masque formé par des croûtes noirâtres ; l'érysipèle a envahi la presque totalité du cuir chevelu et s'y manifeste par de la tension, de l'empâtement, de la douleur et une coloration rosée. Les muqueuses qui étaient enflammées sont revenus à leur état normal ; cependant la toux persiste, mais la douleur du larynx a disparu ; la percussion du thorax nous donne une sonorité normale, l'auscultation nous laisse percevoir un peu de rudesse dans le murmure vésiculaire. Le malade expectore quelques crachats muqueux. Pouls à 130 ; mêmes symptômes du côté des voies digestives ; soif et inappétence, constipation. — Nous lui faisons prendre un éméto-cathartique (sulfate de soude, 15 grammes, tartre stibié, 0gr,05), qui, deux heures après son administration, produit dix ou douze selles.

Le 1er décembre, le gonflement a disparu à la face, les paupières s'ouvrent et laissent voir les conjonctives très-vascularisées ; les croûtes commencent à se détacher. Le malade répand une odeur infecte. L'érysipèle gagne les parties antérieures du cuir chevelu et s'étend d'arrière en avant vers le front. La fièvre est toujours intense. Pouls à 120. La peau est cependant moins chaude. — B. Tisane d'orge.

Le 2, diminution de la douleur au cuir chevelu. La fièvre est moins forte. Pouls 108 à la visite, 90 à la contre-visite.

Les 3, 4 et 5, petit à petit l'érysipèle a disparu, et il se fait une desquamation à peine sensible au cuir chevelu.

Le 6, la face est complètement dépareillée ; l'ouverture de l'abcès qui s'était oblitérée se reforme de nouveau cette nuit. La fièvre persiste toujours, mais moindre (90 pulsations). Le malade ne se plaint plus que de la toux. Nous constatons l'existence de quelques râles muqueux des deux côtés de la poitrine. L'appétit renaît, le malade commence à prendre une nourriture plus substantive.

Nous arrêtons ici notre observation : l'érysipèle s'étant heureusement terminé, il ne reste plus que quelques symptômes antérieurs à son apparition et une bronchite consécutive, qui ne nous offrent qu'un intérêt minime.

Nous avons pensé que l'inflammation qui a envahi la pituitaire, le voile du palais, le pharynx, le larynx au début, à la fin de la maladie les bronches, était de nature érysipélateuse pour plusieurs motifs.

1° Elle s'est développée alors que le malade était à l'infirmerie, qu'il n'en sortait pas et que par conséquent il n'a pu être exposé aux diverses causes d'inflammation et principalement au froid qui en est la cause ordinaire dans cette saison.

2° Depuis quinze jours environ, nous avons observé cinq cas d'érysipèle à la face sur une population de 320 aliénés des deux sexes. Il est à remarquer que les hommes en ont été atteints à l'exclusion des femmes. En outre, M. le directeur voit en ce moment en ville plusieurs malades atteints de ce genre d'affection, ce qui nous fait supposer l'existence d'une cause commune, identique, de nature épidermique.

3° Nous avons remarqué, en même temps que l'apparition de l'inflammation des muqueuses, un engorgement des lymphatiques, symptôme précurseur très-fréquent des érysipèles ; enfin, l'éruption à la peau s'est montrée aussitôt après le début de l'angine.

4° Les deux affections ont suivi une marche identique, et les parties qui ont été primitivement atteintes à la peau, comme sur la muqueuse, ont été guéries en même temps et les premières.

Ainsi, pour nous, l'existence simultanée des divers actes morbides ayant leur siége à la face, sur les muqueuses respiratoires du voile du palais et du pharynx, n'est point due à une simple coïncidence, mais ils ne sont que des manifestations d'une même maladie, l'érysipèle.

— S'il est possible de dire que l'érysipèle est ici dû à une influence épidémique, il n'est pas moins raisonnable de l'attribuer à une inflammation chronique de l'oreille et à un abcès non soigné, puisque l'abcès s'est ouvert seul.

Doit-on dire qu'il s'agit d'un érysipèle interne dont on multiplie aujourd'hui les observations. Au point de vue de l'inflammation superficielle qui s'est rapidement étendue aux fosses nasales, si ce jugement a quelque fondement, il obligerait à considérer presque toutes les inflammations des muqueuses, y compris la blennorrhagie, comme des érysipèles.

(*Note de la Rédaction.*)

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Uréthrotomies externe et interne.

Monsieur le Rédacteur,

Votre intervention dans la question des uréthrotomies externe et interne m'engage à réclamer un moment l'attention de vos lecteurs sur ce sujet, et je ne doute pas qu'en faisant appel à vos habitudes d'impartialité, vous ne m'accordiez la grande publicité de votre journal.

M. le docteur Sarazin, professeur agrégé de notre Faculté et médecin répétiteur à l'Ecole militaire de santé de Strasbourg, avait recueilli à ma clinique et publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (1) une observation d'uréthrotomie externe ou périnéale pratiquée pour une oblitération traumatique complète de l'urèthre, et suivie, après la cicatrisation des plaies et le rétablissement de la miction, d'une uréthrotomie interne faite pour combattre l'active tendance du nouveau canal à se rétrécir. M. Sarazin annonçait qu'à sa sortie de l'hôpital le malade urinait par un jet fort et volumineux, et qu'on lui avait recommandé de maintenir la dilatation par des cathétérismes suffisamment renouvelés.

Vous avez, Monsieur le Rédacteur, donné un extrait de cette observation dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 octobre dernier, et vous ajoutiez : « On dira sans doute que l'*on n'a fait que transformer une infirmité en une maladie presque incurable.* A cela, il est facile de répondre que le traitement du rétrécissement du canal rétabli est accessible à un traitement palliatif par la dilatation.

» L'uréthrotomie interne ne le guérira sans doute pas radicalement, et n'aura d'effet qu'autant que le malade aura soin de se sonder tous les jours, ainsi que le lui a recommandé M. Sédillot. »

Ce jugement, Monsieur le Rédacteur, nous a singulièrement surpris, et produira, croyons-nous, la même impression sur tous ceux qui voudront bien y réfléchir. Comment! voilà un malade dont l'urèthre était oblitéré, qui n'urinait plus que par une canule sus-pubienne placée à demeure dans la vessie, et lorsqu'on l'en a débarrassé, qu'on lui a refait un canal assez parfait pour lui permettre d'uriner par un jet fort et volumineux, on pourra dire qu'on a remplacé une infirmité par une maladie incurable? Ceci nous paraît, je l'avoue, une appréciation extraordinairement curieuse, et j'y reviendrai plus loin. Vous ajoutiez, il est vrai, *qu'avec la précaution de se sonder tous les jours, comme je le lui ai recommandé* (assertion contre laquelle je proteste), *le malade restera accessible à un traitement palliatif par la dilatation.*

M. Sarazin n'a pas voulu accepter ce jugement, et il vous a écrit pour rectifier les faits, comme en témoigne votre numéro du 17 décembre. Par des raisons que je n'ai pas à examiner, vous n'avez pas inséré sa lettre, mais vous l'avez discutée. « M. Sarazin, dites-vous, est un élève de M. Sédillot, il a généreusement pris parti pour lui. Nous ne saurions trop applaudir aux sentiments affectueux des élèves envers leurs maîtres ; mais lorsqu'il s'agit de science pure, il n'y a plus de maîtres, il n'y a que des faits, et leur logique est implacable. » Il m'a semblé, Monsieur le Rédacteur, que je devais intervenir, puisque mes idées et ma pratique étaient mises en cause. Je serai toujours extrêmement flatté d'avoir des élèves de la valeur de M. Sarazin, et de les ranger parmi mes collaborateurs et mes amis ; mais il s'agit ici de faits dont je vous abandonne volontiers la logique, et puisque vous les appelez implacables, j'en laisserai l'appréciation à vos lecteurs.

L'histoire des uréthrotomies interne et externe est d'un intérêt trop puissant et trop actuel pour ne pas motiver et soutenir quelques moments l'attention, et sans entrer dans tous ses détails, j'examinerai seulement trois questions susceptibles, je crois, d'être très-clairement résolues par les faits.

1° L'inconvénient d'un cathétérisme journalier est-il comparable à celui de porter une canule hypogastrique en permanence dans la vessie, par suite d'une oblitération complète de l'urèthre ?

Une pareille question ne souffre aucun doute. Une canule de trocart en permanence dans la vessie est extrêmement incommode, reste sujette aux incrustations calcaires, détermine l'ulcération et l'inflammation des tissus en contact, exige des remplacements difficiles, laisse écouler de l'urine dont l'infiltration dans les vêtements amène une odeur insupportable. La simple nécessité de passer une sonde dans un canal reconstitué et fonctionnant bien généralement peu et serait très-bien supportée. Je veux supposer des conditions plus défavorables : le malade ne pourra pas uriner spontanément et sera obligé de se sonder pour vider sa vessie, sans espoir de guérison le reste de sa vie. Dans ce cas, Monsieur le Rédacteur, les avantages seraient encore très-supérieurs à l'obligation de porter à demeure une canule dans la vessie. J'avais entendu autrefois dire à Sanson, professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, que tout individu obligé de se sonder pour uriner était condamné à mourir dans l'année. L'expérience m'a prouvé le peu de fondement de cette assertion, et j'ai observé, comme ont pu le faire également beaucoup d'autres confrères, des faits complétement contradictoires. Je connais un malade atteint d'un engorgement prostatique considérable, qui se porte parfaitement bien, voyage et vaque à toutes ses occupations, sans avoir pu depuis plusieurs années rejeter une seule goutte d'urine sans l'emploi d'une algalie.

J'ai opéré en 1849 un officier atteint, par suite de rétrécissement de l'urèthre, d'une infiltration urineuse avec gangrène étendue au périnée et à la région fessière. J'avais tout déclaré la mort inévitable ; mais le frère du malade, médecin distingué avec lequel je continue aujourd'hui d'excellentes relations, fit appel à la chirurgie, et au moyen de larges incisions et du fer rouge nous fûmes assez heureux pour mener à bien cette grave affection. Depuis ce moment, cet officier n'a jamais uriné une seule fois sans sonde, ce qui ne l'a pas empêché de faire son service, de mériter de l'avancement, et il est actuellement colonel, se porte parfaitement, et obtiendra bientôt, je l'espère, les épaulettes de général.

Voilà donc une première question résolue. L'uréthrotomie externe ou périnéale est un véritable bienfait pour les opérés, alors même qu'ils seraient obligés de se sonder tous les jours.

2° Cette prétendue nécessité du cathétérisme dilatateur est-elle réelle ?

Nous répondons : Non, et nous allons en fournir la preuve. Nous avons opéré le 9 avril 1852 un jeune homme âgé de vingt-deux ans, auquel nous avions été obligé de pratiquer deux fois la ponction de la vessie, etc., (V. *Gazette médicale de Paris*, année 1854). Ce jeune homme, guéri par l'uréthrotomie périnéale, est resté des années entières sans se sonder ; il montait à cheval et se conduisait comme tous les jeunes gens de son âge ; il s'est marié, a plusieurs enfants, est magistrat, et je l'ai vu il y a deux ans, très-bien portant, et M. le professeur Schützenberger, qui était son médecin et était présent à l'opération, m'a ces jours-ci donné de ses nouvelles, qui sont excellentes.

Il reste donc prouvé que l'uréthrotomie périnéale guérit les malades sans les assujettir à se sonder tous les jours, ni tous les mois, ni même chaque année. On pourra objecter que le cas est exceptionnel ; que la guérison ne date pas d'assez loin, qu'après vingt ans de bonne santé, il est possible que le rétrécissement reparaisse, que pour arriver à des résultats certains, il faudrait établir une statistique de toutes les opérations déjà faites ; connaître les causes de l'affection, sa durée, ses complications, les précédents du malade, son tempérament. Nous ne discuterons aucune de ces exigences, si faciles à multiplier encore.

La biologie a ses lois, et si les fragments d'un même métal sont semblables, je ne m'imagine pas qu'aucun médecin ose soutenir qu'il en est de même pour deux hommes quelconques, malgré la similitude du nom.

Nous nous contentons de démontrer, sans réfutation possible, qu'un malheureux dont le canal est oblitéré et infranchissable, et auquel on a été obligé de ponctionner la vessie, peut être rendu à la vie, à la santé, à sa famille, à toutes les habitudes de son âge, au mariage, à la paternité et à une longue et honorable carrière par l'opération de l'uréthrotomie périnéale, que nous avons remise en honneur.

Nous ne redoutons pas la ponction de la vessie au-dessus du pubis ; nous considérons cette opération (voir notre *Méd. opér.*) comme fort innocente, malgré les assertions contraires émises à l'Académie de médecine (séance du 28 octobre 1864) par un éminent chirurgien, et quand nous avons dans nos cliniques des malades atteints de rétrécissements infranchissables par oblitération du canal, diverticulums, coarctations fibreuses obliques ou latérales, etc., nous ne restons pas spectateur des accidents et réduit à citer l'autopsie cadavérique et l'impossibilité du cathétérisme pour expliquer notre inaction, mais nous intervenons sans hésitation, guidé par des règles que nous croyons excellentes, et si nous ne guérissons pas tous nos malades, nous en sauvons le plus grand nombre, et nous avons la conscience de n'avoir méconnu aucune des ressources de notre art.

3° Nous arrivons enfin à votre dernière objection, devenue la principale dans votre appréciation de l'observation de M. le professeur Sarazin.

Vous dites, Monsieur le Rédacteur : « Il ne faut pas ajouter une trop grande foi à la valeur de l'uréthrotomie interne, qui a causé la mort et qui n'a pas produit jusqu'ici une guérison radicale d'un seul rétrécissement vrai qui puisse compenser les dangers de la section de l'urèthre. »

Vous invoquez les faits pour appuyer ce jugement rigoureux, j'en ferai autant de mon côté pour le combattre, avec cette différence que j'invoque une expérience personnelle et que je ne suis pas obligé de m'en rapporter à des appréciations étrangères. Je pourrais vous demander ce que vous appelez un rétrécissement vrai. J'ai pratiqué une centaine d'uréthrotomies internes, et j'ai déjà plusieurs fois déclaré que cette opération faite avec mon instrument était en général des plus innocentes, que je n'avais pas perdu un seul malade, qu'avec la précaution d'empêcher par l'emploi d'une sonde, pendant quelques jours, les absorptions urineuses, on se mettait à l'abri de la plupart des accidents, et que les résultats en étaient habituellement instantanés et d'une merveilleuse efficacité. Je renvoie à ce sujet au remarquable travail de M. le professeur Gaujot (*Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, numéros 7, 8, 10 et 11, t. IV, 1860), et à mon Mémoire sur le même sujet (*Gazette hebdomadaire*, Paris, 1858). Quant aux guérisons radicales, je ne répéterai pas ce que j'en ai dit tout à l'heure à l'occasion des uréthrotomies périnéales.

Qu'entendez-vous par guérison radicale? Est-ce le rétablissement complet des fonctions? Pendant combien de temps? un an ou cinquante? Mettons de côté les équivoques, les fins de non-recevoir, les objections insolubles qu'il est toujours si facile d'accumuler, comme l'histoire le prouve, en opposition avec les faits les plus évidents.

(1) Rupture du canal de l'urèthre ; cicatrisation isolée des deux bouts ; uréthrotomie périnéale ; rétrécissement cicatriciel consécutif ; uréthrotomie interne. Clinique de M. Sédillot, par le docteur Sarazin.

(*Gazette médicale de Strasbourg*, septembre 1864.)

Je me bornerai, selon votre conseil, si juste d'ailleurs, à m'en rapporter aux faits, et je terminerai par l'observation d'un de mes confrères qui a bien voulu me l'adresser en m'autorisant à la publier.

Vous pourrez en outre consulter, Monsieur le Rédacteur, la *Gazette médicale de Strasbourg* (20 juillet 1858), où se trouve le récit d'un de mes confrères attestant qu'il avait été instantanément guéri par l'uréthrotomie interne d'un rétrécissement dont il souffrait depuis trente ans, et qui, malgré le régime le plus sévère et les précautions les plus pénibles, l'exposait incessamment à de très-graves accidents. Il ne s'était pas sondé une seule fois depuis une année, et sa guérison restait parfaite.

Voici l'observation personnelle et remarquable de notre second confrère :

« Depuis trente ans peut-être j'urinais mal, le jet était mince, parfois en vrille; petit à petit cet état devint plus grave et d'autres accidents surgirent. Je devins sujet aux érysipèles, qui ne cessèrent que pour céder la place à un catarrhe de vessie qui dura près de deux ans. Enfin, dans l'hiver de 1859, reparut un affreux érysipèle qui s'étendit sur toute la surface du corps, devint un véritable eczéma, envahit les voies digestives et bientôt après les voies urinaires. Le rétrécissement de l'urèthre devint une véritable oblitération. Deux confrères à tour de rôle essayèrent en vain d'introduire une sonde, et je m'en allais grand train dans un autre monde, lorsque la main habile et expérimentée du professeur Sédillot, armée de son uréthrotome, vint me sauver la vie.

» A partir de ce moment, tout fut dit, tout fut fait : *on n'introduisit plus ni sonde ni bougie d'aucune espèce*, et je me rappelle parfaitement le saisissement que je ressentis lorsque pour la première fois je me vis uriner, lorsque je vis ce jet énorme qui resta teint de sang pendant vingt heures au moins. Je ne sais comment rendre ce que j'éprouvai plus tard et même longtemps encore après ma convalescence toutes les fois que j'urinais : c'était une sensation de bonheur, une jouissance du besoin satisfait (chose méconnue pour moi depuis trente ans); je renaissais à la vie, et depuis lors plus de catarrhe vésical, plus d'érysipèle. Je renonçai au régime sévère auquel j'étais astreint depuis si longtemps; je repris l'usage du vin, et aujourd'hui j'en prends à tous mes repas, après avoir été pendant dix ans à l'eau et au lait.

» J'ai soixante-quatre ans, et je suis, je crois, dans les conditions dans lesquelles doit se trouver un homme de mon âge. »

Veuillez agréer, etc. Professeur SÉDILLOT.

Strasbourg, 22 décembre 1864.

M. Sédillot parle des avantages de l'uréthrotomie périnéale, nous sommes des premiers à les reconnaître, en partant de ce principe qu'une *fistule uréthrale* avec ou sans un rétrécissement de l'urèthre est un mal moindre qu'une *fistule vésicale*, et qu'un urèthre même rétréci vaut mieux qu'une fistule urinaire.

Quant aux avantages de l'uréthrotomie interne, nous nous bornerons à rappeler qu'il existe dans la science des observations de guérisons dites radicales par la dilatation, et que le fait rapporté par M. Sédillot n'a pas plus d'autorité que les observations précédentes.

Que M. Sédillot, l'un de nos meilleurs chirurgiens, l'un des hommes les plus distingués et les plus justement estimés de l'Ecole de Strasbourg, nous le pardonne, nous ne pouvons penser autrement que nous n'avons écrit : *l'uréthrotomie interne* a offert des dangers qui n'ont pas été compensés par ses résultats.

Dr A. DESPRÉS,
chirurgien des hôpitaux.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1865. — Présidence de M. MALGAIGNE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend que les lettres officielles qui invitent l'Académie à se faire représenter aux réceptions du 1er janvier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bach (de Strasbourg), qui sollicite le titre de membre correspondant national;

2° Un paquet cacheté, adressé par M. le docteur Labordette (de Lisieux). Le dépôt est accepté.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau deux observations de transmission de la syphilis par la vaccine, observations recueillies par MM. les docteurs Amiel et Sorbets.

— M. MALGAIGNE, président, rend compte à l'Académie de la réception du bureau aux Tuileries et aux ministères de l'instruction publique et du commerce, à l'occasion du jour de l'an. Il adresse ensuite ses remerciments à ses collègues pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant à la présidence.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

La liste de présentation de la section porte :

En 1re ligne. . . . . . . MM. Sanson.
En 2e — *ex æquo* . . . Colin et Lecoq.
En 3e — . . . . Leblanc fils.
En 4e — . . . . Goubaux.

Au 1er tour de scrutin, le nombre des votants étant de 75, la majorité 38 :

M. Colin obtient. . . . 24 voix.
M. Lecoq . . . . 19 —
M. Leblanc. . . . . . . 15 —
M. Sanson. . . . . . . 8 —
M. Goubaux. . . . . . . 6 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Nombre de votants, 74; majorité, 38.

M. Colin obtient. . . . 37 voix.
M. Lecoq. . . . . 19 —
M. Leblanc. . . . . . . 12 —
M. Sanson. . . . . . . 4 —

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, l'Académie procède à un troisième tour de scrutin de ballotage entre les deux membres qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages, M. Colin et M. Lecoq.

Le nombre des membres votants est de 72; majorité, 37.

M. Colin obtient. . . . 47 voix.
M. Lecoq. . . . . 23 —
Un billet blanc.

En conséquence, M. le président proclame M. Colin élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

— M. RICORD, inscrit pour prendre la parole sur le projet de rapport de M. Depaul, relatif à la transmission de la syphilis par la vaccine, demande la permission à l'Académie de remettre son argumentation à la séance prochaine, l'heure étant trop avancée. La parole est réservée à M. Ricord pour mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 30 décembre 1864, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Moufflet et Jossic, seconds médecins en chef de la marine; Bellebon, chirurgien principal.

Au grade de chevalier : MM. Jourdan, Bourgarel, chirurgiens de 1re classe de la marine; Quintin, chirurgien de 2e classe; Cros, Fauvel, chirurgiens auxiliaires de 2e classe.

— Par décret du 11 décembre 1864, M. Gervais (de Rouville), docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur titulaire de la chaire de minéralogie et de géologie à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. Marcel de Serres, décédé.

— Le mouvement des médecins des hôpitaux de Paris a eu lieu le 1er janvier dans l'ordre suivant :

M. Béhier passe à l'hôpital de la Charité en remplacement de M. Natalis Guillot, devenu professeur de clinique au même hôpital en remplacement de M. Piorry, passé à l'Hôtel-Dieu.

M. T. Gaillard, médecin de l'hospice des Incurables (hommes), passe à l'hôpital de la Pitié.

M. Simonet passe à l'hôpital du Midi en remplacement de M. Puche, appelé à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Labric, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, passe à l'hôpital des Enfants en remplacement de M. Blache, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Potain, médecin de l'hospice des Ménages, passe à l'hôpital Saint-Antoine, en remplacement de Goupil, décédé.

M. Millard, médecin du Bureau des nourrices, passe à l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. Bouvier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Vidal, médecin de l'hospice de Larochefoucauld, passe à l'hospice des Enfants-Assistés.

M. Chauffard, médecin du Bureau central, passe à l'hospice Larochefoucauld.

M. Jaccoud, médecin du Bureau central, passe à l'hôpital Lourcine, en remplacement de M. Simonet.

M. Bucquoy, médecin du Bureau central, passe au bureau des nourrices.

M. Archambault, médecin du Bureau central, passe à l'hospice des Incurables (hommes).

M. T. Mauriac, médecin du Bureau central, est placé à l'hospice des Ménages.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 décembre 1864, sont institués agrégés, pour entrer en exercice à partir du 1er janvier 1865, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris :

M. Milne-Edwards (Alphonse), attaché à la section d'histoire naturelle (zoologie).

M. Baudrimont, attaché à la section de pharmacie.

— Par arrêté ministériel, en date du même jour :

M. Cauvet est institué agrégé, pour entrer en exercice à partir du 1er janvier 1865, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, pour l'histoire naturelle.

M. Planchon est institué agrégé, pour entrer en exercice à partir du 1er janvier 1865, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'histoire naturelle.

— M. le docteur Sée commencera le dimanche 8 janvier, à l'hôpital Beaujon, des leçons sur la physiologie expérimentale appliquée aux maladies du foie et des reins. Ces leçons seront continuées tous les dimanches, à neuf heures.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DU L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emploi du vin à haute dose dans le traitement de la diphthérie maligne ou infectieuse.

Deux grands préjugés nous sont restés de la doctrine physiologique de Broussais et du rôle exclusif attribué dans son école à l'élément inflammatoire local. Ces préjugés sont : la diète et les prétendus dangers de la médication tonique stimulante. Nous ne parlons pas de la médication antiphlogistique. On a fait depuis longtemps justice de ses excès, et elle est tous les jours de plus en plus circonscrite dans les limites de ses véritables indications. Mais beaucoup de praticiens redoutent encore l'alimentation et « l'action incendiaire » du vin et des préparations alcooliques, placés en si haut rang dans nos anciennes pharmacopées, et dont nos voisins d'outre-Manche n'ont jamais cessé de tirer un si utile parti dans leur thérapeutique. Le retour à des idées pratiques plus saines tend cependant à affaiblir de jour en jour ces craintes chimériques, et nous voyons de toutes parts, en chirurgie comme en médecine, restituer en quelque sorte une à une les indications de la médication stimulante. Nous avons déjà signalé plusieurs fois d'heureuses tentatives de ce genre dans les affections de nature septique; voici un nouvel exemple très-remarquable des excellents effets de la médication vineuse et alcoolique à haute dose dans un cas de diphthérie infectieuse des plus graves, dont M. le docteur F. Bricheteau vient de consigner l'histoire dans une petite brochure que nous avons sous les yeux.

L'enfant Albert C..., âgé de trois ans, lymphatique, d'une constitution chétive, rachitique, est pris le 1er novembre de coryza avec un peu de toux; en même temps il perd sa gaieté, dort mal, ne mange plus et se plaint de douleur à la gorge en avalant. Le lendemain, un engorgement ganglionnaire apparaît à la mâchoire inférieure. Le 4, au matin, altération de la voix, qui est un peu éteinte, avec timbre rauque de la toux. Le 5, la respiration est gênée et sifflante. Le 6, dyspnée considérable avec menace d'asphyxie. On avait déjà fait prendre au petit malade deux vomitifs, et on lui avait appliqué un large vésicatoire sur la poitrine sans aucune amélioration, lorsque M. Bricheteau, appelé auprès de l'enfant, le trouva en proie à une asphyxie imminente, la face pâle, blafarde, livide, les yeux excavés et dans un état d'insensibilité à peu près complète; il le fit transporter immédiatement à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Roger, où il fut aussitôt trachéotomisé.

Le 7 novembre, premier jour après l'opération, l'enfant paraît soulagé; toute menace d'asphyxie a disparu, le visage est meilleur. Mais les ganglions sous-maxillaires sont le siége d'un engorgement considérable. Les deux amygdales, les piliers antérieurs et la paroi postérieure du pharynx sont recouverts de fausses membranes molles, grisâtres, exhalant une odeur fétide. Le pouls est à 140, la respiration à 36, assez facile, point bruyante et accompagnée d'une expectoration claire, liquide, peu abondante. L'auscultation fait entendre de gros râles dans les deux poumons, puis à la base droite des râles humides fins; légère submatité à la percussion. Plusieurs fausses membranes molles, diffluentes, minces ont été expulsées après l'opération. L'enfant a pris un peu de vin et de lait.

Le 9 novembre, troisième jour après l'opération, l'enfant est abattu, prostré, le facies est livide; fièvre intense, 140 pulsations, 44 respirations par minute; l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire est toujours très-considérable. La plaie du vésicatoire que l'enfant avait à la poitrine avant son entrée à l'hôpital est recouverte d'une couche épaisse de fausses membranes.

On prescrit des lotions avec du vin aromatique, pansement avec la poudre de quinquina.

Le 11, cinquième jour, on retire la canule : la plaie a bon aspect, mais l'état du petit malade est toujours très-grave; il refuse toute alimentation et ne prend que du vin sucré.

Le 14, huitième jour, dyspnée, respiration fréquente, bruyante, trachéale, râles vibrants dans les deux poumons; la déglutition des liquides produit parfois des quintes de toux pénibles; l'enfant refuse même de boire du vin.

Le 15, neuvième jour, l'enfant est emmené de l'hôpital, sur le conseil de M. Roger.

Le soir, M. Bricheteau le trouve dans l'état suivant :

Prostration profonde, indifférence complète à tout ce qui l'entoure, regard voilé, visage pâle, sans trace de cyanose; peau chaude, sèche, pouls à 144; respiration sèche, assez bruyante, peu pénible (33 inspirations); à l'auscultation, gros râles dans les deux poumons, plus marqués en arrière avec souffle à la base, léger à gauche, plus intense à droite.

La plaie du cou a bon aspect et tend à se rétrécir; la plaie du vésicatoire s'est élargie et est devenue énorme : elle s'étend depuis l'épigastre jusqu'à l'extrémité supérieure du sternum; elle est recouverte de fausses membranes grisâtres, très-adhérentes, excepté au centre, où existe une large ulcération à bords irréguliers, déchiquetés, taillés à pic et fournissant une suppuration abondante. L'enfant persiste à refuser obstinément tout aliment et toute boisson.

M. Bricheteau fait panser la plaie avec un mélange pulvérulent composé de poudre de quinquina, de calomel et de sous-nitrate de bismuth. Il recommande aux parents d'user de toute leur influence pour faire accepter à l'enfant un peu de nourriture et de lui accorder tout ce qu'il demandera.

Le lendemain l'enfant n'a rien mangé, mais il a bu à plusieurs reprises du vin sucré avec plaisir. M. Bricheteau prescrit de lui donner autant de vin qu'il en voudra, et il fait mettre 50 grammes d'eau-de-vie dans une bouteille de vin de Bordeaux.

Le 17, le petit malade a bu en vingt-quatre heures une bouteille de vin de Bordeaux et 30 grammes d'eau-de-vie; il n'a pris aucune autre nourriture.

Le 18, il a bu une bouteille et demie de vin et 50 grammes de rhum. Il paraît un peu mieux le matin, son regard est meilleur; il y a eu un sommeil de cinq heures; le pouls est à 120.

Le 21, l'enfant prend pour la première fois un peu de potage; jusque-là il n'a pris autre chose que du vin sucré et du rhum, refusant tout mélange et toute addition d'autres liquides. A dater de ce jour, on continue à lui faire prendre une bouteille de vin par jour, sans addition de rhum.

Le 22, la plaie du cou est en très-bon état et à moitié fermée; toute trace de diphthérie a disparu sur la plaie de la poitrine, dont la surface a repris une belle couleur rouge et s'est recouverte de bourgeons charnus. M. Bricheteau cautérise la plaie avec le crayon de nitrate d'argent et la recouvre de bandelettes de diachylon imbriquées.

A partir de ce moment, l'enfant va sensiblement de mieux en mieux, la plaie du cou se rétrécit de plus en plus, celle de la poitrine diminue aussi tous les jours d'étendue; la voix revient, l'examen de la poitrine ne donne plus ni souffle ni râle fin, quelques gros râles seulement au niveau des grosses bronches; à dater du 25 novembre, on fait diminuer la quantité de vin à mesure que l'enfant prend plus de nourriture.

Le 28, la plaie du cou est complétement fermée, il n'y a plus de fièvre, la respiration est redevenue complétement normale; retour de l'appétit, visage bon; l'état des forces laisse seul à désirer encore; l'enfant ne peut se tenir sur ses jambes; il n'y a, du reste, aucune paralysie ni du voile du palais ni des extrémités.

Le 10 décembre, la plaie de la poitrine est complétement fermée, l'enfant est en pleine convalescence, les forces reviennent peu à peu. La guérison est complète dans les premiers jours de janvier.

On voit là, ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de raison M. Bricheteau, un exemple de véritable intoxication diphthérique, subsistant après la conjuration par la trachéotomie, du danger imminent de suffocation et constituant par elle-même un danger tout aussi grand au moins que l'affection croupale elle-même. C'est contre cette intoxication générale, à laquelle l'enfant eût très-probablement succombé si la maladie avait été abandonnée à elle-même, que la médication vineuse et alcoolique nous paraît avoir eu une efficacité véritablement remarquable.

Altération granulo-graisseuse de l'épithélium des glandes de l'estomac, dans un cas d'empoisonnement par le phosphore.

M. le professeur Tardieu, dans une leçon faite dans le deuxième semestre de l'année dernière, a signalé une analogie passée jusque-là inaperçue, entre les altérations de l'épithélium des glandes de l'estomac et celle des épithéliums du rein et du foie. Cette analogie était fondée en particulier sur l'observation suivante, communiquée depuis à la Société de biologie par MM. V. Cornil et G. Bergeron.

Une jeune fille fut amenée dans le courant du mois de juin dernier à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Tardieu, en proie aux symptômes d'un empoisonnement par le phosphore, auquel elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, MM. Cornil et Bergeron ont constaté dans le foie, dans les reins et dans la muqueuse de l'estomac, les lésions suivantes :

Le foie, médiocrement volumineux, un peu globuleux dans sa forme, présentait une altération évidente dans sa coloration. Toute la surface était jaune, marbrée de rouge, et présentait un aspect granitique très-prononcé. Les taches rouges n'existaient qu'à la surface et dépendaient de l'injection des vaisseaux situés au-dessous de la capsule fibreuse. A la coupe, la consistance de l'organe était faible, et l'on ne trouvait plus qu'une coloration jaune uniforme; les deux substances ne se distinguaient plus par leur couleur.

Les cellules hépatiques, examinées au microscope, ont été trouvées dégénérées dans toute l'étendue des lobules, aussi bien à leur centre qu'à leur périphérie. Les cellules étaient tantôt infiltrées de granulations fines avec conservation de leur membrane cellulaire, tantôt elles étaient remplies de grosses gouttelettes huileuses.

Les reins présentaient à la coupe une altération marquée; la substance corticale était jaunâtre, anémiée; elle se séparait d'une façon très-nette de la substance tubuleuse d'un rouge brun. Sur ces coupes, on voyait à l'œil nu, et mieux avec un faible grossissement, que les glomérules de Malpighi étaient rouges et fortement congestionnés, ainsi que le réseau capillaire. A un grossissement de vingt diamètres, les tubes urinifères étaient blancs à la lumière réfléchie et noirs à la lumière directe. Ces tubes étaient remplis de cellules épithéliales pleines elles-mêmes de granulations albumineuses et graisseuses. Dans la majorité des tubuli, les parois des cellules étaient conservées, et les granulations étaient infiniment petites; mais un certain nombre de tubes contenaient des gouttelettes huileuses plus volumineuses que ces granulations, et là on ne reconnaissait plus distinctement la forme primitive des cellules. Cette altération des tubes rénaux était générale dans toute la substance corticale. Dans la substance tubuleuse, les tubes droits n'étaient pas tous altérés. Les vaisseaux capillaires et ceux des glomérules étaient normaux.

Le tube digestif ne présentait extérieurement rien à noter, à part une injection marquée de sa portion duodénale.

La muqueuse de l'estomac offrait de nombreuses ecchymoses superficielles, déchiquetées sur les bords; quelques-unes étaient très-petites, sous forme de pointillés. D'autres avaient de 1 à 2 centimètres de diamètre, et paraissaient formées par la réunion d'ecchymoses plus petites. Elles étaient en grand nombre au voisinage du pylore; on les retrouvait très-marquées sur la muqueuse du duodénum. En outre, la muqueuse de l'estomac offrait une coloration jaune très-remarquable, et les glandes formaient des saillies plus prononcées qu'à l'état normal, ce qui lui donnait un aspect particulièrement mamelonné.

Ces saillies mamelonnées et la coloration jaune de la muqueuse stomacale étaient dues à une lésion très-manifeste des glandes sur toute la surface de l'estomac, aussi bien à son grand cul-de-sac qu'à la région pylorique; les glandes en tube, examinées par la dissection simple aussitôt après l'autopsie, étaient opaques à un faible grossissement et à la lumière directe, blanches à la lumière réfléchie. A un plus fort grossissement, de deux cents à quatre cents diamètres, ces glandes se montraient avec leur membrane d'enveloppe mince et saine, et un contenu composé de cellules épithéliales remplies de fines granulations. Dans un grand nombre de ces glandes, on ne pouvait plus distinguer les cellules épithéliales, masquées ou remplacées par des granulations plus grosses. Toutes ces glandes étaient altérées; aucune d'elles n'avait la transparence normale. La soude dissolvait une partie des granulations, mais le plus grand nombre, notamment les plus grosses, ne se dissolvaient qu'avec l'éther. Ainsi, le contenu épithélial des glandes était infiltré de granulations protéiques et graisseuses, absolument comme le rein et le foie.

Les glandes de l'estomac subiraient donc, dans l'empoisonnement par le phosphore, les mêmes modifications que les tubuli rénaux, les cellules épithéliales seraient dans les deux cas infiltrées de granulations albumineuses et graisseuses. Ce serait là un caractère qui, s'il était confirmé par d'autres autopsies faites dans des circonstances semblables, pourrait être utilisé en médecine légale, en même temps qu'il révèle un ensemble de lésions organiques caractéristique de l'action du phosphore.

Fracture de côte. — Emphysème.

Au n° 12 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Denonvilliers, un charretier, âgé de cinquante-sept ans, est entré avec une double lésion traumatique du squelette.

Voici comment cet accident lui est arrivé :

En conduisant un tombereau qui venait d'être déchargé, le malade a glissé sur la neige et est tombé en avant ; la roue de la voiture lui a passé sur le corps. Elle a porté d'abord sur l'épaule droite, puis le malade a roulé et la roue a passé ensuite en plein sur le dos et la partie latérale gauche du thorax.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait un gonflement énorme de l'épaule, une ecchymose à la partie interne du bras et une difficulté de respirer coïncidant avec une douleur assez vive sur le côté gauche de la poitrine.

M. Denonvilliers, en examinant l'épaule, a constaté une crépitation rendue sensible lorsqu'il faisait exécuter des mouvements à l'humérus, et il a pensé qu'il pouvait exister une fracture du col anatomique de l'humérus ou une fracture de la cavité glénoïde avec épanchement de sang dans l'articulation.

Outre cette lésion, il en existait une autre : il y avait de l'emphysème sous-cutané étendu de la dixième côte jusque dans l'aisselle. On le reconnaissait à une crépitation fine, caractéristique. Cet emphysème ne s'accompagnait pas d'un gonflement considérable ; on sentait très-bien les côtes au-dessous de lui. M. Denonvilliers soupçonne immédiatement une fracture de côte avec déchirure du poumon. Il a examiné alors les côtes une à une à partir de la dernière, et arrivé sur la septième, il a pu produire la crépitation osseuse et la douleur caractéristique des fractures. En même temps toutefois il a constaté que la fracture était unique et que les fragments ne présentaient pas de déplacement. La pression sur les deux fragments de la côte brisée donnait cette sensation élastique qui annonce que la côte n'est divisée que par une seule solution de continuité. Le malade, du reste, ne crachait pas de sang, ne présentait pas d'oppression ; la poitrine était peu sonore à la percussion ; à l'auscultation on entendait le murmure vésiculaire.

Le traitement qui a été institué a consisté en un bandage de corps et une écharpe. Une potion opiacée a été administrée.

Ce fait présente quelque chose de particulier. M. Malgaigne, dans ses recherches sur les fractures de côte, a très-rarement constaté l'emphysème avec une fracture de côte simple, et tous les auteurs depuis J. L. Petit avaient été du même avis. On admet généralement que l'emphysème cutané n'existe que dans le cas de déchirure étendue du poumon par les fragments de plusieurs côtes fracturées.

Comme il y a une explication aux faits même les plus exceptionnels, on peut dire que le malade a eu une blessure peu étendue du poumon au moment où la fracture s'est produite, et comme c'est par pression directe que la solution de continuité a eu lieu, cela est supposable. Poussé par la roue de la voiture, un des fragments peut avoir blessé le poumon dans une petite étendue. Pendant un moment il s'est épanché de l'air dans les plèvres, puis la plaie s'est fermée et l'air a passé peu à peu sous la peau.

On peut se demander aussi comment il se fait qu'il y ait emphysème sous-cutané. A cela il est aisé de répondre par des faits. Les expériences de Hewson montrent qu'une piqûre du poumon sur un animal absolument sain détermine quelquefois cet emphysème et que la plaie du poumon ne tarde pas à s'oblitérer par un caillot. Des faits pathologiques enseignent qu'une piqûre du poumon peut être suivie d'un emphysème limité au pourtour de la piqûre. La *Gazette des Hôpitaux* a rapporté un cas de ce genre : un chiffonnier avait reçu un coup de croc dans le dos ; il n'avait présenté pour tout symptôme que de l'emphysème sous-cutané au niveau de la piqûre. Ce malade avait été observé dans le service de M. Velpeau en 1861, et il est juste de dire qu'il ne présentait d'ailleurs aucun signe de pneumo-thorax.

Lorsqu'il y a des adhérences entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, on le sait, les hernies ou les déchirures du poumon sont facilitées. Peut-être y a-t-il chez le malade de la Charité quelque chose d'analogue ; cela pourrait être : toutefois les antécédents du blessé ne le font point supposer. En effet, à part quelques rhumes, le malade n'a jamais présenté les signes d'une affection des voies respiratoires ; il n'est point emphysémateux et n'a jamais eu de pleurésie.

Hygiène des femmes en couches.

Les récentes discussions sur l'hygiène des hôpitaux ont mis en lumière des faits qui appellent l'attention des médecins. Un des anciens internes de la Maternité de Paris, M. le Dr Tarnier, agrégé de la Faculté de médecine, vient de nous envoyer une brochure récemment publiée, où il expose les résultats de son expérience pendant son séjour à l'hôpital de la Maternité de Paris, et les compare avec les données obtenues par les statistiques françaises et étrangères.

Déjà l'auteur a publié, dans sa thèse inaugurale, des remarques importantes sur les épidémies de fièvre puerpérale. Aujourd'hui il formule les propositions suivantes :

La réunion de plusieurs nouvelles accouchées dans une même salle est la cause principale de la mortalité qu'on observe dans les salles qui contiennent un grand nombre de lits.

Ce fait est démontré par des statistiques nombreuses. A côté de cette proposition, il en est d'autres qui présentent pas un moindre intérêt. Les voici :

Les femmes enceintes ne contractent pas ou ne contractent que très-exceptionnellement la fièvre puerpérale.

Les femmes enceintes qui ont séjourné plus de dix jours à l'hôpital avant leur accouchement, y sont acclimatées et meurent en moins grand nombre que celles qui accouchent au moment de leur entrée ou peu après.

Une nouvelle accouchée, après le huitième jour, n'est plus exposée à être prise de fièvre puerpérale ; pour elle, le moment du danger est passé.

M. Tarnier a conclu de son mémoire qu'il fallait autant que possible isoler les nouvelles accouchées : rien n'est plus sensé. Mais en attendant le moment où des dispositions seront prises à cet effet, on peut tirer un bon précepte des propositions précédentes, celui d'admettre les femmes enceintes à l'hôpital une semaine ou deux avant l'accouchement.

DEUX CAS D'EXCISION DU NERF LINGUAL ET MENTONNIER.

Par E. Bœckel, agrégé et chef des travaux anatomiques de la Faculté de Strasbourg.

Les sections de nerf en général et celle du lingual en particulier se pratiquent assez rarement pour donner quelque intérêt aux deux observations qui vont suivre. On est d'ailleurs loin de s'entendre sur le procédé le plus convenable pour cette opération. Roser (de Marbourg), qui en est le promoteur, divisa la joue depuis la commissure de la bouche jusqu'au masséter ; Linhart (de Vurtzbourg) préfère trépaner la branche de la mâchoire pour arriver au nerf plus près de sa racine ; M. Michel (de Strasbourg) opéra par la bouche sans incision extérieure, mais aussi sans donner à son malade le bénéfice de l'anesthésie.

Dans une thèse soutenue récemment à Tubingue, sous les auspices de Luschka, Löhrl déclare ce dernier procédé trop difficile et trouve que les deux autres donnent lieu à des cicatrices trop visibles. Il propose donc, d'après le conseil de son maître, d'atteindre le nerf par une incision faite le long du bord inférieur du maxillaire, en disséquant les tissus entre cet os et la glande sous-maxillaire jusque sous la muqueuse buccale.

On verra par mes observations que j'ai suivi le procédé de M. Michel et que je n'ai trouvé aucune difficulté à mettre le nerf lingual à nu, tout en chloroformant mes malades ; que, de plus, j'ai pu trépaner le maxillaire pour diviser le nerf dentaire sans pratiquer aucune incision sur la joue.

Marie M..., de la vallée de Munster (Haut-Rhin), âgée de soixante-neuf ans, mère de plusieurs enfants, n'a jamais fait de maladie sérieuse. Depuis quatre ans, elle souffre de douleurs névralgiques de la moitié gauche de la face, qui viennent par accès très-irréguliers et sans siége fixe. Mais depuis le mois de février 1862 la névralgie s'est localisée dans le côté gauche de la langue et de la mâchoire inférieure.

Les accès se présentent avec une grande intensité plusieurs fois par jour et durent de dix à vingt minutes. Ils s'accompagnent de crampes des muscles du visage et même des membres. Les douleurs sont si vives que la malade craint de manger et de parler et n'ose plus remuer la langue. Dans ces derniers temps la crampe a quelquefois gagné le larynx et occasionné des accès de suffocation.

Voyant l'insuffisance des traitements suivis jusqu'alors, la femme M... entre le 6 juin 1863 à la maison des Diaconnesses de Strasbourg, pour se remettre entre les mains de M. Hirtz. Le professeur, jugeant une intervention chirurgicale nécessaire, m'engage à voir la malade avec lui.

Nous constatons une hyperesthésie considérable de la moitié gauche de la langue. Le moindre attouchement provoque un accès de névralgie. Le trou mentonnier est également très-sensible à la pression ; mais les autres points d'émergence du trijumeau n'offrent rien de particulier. Ils ne deviennent douloureux qu'au moment des accès. La mâchoire inférieure est complétement privée de dents, mais il existe du côté gauche une saillie irrégulière également très-sensible. Je commence par enlever cette petite exostose avec la pince de Liston, mais sans que cela exerce une influence favorable sur la marche de la maladie.

Il est alors décidé qu'on exciserait le nerf lingual et le mentonnier, et, le 8 juillet 1863, je procède à l'opération, en présence de M. le professeur Hirtz et de quelques élèves.

La malade étant complétement anesthésiée, je fais écarter les mâchoires et je saisis le bord gauche de la langue avec une pince érigne pour la tirer en avant, en la renversant du côté droit. Par cette manœuvre, le plancher buccal est parfaitement accessible du côté malade. Je pratique sur le milieu de cet espace une incision de deux à trois centimètres, qui n'intéresse que la muqueuse, et, après la division de quelques lamelles de tissu cellulaire, j'aperçois un cordon blanc, qui n'est autre chose que le nerf lingual. L'écoulement de sang est à peu près nul. Le nerf est chargé sur un crochet mousse, et il est aisé de le poursuivre en arrière jusqu'au-delà du ptérygoïdien interne en fendant la muqueuse avec des ciseaux. Je le divise à ce niveau, et j'en enlève un morceau de plus de deux centimètres, dans lequel un examen ultérieur ne démontre aucune altération, pas même de la vascularisation.

Je détache ensuite la joue du maxillaire inférieur et je vais à la recherche du trou mentonnier. Les tranches nerveuses et vasculaires qui en émergent sont isolées dans l'étendue d'un contour à peu près ; puis, appliquant une gouge en arrière de ce point, sur le trajet du canal dentaire, je fais sauter la table externe de l'os et je coupe le nerf. Après quoi, il est facile d'en retirer un morceau assez long par le trou mentonnier.

L'hémorrhagie est un peu plus forte ici, mais l'opération est terminée, et on laisse la malade se réveiller.

Elle éprouve d'abord une brûlure assez vive au niveau des incisions, mais on constate que les parties correspondantes de la langue et de la lèvre sont complétement insensibles à toute piqûre. Les accès névralgiques sont complétement supprimés à partir de ce moment, et les plaies internes guérissent en dix jours sans aucun pansement et sans suppuration appréciable et sans douleur.

J'ai appris depuis que la guérison s'est maintenue pendant près d'un an, mais que depuis cette époque la femme se plaint de nouveau de quelques accès de tic douloureux, sans que je sache quel en est le point de départ. Il ne paraît pas cependant que les souffrances soient bien vives ou bien continues, car la malade n'est pas venue me retrouver, comme elle en avait d'abord l'intention.

Dans ce cas, la recherche du nerf lingual n'a présenté aucune difficulté ; dans le suivant, il y a eu quelques légers obstacles, parce que la malade avait toutes ses dents, ce qui rendait le siége du nerf beaucoup plus profond. Néanmoins, l'opération s'est terminée en très-peu de temps.

Mlle M..., de Sainte-Marie-aux-Mines, âgée de trente-quatre ans, d'une forte constitution, est affectée depuis neuf ans de névralgie faciale du côté droit. C'était d'abord le nerf mentonnier qui était le siége exclusif du mal, et, circonstance remarquable, les dents de ce côté n'y participèrent jamais. Puis la névralgie gagna le lingual droit ; pendant les forts accès elle s'étendait même au nerf sous-orbitaire et auriculo-temporal. L'arrachement de la seconde petite molaire inférieure droite, qui était légèrement gâtée, supprima une fois les douleurs pendant quinze jours. Une vive frayeur à propos d'un incendie, un changement d'air eurent une autre fois le même effet ; mais la névralgie revenait avec intensité et la malade, lasse des traitements médicaux, voulait en être débarrassée à tout prix.

C'est dans cet état qu'elle s'adressa à moi. Je constatai que le nerf lingual et le mentonnier droit étaient les foyers du mal, que les dents de la mâchoire inférieure étaient saines et nullement douloureuses, et que le nerf sous-orbitaire ne se prenait qu'exceptionnellement. La langue en particulier était le siége d'une brûlure atroce, à peu près continue. Je me décidai donc à la même opération que sur la malade précédente, sauf à recourir plus tard à la section du nerf sous-orbitaire, si cela devait être nécessaire. Mlle M... désirait beaucoup ne pas avoir de cicatrice apparente.

L'opération est pratiquée le 20 juillet 1864 à la maison des Diaconesses en présence de MM. les docteurs Schneiter et Meinch, de MM. Faucon et Ed. Boeckel, internes. M. Eiser administre le chloroforme. Le nerf lingual est mis à nu, d'après le même procédé que plus haut, avec un peu plus de difficulté, il est vrai, à cause de la saillie des dents. L'excision porte entre autres sur les filets du lingual, qui vont au ganglion sous-maxillaire. Puis je détache la joue de la mâchoire inférieure pour découvrir le trou mentonnier et ouvrir le canal dentaire. Mais au lieu de me servir de la gouge à cet effet, j'emploie une petite tréphine de 1 1/2 centimètre de diamètre, qui me paraît plus convenable en raison de la dureté probable de l'os. Effectivement la table externe du maxillaire est singulièrement compacte et épaisse ; il faut pénétrer à 1 centimètre de profondeur avant que la rondelle d'os ne se détache. Un certain écoulement de sang provenant de l'artère dentaire m'empêche de voir le nerf ; pour être plus sûr de le couper, je fais encore agir la tréphine un peu plus profondément, puis je retire sans peine par le trou mentonnier toute l'étendue du nerf compris entre ce trou et l'ouverture de la tréphine, ce qui me met à l'abri de la soudure des extrémités nerveuses.

L'opération est terminée ; on ne fait aucun pansement, mais la malade gardera une gorgée de décoction narcotique émolliente dans la bouche.

Le 21 juillet, la malade souffre en remuant la langue ou la mâchoire, mais elle ne ressent plus rien de sa névralgie. Au niveau de la trépanation, il y a un peu de gonflement comme dans une fluxion dentaire. La moitié correspondante de la langue et de la lèvre inférieure sont d'une insensibilité parfaite aux piqûres d'épingle, et la malade dit que ces parties sont comme mortes. Dès le troisième jour de l'opération, l'opérée se lève et commence à manger de la viande hâchée. Dans les premiers temps il lui arrive quelquefois de mordre sa langue qu'elle ne sent pas.

Au bout de quinze jours, elle quitte l'établissement entièrement guérie, très-heureuse d'être débarrassée de sa névralgie, dont elle n'a plus ressenti trace, et de n'avoir point de cicatrice visible.

Jusque dans ces derniers jours (octobre 1864), la guérison s'est parfaitement maintenue.

Ces observations prouvent que par une opération, délicate il est vrai, mais sans aucune gravité, on peut remédier aux névralgies linguales. Sans doute la récidive est toujours possible tant qu'il reste le moindre tronçon central du nerf ; mais il paraît cependant qu'une excision large offre beaucoup de garanties contre cet accident. Une guérison de quelques années ne serait pas d'ailleurs achetée trop cher par une opération aussi insignifiante dans ses suites que celle que nous proposons.

GUÉRISON INSTANTANÉE D'UNE VIOLENTE MIGRAINE

par l'application du cuivre.

Par M. le docteur Dufraigne, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un célèbre médecin du dernier siècle, Bordeu, a écrit quelque part qu'il donnerait volontiers tous les livres de sa bibliothèque pour une seule page qui lui enseignerait sûrement à guérir la migraine.

Je ne sais si de nos jours il en est beaucoup parmi les illustres successeurs de Bordeu qui seraient disposés à payer du même prix une page aussi précieuse ; mais ce dont je suis bien certain, c'est qu'il n'est pas un seul praticien de la ville ou de la campagne qui, mis en présence d'une de ces violentes attaques de migraine contre lesquelles, hélas ! l'art est si souvent impuissant, ne fût heureux de savoir qu'il a partout sous la main, dans la maison du pauvre comme dans celle du riche, un moyen tout à fait gratuit avec lequel *il a chance* de faire cesser immédiatement la crise, ou tout au moins de soulager son malade.

A ce titre, je demande la permission de faire connaître le fait suivant :

Mme D..., demeurant à Paris, est sujette depuis nombre d'années à de très-violents accès de migraine qui durent habituellement vingt-quatre heures et s'accompagnent de vomissements.

Il y a six semaines, j'avais le plaisir de recevoir chez moi, à Meaux, quelques amis au nombre desquels se trouvaient cette dame et son mari, ainsi que mon honorable confrère M. Gueit-Dessus, médecin à Claye. La soirée s'annonçait sous les plus favorables auspices, lorsqu'à mon retour d'une visite à la campagne je trouvai Mme D... en proie à une de ses plus violentes attaques de migraine, et dans l'impossibilité de prendre part au dîner. Je voulus insister, mais Mme D... refusa obstinément, en disant que la vue et l'odeur des mets suffiraient seules pour provoquer immédiatement les vomissements.

Me rappelant alors les rapides effets de la métallothérapie en pareil cas, je me fis apporter par mon modeste cordon bleu un vulgaire ustensile en cuivre de sa profession (une casserole, pour l'appeler par son nom), et la tins appliquée sur le front de Mme D... Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées que déjà cette dame éprouvait un soulagement des plus marqués, et moins de dix minutes après elle se trouvait en état de venir s'asseoir à table et d'y prendre part à la joie générale, au grand étonnement de sa famille, qui n'était point habituée à être témoin d'une cure pareille.

M. D..., de retour à Paris, s'empressa de faire disposer pour sa femme une armature en cuivre, pour le cas où le mal reviendrait.

J'ai revu cette dame il y a quinze jours, et elle m'a appris qu'ayant eu une nouvelle crise, elle s'en était débarrassée aussi vite et au même prix.

A l'avenir, cette dame sera-t-elle toujours aussi heureuse? Nous ne saurions le dire; mais voilà le fait dans toute sa simplicité, et nous croyons être utile et faire acte de justice envers l'auteur de la métallothérapie, en le faisant connaître.

La métallothérapie nous est personnellement connue depuis longtemps; elle a presque pris naissance sous nos yeux en 1848, pendant une année de notre internat à l'hôpital Cochin, où M. le docteur Burcq, on le sait, a fait ses premières expériences. Nous l'avons vue à l'œuvre grand nombre de fois sur les hystériques et sur les cholériques, et si quelque chose a lieu de nous étonner, c'est qu'après les nombreux exemples de guérison rapportés par l'auteur, et surtout par d'anciens collègues, MM. les docteurs Pierre, Coffin, Salneuve, Liendon, Bosias, etc.; par M. le docteur Bouchut, et tant d'autres; après le bon témoignage qui en a été porté par MM. les professeurs Rostan et Trousseau, elle ne soit pas entrée plus avant dans la pratique et n'ait obtenu de la part des honorables continuateurs de Nysten qu'une description, sans nom d'auteur, des plus inexactes, suivie d'une critique, sorte d'arrêt sommaire que M. le docteur Marchal (de Calvi), pièces en mains, vient d'infirmer en ces termes, de la façon la plus flatteuse pour M. le docteur Burcq, dans son *Traité sur les accidents diabétiques* (pages 443 et suiv.).

La nature de cette communication ne nous permettant pas d'insister plus longuement, nous nous bornons à reproduire les dernières lignes qui terminent l'article de M. le docteur Marchal.

« En voilà assez pour infirmer l'arrêt sommaire édicté dans la onzième édition du *Dictionnaire* de Nysten (page 885), contre une création doctrinale, où s'est signalé un esprit doué de cette rare aptitude qu'on appelle l'initiative. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1864. — Présidence de M. Richet.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Le *Compte rendu* de la séance solennelle de rentrée de l'École de médecine et de pharmacie de Limoges. — Le *Journal de médecine de Bordeaux*. — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Mestre, médecin militaire en retraite, une brochure intitulée : *Essai sur l'éléphantiasis des Arabes observé en Algérie*.

— Au nom de M. Cazalas, médecin-inspecteur, le discours que ce médecin a prononcé à l'inauguration de la statue du baron Larrey, le 15 août 1864, à Tarbes.

— M. Larrey fait hommage 1° de la *Vie de Percy*, par Laurent; 2° d'un ouvrage *sur les plaies par armes à feu*, par M. Bernhard Beck; 3° d'un ouvrage de John Abernethy, intitulé : *Observations chirurgicales sur l'origine et le traitement des maladies locales et sur les anévrysmes*; 4° enfin du *Testament médical, philosophique et littéraire*, par M. le docteur Dumont.

ÉLECTIONS.

La Société nomme au scrutin deux commissions; l'une, composée de quatre membres, doit présenter un rapport sur les candidats *au titre de correspondant étranger*; l'autre, composée de trois membres, examinera les titres des candidats *à la place vacante de membre titulaire*. MM. Giraldès, Larrey, Follin et Verneuil sont élus pour la première; MM. Lefort, Marjolin et Blot pour la seconde.

COMMUNICATION.

Uranoplastie périostique. — M. VERNEUIL. Je viens entretenir la Société d'une question qui n'y a fait que de rares apparitions depuis les faits communiqués par M. Baizeau. Quoique l'opération soit d'origine allemande, quoiqu'elle ait été répétée maintenant jusqu'à trente fois par son inventeur M. Langenbeck, personne ne conteste que ce sont les expériences physiologiques de M. Ollier qui lui ont donné naissance. M. Ollier avait dit que des lambeaux de muqueuse palatine, doublés de périoste sain, reproduisent de la substance osseuse. Ce fait physiologique a été contesté par plusieurs chirurgiens, et entre autres par notre collègue M. Sédillot (de Strasbourg). M. Ollier a fait pour le Congrès médical de Lyon et pour la Société de chirurgie des expériences démonstratives dont je présente les résultats. Voici la note de M. Ollier, qui accompagne cet envoi :

De la régénération de la voûte palatine. — « Dans la séance du 30 mars dernier, j'eus l'honneur d'exposer devant la Société les faits généraux que j'avais observés sur la régénération des os, et je démontrai par des pièces provenant de différents animaux (chat, chien, lapin) la réalité de cette régénération.

» J'établis que les os longs, plats et courts, étaient susceptibles de se régénérer par le périoste, bien qu'il y eût des différences au point de vue de la rapidité et du degré de perfection dans ce processus réparateur.

» Je rappelai que chez l'homme, comme chez les animaux, deux circonstances dominaient cette reproduction : l'état anatomique du périoste et l'état de la santé générale du sujet. Quand le périoste était détruit ou altéré par la maladie, ou quand la nutrition générale était troublée par la fièvre ou de mauvaises conditions hygiéniques, la reproduction était imparfaite, lente, nulle même, et dans tous les cas plus ou moins tardive. De là une grande variation dans le temps nécessaire pour la formation du nouvel os.

» Quelque temps auparavant, M. le professeur Sédillot (de Strasbourg) avait adressé à la Société une pièce relative à la résection de la voûte palatine, et dans laquelle cet expérimentateur avait constaté l'absence complète de régénération. Cette unique expérience ne prouvait rien par elle-même, puisqu'elle était négative.

» Je viens, en m'appuyant sur trois nouvelles pièces prises sur le chien, affirmer une fois de plus les propriétés réparatrices du périoste et démontrer que la voûte palatine ne fait pas exception. Ces pièces montrent la réalité de cette régénération et indiquent les circonstances qui la font échouer.

» La première pièce se rapporte à un chien de cinq ou six mois, choréique, amaigri et constamment malade, qui a été mal nourri après l'opération, et qui est mort au bout de vingt-trois jours.

» La perte de substance était de 18 millimètres de long sur 9 de large dans sa plus grande largeur. On ne constate qu'un point osseux de la grosseur d'une tête d'épingle.

» La seconde pièce a été prise sur un chien de quatre ou cinq mois, mieux portant que le premier, mais qui est tombé malade quelques jours après l'opération et qui est mort le vingtième jour.

» La perte de substance était la même que dans l'expérience précédente. Il n'y a en fait d'os nouveau qu'une lame de substance osseuse de 6 ou 8 millimètres de long sur 1 ou 2 de large.

» La troisième pièce enfin se rapporte à un chien de quatre ou cinq mois environ, gros, bien portant, et qui, après avoir été bien nourri et tenu dans les meilleures conditions hygiéniques, a été sacrifié le vingt-huitième jour après l'opération.

» La perte de substance avait 16 millimètres de long sur 8 de large, et l'on peut voir que la réparation est complète. Les limites de la partie enlevée sont indiquées par une sorte de fente ou de suture qui sépare l'os nouveau de l'os ancien.

» Ces pièces peuvent se passer de commentaires, puisqu'elles démontrent d'une manière aussi rigoureuse que possible la réalité de la régénération de la voûte palatine, et qu'elles font comprendre pourquoi la réparation est rapide dans certains cas et tardive dans d'autres.

» Elles répondent aussi aux objections que quelques chirurgiens adressent encore à l'application de l'ostéoplastie périostique à la restauration de la voûte palatine.

» On ne repoussera donc plus dorénavant les observations d'ossification des lambeaux autoplastiques de la voûte du palais chez l'homme, en s'appuyant sur ce que chez les chiens le périoste de cette région ne reproduit pas les parties osseuses. »

— Après avoir donné lecture de cette note, M. Verneuil montre une série de plâtres moulés envoyés par M. Ehrmann, de Mulhouse. Ces moules ont été pris sur une femme de cinquante-deux ans, qui avait porté jusqu'à cet âge un obturateur destiné à combler une large perte de substance de la voûte palatine. Les dents s'étant ébranlées, l'obturateur ne tenait plus; M. Ehrmann pratiqua alors l'uranoplastie à deux lambeaux en forme de pont. Une première opération ne donna qu'un résultat incomplet; la seconde tentative fut couronnée de succès.

M. Ehrmann ne s'explique pas dans son observation sur la reproduction de la substance osseuse; il promet à cet égard de nouveaux éclaircissements, qui seront communiqués à la Société.

Par cette heureuse opération, dit en terminant M. Verneuil, notre confrère de Mulhouse aura contribué à rendre courage aux chirurgiens français qui jusqu'ici ne paraissaient guère disposés à pratiquer l'uranoplastie périostique. Ils y seront plus encouragés encore si l'opération récemment proposée par M. Passavant, la staphylo-pharyngoraphie, donne les résultats qu'elle semble promettre, et permet aux malades dont la voûte palatine aura été restaurée non-seulement de manger plus facilement, mais encore de recouvrer une prononciation normale. Car on sait que c'est là le plus grand désir des malades qui se font opérer.

Le travail de M. Ehrmann est renvoyé à une commission composée de MM. Bauchet, Guyon et Verneuil.

M. FOLLIN. Tous les chirurgiens savent que le nasonnement est très-prononcé chez les individus dont le voile du palais, trop court, ne peut pas s'appliquer contre la paroi pharyngienne dans l'émission de certains sons. Ayant lu le travail de M. Passavant dont M. Verneuil vient de parler, j'ai voulu m'assurer expérimentalement du résultat que produit, pendant la phonation, l'accolement du voile du palais avec la paroi pharyngienne. Chez un malade de mon service qui avait une perforation syphilitique du voile et qui nasonnait fortement, j'ai vu la voix se modifier d'une manière très-favorable dès qu'on appliquait le voile du palais contre le pharynx.

M. TRÉLAT. Il faut se mettre en garde contre quelques chances d'erreur dans ces sortes d'expérimentations. On sait d'abord que les individus atteints de perforation ou de division accidentelle du voile nasonnent beaucoup moins que ceux chez lesquels le vice de conformation est congénital. De plus, certaines voyelles, les voyelles franches *a, é, o, u, i*, peuvent être prononcées avec pureté, ainsi que l'avait autrefois signalé Gerdy, tandis, au contraire, que les sons gutturaux *en, on, an, un*, sont toujours plus ou moins vicieux quand le voile est perforé.

Chez une malade que j'ai récemment opérée pour une large perte de substance du voile du palais datant de deux ans, la prononciation était, avant l'opération, très-peu altérée. Il fallait choisir certains mots gutturaux pour constater le défaut.

M. DESORMEAUX. J'ai observé un cas analogue à celui que vient de citer M. Trélat. Chez une femme qui se présenta à la consultation de l'hôpital Necker, la prononciation et la déglutition étaient normales, malgré une large perte de substance du voile du palais datant de plusieurs années. Aussi la malade refusa-t-elle toute opération.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, U. Trélat.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 novembre 1864. — Présidence de M. Terrier.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— La correspondance comprend :

1° *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*, 3e fascicule;
2° *Bulletin médical du nord de la France*, septembre et octobre;
3° *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*
4° L'*Association médicale;*
5° L'*Art dentaire.*

Division congénitale du voile du palais. — M. PRÉTERRE. Les résultats de la staphyloraphie dans les cas de divisions congénitales tant soit peu étendues de la voûte et du voile du palais, sont, on le sait, de l'aveu des chirurgiens, très-peu favorables. Les auteurs du *Compendium de chirurgie pratique* ne conseillent guère l'opération que là où l'ouverture ne dépasse pas 1 centimètre d'étendue, et ils prennent soin d'ajouter « qu'en cas d'insuccès on a toujours la ressource de l'obturateur. »

M. Nélaton (*Clinique de la Faculté*, août 1859, août 1860, 15 février 1861, 23 janvier 1863) est beaucoup plus explicite.

« Autrefois, dit-il, avant Roux, on ne faisait pas grand'chose, ou plutôt on ne faisait rien. A cette période en succéda une autre qu'on peut appeler période opératoire, pendant laquelle on chercha de diverses manières à remédier à cette infirmité et à fermer la fissure palatine. On inventa des procédés, on modifia de diverses façons l'ouranoplastie et la staphyloraphie; mais, Messieurs, je dois vous le dire, le résultat de ces opérations est loin d'être satisfaisant. »

M. Maisonneuve (Hôtel-Dieu, novembre 1862, 23 décembre 1862, 15 juillet 1863) se prononce dans le même sens :

« Les opérations, dit-il aussi, auxquelles on a donné le nom séduisant de chirurgie réparatrice, par opposition à la plupart de celles où le chirurgien enlève des portions plus ou moins étendues de substance, ces opérations réparatrices sont ordinairement très-douloureuses, très dangereuses, bien que faites sans nécessité absolue; le malade est géné, défiguré peut-être, mais à la rigueur il peut vivre avec son infirmité. En l'opérant, on lui fait courir des chances de mort, qui se sont réalisées malheureusement aussi souvent qu'après les opérations les plus graves de la chirurgie; et dans le cas de succès, le résultat est habituellement sans aucun avantage.

» Voyez, par exemple, la staphyloraphie; nous en avons opéré beaucoup, nous y avons acquis même une certaine dextérité, et par suite, de beaux succès sont venus couronner nos efforts, et cependant nous y avons renoncé.

Dans la plupart des cas, le voile du palais ainsi restauré n'était plus d'aucune utilité fonctionnelle, et les malades parlaient tout aussi mal qu'auparavant. »

Les statistiques, celle de Ferguson en particulier, qui est la plus nombreuse, 150 opérés, donnent également tout à fait raison à cette manière de voir partagée aujourd'hui par des opérateurs que leur habileté bien connue devrait pousser à pratiquer une opération difficile, si l'expérience n'en démontrait l'inutilité. Mais en reconnaissant les avantages de la prothèse sur la staphyloraphie, peut-être n'insiste-t-on pas toujours assez sur les conditions mêmes de l'application des appareils. Elles constituent pourtant l'élément indispensable au succès.

Pour reculer autant que possible les limites du domaine de la prothèse, nous avons tenté d'obturer les divisions palatines de sujets de six ou sept ans, à un âge où la staphyloraphie est encore déclarée impraticable, puisque Roux conseille d'attendre jusqu'à dix-huit ou vingt ans pour faire cette opération, qui exige autant de résignation et de fermeté de la part du malade que d'adresse de la part du chirurgien.

Le succès a couronné nos efforts, et nous comptons maintenant plusieurs exemples de très-jeunes sujets se servant facilement d'obturateurs, ceux-ci ne prenant pas leur point d'appui sur les dents, comme il avait été fait jusque-là, et l'on peut même affirmer qu'il y a avantage à y recourir de bonne heure.

L'éducation de la parole se fait avec eux; les muscles de la face sont moins frappés de la rigidité qui succède au défaut d'action; le sujet, en un mot, n'a encore qu'à un moindre degré les mauvaises habitudes dont il faudra le corriger avant de le faire parler avec son appareil dans un âge plus avancé.

Sans nous occuper ici, en effet, de la meilleure disposition des obturateurs, question importante, mais que ce n'est pas le lieu d'aborder, il y a un point qui mérite de fixer toute l'attention des médecins. Il nous vient souvent des sujets atteints de divisions palatines congénitales plus ou moins étendues, et auxquels les chirurgiens qui ont conseillé de recourir à nos soins pour une application prothétique ont dit : *Faites-vous poser un obturateur, et vous parlerez.* Prise à la lettre, cette proposition renferme une erreur contre laquelle nous sommes forcé de nous élever très-souvent, ce qui prouve qu'elle est partagée par le plus grand nombre.

Lorsqu'un obturateur a été placé avec tout le soin possible et qu'il remplit son but d'une manière parfaite, c'est-à-dire l'occlusion de la perforation, le sujet qui n'a jamais parlé ne parle pas mieux; au contraire, il parle souvent plus mal, par les raisons qui suivent :

1° L'obturateur est un corps étranger dans la cavité buccale, et il n'y est supporté qu'avec un peu d'habitude.

2° L'appareil est un petit instrument dont il faut apprendre à se servir avec le temps et de l'exercice.

3° Comment croire que celui qui n'avait jamais parlé va le faire instantanément, parce qu'on aura empêché les sons de passer par ses fosses nasales et qu'on leur aura fait suivre leur route naturelle? La staphyloraphie n'obtenait pas non plus ce résultat dans ses beaux succès, et elle était, de plus que nous, privée de la ressource de raccourcir, d'allonger et d'assouplir le voile à son gré, ce qui a si souvent nécessité de donner un coup de bistouri dans une suture du voile, parce que sa tension rendait son fonctionnement impossible.

4° La physiologie apprend que les sons produits dans le larynx prennent forme et se modulent avec le concours de la langue, du palais, des joues, des dents et des lèvres. Les muscles de ces dernières ne peuvent pas subitement faire des mouvements qu'ils n'avaient jamais exécutés jusque-là.

« Si M. de Ternes, cité par Saint-Simon, chantait de la plus belle voix du monde avec un palais d'argent qui lui rendait pourtant la parole fort étrange, » c'est que les sons se produisent dans le larynx et les mots sur les lèvres.

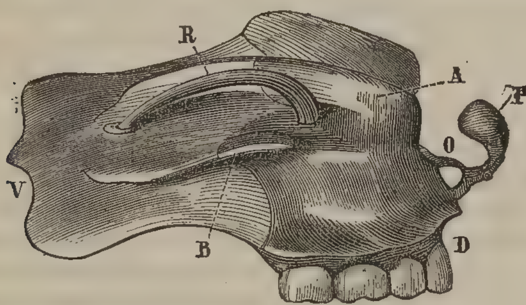
L'exercice de toutes ces parties est donc indispensable ; aussi avons-nous créé une classe où, après l'application de l'appareil, tous les sujets sont soumis à une éducation spéciale de la parole. Aucun d'eux ne nous quitte sans avoir profité de ces exercices, et plus de deux cents sujets de tous les âges peuvent témoigner de l'excellence de notre méthode d'éducation ; il n'est pas enfin jusqu'à l'oreille même de celui qui n'a jamais proféré que des sons inarticulés qui exige d'être instruite.

Tout ce qui précède s'applique aux exemples que voici :

M. PRÉTERRE présente à la Société neuf malades, dont sept atteints de division congénitale de la voûte ou du voile du palais, tous porteurs d'appareils et âgés de neuf à quarante-neuf ans. Ces malades, dont l'éducation phonatrice est déjà plus ou moins avancée, enlèvent et replacent leurs appareils avec une rapidité telle que l'on peut à peine s'en douter. Inintelligibles sans l'obturateur, les mots et les phrases sont parfaitement articulés dès qu'il est replacé.

Les deux autres sujets, après avoir subi l'ablation du maxillaire inférieur, présentent une restauration prothétique qui, tout en rendant faciles les fonctions de la mâchoire, en dissimule complétement la difformité.

La planche reproduite ici donnera une idée de la simplicité et de la perfection d'un de ces ingénieux appareils, qui représente un obturateur supportant un dentier appliqué chez un sujet de quarante-neuf ans.



A. Corps de l'appareil.
P. Point d'attache sur le bord alvéolaire.
O. Ouverture laissant passer une dent rudimentaire.
D. Dents.
B. Partie souple du voile.
R. Ressort.
V. Luette.

Opération de lithotritie. — **M. MALLEZ** lit une observation sur ce sujet, qui sera publiée prochainement.

M. LEGRAND DU SAULLE. Le malade dont M. Mallez a entretenu la Société a éprouvé, le lendemain de son arrivée à Contrexéville, une hématurie vraiment alarmante. J'ai dû, lorsqu'il a été un peu remis, lui conseiller l'usage de l'eau minérale dans de minimes proportions, et c'est là ce qui explique comment je ne suis point parvenu à délayer l'épaisse boue qui remplissait la cavité vésicale. Au bout de quelques jours, voyant que je n'arrivais pas à des résultats sérieux, j'ai dit au malade de boire davantage, mais une deuxième hématurie est survenue. L'intervention chirurgicale me paraissant indispensable, je ne pus que me récuser et qu'approuver le projet qu'avait le malade de faire venir son médecin. M. Mallez arriva et fit devant moi une séance très-fructueuse de lithotritie. J'avais porté sur le malade un pronostic très-peu rassurant : je suis d'autant plus heureux d'apprendre sa guérison. Evidemment le cas de M. J.... démontre une fois de plus que la lithotritie a été l'une des plus précieuses conquêtes chirurgicales du siècle.

Le vice-secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

aux recteurs, relative à l'exécution de l'arrêté du 25 novembre 1864, introduisant une nouvelle pratique dans le cinquième examen de doctorat en médecine.

Paris, 24 décembre 1864.

Monsieur le Recteur, la Faculté de médecine de Paris a cru devoir appeler mon attention sur l'insuffisance que présente dans les Facultés de médecine l'étude clinique des accouchements. Elle m'a signalé comme une des causes les plus directes de cette insuffisance l'absence complète, dans les examens du doctorat, de toute épreuve pratique obstétricale.

La science des accouchements ne figure que dans le cinquième examen de fin d'études, et elle n'y a été jusqu'ici l'objet que d'une épreuve orale, qui ne saurait permettre aux juges de s'assurer de l'instruction pratique des candidats. Or, les élèves sont toujours tentés de mesurer l'importance de ce qu'ils ont à étudier sur la part d'influence que cette étude peut avoir pour la collation ou le refus du diplôme, et ils se laissent facilement entraîner à négliger toute connaissance qui n'a pas de sanction dans les examens.

Il a donc paru utile, pour faire mieux comprendre aux étudiants la nécessité de se préparer d'une manière plus sérieuse à la pratique des accouchements, d'introduire dans la partie du programme du cinquième examen relative à la science obstétricale, une épreuve pratique de clinique semblable à celles qui sont exigées pour la médecine et pour la chirurgie, et de comprendre en même temps, au nombre des sujets destinés à la composition écrite, des questions sur l'art des accouchements.

Tel est l'objet de l'arrêté pris à la date du 25 novembre dernier, après avis du conseil impérial de l'instruction publique, et dont j'ai l'honneur de vous adresser un certain nombre d'exemplaires.

Veuillez assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution de cet arrêté, que je vous prie de notifier à M. le doyen de la Faculté de médecine et à MM. les directeurs des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de votre Académie.

Recevez, etc. *Le ministre de l'instruction publique,*
V. DURUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 1er décembre 1864, M. Munier-Chalmas est nommé préparateur du cours de géologie à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Eudes-Deslongchamps, démissionnaire.

— La séance de rentrée de la Société de chirurgie aura lieu mercredi prochain 11 janvier.

— La Société de médecine pratique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865. Ont été élus :

Président, M. Trousseau ; *1er vice-président*, M. Abeille ; *2e vice-président*, M. Legrand du Saulle ; *secrétaire général*, M. Terrier ; *secrétaire*, M. Dupuy ; *vice-secrétaire*, M. Verrier ; *trésorier*, M. Caron.

— Le bureau de la Société médicale du IVe arrondissement de Paris pour 1865 se compose ainsi :

Président, M. Aubrun ; vice-président, M. Fraigniaud ; secrétaire-archiviste, M. de Soyre ; secrétaire annuel, M. Alix ; trésorier, M. Naudinat.

— Dans sa dernière séance, en décembre 1864, la Société médicale du Xe arrondissement a composé de la manière suivante son bureau pour 1865 :

Président, M. le docteur Baudin ; vice-président, M. le docteur Courot ; secrétaire général, M. le docteur Coizeau ; secrétaire annuel, M. le docteur Vacquez ; trésorier, M. Vée fils, pharmacien ; membres du conseil de famille, MM. les docteurs Bossion, Dicharry et Labarraque.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez Majolez ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité des maladies vénériennes, par M. le docteur Edmond LANGLEBERT. Fort vol. in-8°. Prix net : 7 fr. — Paris, chez Savy, libraire, rue Hautefeuille, 24.

Traité pratique d'auscultation, ou Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie, suivi d'un Précis de percussion, par MM. BARTH et Henri ROGER, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, médecins des hôpitaux. Sixième édition, soigneusement revue et augmentée. Un vol. in-18 grand raisin, cartonné à l'anglaise. Prix : 6 fr. 50 c. ; relié, 7 fr. — Paris, chez P. Asselin, libraire.

Géos ou Histoire de la terre ; de sa formation par l'oxygène, le feu et l'eau préexistant dans l'espace, le soleil et la lune ; de ses productions spontanées par l'azote ; de sa fin par refroidissement ; par M. le docteur MÉRAY. Un vol. — Paris, chez Garnier frères, libraires, rue des Saint-Pères, 6.

Conférences de clinique médicale, leçons faites à l'hôpital de la Pitié. Premier trimestre de 1862 : Rétrécissement de l'œsophage ; Erysipèle de la face ; Pneumo-thorax ; Pneumonie ; Maladies des femmes en couches. Par J. BÉHIER, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié ; recueillies par MM. MENJAUD et PROUST, et revues par M. BÉHIER. Un fort vol. in-8°. Prix : 9 fr. rendu *franco* dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez P. Asselin, libraire.

Le Directeur, Dr E. LE SOUED.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 4. — MARDI 10 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) Nº 4. — MARDI 10 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La première séance de l'année présente toujours l'intérêt du renouvellement du bureau. Le général Morin quittait le fauteuil de la présidence et cédait la place à une des gloires de la botanique, M. Decaisne. Mais avant de céder cette place, où se sont assis les plus grands représentants de la science, le savant général a dû passer en revue les divers changements arrivés parmi les membres et les correspondants de l'Académie pendant l'année 1864.

Cette revue, tout en replaçant en lumière le nom des heureux qui cette année ont vu ouvrir devant eux les portes si désirées de l'Institut, rappelait aussi bien des deuils ; c'est ainsi que l'Académie payait un dernier hommage à la mémoire du baron Plana, de M. Clapeyron et de M. le vice-amiral du Petit-Thouars. A ces membres titulaires venait s'ajouter la liste des correspondants décédés : Blüme, à Leyde ; Treviranus, à Bonn ; H. Rose, à Berlin ; Struve, à Pulkowa ; Parade, à Nancy. Ce dernier avait été élu dans l'année même.

Passons-nous maintenant aux membres élus de l'année, nous trouvons M. le baron Thénard ; MM. Wöhler et de la Rive ; MM. Gintrac, Magnus et Parade.

Quelques fauteuils restent encore vides et donneront lieu à bien des compétitions. MM. Clapeyron et du Petit-Thouars attendent leurs successeurs. Qui remplacera M. Eytelwein (de Berlin), et M. Carlini (de Milan), et M. de la Rive, à Genève, et M. H. Rose (de Berlin), et MM. Blüme et Parade?

Cette première partie de la séance s'est terminée par la nomination de M. Chasles et Chevreul comme membres appelés à faire partie de la commission administrative, et les lectures ont commencé.

Nous ne dirons rien d'un travail de M. Guyon sur les accidents produits sur les animaux à sang chaud, mammifères, oiseaux, par le venin des scorpions. Ce travail mérite d'être placé sous les yeux de nos lecteurs, et nous le publierons en entier.

M. Déclat présente un mémoire sur l'emploi de l'acide phénique en médecine. Nous reproduisons les conclusions qui résument ce travail. Si les diverses applications indiquées par M. Déclat ne viennent pas ajouter beaucoup au livre si remarquable de M. le docteur Lemaire, nos confrères de Paris ne seront peut-être pas mécontents de voir le malade sur lequel semble porter tout l'intérêt de cette communication.

Ce malade présente un engorgement mal déterminé de la langue avec ulcération, épithélioma ulcéré datant de quatre ans et chez lequel en moins de trois mois les applications phéniques et l'usage de cet acide à l'intérieur ont amené une amélioration, presque une guérison des plus remarquables.

M. Déclat promet un travail plus complet à l'Académie ; nous l'attendrons, pour exposer ce qu'on peut attendre de l'acide phénique.

Un mot des plus gracieux au sujet d'une présentation faite au nom de M. Paul Topinard, a été prononcé par M. le secrétaire perpétuel. Notre honoré confrère a pu apprendre — sans l'avoir demandé — que les lauriers ne peuvent s'accumuler sur un même travail. L'heureux lauréat de l'Académie de médecine nuisait aujourd'hui au lauréat de l'Institut. Avant peu nous présenterons à nos lecteurs une appréciation du mémoire couronné. Bornons-nous aujourd'hui à féliciter le très-heureux lauréat. — Dr E. Le Sourd.

C'est demain mardi que doit s'engager la discussion sur le rapport de M. Depaul relatif à la transmission de la syphilis par la vaccine. Ce rapport, d'abord destiné à être envoyé au Ministre comme annexe du rapport général sur la vaccine, ne pouvait, à ce titre, être communiqué à la presse, ce qui explique le silence que nous avons gardé jusqu'ici à son égard. Par suite d'une décision de l'Académie qui en a changé la destination, il vient d'être publié tout récemment dans le *Bulletin de l'Académie.* Nous devons à cette circonstance de pouvoir mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs un résumé analytique de ce travail, qui va servir de texte à la discussion.

Il n'est pas indifférent de prendre le vaccin sur un organisme sain ou sur un organisme contaminé; et, pour se circonscrire dans l'objet spécial du rapport, il est possible de transmettre la syphilis par la vaccination et nécessaire d'aviser aux moyens d'éviter ce danger. Telle est la proposition que M. Depaul développe dans son travail, convaincu d'ailleurs, dit-il, que la vaccine a beaucoup plus à gagner qu'à perdre à la divulgation et à la discussion de faits que tous les médecins doivent connaître.

La première partie du rapport est consacrée à l'exposé de tous les faits de syphilis vaccinale qui ont été publiés dans ces dernières années. Ces faits ont été déjà rapportés, pour la plupart, par la *Gazette des Hôpitaux.* Nous rappellerons notamment les faits du professeur Gaspard Cerioli, relatés dans les leçons de M. Viennois que nous avons publiées en 1862, les observations de M. Jules Lecoq, les faits de Rivolta, le fait de l'Hôtel-Dieu qui a fait le sujet des leçons de M. Ricord et l'objet d'une assez vive discussion, celui que M. Chassaignac a communiqué à la Société de chirurgie, ceux qui ont été exposés à l'Académie de médecine par MM. Devergie et Hérard, les deux observations du docteur Adelasio (de Bergame) transmises à l'Académie par M. Viennois, et le fait du médecin de Béziers, resté anonyme tout simplement parce qu'il nous a été impossible de lire la signature de l'auteur. Il serait superflu de les reproduire ici. Nous en indiquerons toutefois les sources, et nous en rappellerons les principales particularités, si les besoins de la discussion venaient à l'exiger. Pour le moment, nous nous bornons à résumer l'appréciation qu'en fait M. Depaul, et les déductions qu'il en tire au double point de vue doctrinal et pratique.

Comment se fait-il que de nombreux praticiens aient nié pendant si longtemps la possibilité de la transmission de la syphilis par l'inoculation vaccinale?

M. Depaul pense que cela tient à deux causes principales : à la disposition des esprits dans les premiers temps de la découverte de Jenner, disposition telle qu'il n'était pas permis de supposer que l'inoculation du vaccin pût avoir des inconvénients ; et l'influence des doctrines régnantes sur la transmission de la syphilis, qui se refusaient à admettre l'inoculabilité de tout autre accident que le chancre. Pour lui l'expérience est assez complète, les faits démontrent clairement qu'on peut transmettre la syphilis par la vaccination ; et ce qui frappe tout d'abord, suivant lui, quand on analyse comparativement ces faits, c'est l'identité du premier accident dans tous les cas de syphilis vaccinale : toujours aux points d'inoculation le développement d'un chancre spécifique avec tous ses caractères ; puis l'apparition successive des autres phénomènes plus tardifs de la vérole.

A l'objection que rien ne prouve que la maladie ait été inoculée par l'opération vaccinale et que les individus observés n'en avaient pas déjà acquis le germe par d'autres voies, M. Depaul répond en montrant le chancre induré constamment observé sur le point d'inoculation.

Que si l'on objecte encore que, dans certains des faits publiés, il y a une lacune capitale, l'état syphilitique des enfants qui ont fourni le vaccin n'ayant pas été constaté, M. Depaul répond qu'il n'en a pas été ainsi dans tous les cas, que dans plusieurs l'état syphilitique du vaccinifère a été très-positivement noté.

Enfin, ce qui étonne quelques esprits difficiles, dit M. Depaul, c'est qu'avec du vaccin pris sur le même individu et dans la même séance, on inocule la syphilis à quelques-uns et que d'autres restent indemnes. C'est toujours la même objection tirée des faits négatifs. Mais on sait que ces faits négatifs peuvent s'expliquer de plusieurs manières, et ils sont même un nouvel argument en faveur de l'explication donnée par M. Viennois.

Quel est l'agent de transmission de la syphilis par la vaccination? Est-ce le sang? est-ce le virus-vaccin? L'Ecole de Lyon proclame que le sang renferme seul le virus syphilitique, et qu'on peut impunément prendre du vaccin sur un individu contaminé, pourvu qu'on ne le mêle pas avec du sang.

M. Depaul, tout en trouvant cette théorie séduisante, ne la croit pas cependant assise sur des bases assez solides pour qu'on puisse l'adopter sans réserve. Pour lui, le virus vaccin est loin d'être étranger à certains éléments du sang, et au sérum en particulier ; et il ne se croirait nullement en sûreté parce qu'il aurait évité d'amener du sang en recueillant le vaccin.

Que faut-il donc faire pour ne plus voir se reproduire ces accidents? Entourer la vaccination de toutes les précautions dont on a le tort de se départir trop souvent en se fiant aveuglément à des doctrines syphilitiques ou vaccinales dont le temps a fait justice. Pour cela, ne puiser le vaccin qu'à des sources pures ; et afin d'avoir les plus grandes garanties possibles à cet égard, s'imposer pour règle générale de ne recueillir du vaccin que sur des enfants ayant dépassé le deuxième ou le troisième mois, c'est-à-dire le terme le plus éloigné possible de l'époque où se manifestent habituellement les symptômes de la syphilis héréditaire. Examiner les enfants de la tête aux pieds, éloigner tous ceux qui auraient quelque éruption suspecte, ne s'adresser qu'à ceux qui sont gros et frais, et avoir autant que possible des renseignements précis sur les antécédents des parents. Enfin, quoiqu'il ne paraisse pas absolument démontré que le sang soit le seul agent de la transmission syphilitique, éviter de le faire couler en ouvrant la pustule vaccinale; et si on n'a pas réussi, essuyer avec un linge et attendre qu'une nouvelle gouttelette à peu près incolore apparaisse à la surface du bouton.

« Si on ne s'écarte pas de ces règles, dit M. Depaul, on peut marcher hardiment et continuer comme par le passé les vaccinations de bras à bras. Si on n'a pas la certitude absolue d'avoir écarté tout danger, on pourra du moins se rendre le témoignage qu'on a rempli son devoir aussi bien que possible dans l'état actuel de la science. »

Et il invoque l'expérience de l'Académie, qui procure les bienfaits de la vaccine à deux ou trois mille individus chaque année, sans que jusqu'à ce jour on ait eu à constater un seul cas de syphilis vaccinale parti de chez elle.

M. Depaul termine en formulant quelques préceptes de pratique utiles pour diminuer d'autant les chances de transmission de la syphilis. Il conseille en particulier de se servir pour vacciner, préférablement à la lancette, de l'aiguille, qui donne, au point de vue de la vaccine, des résultats aussi satisfaisants, et qui a cet avantage, d'exposer beaucoup moins à faire couler et à recueillir du sang.

Reste une dernière mesure sur laquelle le rapporteur a appelé l'attention de ses collègues, c'est de revenir à l'inoculation du cowpox. C'est un point de la question trop important pour nous borner à le signaler incidemment. Nous le réservons pour un autre article. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçon clinique de physiologie.

(Recueillie et rédigée par M. le docteur Maurice RAYNAUD.)

Depuis quelques années, un mouvement général qui se prononce de jour en jour davantage pousse de toutes parts les esprits dans les voies de la pathologie expérimentale. Il n'en pouvait être autrement en présence des immenses progrès accomplis de nos jours par la physiologie. La médecine, que tant de liens rattachent à cette science voisine et initiale, ne pouvait ni ne devait rester impassible ; comment n'eût-elle pas réclamé pour elle le bénéfice de toute découverte faite dans le domaine de la vie?

Quelle est la portée, quels sont les avantages de cette direction nouvelle imprimée aux études médicales? Quel fruit pouvons-nous retirer, nous médecins, de l'expérimentation physiologique? Telles sont les questions que je me propose d'étudier avec vous.

Je n'hésite pas à le déclarer tout d'abord : cette tendance, envisagée en elle-même, me paraît légitime et salutaire, et j'éprouve d'autant moins de scrupule à m'y associer, que la résistance pèche par ses arguments. Le progrès des sciences physiologiques est un fait qui frappe les yeux, et qu'il faut accepter. Reste à savoir si nous préférons le voir se faire sans nous et malgré nous, ou s'il ne vaut pas mieux, dans les limites du possible et du raisonnable, faire tourner à l'avantage de la clinique chacune des données nouvelles dont la science s'enrichit tous les jours. La réponse ne saurait être douteuse.

De l'uniformité des phénomènes physiologiques et morbides. — En fait, la vie est une, et la maladie n'ajoute rien à l'organisme. Si les causes susceptibles de troubler l'harmonie de la santé sont variables jusqu'à l'infini, le corps vivant, en définitive, réagit toujours avec les mêmes organes et en vertu des mêmes lois. Sans doute ce conflit entre l'économie animale et les causes morbifiques qui l'assaillent donne presque toujours des résultats multiples et complexes ; mais c'est une raison de plus pour chercher à pénétrer par l'analyse dans l'infinie variété des phénomènes, afin de les

ramener un à un sous une loi commune qui les commande et les dirige.

Au surplus, cette complexité n'est pas seulement le fait de la maladie; elle tient, et pour beaucoup, à la nature même de notre organisation. A mesure que l'on s'élève dans la série animale, on voit la simplicité des réactions organiques faire place à un ensemble phénoménal d'autant plus compliqué que la prépondérance du système nerveux s'accentue davantage dans les espèces supérieures. Cette prépondérance devient telle dans l'espèce humaine qu'elle se subordonne presque tous les actes morbides, et c'est ce qui vous rend compte de la multiplicité d'aspects sous laquelle se présente chez l'homme le moindre phénomène physiologique ou pathologique.

Pourtant, au fond, ces phénomènes ne sont pas d'ordre différent; cela est si vrai qu'il en est un grand nombre qui se présentent avec une complète identité de physionomie, soit que la nature nous en montre le développement spontané sous l'influence de la maladie, soit que nous les produisions artificiellement sur les animaux dans nos laboratoires. Ressemblance remarquable qui n'implique nullement l'assimilation de la maladie considérée dans son essence avec les procédés mécaniques ou chimiques dont dispose à son gré le physiologiste expérimentateur, mais qui prouve simplement que les modalités organiques ou fonctionnelles par lesquelles s'exprime la vie ne diffèrent pas, quelle que soit la cause, vitale ou physique, spontanée ou provoquée, qui en suscite l'apparition.

Il suit de là que c'est dans les symptômes, manifestation aveugle et brutale des souffrances de l'organisme, que cette similitude se trouvera aussi complète que possible. Les symptômes constituent, permettez-moi la comparaison, une sorte de clavier muet par lui-même, mais dont chaque touche rendra toujours le même son, quelle que soit la main qui le presse. De même chaque organe, chaque tissu, chaque appareil réagira en toute rencontre selon les propriétés vitales dont il est originairement doué, et la mise en jeu de ces propriétés ne signifiera rien autre chose, sinon qu'une cause quelconque est intervenue, capable d'en réveiller l'activité; et si c'est une cause morbide, nous en reproduirons les effets, car il n'y a pas là une condition nouvelle surajoutée, il y a simplement un nouveau mode d'impression produite sur l'économie. Aussi tous les symptômes peuvent-ils être fidèlement imités par l'expérimentation.

Séméiologie expérimentale. — Considérés dans leur ensemble, ceux-ci peuvent être partagés en trois groupes : les symptômes nervo-dynamiques, les symptômes d'ordre chimique, et les symptômes d'ordre plastique, caractérisés par des phénomènes de formation ou de développement.

Les premiers, ceux que j'appelle symptômes nervo-dynamiques, sont évidemment les plus élevés dans la série; ils dépendent presque exclusivement du système nerveux et musculaire. Ils supposent un certain développement de l'être organisé; car on connaît quelques poisons qui ne paraissent agir sur l'œuf qu'à partir du moment où l'embryon est pourvu d'un système nerveux. Ces symptômes sont faciles à reproduire. C'est ainsi, par exemple, qu'en excitant légèrement sur un cheval le bout central du nerf vague préalablement coupé, ou le nerf laryngé supérieur, on produit le phénomène de la toux, tel absolument qu'il se produit en pathologie. C'est ainsi encore que tous les jours, dans les vivisections, nous provoquons les convulsions, les palpitations, les paralysies du sentiment et du mouvement, en coupant ou en excitant certaines portions du système nerveux central ou périphérique.

Les symptômes d'ordre chimique consistent dans des phénomènes de composition et de décomposition. Ceux-ci sont en général subordonnés à l'action souveraine et modératrice du système nerveux; c'est dans les tissus qu'ils s'accomplissent; sous cette influence, les modifications du sang ne font que traduire ces intimes transformations de la substance vivante. Le sang n'est jamais malade primitivement; il ne fait que participer aux désordres de la nutrition, et de même il ne manifeste ses effets que par l'intermédiaire du système nerveux. Or, c'est précisément par l'intermédiaire du système nerveux que nous avons prise sur les symptômes chimiques; c'est ainsi le plus souvent que nous arrivons à les reproduire. Nous produisons à volonté par ce moyen, ou par des irritants ou par les modifications du régime, des dépôts d'acide urique et d'urates, des diarrhées dyssentériformes ou cholériformes, et toute cette série de modifications de la crase sanguine connue sous le nom d'anémies.

Les symptômes consistant en phénomènes de formation et de développement sont intimement liés aux propriétés inhérentes à la cellule vivante. Ces propriétés subsistent par elles-mêmes; elles sont indépendantes, dans une certaine mesure, de l'action du système nerveux, et des phénomènes chimiques qui s'accomplissent dans les tissus. Sans doute la cellule puise dans le sang les matériaux de son accroissement et de sa multiplication, mais elle les y puise par une action élective et toute spontanée, en vertu de sa vitalité propre. Ce qui le prouve, c'est d'une part, dans l'ordre physiologique, l'incessante reproduction des épithéliums; c'est l'accroissement et la réparation des fibres musculaires, etc.; et d'autre part, dans l'ordre pathologique, la formation des produits hétérologues. Quelques anomalies marquent cette analogie fondamentale qui relie entre elles les productions normales et morbides : anomalies de siége, de temps ou de forme. De là la division célèbre que Virchow a établie pour ces tissus, en tissus hétérotopiques, hétérochroniques et hétéro-morphiques. Mais en réalité et malgré ces déviations quelquefois prodigieuses du type primitif, on n'en est pas moins obligé de reconnaître, dans ses égarements les plus singuliers, cette même force plastique qui préside à l'entretien de tous nos organes, et qui en répare les pertes normales ou accidentelles. En réalité, cette force physiologique et la nature médicatrice sont complétement identiques. Ce sont deux aspects d'une seule et même puissance.

Affections expérimentales des tissus et des liquides. — Ainsi donc, nous avons reproduit tous ces symptômes; nous pouvons faire plus; nous reproduisons l'inflammation avec tous ses modes. En détruisant les ganglions du grand sympathique, nous déterminons des péricardites, des pleurésies. Et chose remarquable, pour obtenir le passage de la simple hyperémie à l'exsudation et à la production du pus, il nous suffit d'affaiblir l'animal en expérience. Mille moyens analogues nous permettent de susciter la fièvre à tous ses degrés. Nous amenons l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des muscles en coupant les nerfs qui s'y distribuent.

Voilà pour les affections du solide; nous produisons de même celles qui sont caractérisées par des altérations des liquides. Ainsi en enlevant les reins nous produisons une urémie artificielle tout à fait comparable à l'urémie pathologique, s'exprimant comme elle par des vomissements, par de la diarrhée, par des convulsions.

Certaines maladies peuvent être reproduites artificiellement. — Mais parviendrons-nous à créer de toutes pièces des maladies? Ceci devient plus délicat. Le symptôme, l'affection, l'altération du sang sont des faits *matériels*, palpables, qui émanent directement de la constitution des organes. Pour que ceux-ci répondent à nos excitations, il suffit qu'ils soient convenablement interrogés. La maladie, et j'entends par là l'impression morbifique première qui met en mouvement toute la série des phénomènes pathologiques et du milieu de l'apparente mobilité de symptômes, dégage l'unité et la spécificité qui les fait converger vers un même but, la maladie, dis-je, est un fait d'un ordre plus relevé et, par conséquent, tout autrement difficile à reproduire. Et pourtant les résultats étonnants obtenus déjà dans cette voie nous commandent de ne pas désespérer d'y parvenir.

S'il est un ordre de maladies dans lesquelles l'unité de la cause affective s'affirme avec une suprême évidence, ce sont bien les maladies virulentes. Or, s'il est vrai que nous ne pouvons créer chez les animaux les virus propres à l'espèce humaine, nous trouvons néanmoins chez eux de nombreux points de comparaison et des analogies sérieuses. Ils nous fournissent d'abord des types physiologiques, exemple le venin de la vipère, si admirablement étudié par Fontana (pour le physiologiste, entre le venin et le virus, il n'y a qu'une différence de mots). Mais, d'ailleurs, nous possédons de véritables virus animaux. Non-seulement les animaux nous fournissent l'occasion précieuse d'étudier chez eux les effets de l'inoculation, d'expérimenter en un mot, et vous savez quels progrès a faits récemment, par ce moyen, l'histoire de la vaccine; mais nous pouvons même, dans certaines conditions données, sans inoculation, sans contagion, provoquer chez les animaux l'explosion de certains virus. C'est ainsi que la morve se développe par l'excès de fatigue chez les solipèdes qui ont été surmenés.

Le siége occupé dans l'économie par les virus indique la part que prend chaque organe à leur formation, et la singularité même de ces localisations prouve ce qu'il y a d'individuel et de véritablement spécifique dans l'activité de chaque élément histologique. Par exemple, le virus rabique a son siége exclusif dans la salive et dans la bave des animaux malades. De même que la ptyaline, que la pepsine ne sont pas préformées dans le sang, mais se constituent dans les glandes où elles prennent naissance, de même, dans les conditions nouvelles créées par la maladie, le virus existe si peu dans le sang, que ce liquide peut être inoculé impunément à d'autres animaux. La rage n'est donc pas une maladie du sang, comme on se plaît à le répéter. C'est, à la vérité, une maladie toxique, mais qui se concentre plus spécialement dans les organes glandulaires de la bouche. Le virus morveux existe dans le sang, dans les liquides purulents, dans les liquides exsudés, celui de l'hydrocèle par exemple. On n'en rencontre aucune trace dans les liquides de sécrétion ou d'excrétion, la salive, le suc gastrique, les urines, la bile. Et, chose bien curieuse, malgré cette circonscription si spéciale à certains tissus, à certains liquides, l'état général de l'animal retentit sur ces siéges d'élection du virus. Prenez un cheval atteint de morve chronique dont le jetage n'est point inoculable. Il vous suffira pour rendre à ce liquide sa propriété redoutable, d'imposer à l'animal un exercice forcé. L'effet sera pour ainsi dire instantané, et vous le produirez à volonté.

Vous le voyez, Messieurs, voilà un virus que nous avons la possibilité de produire; une fois produit, nous le modifions, nous agissons sur lui comme nous agissons sur les conditions d'exercice d'un organisme normal. En d'autres termes, voilà une maladie véritable, maladie artificielle tout entière du ressort de l'expérimentation.

Les diathèses ne peuvent pas être imitées. — Il n'en est plus de même des diathèses. Nous ne possédons aucun moyen de produire cette profonde imprégnation de l'économie tout entière, dont les maladies diathésiques nous offrent le saisissant tableau; imprégnation telle, que la cause morbide semble désormais identifiée avec l'individu, l'accompagne jusqu'à la mort, et, bien plus, lui survit dans sa postérité. Les expériences ne peuvent rien produire de semblable. Nous arrivons bien à favoriser chez certains animaux la production des tubercules, mais rien ne prouve que nous ayons créé chez eux la diathèse tuberculeuse, ou plutôt tout prouve le contraire; placés dans des conditions hygiéniques que nous leur faisons aussi mauvaises que possible, ils dépérissent et se tuberculisent, ils portent avec eux la prédisposition; mais cela n'arrive pas à coup sûr. D'ailleurs, le propre de la diathèse, c'est précisément de se développer spontanément, indépendamment des circonstances extérieures, ou sous l'influence mystérieuse de l'hérédité.

OBSERVATION RARE DE LITHOTRITIE.

Par M. le docteur F. MALLEZ.

(Lue à la Société de médecine pratique, séance du 3 novembre.)

Le 29 janvier 1863, je voyais pour la première fois, avec mon confrère le docteur Benoist, M. J..., ingénieur civil, qui se plaignait de divers troubles de la miction.

M. J... était âgé de quarante-neuf ans et de bonne constitution. A l'âge de douze ans, il avait été souvent contraint de retenir son urine plus qu'il ne l'aurait dû, et il faisait remonter jusqu'à cette époque le point de départ de sa maladie actuelle. Il avait eu une seule blennorrhagie vers l'âge de vingt-cinq ans. En 1848, son jet d'urine, déjà faible, avait semblé diminuer et les envies d'uriner augmenter de fréquence.

En 1860, il avait éprouvé au col de la vessie, au moment de la miction, des douleurs qu'il avait combattues pendant un certain temps avec assez de succès par des rafraîchissants divers. Mais leur retour l'avait déterminé à voir M. Leroy d'Etiolles père.

Le diagnostic de ce chirurgien avait été : stagnation de l'urine s'accompagnant d'hypertrophie prostatique, et il avait conseillé contre la première de passer la sonde trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, et contre la seconde l'iodure de potassium. La prescription fut en partie exécutée. Après la mort de M. Leroy, M. J..., de nouveau souffrant, en septembre 1863, vit un médecin, qui pratiqua l'exploration, et, croyant sentir de la pierre, engagea M. J... à voir M. Heurteloup.

Mais ce fut chez un autre confrère que M. J... se rendit, et il en reçut l'assurance qu'il n'y avait pas trace de calcul dans la vessie.

Au commencement de 1863, au moment où nous vîmes M. J..., il accusait de la difficulté à uriner, et surtout des douleurs vives pendant la miction; son excitabilité générale, éveillée par la souffrance et la crainte d'une maladie grave de la vessie, était extrême. Encore sous le coup de la douleur que lui avaient fait éprouver les dernières explorations, il répugnait à laisser introduire aucun instrument dans la vessie.

Nous pensâmes pendant quelques jours à combattre d'abord l'atonie vésicale, et nous fîmes à trois reprises l'application d'un courant intermittent : un pôle à l'hypogastre et l'autre dans le rectum. Mais en présence de l'aggravation des douleurs et de l'émission d'un peu de gravelle blanche, nous décidâmes M. J... à de nouvelles recherches, et le 10 février nous trouvions de la pierre, sans pouvoir toutefois affirmer en quelle quantité.

Une première séance de lithotritie eut lieu le 15, et elle fut pratiquée avec l'instrument fenêtré de MM. Robert et Collin; une seconde le 19 février, une troisième le 27 février, et une quatrième le 5 mars. A chacune d'elles il avait été impossible de préciser nettement de quel volume étaient le calcul ou les fragments saisis par l'instrument. La résistance était si faible qu'il suffisait de faire glisser la branche mâle sans tourner l'écrou brisé pour la faire avancer quand on avait senti le corps étranger. Son interposition ne se laissait deviner à l'extérieur qu'au moment de la fermeture presque complète de l'instrument. A l'indication qu'il fournissait et aux sensations confuses que l'on percevait, on devait croire que la pierre était très-petite; chaque séance d'ailleurs n'avait été suivie que d'une évacuation très-peu abondante, soit par les injections, soit par l'urine, d'un carbonate de chaux s'écrasant sous le doigt.

Le 16 et le 30 mars, deux nouvelles introductions du brise-pierre ne donnèrent, non plus de même que toutes les sondes évacuatrices employées, que des quantités très-minimes de gravier. Mais pendant ce temps, l'état nerveux du malade s'était aggravé. M. Tardieu, appelé par nous en consultation le 8 avril, conseilla de recourir à des pratiques hydrothérapiques et aux antispasmodiques, sauf à reprendre, lorsque le calme serait rétabli, l'exploration de la vessie.

Nous y procédâmes à deux reprises, le 28 juin et le 3 juillet, et croyant bien encore à la présence de quelques détritus lithiques, mais très-mous et bien réduits, désireux d'ailleurs de réveiller la contractilité vésicale qui avait été s'affaiblissant, et qui forçait le malade à se servir presque constamment de la sonde, nous l'engageâmes à se rendre à Contrexéville.

Les eaux eurent l'effet qu'on en espérait, et le malade y rendit passablement de petits fragments; mais il y fut pris en même temps, à deux reprises, d'une hématurie abondante. J'allai le soir, le 30 juillet, et en présence de notre honorable confrère M. Legrand du Saulle, qui lui donnait des soins, j'introduisis l'instrument, mais sans rencontrer encore un seul fragment qui expliquât par son volume l'apparition du sang, et ne ramenant d'ailleurs qu'une sorte de boue qui occupait le bas-fond.

Le malade voulut revenir avec moi, et je le ramenai à Paris; il alla mieux quelque temps, mais avec de l'atonie vésicale persistante. Nous ne pouvions douter qu'il n'y eût encore dans la vessie quelque peu de cette boue qui avait résisté à l'action des eaux, à toutes les injections, à toutes les irrigations, même continues, que nous venions de tenter après le retour de Contrexéville.

Aussi je me décidai à ramasser dans les cuillers d'un brise-pierre extracteur les plus petites portions de matière lithique, mais en réclamant du malade tout le courage et toute la patience dont il avait si souvent manqué dans nos explorations ou opérations précédentes, ce qui avait contribué à en augmenter encore les difficultés. Sur la demande du malade, il fut chloroformé à chaque séance nouvelle, et le 5 septembre nous commencions une série de 44 opérations, ce qui, avec les précédentes, en porte le nombre à 51, que le concours de mon confrère M. Benoist et son habileté à manier le chloroforme m'ont permis de mener à bonne fin. (Juillet 1864.)

La quantité de pierre (15 centimètres cubes) qui est entre nos mains n'est guère que la moitié de ce qui a été extrait; une seule fois les branches de l'instrument m'ont offert un écartement de plus

d'une ligne et demie, ce qui veut dire qu'on n'avait pas même affaire à des fragments, mais à un véritable mortier; il fallait en ramasser deux ou trois fois pour bourrer les cuillers; je montrais souvent à M. Benoist, pendant le sommeil du malade, le grattement que je devais opérer pour remplir l'excavation des branches du brise-pierre.

L'instrument à clavette de M. Mathieu, dont j'ai fait usage en dernier lieu, m'a également très-bien servi; par la rapidité de sa fermeture il m'a permis de pénétrer deux fois et même trois dans la vessie en une séance, ne prenant que le temps de vider la cuiller.

Une orchite a été le seul accident de cette longue et laborieuse extraction, terminée, comme je le disais, en juillet 1864. Le malade a fait une saison cette année à Evian, et il va bien, quoique son atonie vésicale, que nous nous proposons de combattre tout à fait, persiste bien encore un peu. Mais ses douleurs ont cessé, il a repris ses occupations, et il se considère à juste titre comme guéri, quoiqu'il nous prie encore de lui explorer la vessie chaque mois, pour ne point laisser s'y former de nouveaux dépôts. Cette observation, curieuse à plus d'un titre, est pleine d'enseignements.

Une telle quantité de pierres, à supposer même qu'elle ne fût que moitié de ce que nous avons retiré, pouvant échapper d'abord à des mains exercées, et tromper ensuite l'observation et les recherches les plus attentives, ne se laissait ni deviner ni mesurer, parce que le moindre amas qu'elle pouvait former tombait en deliquium au seul contact de l'instrument.

Les exemples de pierres volumineuses sont assez nombreux;

Granevelt a figuré dans sa thèse le dessin d'un calcul extrait à l'autopsie d'un alderman de Londres, et qui était gros comme un œuf d'autruche.

M. Civiale pratiqua la taille pour une pierre pesant une livre; il fut forcé de l'écraser avant de l'extraire, et les fragments remplirent un bassin.

M. King (de Londres) a donné la description d'une concrétion lithique qui n'avait pas moins de 20 centimètres de long sur 41 de circonférence, et qui pesait 864 grammes.

M. Rigal (de Gaillac) a pratiqué la taille vésico-vaginale pour enlever une pierre pesant plus de 340 grammes et mesurant 9 centimètres de diamètre.

Celle de notre malade, égale au volume de deux gros œufs, prendrait donc rang dans ces concrétions énormes; mais elle s'en distinguerait par sa friabilité ou plutôt par son inconsistance, qui la ferait plutôt ressembler à du mortier qu'à de la pierre, et surtout sa résistance à l'action des courants liquides que l'on introduisait dans la vessie et qui ne parvenaient pas, quelle que fût leur puissance, à ébranler ce magma et à y déterminer le moindre remous.

TUMEURS LARYNGÉES.

Étude sur les divers procédés d'extirpation en général, et sur la cautérisation en particulier (1).

Par M. le Dr Édouard Fournié.

Arrachement. — Ce procédé est absolument identique à celui que l'on emploie généralement pour extirper les polypes du nez, du vagin, etc., mais avec une modification légère dans la forme de l'instrument.

M. le docteur Georges Lewin (de Berlin) se sert depuis longtemps d'une pince recourbée dont les extrémités sont munies sur leur face interne de petites pointes destinées à accrocher la tumeur (2).

M. le docteur Fauvel, dans un cas où il s'agissait de végétations en chou-fleur insérées dans l'angle intérieur de la glotte, a suivi le même procédé avec un instrument analogue. Plus heureux sans doute avec la pince qu'avec la scie dont nous parlions tout à l'heure, notre distingué confrère est parvenu à arracher la tumeur (3).

Toutes les fois que nous avons eu à extirper une tumeur volumineuse, c'est à ce procédé que nous avons donné la préférence, dernièrement encore, sur une malade qui nous avait été adressée par M. le docteur A. Cros. Cette dame, âgée de trente ans, était enrouée depuis près de trois ans. Dans ces derniers temps l'enrouement s'était transformé en aphonie, et c'est ce qui avait décidé notre confrère à nous prier de rechercher avec le laryngoscope les causes de cette affection.

Ce miroir nous a décelé la présence d'un polype muqueux, présentant une couleur jaunâtre et implanté par un pédicule peu épais, mais occupant toute la longueur du ventricule droit; la tumeur était grosse comme une aveline, mobile, et retombait sur toute la corde vocale du même côté.

Après cinq ou six essais infructueux, mais qui ont servi de préparation indispensable à la malade, nous sommes parvenu à saisir la tumeur avec une pince recourbée sortant des ateliers de M. Charrière; toute la portion du polype qui avait été saisie par les curettes a été enlevée. Il nous a été impossible dans cette même séance d'introduire de nouveau la pince.

Deux jours après, nous avons été plus heureux, car nous avons pu tout enlever, moins le pédicule cependant, qui, sous forme d'un ruban, flottait sur les parois laryngiennes. Prévoyant une adhérence trop forte, nous avons détruit ce lambeau de muqueuse avec une solution sursaturée de nitrate d'argent.

L'extirpation avec les pinces est certainement le procédé le plus simple, le plus commode et le plus sûr; dans tous les cas, il est d'une application générale, et, quel que soit le volume ou le lieu d'implantation de la tumeur, on peut l'employer sans se préoccuper de modifier les dimensions des instruments ou d'en inventer de nouveaux. D'ailleurs, il répond à toute sorte d'indication : si la tumeur est trop volumineuse et son pédicule trop large, on peut la déchirer et l'enlever par parcelles en plusieurs séances; si l'on rencontre un polype mou, mais très-adhérent, on l'écrase d'abord entre les deux curettes, et les pointes dont ces dernières sont revêtues incisent la tumeur en plusieurs points, de manière à détruire la trame cellulaire; enfin, il est indifférent que la tumeur soit implantée à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, la pince l'atteindra toujours.

Il arrive parfois néanmoins que le manuel opératoire présente de si grandes difficultés qu'il vaut mieux alors renoncer à ce procédé. Lorsque, par exemple, la tumeur est trop petite, il est excessviement difficile de la saisir, et alors mieux vaut employer la cautérisation.

Cautérisation. — Il semble d'après nos propres observations que la cautérisation est plus souvent indiquée que les procédés précédemment décrits; mais, soit que l'on éprouve de la répugnance à porter un caustique dans la cavité laryngienne, soit que l'on n'ait pas assez de confiance dans l'efficacité de ce moyen, peu de chirurgiens avant nous l'ont employé d'une manière toute spéciale (1). Cependant l'indication de son emploi est formelle, son innocuité est positive et les résultats qu'elle donne sont excellents.

Précisons.

La plupart des tumeurs laryngées déterminent à leur début une certaine altération de la voix. Si l'examen laryngoscopique est pratiqué en ce moment, on reconnaît que cette altération peut être attribuée aux causes suivantes : tantôt c'est une vésicule luisante, plus ou moins transparente, et qui, en se développant, prendra tous les caractères d'un polype muqueux; tantôt c'est un petit tubercule analogue à une verrue ou à un poireau; tantôt c'est une hypertrophie de la muqueuse, qui est devenue en cet endroit d'un rouge violacé, fongueuse; d'autres fois, cette dernière semble se détacher, en se dédoublant, de la cavité ventriculaire et vient s'épanouir sur la corde vocale du même côté, qu'elle finit par recouvrir tout entière.

En présence de ces lésions, le médecin doit-il attendre des manifestations plus considérables pour employer ses instruments? Non certes, et comme, d'autre part, il n'est pas possible d'opérer avec des instruments une chose presque insaisissable, le meilleur parti qu'il ait à prendre, c'est de pratiquer aussitôt la cautérisation.

Voilà donc une première série de circonstances dans laquelle la cautérisation se présente comme procédé unique et indispensable; elle s'impose.

Nous allons voir qu'il est bien d'autres cas où elle n'est pas moins indispensable.

Les polypes vrais ne sont pas les seules végétations qui siégent dans la cavité laryngienne. Très-souvent nous avons pu observer un développement considérable des papilles qui se trouvent au niveau de la portion verticale de la glande aryténoïdienne. Les papilles se présentent alors sous l'aspect d'un chou-fleur à grains aplatis. Pendant l'occlusion de la glotte, qui coïncide avec le rapprochement des deux aryténoïdes, les papilles sont dissimulées en partie par le rapprochement; mais pendant l'expiration, au moment du plus grand écartement des aryténoïdes, on les voit se développer et occuper une grande partie de la face postérieure de la cavité laryngienne.

Sur toute autre partie, l'excision avec les ciseaux serait certainement le procédé d'extirpation le plus prompt et le plus sûr; mais dans le larynx, la mobilité incessante des aryténoïdes rend cette opération à peu près impossible, tandis que la cautérisation est d'une application on ne peut plus simple.

Les hypertrophies papillaires dont nous venons de parler ne sont en quelque sorte que l'exagération d'un état normal, car elles existent toujours dans cette région avec un développement plus ou moins grand; mais il est d'autres hypertrophies papillaires, analogues aux verrues ou aux poireaux, qui envahissent souvent la cavité laryngienne. Ces tumeurs n'acquièrent jamais un grand volume; elles sont généralement fermes et même assez dures, jamais pédiculées; bien au contraire, elles adhèrent par une base qui mesure toujours leur plus grand diamètre; elles sont lisses ou chagrinées à leur surface, et habituellement elles s'implantent sur le bord libre des cordes vocales, ou bien encore dans l'angle du cartilage thyroïde, immédiatement au-dessus de ces dernières.

Souvent nous avons constaté que d'autres parties du corps, la figure, par exemple, présentaient des végétations semblables à celles qui existaient dans le larynx.

Nous traitons en ce moment un malade qui nous a été adressé par M. le docteur Ossian Henry, et qui est un exemple frappant de cette bizarre constitution. Après avoir constaté par l'examen laryngoscopique que l'enrouement dont il était atteint depuis plus d'un an devait être attribué à la présence d'une hypertrophie papillaire grosse comme un pois, et située à l'extrémité antérieure et interne de la corde vocale droite, nous avons examiné toutes les parties du corps, et nous avons vu que la peau du dos, des hanches, des bras, du cou, de la figure, présentait des végétations analogues sur la muqueuse de la joue gauche; il en existe une qui ressemble parfaitement à celle du larynx.

Ces petites tumeurs laryngées, qui ne dépassent jamais le volume d'un gros pois, sont implantées de telle manière qu'il n'est guère possible de les extirper avec les instruments; si toutefois on y arrive, ce n'est qu'après des tentatives multipliées et toujours douloureuses.

La cautérisation ne présente pas ces inconvénients, et elle est beaucoup plus expéditive; aussi conseillons-nous son emploi à l'exclusion de tout autre procédé.

Les végétations syphilitiques se rangent naturellement à côté des précédentes, si on ne les considère qu'au point de vue de leur forme et de leur volume. Ces végétations spécifiques se présentent avec tous les caractères qu'elles affectent sur les muqueuses des autres parties du corps; mais, le plus souvent, elles sont aplaties, muriformes, et siégent de préférence sur les cordes vocales supérieures. Le traitement général est très-souvent insuffisant pour les faire disparaître, et il n'est pas rare de constater leur présence bien longtemps après que toutes manifestations syphilitiques ont abandonné les autres parties du corps. Il est probable qu'elles ont alors perdu leur caractère spécifique, et qu'elles persistent à l'état de végétation simple. Honoré de la confiance de M. Monod, ex-chirurgien de la Maison municipale de santé, nous avons découvert chez un de ses malades une végétation syphilitique présentant la forme et les dimensions d'une grosse lentille. Cette végétation était implantée à l'extrémité antérieure de la corde vocale droite, et présentait une surface couverte de villosités. Les premiers accidents syphilitiques s'étaient manifestés chez ce malade quinze ans auparavant, et depuis cette époque, après un traitement bien suivi, aucun indice n'avait pu faire soupçonner la présence de la syphilis. Il y a deux ans seulement, c'est-à-dire treize ans après l'infection, que la voix commença à s'enrouer, et le laryngoscope nous a montré la cause de cette altération. Quelques cautérisations suffirent pour détruire la végétation, et depuis bientôt un an la voix se maintient aussi pure que si jamais les cordes vocales n'avaient été malades.

Toutes les tumeurs dont nous venons d'esquisser les principaux caractères présentent, au point de vue thérapeutique qui nous occupe, une particularité importante: elles offrent toutes un volume peu considérable, et qui peut varier entre celui d'une tête d'épingle et les dimensions d'un gros pois. Cette seule particularité suffit, à nos yeux, pour que l'on se décide à pratiquer la cautérisation de préférence à tout autre procédé. Plusieurs motifs justifient cette manière d'agir :

1° Il est plus facile de porter un caustique dans la cavité laryngienne qu'un instrument quelconque.

2° Pour opérer avec les instruments, il faut, de la part du malade, une certaine intelligence et beaucoup de docilité; dans tous les cas, il faut soumettre ce dernier à une préparation longue et pénible.

3° Les résultats de l'opération sont plus prompts avec le caustique, car il est rare qu'avec les instruments l'on détruise bien du premier coup tout ce qui doit être détruit.

Il est indispensable cependant que la cautérisation soit pratiquée dans des conditions de sécurité parfaite. C'est pourquoi nous allons exposer ce que l'expérience nous a enseigné sur ce sujet.

Parlons d'abord de la nature du caustique :

Le choix du caustique n'est pas indifférent; mais le chirurgien trouvera dans les considérations de forme, de volume, de nature, le guide de ses déterminations.

Si la tumeur est excessivement petite, verrue, poireau rudimentaire, polype naissant, expansion légère ou boursouflement de la muqueuse, il suffira d'employer une solution à parties égales de nitrate d'argent cristallisé et d'eau distillée. Le tannin en poudre, l'alun, le bichromate de potasse, le perchlorure de fer, pourront remplacer, selon les cas, la solution précédente.

Si la tumeur est de nature spécifique et que ces substances ne réussissent pas, nous nous servirons d'un mélange à parties égales d'eau et de nitrate acide de mercure.

Enfin, si la tumeur est volumineuse, comme un grain de groseille, par exemple, nous la détruirons avec de la poudre de Vienne délayée dans de l'alcool.

Après avoir choisi le caustique, il s'agit de le porter sur la partie malade, et rien que sur la partie malade. Là, je l'avoue, réside toute la difficulté; mais avec un peu d'habitude, et en prenant les précautions suivantes, la cautérisation dans la cavité laryngienne se pratique assez aisément.

Ici toute instrumentation compliquée est un obstacle au succès de l'opération. Tous les porte-caustiques en général présentent cet inconvénient grave, qu'ils ont un volume trop considérable, et que les dispositions prudentes que l'on a dû prendre en les construisant n'ont été réalisées qu'au détriment de leur commodité. Ces instruments pouvaient être utiles alors que, privé du secours du laryngoscope, le chirurgien confiait au hasard le soin de toucher les parties malades. Aujourd'hui cette manière d'agir n'est plus permise; il faut toucher bien et juste, et, pour en arriver là, l'instrumentation la plus simple, la plus commode sera certainement la meilleure.

A cet effet nous avons fait construire par M. Charrière de petits stylets en argent mou que l'on peut fixer à volonté sur un manche. Ces stylets ont l'avantage sur les tiges de baleine de pouvoir affecter toute sorte de courbure; l'une de leurs extrémités est légèrement renflée, de manière à pouvoir retenir solidement le petit morceau d'éponge dont on l'entoure.

Si l'on emploie un caustique liquide, l'éponge doit être imbibée de liquide juste ce qu'il faut pour qu'elle ne le laisse échapper que sous l'influence d'une certaine pression sur la tumeur; si l'on emploie une pâte molle, elle doit avoir une consistance telle qu'elle ne puisse quitter l'éponge avant son contact avec la tumeur. Dans tous les cas, la quantité de caustique dont on charge l'instrument doit être assez considérable pour modifier la tumeur et pas assez pour déterminer le plus léger accident.

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 et 27 décembre 1864.

(2) *Beiträge zur laryngoscopie*, décembre 1861.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 29 mai 1864.

(1) G. Lewin (de Berlin) a souvent employé la cautérisation avec l'azotate d'argent. (*Loco citato.*)

D'ailleurs, rien n'oblige à détruire en une seule fois la tumeur, et tout en agissant plus doucement, l'on peut opérer avec la plus grande sécurité; c'est ainsi que nous agissons, et nous n'avons jamais eu à le regretter.

Le manuel opératoire demande sans doute un peu d'habitude, mais on ne saurait trop s'exercer à l'acquérir, car si l'on veut retirer du laryngoscope tous les bénéfices dont il a enrichi notre art, il faut absolument s'habituer à opérer dans la cavité laryngienne comme on opère sur la conjonctive, sur l'urèthre ou sur toute autre muqueuse.

Il ne s'agit pas seulement, en effet, de détruire par le caustique des tumeurs laryngiennes, très-souvent l'on est appelé à modifier dans la même région des lésions purement vitales qui réclament impérieusement le traitement topique. Or, soit que l'on veuille porter une substance caustique dans le larynx, soit que l'on emploie un astringent, un modificateur quelconque en un mot, le procédé sera toujours le même; il faut donc se l'approprier, et nous serons trop heureux si les quelques lignes que l'on vient de lire peuvent être de quelque utilité à nos confrères.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Renouvellement annuel du bureau.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections de sciences mathématiques.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 54 :

M. LAUGIER obtient	39 suffrages.
M. BERTRAND	12 —
M. CHASLES	1 —
M. DELAUNAY	1 —

Il y a une voix perdue, donnée par erreur à un membre appartenant aux sections de sciences naturelles.

M. LAUGIER, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1865.

— M. GUYON lit un travail sur les accidents produits sur les animaux à sang chaud, mammifères et oiseaux, par le venin des scorpions. (Ce travail sera publié.)

Sur l'emploi de l'acide phénique en médecine, par M. DECLAT. — L'auteur, en terminant son mémoire, le résume dans les conclusions suivantes :

1° Dès 1861, j'ai arrêté la gangrène avec l'acide phénique, notamment dans un cas de gangrène générale consécutive à une fracture de la colonne vertébrale avec déchirure de la moelle, et cela en présence des docteurs Gros, Maisonneuve et autres confrères : depuis ce fait, l'acide phénique a fait son chemin, d'abord à l'Hôtel-Dieu, puis dans d'autres hôpitaux, où il a contribué puissamment à hâter la cicatrisation des plaies traumatiques de toute nature et à en prévenir les complications fâcheuses.

2° Dans les affections infectieuses, l'acide phénique exerce une action avantageuse à la fois sur l'infection et sur l'état local; dans ces affections aussi bien que dans les suppurations simples, cet acide contribue à tarir la source de suppuration.

3° Les effets ci-dessus indiqués ont été obtenus directement dans la vessie par des injections qu'on aurait pu croire dangereuses au premier abord.

L'acide phénique paraît appelé à rendre de grands services dans le traitement de certaines affections des organes génito-urinaires.

4° Dans un cas d'engorgement mal déterminé de la langue avec ulcération, épithélioma ulcéré datant de quatre ans, reconnu par plusieurs médecins, MM. J. Lemaire, Ed. Langlebert, et dont le dessin à l'aquarelle pris au milieu du traitement sera mis sous les yeux de l'Académie, les applications phéniques et l'usage de cet acide à l'intérieur ont amené en moins de trois mois une amélioration, presque une guérison des plus remarquables. — Le malade continue son traitement et consent à se laisser visiter par ceux de nos confrères que ce cas remarquable pourrait intéresser.

5° L'acide phénique appliqué en lotions a guéri avec une promptitude admirable des eczémas rebelles.

Les essais de M. le docteur Sirnos (de Lisbonne) et les miens font concevoir les espérances les plus heureuses et les plus fondées sur les applications de l'acide phénique au traitement des maladies de la peau en général.

6° L'acide phénique paraît devoir rendre de grands services dans les affections contagieuses au contact et à distance; il paraît devoir produire surtout d'excellents résultats dans les cas d'épidémies, d'endémies, dans les camps, dans les hôpitaux, les cliniques d'accouchement, etc.

Malgré ses propriétés caustiques très-prononcées, j'ai pu administrer l'acide phénique à l'intérieur, dans les cas de très-grandes maladies organiques ou infectieuses, avec des avantages très-marqués dans quelques cas, sans inconvénients dans tous. Les résultats obtenus doivent encourager de nouveaux essais.

Parmi les maladies de cette catégorie, traitées le plus heureusement, nous devons rappeler deux cas de diphthérite (angine couenneuse) contre lesquels l'action heureuse et puissante de l'acide phénique a été des plus frappantes.

Tels sont les termes dans lesquels il nous est permis de résumer aujourd'hui nos recherches; nous espérons pouvoir dans quelque temps leur donner un utile développement, et nous nous ferons un devoir de soumettre notre travail plus complet à l'Académie.

(Commissaires, MM. Andral, Rayer et Jobert, de Lamballe.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente au nom de l'auteur, M. P. Topinard, un ouvrage ayant pour titre : *De l'ataxie locomotrice, et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive.*

Si je ne savais que cet ouvrage a déjà été couronné par l'Académie de médecine, je n'hésiterais pas, dit M. Flourens, à proposer de le comprendre parmi ceux qui seront soumis à la commission chargée de décerner les prix de la fondation Montyon pour 1865.

— M. LE PRÉSIDENT présente au nom de M. Tigri deux opuscules sur la transformation du sang en substance grasse, et une lettre écrite également en italien, dans laquelle le savant anatomiste fait connaître quelques nouveaux résultats de ses recherches sur *l'existence des bactéries dans le sang des personnes mortes de la fièvre typhoïde.*

Dans de précédentes communications, l'auteur avait annoncé que ces infusoires se montraient surtout dans le système artériel; depuis, il a constaté que quand les bactéries manquaient dans les artères périphériques, on les trouvait encore, et en grande quantité, dans l'appareil circulatoire pneumo-cardiaque gauche. Dans un cas, du reste, il a fallu pousser l'investigation jusqu'au poumon même, et c'est seulement en plaçant sous le microscope de minces tranches de l'organe prises dans les points qui étaient le siége d'apoplexies pulmonaires partielles, que la présence des bactéries a été rendue évidente.

La lettre et les deux opuscules sont renvoyés à l'examen de la commission déjà nommée pour diverses communications concernant les bactéries, commission qui se compose de MM. Andral, Velpeau, Rayer et Bernard.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 janvier 1865, M. le docteur de Larroque, médecin par quartier de la maison de l'Empereur, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel en date du 23 novembre 1864, M. le docteur Papin de la Clergerie, médecin des hôpitaux et président de la Société académique de Nantes, a été nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel en daté du 26 décembre 1864, M. le docteur Vernois, membre de la commission administrative des lycées de Paris et de la commission centrale d'hygiène, et M. le docteur Hillairet, membre de la commission administrative des lycées de Paris, ont été nommés officiers de l'instruction publique.

— Par arrêté ministériel du 14 décembre 1864, M. d'Huicques, professeur suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire d'histoire naturelle à ladite Ecole (emploi vacant).

— Par arrêté ministériel du 15 décembre 1864 :

M. Métadier, professeur suppléant pour les chaires de thérapeutique, matière médicale, pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de pharmacie et de toxicologie à ladite Ecole, en remplacement de M. Barbet, décédé.

M. Wannebroucq, professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de matière médicale et de thérapeutique à la même Ecole, en remplacement de M. Brigandat, dont la démission est acceptée.

M. Féron, professeur suppléant pour les chaires de médecine à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Wannebroucq, appelé à d'autres fonctions.

M. Brigandat, ancien professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

M. le docteur Dassier, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales à ladite Ecole.

M. le docteur Batut est nommé professeur suppléant pour les chaires de clinique et de pathologie chirurgicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

— Par suite de la démission de M. le docteur Barth, la Société médicale d'observation de Paris a élu comme président M. le professeur Béhier.

Le bureau de la Société se trouve ainsi constitué : M. Béhier, président; M. Pierreson, vice-président; M. Bricheteau, secrétaire général; M. Bucquoy, archiviste; M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire; M. Topinard, vice-secrétaire, trésorier.

— M. le docteur Bellemain d'Epogny, ancien médecin militaire de la République et de l'Empire, vient de décéder à Belleville, à l'âge de 86 ans.

Le Directeur, Dr B. Le Soued.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été brusquement interrompue hier par un événement qui a produit une bien pénible émotion dans l'assemblée. M. Malgaigne, déjà souffrant depuis quelque temps quand il a été appelé à la présidence de l'Académie, a tenu, malgré les conseils de ses amis qui l'engageaient à prendre un repos nécessaire à sa santé, à remplir avec exactitude ses devoirs de président. Ses forces ont trahi son courage. Au moment où M. Ricord venait de terminer sa lecture et où M. Blot, appelé à son tour à la tribune pour prendre part à la discussion du rapport de M. Depaul, commençait son argumentation, les membres du bureau placés à côté de M. Malgaigne se sont aperçus qu'il était gravement indisposé. La séance a été levée aussitôt, et M. Malgaigne a été immédiatement transporté chez lui entouré de nombreux amis qui se sont empressés de lui donner les soins que réclamait son état (1).

La discussion sur le rapport de M. Depaul a été engagée par un long discours écrit de M. Ricord, que nous résumerons dans l'un des prochains numéros.

Avant l'ouverture de la discussion, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. le docteur Leroy de Méricourt sur une question importante d'hygiène navale, sur l'assainissement des navires contaminés. Nous publierons un extrait de ce travail. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (2).

(Recueillies et publiées par M. le docteur Maurice RAYNAUD.)

Avantages de l'expérimentation physiologique pour l'étude de l'impressionnabilité. — Si l'expérimentation physiologique ne peut produire des diathèses, elle a cependant d'autres avantages, elle vous fournit le moyen d'étudier l'impressionnabilité si variable des animaux aux divers agents morbifiques, et d'en déterminer les conditions. Or ces conditions sont essentiellement du domaine de la physiologie. Quelquefois ce sont des conditions inhérentes à la race, et ceci n'est pas vrai seulement de l'homme; les animaux nous montrent par de fréquents exemples ce que l'inégal développement du système nerveux apporte de différence à la vivacité des impressions. Tandis que chez le chien de chasse les opérations sont excessivement douloureuses, le chien de berger paraît les supporter avec la plus grande facilité. Les mêmes différences se remarquent pour les chevaux de sang comparés aux animaux de même espèce, mais de race inférieure.

Quelquefois ce sont des circonstances individuelles, comme l'abstinence ou la digestion, qui décident du degré d'impressionnabilité. Un animal à jeun, pour ressentir les effets de certains poisons, exige une dose double de celle qu'il faudrait administrer au même animal en état de digestion. A quoi tient cette différence? Est-ce à l'absorption? Evidemment non ; car tout le monde sait qu'elle est plus active à jeun et devrait par conséquent agir dans un sens précisément inverse. Mais c'est que l'animal à jeun descend en quelque sorte d'un degré dans l'échelle physiologique et présente à l'action toxique une susceptibilité notablement amoindrie.

D'autre part, les maladies créent à leur tour des conditions nouvelles dont il importe de tenir compte et que la physiologie seule peut expliquer. Dans le choléra, par exemple, l'absorption est anéantie. Voilà un fait au premier abord bien insolite. Mais en prenant un point de comparaison dans l'état normal, nous allons nous en rendre compte.

Un organe qui sécrète ne peut pas absorber. Une glande salivaire à l'état de repos est susceptible d'absorption; elle perd cette faculté dès qu'elle commence à sécréter. N'est-il pas assez naturel que l'énorme l'hypersécrétion qui a lieu dans le choléra amène avec elle la suspension de tout phénomène d'absorption? La même remarque peut être faite dans la fièvre typhoïde. On peut administrer aux malades des doses considérables d'alcool sans produire l'ivresse, c'est que l'intestin, qui sécrète beaucoup, n'absorbe pas cet alcool.

Mais dans l'un et l'autre cas, il y a une seconde raison que nous devons chercher dans le trouble de l'innervation. C'est ce trouble profond qui empêche l'absorption d'avoir lieu pendant le paroxysme de la fièvre intermittente; c'est lui encore qui suspend cette fonction dans le tétanos; et là est vraisemblablement la cause de l'insuccès du curare dans la plupart des cas où cet agent a été expérimenté. Dans les deux seuls cas où il a réussi, il y avait eu des preuves évidentes d'absorption. La tolérance, à laquelle on a fait jouer un si grand rôle dans la méthode rasorienne, tient sans doute à la différence d'action des médicaments suivant la dose à laquelle ils sont employés; mais il faut ajouter qu'elle se réduit bien souvent à un simple phénomène de non-absorption. Le médicament ne pénètre pas dans le torrent de la circulation; quoi d'étonnant s'il ne produit pas ses effets habituels?

Prédisposition locale et imminence morbide. — Ce n'est pas tout : l'expérimentation nous donne encore la clef de problèmes difficiles. Qu'est-ce que cette influence mystérieuse qui constitue la prédisposition locale? Pourquoi une cause morbide étant donnée, est-ce tel organe qui va s'affecter et non pas tel autre? Ecoutons la physiologie.

Voici un animal qui meurt d'inanition ; à l'autopsie, on trouve tantôt une pneumonie, tantôt une pleurésie, tantôt une entérite. Evidemment cela ne s'est pas fait au hasard, il fallait qu'il y eût là une prédisposition; nous allons la créer en coupant le nerf grand sympathique, avant de soumettre l'animal à l'inanition. Le résultat immédiat sera une simple dilatation vasculaire. Tant que l'animal sera bien nourri, les choses en resteront là, mais sitôt qu'il sera mis à la diète, nous verrons éclater une violente inflammation dans le point ainsi constitué en état d'imminence morbide. Les résultats funestes de l'abstinence auront porté sur le *pars minori resistentiæ*, ce que l'on pouvait prédire à l'avance. Ainsi la prédisposition, cet état intermédiaire qui n'est pas encore la maladie, mais qui n'est déjà plus la santé parfaite, gît dans une modification particulière du système nerveux, dont l'expérimentation nous rend compte jusqu'à un certain point.

Du reste, il ne faudrait pas envisager la prédisposition dans un sens trop général, car elle varie à l'égard des différentes circonstances provocatrices qui peuvent la mettre en jeu. Vous venez de voir l'animal affaibli ou inanitié (ce qui revient au même) plus difficile à empoisonner que dans l'état de plénitude et de force, mais cela n'est vrai que par rapport à certains poisons, dont le curare offre le type le plus complet. De même les individus affaiblis n'ont pas la même aptitude à contracter toutes les maladies. On peut à ce point de vue partager les agents morbides en deux groupes : les uns agissent à la manière des poisons névrosiques, et ont une influence d'autant plus marquée que le système nerveux est dans un état plus complet d'intégrité. Pour ceux-là donc, la véritable indication c'est d'affaiblir. Les autres, au contraire, se conduisent comme le virus, et pénètrent d'autant plus facilement dans l'économie, qu'ils la trouvent d'avance plus affaiblie. Si vous voulez empêcher le virus morveux d'être absorbé, fortifiez autant que possible. Il en est de même de toutes les maladies contagieuses et épidémiques. Les constitutions affaiblies leur offrent l'opportunité morbide la plus grande possible. Pour les combattre, ou mieux encore pour les prévenir, l'indication majeure sera de tonifier. C'est dans l'intelligence de ces conditions premières de la maladie, et dans le choix raisonné des moyens à leur opposer par avance, qu'éclatera le véritable tact médical éclairé par la physiologie.

Mécanisme des déterminations morbides, conditions de la généralisation des maladies. — Mais s'il est nécessaire de connaître le mécanisme des déterminations morbides, il est peut-être plus important encore d'apprécier sainement les conditions qui président à la généralisation des maladies. Or les causes pathogéniques qui peuvent affecter l'être vivant n'ont que deux voies pour s'introduire au cœur de l'économie : ou bien elles y pénètrent par l'intermédiaire du système sanguin, ou bien elles s'attaquent directement au système nerveux. Etudions ces deux modes étiologiques.

Les substances toxiques ou contagieuses pénètrent d'ordinaire

(1) Nous sommes heureux d'apprendre à nos lecteurs que l'état de M. Malgaigne s'est sensiblement amélioré depuis cet accident.

(2) Voir le numéro précédent.

BIBLIOGRAPHIE.

De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie ; par M. le docteur Samuel CHEDEVERGNE, interne des hôpitaux (1).

Le nombre des ouvrages qui depuis les premiers travaux de Petit et Serres jusque dans ces dernières années ont trait à la fièvre typhoïde est considérable, et cependant cette mine féconde est loin d'être épuisée; à mesure que les moyens d'observation se multiplient, que les recherches nécroscopiques sont faites avec plus de soin, l'étude de la fièvre typhoïde révèle des faits nouveaux qui permettent de mieux connaître et de mieux apprécier cette pyrexie. Le travail que nous analysons aujourd'hui en est un exemple ; en effet, grâce à une observation patiente et sévère, grâce à des études anatomo-pathologiques précises et minutieuses, M. Chedevergne, l'un des plus distingués des internes des hôpitaux, a écrit sur la fièvre typhoïde une œuvre remarquable et pleine d'aperçus nouveaux.

Après avoir exposé dans une première partie la relation d'une petite épidémie observée en 1861 à l'hôpital des Enfants, M. Chedevergne n'aborde véritablement son sujet que dans la seconde partie.

Cette dernière est basée sur une seconde épidémie que l'auteur a pu observer en 1863 à la Maison municipale de santé, sous les yeux de M. le docteur Cazalis, et l'on sent dans tout cet ouvrage la puissante direction de ce savant maître.

Dans le premier chapitre, M. Chedevergne commence d'abord par définir la fièvre typhoïde. Après avoir montré que les lésions intestinales ne sont pas plus la maladie que la pustule variolique, la vésicule miliaire, la tache rubéolique, n'est la maladie dans la variole, la miliaire et la rougeole; après avoir insisté sur l'essence des manifestations, qui, si elles varient de siége, sont toutes du même ordre, c'est-à-dire de nature congestive, l'auteur arrive à la définition suivante : La fièvre typhoïde est une maladie générale essentiellement caractérisée par une éruption spéciale sur la muqueuse de l'iléon, par une altération importante et grave du sang, et par diverses manifestations de nature congestive vers les principaux organes de l'économie. Cette définition est bonne, et mérite d'être conservée ; la suite des faits qui va se dérouler devant nous nous en démontrera toute la justesse.

Les manifestations de la fièvre typhoïde vers les appareils de la digestion composent le chapitre suivant. Après une description précise des lésions intestinales et de leurs symptômes, nous trouverons la mention d'un phénomène encore peu connu : c'est l'apparition d'une angine pultacée se montrant du huitième au douzième jour d'une dothinentérie; la pseudo-membrane peut envahir le pharynx et même quelquefois l'arbre aérien tout entier, et produire alors une véritable broncho-pneumonie pultacée. Mais ce qui donne à ce chapitre un intérêt tout particulier, c'est la description des altérations du foie. On avait bien décrit jusqu'ici des congestions, des ramollissements hépatiques dans l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde; mais aucun auteur, que nous sachions du moins, n'avait signalé la dégénérescence graisseuse du foie ou plutôt la stéatose de cet organe. C'est à M. Chedevergne que revient cet honneur, et depuis qu'il a appelé l'attention sur ce point, cette altération a été déjà plusieurs fois constatée ; et dans une des dernières séances de la Société anatomique, on présentait le foie d'un typhoïque offrant des lésions identiques à celles décrites par M. Chedevergne. Cette stéatose, tout à fait comparable à celle que l'on observe chez les individus empoisonnés par le phosphore, serait due, suivant l'auteur, à ce que dans les fièvres graves les fonctions de l'hématose étant altérées par l'état congestif des poumons et par les lésions de l'axe cérébro-spinal, l'oxygène ne peut détruire la graisse qui s'accumule dans le sang, et de là dans le foie. Cette explication rapprocherait encore cette stéatose de celle due au phosphore, car l'on sait que dans l'intoxication phosphorique le premier effet du poison est d'absorber l'oxygène du sang en se transformant en acide, et d'arrêter ainsi, malgré l'état sain des poumons, la combustion respiratoire. A côté des altérations du foie, il faut placer celles des reins, qui ont une grande analogie avec les premières, c'est-à-dire que l'on observe la congestion, le ramollissement et la même transformation graisseuse, altérations qui se traduisent pendant la vie par une albuminurie plus ou moins persistante.

Le chapitre III est consacré tout entier aux manifestations cérébro-spinales ; nous y trouvons des faits de la plus haute importance et qui doivent nous arrêter quelques instants. Les manifestations cérébrales n'étaient jusqu'ici nullement en relation avec les lésions observées des centres nerveux, lésions qui étaient rapportées le plus souvent aux effets de l'agonie et d'une imbibition cadavérique ; quant aux symptômes spinaux, à peine connus et ayant servi de base à un travail récent et fort remarquable de notre ami et collègue M. le doc-

(1) Paris, chez Adrien Delahaye.

par voie centripète. Le système veineux leur sert de porte d'entrée. Plusieurs conditions pourront les arrêter au passage. Si la tension veineuse est suffisante, l'absorption pourra ne pas avoir lieu. Vous savez, en effet, que pour empêcher l'intoxication, il suffit de lier la veine correspondante au point d'application de la substance délétère.

Mais l'absorption veineuse est accomplie; cela ne suffit pas encore pour que l'empoisonnement ait lieu; il faut de plus que, rapporté au cœur par la circulation en retour, le poison pénètre dans le système artériel pour aller se mettre en rapport direct avec les éléments histologiques. Dans ce trajet, il doit traverser le poumon, et là il peut se faire une élimination plus ou moins complète; c'est ce qui arrive notamment pour l'acide prussique, pour l'hydrogène sulfuré.

Supposez au contraire que l'absorption ait eu lieu par le poumon; dès lors l'élimination est impossible, ou, du moins, si elle se fait par les urines, elle arrive trop tard, et l'effet pernicieux est déjà produit. La conséquence à tirer de là, c'est que l'absorption par la surface pulmonaire est incomparablement plus active et plus dangereuse que celle qui a lieu par la peau et les muqueuses. L'histoire des fièvres éruptives, celle de l'intoxication paludéenne nous offre de ce grand fait une importante application.

Le second moyen de généralisation des impressions morbides, c'est le système nerveux sensitif. Sous ce rapport la démonstration physiologique ne laisse rien à désirer. Irritez un tissu mécaniquement; un phlegmon se déclare, voilà la lésion locale constituée. De là l'excitation gagne la moelle, puis se réfléchit sur le cœur et les nerfs vaso-moteurs, et la fièvre se déclare. Que les racines motrices soient intactes ou qu'elles soient coupées, peu importe, les phénomènes seront les mêmes. Mais les choses se passeront tout différemment si vous avez pris soin de couper les racines sensitives. Vous avez par là barré le chemin à la transmission des impressions de la périphérie au centre. Le phlegmon continuera à se développer, mais il restera à l'état d'acte local et isolé; il n'y aura pas de fièvre, il n'y aura pas de phénomènes généraux.

Ce que produit une irritation mécanique, certaines excitations médicamenteuses, toxiques ou simplement douloureuses le produisent également. Introduisez de la strychnine dans une artère et liez la veine correspondante. L'intoxication se généralise néanmoins, vous en concluez avec certitude que cet alcaloïde a agi sur le système nerveux périphérique et que de là l'impression a été transmise au centre par le nerf sensitif.

Qu'une maladie d'ensemble ait été produite par un moyen analogue, que, par exemple, vous vous trouviez en présence d'une fièvre produite par l'excès de douleur, voilà bien ce qu'on peut appeler une fièvre essentielle; elle restera telle tant qu'une circonstance spéciale n'appellera pas une détermination sur tel ou tel organe. Mais si l'animal qui a subi cette irritation a été mis en état de prédisposition locale par la section préalable du nerf vague, alors la maladie se jettera, comme on dit, sur le poumon. Tout à l'heure vous disiez fièvre essentielle; maintenant vous dites pneumonie. Et c'est dans ce cas que le plus grand nombre des médecins considèrent la lésion locale comme l'origine, comme la cause de la réaction fébrile générale. Pour être dans le vrai, il faut retourner la proposition. Le propre d'une maladie essentielle, ce n'est pas d'être sans lésions, c'est d'affecter primitivement et dynamiquement le système nerveux, de façon que les lésions, s'il s'en produit, ne soient que consécutives.

Qu'une fièvre intermittente s'accompagne ou non du gonflement de la rate, sera-t-elle pour cela différente d'elle-même? Faudra-t-il, dans le premier cas, la subordonner à la lésion splénique, dans le second, la considérer comme essentielle? Evidemment non. L'intoxication, générale d'abord peut, en acquérant plus d'intensité, se localiser sur la glande vasculaire sanguine. Mais les choses ne changent pas de nature et ne doivent pas changer de nom.

Il me serait aisé de prolonger longtemps cette étude des applications incessantes de la physiologie à la médecine. Il est peut-être préférable de passer immédiatement de la théorie à l'application. Un exemple est souvent le plus éloquent des enseignements. Je le choisirai, si vous le voulez bien, dans l'histoire physiologique et pathologique des palpitations.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Guérison.

Par M. le docteur GAILLARD (de Saint-Julien le Petit).

Marie B..., femme F... (de Sauviat), est âgée de vingt-quatre ans; elle est d'une assez forte constitution et jouit d'une santé habituellement bonne. Menstruée à vingt ans, ses premières règles étant retenues par l'hymen imperforé, elle fut opérée par le docteur Martinet, chirurgien distingué de Bourganeuf. Mariée à vingt-deux ans, devenue enceinte pour la première fois à vingt-quatre ans, elle a eu un accouchement très-laborieux vers la fin d'octobre 1862. La tête, séjournant trop longtemps au passage, nécessita une application de forceps, qui fut faite avec succès par M. le docteur Fargeaud (de Saint-Léonard).

Pendant les quatre ou cinq premiers jours, l'urine était retenue quand la malade était couchée, mais ne pouvait l'être quand on la soulevait, état dû sans doute au défaut de tonicité du col de la vessie. Les huit jours qui suivirent se passèrent assez bien; la miction se faisait presque naturellement, lorsqu'au sortir d'un bain conseillé pour une forte douleur de la jambe gauche, elle sentit que ses urines suivaient une voie anormale. L'eschare avait donc mis de douze à treize jours à se détacher. A partir de cette époque, elle se sent mouillée dans n'importe quelle position; cependant, surtout dans les derniers temps, elle l'est moins assise que dans le décubitus dorsal, ce qui s'explique par le relâchement dans cette position de la paroi antérieure du vagin, et la pression combinée de l'utérus et des organes abdominaux sur la lèvre postérieure de la fistule. Elle ne sent pas l'envie d'uriner, et sa volonté reste impuissante, même étant assise, alors que la vessie a pu retenir une petite quantité d'urine; signe qui, suivant le professeur Nélaton, autorise à opérer, la fistule ne pouvant guérir spontanément, et on peut ajouter même par la cautérisation.

Quand je vis la malade au commencement de janvier, il y avait un peu de rougeur érythémateuse aux grandes, aux petites lèvres et à tout le pourtour de la vulve; la partie supérieure des cuisses était aussi un peu rouge; mais nulle part il n'y avait d'excoriations. La fistule était transversale, avec une légère inclinaison postérieure de droite à gauche, avait $0^m,02$ environ. Située à peu près à égale distance du méat urinaire et du col de l'utérus, elle avait une forme ovoïde, et comme elle penchait un peu à gauche, son plus grand diamètre antéro-postérieur, qui était à peu près de $0^m,01$, correspondait au raphé médian. En écartant ses lèvres, qui étaient comme retroussées par en haut, on apercevait très-bien le bourrelet muqueux formé par la muqueuse de la paroi antérieure de la vessie.

Je conseille des bains, des injections émollientes et une grande propreté en attendant le jour de l'opération.

Pendant les huit jours qui précèdent l'opération, la malade est soumise à un exercice préparatoire dont je parlerai plus loin; la veille elle est purgée, et le matin il lui est permis un bouillon.

L'opération est faite le 20 janvier 1863, à onze heures du matin.

Je fais coucher la patiente à plat ventre sur le bord d'un lit, en regard d'une fenêtre bien éclairée. Deux aides soutiennent d'une main les membres inférieurs, et de l'autre les deux valves de M. Jobert (de Lamballe); un autre, placé sur le lit, soulève l'ampoule rectale avec un troisième levier que j'ai confectionné moi-même; la lame en est plane, et le manche forme avec elle une courbure en rapport avec celle de la région sacro-coccygienne.

Une petite spatule un peu courbée est introduite dans la fistule pour déprimer la lèvre antérieure, attirer le bourrelet muqueux et soulever la lèvre postérieure, sur laquelle doit commencer l'avivement. Elle est confiée à mon ami et confrère le docteur Raymond (d'Eymoutiers), dont l'assistance m'est d'un grand secours.

Armé d'un long bistouri à lame courbe sur le plat, j'enlève de ce bord un petit liséré, en ayant grand soin, autant que je le puis, de ne pas toucher à la muqueuse vésicale; puis je fais à $0^m,01$ en arrière à peu près, et parallèlement à lui, une incision demi-elliptique n'intéressant que la muqueuse. Cette portion de muqueuse ainsi circonscrite est soulevée avec une érigne, et la lame d'un bistouri droit étant introduite au-dessous par transfixion, je la dissèque tantôt par grands lambeaux, tantôt par petits lambeaux.

L'avivement de la lèvre antérieure, que je soulève aussi avec une érigne pendant que mon aide éloigne le bourrelet muqueux avec une petite sonde en argent introduite dans l'urèthre, est fait de la même manière, mais avec plus de facilité, surtout pour la portion muqueuse.

J'ai alors une plaie ayant environ $0^m,04$ en travers et $0^m,03$ d'avant en arrière, au centre de laquelle est l'ouverture fistuleuse.

Six épingles sont appliquées. Je commence par celle de droite par rapport à moi. Elles sont distancées de $0^m,005$ environ, et les points d'entrée et de sortie sont aussi à $0^m,005$ à peu près des bords de la surface cruentée. Chaque épingle, avant d'être enfoncée, traverse une plaque de taffetas ciré, longue de 4 centimètres sur 1 de large. J'avais l'intention d'en placer une semblable au point opposé, mais ayant oublié et plusieurs fils étant en place, j'y renonçai; cependant j'enfilai deux petits carrés de taffetas aux points d'émergence des deux dernières épingles. Dès qu'une épingle était en place, je passais son fil, l'entortillais en 8 de chiffre en serrant assez fortement, et le nouais; ce qui facilitait beaucoup l'application des autres épingles, en rapprochant chaque fois davantage les lèvres de la fistule; la première épingle est peut-être la plus difficile à placer.

Enfin, chaque pointe d'épingle fut recouverte d'une toute petite rondelle de liége; une autre plaque de taffetas de $0^m,04$ au carré, munie de quatre fils attachés sur deux de ses côtés opposés, près de ses angles, fut glissée au-dessous de tous ces petits liéges, enfoncée jusqu'aux points de sortie des épingles et fixée dans cette position avec les deux premiers fils au-dessous des têtes d'épingle, au niveau de leurs points d'entrée; puis un petit plumasseau de charpie, plat et enduit de glycérine, étant placé sur la suture, j'abaissai la plaque pour recouvrir et protéger le tout, et l'attachai au même endroit avec les deux autres fils par un nœud à rosette, les deux premiers ayant été coupés au ras afin d'éviter toute confusion pendant les pansements.

La malade fut ensuite retournée avec les plus grandes précautions et mise au lit dans une position presque demi-assise.

Une sonde en gomme élastique fut placée à demeure et fixée, d'une part à une vessie urinaire, et d'autre part à un bandage de corps. — Je prescrivis : diète absolue d'aliments et de boissons, immobilité complète et une pilule thébaïque de 0,05.

Le soir, mon opérée est bien; pas de douleur dans les parties ni dans le bas-ventre; elle ne se sent pas mouillée. La vessie urinaire est vidée deux fois, à trois heures et à huit heures; je verse chaque fois un demi-verre environ d'urine sanguinolente.

Le 21, nuit bonne, sommeil calme; pas de douleur, pas de fièvre, pouls à 60; la malade ne s'est pas dérangée, mais elle se sent un peu mouillée. Je constate que cette urine provient de la vessie urinaire qui se trouve dans une position trop élevée. Les trous de la sonde ne sont pas bouchés; elle est recouverte par endroits de mucosités et de caillots de sang. — Un peu de bouillon comme boisson.

Le soir, j'apprends que la malade a mangé un peu de rôti et un peu de pain, dont elle n'a pas été incommodée. Malgré cela, je conseille une diète rigoureuse pour éviter une selle prématurée, et le moins de boisson possible afin d'avoir moins d'urine. — Pilules idem.

Le 22, pas de douleur, pas de fièvre, bon sommeil. Deux fois par nuit on fait uriner la malade. A une heure du matin et à sept heures du soir la sonde est changée; toujours du muco-pus, mais l'urine est moins colorée, moins épaisse. — Deux bouillons un peu plus consistants; pilules idem.

Le 23, état toujours bon. J'examine les parties. Quand la fistule est transversale, il y a moins d'inconvénient à faire cet examen, même prématurément, que lorsqu'elle est antéro-postérieure. La traction des lèvres ou du spéculum bivalve s'exerçant transversalement, c'est-à-dire dans le sens de la longueur de la suture, on n'a pas à craindre le tiraillement de ses bords. En outre, on a soin de faire fléchir le tronc autant que possible. La plaie paraît sèche et dans les meilleures conditions possible.

Après une injection tiède, je remplace le plumasseau par une plaque d'agaric glycériné.

J'ai su que la malade avait pris hier une tasse de café au lait, qui

---

teur Fritz (1), ils n'étaient pas liés à des altérations matérielles de la moelle. M. Chedevergne, se fondant sur de nombreuses observations, n'hésite pas à formuler cette conclusion que, chez les sujets qui ont présenté dans le courant d'une fièvre typhoïde des symptômes nerveux d'un certain ordre, les altérations de l'appareil encéphalo-rachidien et de ses enveloppes n'ont jamais manqué d'être constatées à l'autopsie.

Ces altérations sont, pour le cerveau, de la congestion cérébrale non douteuse dans certains cas; dans d'autres, une véritable apoplexie méningée; d'autres fois, une méningite compliquée souvent d'encéphalite, et donnent lieu alors à des altérations très-comparables à la péri-méningo-encéphalite diffuse des paralytiques généraux. Du côté de la moelle, les altérations observées portent surtout sur les méninges; l'auteur n'a pas constaté de lésions de la moelle proprement dite, mais il pense que ces dernières peuvent se rencontrer dans certains cas de dothinentérie. Tous ces faits sont de la plus haute importance, et font du travail de M. Chedevergne une œuvre originale qui doit marquer dans l'histoire de la fièvre typhoïde; grâce à leur connaissance, nous pouvons expliquer non-seulement toutes les manifestations nerveuses de la dothinentérie, mais encore cet affaiblissement notable de l'intelligence, quelquefois même cette véritable démence que l'on voit apparaître dans la convalescence de certaines fièvres typhoïdes à forme grave.

Le chapitre IV comprend une description fort complète des manifestations pulmonaires; de nature congestive comme les précédentes, ces manifestations se traduisent tantôt par une congestion passive hypostative; tantôt, au contraire, par une congestion active qui peut devenir, dans certains cas, une véritable inflammation du poumon (pneumonie lobulaire, broncho-pneumonie), mais qui se distingue de la pneumonie franche ordinaire en ce que cette inflammation ne produit jamais la suppuration. Enfin, l'hémorrhagie pulmonaire peut être le résultat de ce travail congestif, et l'on constate alors à l'autopsie une pneumorrhagie ou plutôt une hémo-pneumonie pour indiquer le caractère actif de la congestion.

Les manifestations cutanées dans la fièvre typhoïde trouvent leur place dans le chapitre suivant; l'auteur y donne la description des taches rosées lenticulaires, des taches bleues, de la miliaire, des sudamina; il insiste sur une coloration rouge généralisée, encore peu connue, et qui, dans certains cas, aurait fait donner à la fièvre typhoïde le nom de fièvre rouge; cette coloration est due, comme les autres symptômes cutanés, à une poussée congestive vers la peau.

Le chapitre VI a trait aux altérations si importantes du système circulatoire; après avoir montré les altérations du sang déjà si bien connues par les travaux de MM. Bouillaud, Andral et Gavarret, après s'être appesanti longuement sur la valeur des hémorrhagies dans la fièvre typhoïde, M. Chedevergne émet l'opinion que la dothinentérie paraît maltraiter moins cruellement les individus anémiques que les pléthoriques, et que les hémorrhagies nasales ou intestinales sont le plus souvent favorables dans le cours de cette maladie.

Une fois toutes ces données acquises, il était facile d'aborder la description des formes de la maladie et le pronostic : c'est ce que M. Chedevergne a fait dans le chapitre VII; il montre, en effet, que les différentes formes de la fièvre typhoïde sont dues à la prédominance de telles ou telles manifestations; ainsi, par exemple, la forme thoracique (prédominance des manifestations pulmonaires), la forme cérébrale ou cérébro-spinale (prédominance des phénomènes encéphaliques ou encéphalo-rachidiens), forme putride (prédominance des altérations du sang sans localisation organique grave), etc.

Quant à la bénignité ou la malignité de la fièvre typhoïde, elles sont liées à ces deux faits principaux : équilibre des manifestations dans la première, prédominance et exagération de l'une d'elles dans la seconde.

Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur passe en revue les médications si nombreuses de la fièvre typhoïde; il analyse avec soin chacune de ces médications, et s'efforce d'en tracer les indications et les contre-indications; les émissions sanguines, les sudorifiques, les révulsifs, l'hydrothérapie, les évacuants, l'opium, le musc, etc., sont successivement étudiés avec grand soin, et le praticien trouvera là des notions fort utiles.

Cette courte analyse donne une faible idée des importants matériaux qui ont été accumulés dans ce travail, des aperçus nouveaux qu'on y rencontre à chaque instant, et qui font de l'ouvrage de M. Chedevergne une œuvre remarquable à plus d'un titre, et qui mérite la sérieuse attention du corps médical.

G. DUJARDIN-BEAUMETZ,

ancien interne lauréat des hôpitaux.

(1) *Etudes cliniques sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde.*

---

heureusement n'a pas provoqué de selles. — Bouillon ; pilules idem.

Les 24, 25 et 26, position toujours excellente. La sonde est toujours changée deux fois. L'urine est de plus en plus claire. Il n'y a pas eu de selles.

Le 27, la malade étant placée sur le dos, les deux leviers latéraux étant introduits et confiés à deux aides qui n'exercent sur eux qu'une traction modérée, j'enlève deux épingles, les deux extrêmes, en me servant de deux pinces dont l'une saisit les têtes d'épingle, et l'autre, qui doit faire la contre-extension, est appliquée à leurs points d'entrée. Cette petite manœuvre s'exécute sans difficulté, sans douleur et sans traction aucune sur les lèvres de la plaie. Pour éviter leur départ brusque, j'ai la précaution de leur faire exécuter un ou deux mouvements de latéralité afin de rompre les adhérences qu'elles contractent quelquefois dans leur parcours.

Le fil de droite a produit une petite ulcération ; celui de gauche, garanti par la petite plaque de taffetas, n'en a pas produit ou presque pas.

Après une injection et le pansement *ut supra,* la malade est replacée au lit.

Le 28, j'ôte deux autres épingles et la plaque de taffetas.

Le 29, j'enlève les deux dernières, celles de milieu, qui laissent tomber la plaque restante de taffetas.

Après une injection à l'eau dégourdie, je vois que l'adhérence est complète sur tous les points, et qu'il n'y a vraiment d'ulcération que là où j'avais oublié d'interposer du taffetas. Les petites rondelles de liége elles-mêmes n'ont pas ulcéré, la muqueuse est tout simplement déprimée à leur endroit. — Un peu plus de nourriture que les jours précédents, et le soir une dernière pilule.

Les 30 et 31, tout va bien.

Le 1er février, une cuillerée d'huile de ricin et le soir un lavement huileux ; une selle facile.

Le 2, la sonde est retirée pendant deux heures ; la vessie conserve très-bien l'urine. Tous les jours on la retire en laissant s'écouler un temps de plus en plus long avant de la réintroduire. Je recommande à la malade de ne pas attendre un besoin pressant pour uriner.

Enfin le vingtième jour, on n'en fait plus usage.

Dernier examen : plaie sèche ; pas le moindre pertuis ; l'adhérence paraît solide, ce dont je m'assure en cherchant à écarter, à l'aide d'une sonde, les deux bords de la cicatrice, qui est linéaire.

Le flux cataménial a reparu un mois après son départ de Saint-Julien, et je viens d'apprendre que cette femme est accouchée heureusement d'un gros enfant bien portant.

Le mode opératoire que j'ai employé n'est, on le voit, ni le procédé américain, puisque je n'ai pas eu recours aux fils métalliques, à la plaque de Bozeman, ni la méthode française, puisque, tout en employant la suture entortillée, je me suis conformé aux préceptes dits américains, bien que plusieurs, sinon tous, eussent été déjà formulés par divers auteurs français, principalement par M. Jobert, et qui sont de faire un large avivement, embrasser le plus de parties possible, rapprocher les points de suture, respecter la muqueuse vésicale et enlever tardivement les ligatures : mode opératoire que l'on pourrait appeler, si on le veut bien, méthode franco-américaine.

Qu'il me soit permis de revenir sur certains points de cette opération, et d'exposer quelques petites modifications auxquelles je serais un peu tenté d'avoir recours si l'occasion s'en présente. Je les livre à l'appréciation des chirurgiens. C'est une opération si difficile qu'il y aurait imprudence à dédaigner les détails en apparence les plus futiles ; elle est si minutieuse qu'elle ne réussit, si je puis ainsi parler, qu'à force de minutie.

La répétition de l'opération est importante. La susceptibilité des parties s'émousse ; elles s'habituent au contact des instruments : c'est bien quelque chose.

M. Civiale prépare toujours les voies urinaires avant de broyer la pierre ; on examine et on touche souvent l'arrière-gorge quand on a à opérer dans cette région ; M. Desmarres recommande expressément, ce que je fais toujours, de toucher le globe oculaire avec un stylet mousse plusieurs jours avant l'opération de la cataracte. Pourquoi ne le ferait-on pas pour celle-ci ? Un chirurgien de Lyon se servait de la main recouverte d'une vessie de cochon enduite d'un corps gras, moi je préfère les leviers de M. Jobert (de Lamballe). Les aides sont moins embarrassés, et le chirurgien peu expérimenté s'exerce la main en simulant chaque jour l'opération.

Position. — La position à donner à la femme n'est pas aussi indifférente. En Amérique, on opère sur le décubitus antérieur, la patiente s'appuyant sur les genoux et les coudes. Cela doit être bien fatigant pour elle. En France, on la fait généralement placer sur le dos, quelquefois sur le côté. On a l'air d'opérer au plafond ou sur le pan d'un mur. Cela doit être bien gênant pour l'opérateur. Je préfère la position à plat ventre, autrefois conseillée par M. Velpeau, aujourd'hui trop négligée. De cette manière on opère comme sur table. On a plus d'aisance et on se fatigue moins. En outre, on découvre mieux la paroi antérieure du vagin, surtout en arrangeant la femme de manière que cette paroi penche un peu en avant. Cette position est surtout peu fatigante pour la femme. S'il était possible de la lui faire conserver seulement pendant vingt-quatre heures après l'opération, on aurait une garantie de plus contre l'action fâcheuse de l'urine, le travail adhésif ayant déjà agglutiné les lèvres de la fistule du côté de la vessie.

Avivement. — L'avivement est le temps le plus important. Il doit être largement fait. Pour en faciliter l'opération, M. Jobert et d'autres chirurgiens conseillent d'abaisser l'utérus avec la pince de Museux. Ne vaudrait-il pas mieux se servir d'une ou deux érignes doubles dont les manches seraient remplacés par des cordonnets longs et solides ? On les implanterait sur les côtés ou sur le museau de tanche, et on les confierait à un ou deux aides. Il me semble qu'on serait moins gêné qu'avec le manche de la pince de Museux. Mais quand on peut s'en passer et opérer sur place, comme je l'ai fait, cela vaut encore mieux. Un peu plus de difficultés et le moins de traumatisme possible est encore le précepte le plus sage.

Suture. — Ce qui a fait rejeter par les chirurgiens américains la suture entortillée et la suture entrecoupée avec fils organiques, ce sont probablement les petites ulcérations qui se produisent presque constamment au-dessous des fils. Mais on a vu dans mon observation que partout où j'avais interposé un petit carré de taffetas ciré, il n'y avait pas eu d'ulcération. Eh bien, pourquoi n'emploierait-on pas ce moyen si simple ?

La toile cirée dont se servent les dames pour leur broderie, qui est plus épaisse, ou encore des plaques de caoutchouc très-minces, seraient, je crois, préférables. On pourrait ainsi presque toujours conserver la suture entortillée, qui est, à mon avis, dans l'espèce, la meilleure, non-seulement à cause de son application plus facile, moins longue, mais encore et surtout par son mode d'action. Dans la suture métallique, la courbure des fils tend à faire entre-bâiller, quoi qu'on en dise, les bords de la muqueuse vésicale et des points avivés laissés au-dessous d'elle ; dans la suture entortillée, les parties saisies ne sont plus étreintes circonférentiellement, comme dans un nœud, l'action constrictive s'exerçant en sens opposé aux points d'entrée et de sortie des épingles, d'où le rapprochement forcé des bords de la muqueuse vésicale, la plaie ravivée se trouvant taillée en biseau.

L'urine... c'est l'ennemi, il faut lui fermer hermétiquement la porte.

De plus, on pourrait, par un moyen très-simple aussi, isoler les fils des surfaces sous-jacentes. On aurait de toutes petites plaques en métal, très-minces, d'un demi-centimètre au carré, présentant sur un de leurs côtés un petit trou pour le passage des épingles, et près du bord opposé un petit crochet auquel serait attaché le fil à ligature. Ces petites plaques seraient appliquées sur les petits carrés de toile cirée ou de caoutchouc, et les petits crochets, éloignant les fils, empêcheraient tout contact avec les parties sous-jacentes. On aurait tous les avantages, sans les inconvénients, 1° de la plaque de Bozeman, qui cache les parties et empêche de voir ce qui se passe au-dessous ; et 2° des fils métalliques, puisque les chairs sont aussi traversées par un corps en métal et qu'elles ne peuvent plus être coupées par les fils.

Il serait moins difficile et moins long de mettre en place tout ce petit appareil qu'on pourrait se l'imaginer de prime abord. Je dis même que son application serait assez rapide. Avant la transfixion, chaque épingle serait munie d'une plaque de caoutchouc, d'une plaque métallique et d'un tout petit morceau de papier destiné à retenir celle-ci, quand la pince à suture abandonnerait l'épingle ; puis on mettrait en place les deux autres plaques, celles de pointes. Un temps même de l'opération, le passage des fils, serait supprimé par la précaution qu'on aurait prise d'en attacher un à chaque crochet, avant de placer les plaques.

On a vu que j'avais coiffé chaque pointe d'épingle d'un petit carré de liége et passé au-dessous une plaque de taffetas que j'avais rabattue sur tout l'appareil. Une pareille modification me paraît inutile, d'autant plus qu'elle serait gênante pour l'application des griffes dont il sera question plus loin. Il vaudrait mieux une simple plaque de taffetas glissée sous toutes les épingles dont on aurait coupé les pointes. Seulement, pour empêcher ces pointes de se perdre dans le fond du vagin, où elles pourraient occasionner de l'irritation, on devrait, avant leur section, les fixer dans de petits morceaux de liége ou de cire portant chacun un fil.

Je n'ai pas fait d'incisions libératrices. Beaucoup de chirurgiens n'y ont recours que dans les cas de larges pertes de substances. On a eu, je crois, le tort de trop généraliser la méthode. La paroi vaginale étant unie à la vessie par un tissu lamelleux, lâche, glisse avec assez de facilité. On ne comprend pas, du reste, que cette paroi, qui se laisse assez dilater pour contribuer dans sa bonne part à la formation de ce vaste conduit que doit parcourir la tête de l'enfant, se montrera réfractaire à une traction de quelques centimètres. Cependant, dans les cas où la tension des parties ne serait pas assez forte pour nécessiter des débridements, mais le serait assez pour donner des inquiétudes, ne pourrait-on pas tempérer ce tiraillement au moyen des érignes que j'ai proposées pour abaisser l'utérus ? Si ces cordonnets étaient fixés aux griffes par l'intermédiaire d'une petite bande solide de caoutchouc, cela vaudrait beaucoup mieux. On en placerait deux, quatre, à des distances variées, en arrière de la suture, ou tout en avant, et on nouerait les fils sur la suture elle-même. On pourrait au surplus, si besoin était, faire derrière chacune d'elles de toutes petites incisions semi-elliptiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1865. — Présidence de M. MALGAIGNE.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport annuel sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Vichy, par M. le docteur Durand (de Lunel) (commission des eaux minérales) ;

2° Des rapports d'épidémies, par MM. Bernard (de Prangey), de Vouges (de Corbeil), Guichard (de Saint-Claude), Prestat (de Nice), Lecourtiade (de Blaye), Fraysse (de Gaillon) (commission des épidémies) ;

3° Plusieurs mémoires de M. le docteur Bayard (de Cirey), sur les inconvénients de la pratique vaccinale (commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation de pemphigus aigu syphilitique transmis par la vaccine, envoyée par M. le docteur Sorbets (d'Aire) ;

2° Une note sur la pratique vaccinale, par M. le docteur Alliès (de Luxeuil) (commission de vaccine) ;

3° Une lettre de M. Decroix, vétérinaire de la garde de Paris, sur la guérison de la rage (commission de la rage) ;

4° Une nouvelle observation relative à la vie sans respiration chez certains enfants nouveau-nés, par M. le docteur Bardinet (de Limoges) (commission déjà nommée) ;

5° Une lettre de M. le docteur Legouest, secrétaire général de la Société de chirurgie, qui informe l'Académie que cette Société tiendra sa séance annuelle demain mercredi ;

6° Une note de M. Garnier, sur la préparation du quinquina ferrugineux.

— M. BARTH dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Schnepp, un ouvrage relatif à la phthisie, et en particulier à l'influence des altitudes sur cette maladie.

— M. LARREY, au nom de M. Mitchell, chirurgien américain, présente un travail sur les blessures par armes à feu.

— M. RICORD présente, au nom de M. le docteur Roquette (de Caen), un volume intitulé *Physiologie des vénériens.*

— M. GAULTIER DE CLAUBRY dépose sur le bureau, de la part de M. Baudrimont, une thèse sur les différentes préparations mercurielles usitées en médecine.

— M. MAGNE fait hommage à l'Académie d'une brochure sur les croisements et sur le métissage.

— M. DEPAUL donne lecture d'une lettre qui lui a été adressée par M. le docteur Lebrument, vice-président du comité central de vaccine de Rouen. Cette lettre relate l'observation récente d'une femme qui portait sur les mains des pustules vaccinales. On trouva des pustules de cowpox sur les pis des vaches que trayait cette femme, mais on ne put découvrir dans les environs aucun cheval malade qui eût été en contact avec ces vaches. Plusieurs médecins se sont inoculé le pus des pustules des vaches. L'observation se continue.

— M. BECLARD dépose sur le bureau, au nom de M. Duchenne (de Boulogne), des photo-autographies représentant, d'une part, les racines antérieures et les racines postérieures des nerfs rachidiens, et, d'autre part, les ganglions du grand sympathique chez l'homme et chez les enfants.

— M. LE PRESIDENT, au nom du Conseil d'administration, déclare ouverte une vacance dans la section d'hygiène par suite de la mort de M. Villermé.

LECTURE.

Hygiène navale. — M. le docteur LEROY DE MERICOURT donne lecture d'une note sur les perfectionnements susceptibles d'être apportés aux procédés actuels de déchargement sanitaire et d'assainissement de la cale des navires contaminés. (Commissaires : MM. Regnault et Guérard.)

Discussion sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Depaul relatif à la transmission de la syphilis par la vaccine.

La parole est à M. Ricord.

M. RICORD donne lecture d'un discours écrit. Le manuscrit n'ayant pas été laissé au secrétariat, il ne nous est pas possible de le reproduire aujourd'hui.

M. BLOT est appelé ensuite à la tribune. Au moment où il commençait son argumentation, les membres du bureau s'aperçoivent que le président, M. Malgaigne, paraît gravement indisposé. La séance est levée aussitôt au milieu d'une vive émotion.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 7 janvier 1865.

Monsieur le Rédacteur,

Dans un numéro de décembre dernier, vous avez analysé un travail de M. le docteur Tourette sur les eaux de Vals. Vous vous proposez, dites-vous, d'étudier cette station minérale, qui est loin d'avoir toute la renommée qu'elle mérite. En vous remerciant d'accorder votre publicité à des études sérieuses d'hydrologie médicale, — côté un peu trop laissé dans l'ombre par la grande presse scientifique, — permettez-moi de vous signaler une petite brochure que je crois pouvoir traiter de *rarissime.*

Je copie textuellement son titre :

« *Traité des eaux minérales du bourg de Vals, en Vivarais, diocèse de Viviers, généralité de Montpellier.*

» Ce petit Traité contient en abrégé la situation des eaux minérales, le détail des maladies où l'on peut en faire usage utilement ; la méthode fondée sur l'expérience pour prendre ces eaux avec succès, et les observations que M. Arnaud, Me chirurgien gradué dudit Vals, y a faites depuis l'époque de sa résidence ; le tout avec cette franchise et cette naïveté qui caractérisent un homme ennemi du mensonge.

» A Bourg Saint-Andeol,

» De l'imprimerie de Pierre Guillet, imprimeur du Roi, des États du Vivarais, de Mgr l'évêque de Viviers et du sénéchal. »

Cette brochure, de vingt-quatre pages, est sans date. Il en est de même de l'approbation de MM. les médecins de la ville d'Aubenas, signée Duclaux, Aymard, Embry. Mais les observations relatées prouvent qu'elle est postérieure à 1781.

Les confrères qui partagent mon goût de bibliographie me pardonneront la résurrection de ce petit opuscule.

Aussi bien pourrez-vous, à l'aide de ce petit Traité, compléter le tableau que vous avez présenté de cette station minérale. Après la description qu'on va lire, le lecteur connaîtra parfaitement le pays que vous vous proposez d'étudier.

« Vals est dans un vallon que forment deux collines, borné du côté de l'orient par la rivière de Volane, bien habité, fertile en fourrages, châtaignes, vins et mûriers. La culture de ses collines et coteaux, quelque rapides qu'ils soient, annonce l'industrie des habitants ; l'air y est très-sain ; les eaux de la rivière sont extrêmement battues par les différentes chutes qu'elles éprouvent dans la pente rapide qui les entraîne, filtrant parmi les cailloux et les rochers, ce qui leur donne une couleur cristalline qui enchante la vue.

» A un petit quart d'heure de chemin du bourg de Vals, au bord de la rivière de Volane, du côté du levant, on aperçoit un rocher dont la couleur approche de celle du marbre bâtard ou de la pierre calcaire, sur lequel on a construit une cabane qui renferme la fontaine appelée la Marquise, sortant à gros bouillons par la fente du rocher : le nom qu'elle porte annonce ses qualités et ses vertus..... L'expérience que j'ai depuis dix-sept ans que j'habite le bourg de Vals, la quantité de malades que j'ai vus faire usage de ces eaux, et l'effet qui en est résulté, m'ont pleinement convaincu que la Marquise était celle qui contenait le plus de principes minéraux. Son eau étant bien conditionnée dans les bouteilles est incorruptible, et souffre le transport aussi loin que l'on veut; elle a plus de fraîcheur que celle des autres fontaines.

» La fontaine appelée la Saint-Jean sort à bien peu de distance de la Marquise; ses principes sont les mêmes, mais en moindre quantité; elle est moins fraîche et plus fade que la Marquise; les tempéraments délicats s'en trouvent fort bien.

» A quelque distance du rocher d'où sort la Marquise, le long du petit ruisseau, se trouve un petit rocher d'où l'on voit sortir la fontaine appelée la Camuse, moins fraîche et plus fade au goût.....

» En continuant à suivre le même ruisseau, l'on découvre au bas d'un rocher la fontaine Dominique, qui porte ce nom, ainsi qu'on le prétend, à cause qu'elle guérit un religieux dominicain d'une fièvre quarte invétérée.....

» Son goût est piquant et désagréable, son effet est vomitif; j'ai vu cependant des paysans boire jusqu'à huit écuellées de son eau sans vomir ni sentir même aucune pesanteur d'estomac, tandis que pour l'ordinaire quatre gobelets à la source produisent le vomissement : M. de Sauvage prétend qu'elle contient du vitriol de Mars.

» De l'autre côté de la rivière de Volane, à la partie occidentale, faisant face à la Marquise, on voit sortir d'un autre rocher la fontaine Marie, dont le goût est plus désagréable que celui de la Marquise, et qui donne beaucoup d'air fixe. Son eau, prise à doses égales de celles des autres fontaines, pèse plus sur l'estomac. Le vulgaire lui donne la qualité de rendre les femmes fécondes. »

Ces quelques citations, Monsieur le Rédacteur, justifieront-elles l'intérêt que j'ai cru attaché à la petite brochure de M. Arnaud, maître chirurgien gradué? Je vous en laisse juge. Votre amour pour la bibliographie me vaudra-t-il votre indulgence?

UN MÉDECIN BIBLIOPHILE.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année 1864.*

109. Des épanchements pleurétiques et de leur traitement par la thoracentèse, par M. Lugeol.

110. Quelques mots sur le traitement de la fièvre intermittente, par M. Magloire, de Beaune.

111. De l'eau froide en chirurgie, par M. Tesson.

112. Quelques réflexions sur l'absorption cutanée au point de vue thérapeutique, par M. Flurin.

113. Essai sur l'électrothérapie dans l'incontinence nocturne de l'urine, par M. Nardin.

114. Quelques considérations sur la pathogénie et l'hygiène des pays chauds, par M. Lorda.

115. Quelques observations sur les luxations carpo-métacarpiennes du pouce, par M. Pellerin.

116. Eruption du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis, par M. Dance.

117. De l'empoisonnement par la digitale et la digitaline (effets physiologiques), par M. Ducroix.

118. Etude sur les valvules du col de la vessie, par M. Lascano.

119. De l'application du forceps dans la position occipito-iliaque droite postérieure, par M. Pâris.

120. De l'hygiène des nouveau-nés depuis la naissance jusqu'à l'époque du sevrage, par M. Lacarrière.

121. De l'opération césarienne *post mortem.* — Des secours que réclame la mort apparente des nouveau-nés, par M. Viardin.

122. Essai sur les hémorrhagies intra-oculaires, par M. Michel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 4 décembre 1864, ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département, à Guéret (Creuse), M. Thomas, ancien médecin en chef de l'hôtel des Invalides.

De la commune de Belvès (Dordogne), M. le docteur P. Chenut, adjoint au maire.

Des sapeurs-pompiers de Patay (Loiret), M. Cosse, vétérinaire, membre du conseil municipal.

De la ville de Ploermel (Morbihan), M. le docteur Pringué, membre du conseil général, adjoint au maire.

De la commune de Sauveterre (Basses-Pyrénées), M. Bonnecaze, pharmacien.

De la commune de Contevroult (Seine-et-Marne), M. le docteur Maxime Vernois.

— Par décret en date du 24 décembre 1864, M. Joliclerc, ancien médecin aide-major, démissionnaire, a été nommé à un emploi de médecin aide-major de 2e classe.

— Par décret du 31 décembre 1864, M. Hugon, vétérinaire en 1er, a été nommé à un emploi de vétérinaire principal.

— Par arrêté ministériel en date du 21 décembre 1864, M. Gosselet, docteur ès sciences, est chargé provisoirement, pendant l'année classique 1864-1865, du cours de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Lille (emploi nouveau).

— Par arrêté ministériel en date du 26 décembre 1864, M. Orillard, professeur d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Barilleau, décédé.

M. Guignard, professeur de pathologie externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de clinique interne à ladite Ecole, en remplacement de M. Barilleau, décédé.

M. Guérineau, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Guignard, appelé à d'autres fonctions.

M. Robert, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, est nommé professeur adjoint de clinique externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Guérineau, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel en date du 29 décembre 1864, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Claude Bernard, Gratiolet et Jamin, professeurs à la Faculté des sciences de Paris; le docteur Chrétien, délégué cantonal de Thann.

Officiers d'académie : MM. Lutz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Caffe, membre de la commission d'hygiène; Estevenet, professeur adjoint de clinique externe à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse; Pihan-Dufeillay, professeur de pharmacie et toxicologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes; Dareste, chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1865 :

Président : M. Ad. Brongniart.
Vice-présidents : MM. Brice, le comte Jaubert, Lasègue, Prillieux.
Secrétaire général : M. de Schœnefeld.
Secrétaires : MM. Eug. Fournier et A. Gris.
Vice-secrétaires : MM. Bureau et E. Roze.
Trésorier : M. Fr. Delessert.
Archiviste : M. Duchartre.
Membres du conseil : MM. E. Bescherelle, P. de Bretagne, Chatin, Cordier, Cosson, Decaisne, Gubler, Hénon, Alph. Lavallée, Le Dien, Le Maout, Ramond.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance vendredi 13 janvier, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine (salle des thèses).

Ordre du jour :

1° Observation sur un cas de Molluscum éléphantiasique, par le docteur Chedevergne.

2° Faits à l'appui de l'action thérapeutique de l'iodure de potassium, par M. Gingeot, interne des hôpitaux.

Les séances sont publiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Perriquet, médecin de la Compagnie d'Anzin, à Denain; et de M. le Dr Martel, de Montbrison.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Éléments d'anatomie générale, par P.-A. Béclard (d'Angers), ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris; quatrième édition, augmentée d'un Précis d'histologie, de nombreuses additions et de figures intercalées dans le texte, par M. Jules Béclard, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un fort vol. in-8°. Prix : 10 fr. *franco* dans toute la France et l'Algérie. — Paris, 1865, chez P. Asselin, éditeur.

Des névroses, par M. le docteur Axenfeld, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux; extrait de la Pathologie médicale du professeur Requin. Un vol. in-8° de 575 pages. Prix : 7 francs.

Manuel d'ophthalmoscopie, par M. le docteur G. Sous, professeur de clinique ophthalmologique, médecin oculiste des bureaux de charité de Bordeaux. Un vol. in-8° de 136 pages, avec 2 planches en chromolithographie et 3 figures intercalées dans le texte. Prix : 4 fr.

Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie, par M. le Dr V. Cornil, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, membre titulaire de la Société de biologie et de la Société médicale d'observation. Une brochure grand in-8° de 64 pages, avec une planche lithographiée. Prix : 2 fr.

Mémoire sur les tumeurs épithéliales du col de l'utérus, par LE MÊME. Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, n° du 1er septembre 1864. Une brochure grand in-8° de 68 pages, avec 2 planches lithographiées. Prix : 2 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent à la librairie de Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 JANVIER 1865.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Mercredi dernier a eu lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie. M. Richet, président sortant, a prononcé un discours dans lequel il a rappelé à la Société les faits importants qui se sont passés dans son sein et qui permettent de constater qu'elle ne manque pas à ses antécédents ni à son but.

M. Trélat, secrétaire annuel, a lu le compte rendu des travaux de l'année. Une exposition rapide, où les points importants étaient mis en relief avec précision, était l'un des principaux mérites de ce compte rendu, où l'auteur a parlé avec sa lucidité et l'heureux choix de forme que nos lecteurs ont plus d'une fois appréciés.

M. Legouest, secrétaire général, a lu l'éloge de Guthrie, associé étranger de la Société. L'assistance a écouté avec un vif intérêt ce travail senti avec cœur et pensé avec sagesse.

Dr Armand Després.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux cas d'atrophie musculaire progressive; altération des racines spinales du grand sympathique.

Depuis l'époque où l'attention des anatomo-pathologistes a été appelée sur l'atrophie musculaire progressive, deux théories se trouvaient en présence. Dans l'une, l'altération des muscles était regardée comme l'effet secondaire d'une lésion primitive du système nerveux, constituant le caractère anatomique de la maladie. Dans l'autre, l'altération nutritive des muscles était considérée comme le phénomène primordial; les altérations concomitantes plus ou moins étendues des nerfs périphériques ou des centres nerveux, quand elles existent, n'étant que le résultat de la propagation au système nerveux de l'état morbide qui avait d'abord atteint les muscles. Les partisans de la première théorie s'appuyaient sur les autopsies qui avaient montré avec l'atrophie musculaire la coexistence d'une atrophie des racines antérieures. Les partisans de la deuxième théorie se fondaient, de leur côté, sur le défaut de constance et la variabilité des lésions nerveuses constatées et sur les résultats négatifs de plusieurs autopsies. Elles reposaient toutes deux sur des conclusions trop hâtives tirées d'observations incomplètes.

Une troisième théorie s'est fait jour depuis, qui tend à rallier bien des divergences en expliquant les apparentes contradictions des faits invoqués de part et d'autre, et en donnant une interprétation plus conforme aux données physiologiques et partant plus satisfaisante pour l'esprit. Cette troisième théorie est celle qui placerait le siége primitif de l'affection dans le grand sympathique.

M. Duchenne (de Boulogne) avait déjà fait une réserve à cet égard dans ses premières publications sur ce sujet, en exprimant le regret que des recherches n'eussent pas été faites dans ce sens, quand en 1855 un professeur de clinique de la Faculté de la Haye, M. Schmerogt ou Schneevogt (le nom a été imprimé des deux manières, nous ignorons quelle est la bonne) a fait savoir qu'il avait constaté une altération du trisplanchnique chez un sujet qui avait succombé, dans son service, à l'atrophie musculaire progressive. Cette lésion consistait en une dégénérescence fibro-graisseuse de toute l'étendue du cordon cervical et du cordon dorsal.

M. le docteur Jaccoud a eu tout récemment l'occasion de constater une lésion semblable chez deux malades qui ont succombé, à quelques jours de distance l'un de l'autre, à une atrophie musculaire progressive, dans le service de M. Béhier à l'hôpital de la Pitié. L'un d'eux, entré le 24 août dernier, est mort le 26; il a succombé à l'asphyxie lente qu'a amenée la destruction presque totale des muscles inspirateurs; le second, entré le 14 septembre, est mort le 20, à la suite d'accidents de gangrène pulmonaire.

L'autopsie de ces deux sujets a présenté des résultats très-dignes d'intérêt au point de vue qui nous occupe, surtout à cause de leur parfaite conformité.

Voici les principaux détails de ces deux examens cadavériques, d'après la relation que M. Jaccoud en a faite à la Société médicale des hôpitaux, et que nous empruntons au dernier Compte rendu des séances de cette Société:

Il y avait chez les deux sujets une atrophie notable des racines antérieures de toute la région cervicale de la moelle et des trois ou quatre premières paires de la région dorsale. L'examen microscopique a montré que les tubes nerveux étaient considérablement diminués de volume; le cylindre-axe avait disparu; là où les tubes n'étaient pas vides, la moelle avait subi la segmentation granuleuse; quant à la membrane limitante, elle paraissait amincie, atténuée, et l'on trouvait çà et là à sa face interne quelques gouttelettes de graisse.

Les éléments propres de la moelle n'étaient pas altérés; les couches blanches et la substance grise étaient également intactes; les grandes cellules multipolaires des cornes antérieures étaient saines, elles apparaissaient nettement avec leurs prolongements à deux et trois divisions.

La lésion du sympathique était plus complexe; tout le cordon cervical était comme transformé en un tissu fibro-conjonctif, étalé en lames plus ou moins larges, constituant des arcs, des faisceaux ondulés; ce tissu était le résultat d'une prolifération remontant à une époque déjà ancienne. Il s'était fait, en outre, par foyers disséminés, des dépôts abondants de graisse, et les tubes nerveux, comprimés et étouffés par ces deux produits pathologiques, présentaient une atrophie plus complète encore que les racines spinales. Prolifération conjonctive, dégénérescence graisseuse, atrophie secondaire des tubes nerveux, telles étaient en résumé les altérations dont le cordon sympathique était le siége.

Le ganglion cervical supérieur ne présentait que la première phase de la lésion précédente; le réseau conjonctif cortical et interstitiel présentait une hyperplasie considérable, mais les tubes nerveux étaient anormaux; les corpuscules ganglionnaires étaient intacts et bien limités; en un mot, l'atrophie consécutive faisait défaut.

Les rameaux anastomotiques du deuxième sujet présentaient une atrophie identique, par la nature et le degré, à celle des racines antérieures de la moelle; enfin, dans les nerfs médians, on trouvait, au milieu d'un très-grand nombre d'éléments parfaitement intacts, des tubes altérés qui présentaient encore l'atrophie simple dont il a été question plus haut. Quelques-uns d'entre eux étaient complétement vides; d'autres, qui ne contenaient plus de moelle, avaient leur cylindre-axe isolé au milieu d'un espace clair; ce cylindre était plissé, onduleux, et la membrane limitante était elle-même plissée et ratatinée d'une manière très-sensible. Aucune préparation n'a présenté de dépôt amyloïde; il n'y avait pas non plus de corpuscules amylacés.

Ces diverses lésions n'avaient pas le même âge. Soit qu'on voulût en juger par l'atrophie des éléments nerveux, soit que l'on prît pour critérium la prolifération des éléments conjonctifs, il paraissait évident que le processus morbide avait débuté par le cordon du sympathique et qu'il s'était propagé, en rayonnant de là en deux sens opposés, vers la moelle par les rameaux anastomotiques et vers la périphérie, ainsi que le démontrait l'altération partielle des nerfs médians. — Les deux premiers ganglions dorsaux et les nerfs vaso-moteurs qui en partent pour se distribuer au membre supérieur n'ont point été examinés; c'est une lacune que M. Jaccoud signale lui-même.

De l'accord de ces deux autopsies entre elles et avec le fait du professeur de clinique de la Haye, M. Jaccoud se considère comme fondé à conclure que les autopsies, considérées jusqu'ici comme négatives à l'égard de toute lésion du système nerveux, pourraient bien n'avoir été telles que parce qu'elles avaient été incomplètes; que l'objection tirée de la variabilité de la lésion n'a point toute la valeur qui lui a été attribuée à une époque où l'on était moins bien renseigné sur les connexions du sympathique et de la moelle épinière; que les arguments invoqués contre la subordination de l'atrophie musculaire à une lésion primitive de l'appareil d'innervation, tombent conséquemment, et que la première des doctrines admises est encore la plus admissible. Il importe seulement, en pareil cas, ajoute M. Jaccoud, de ne pas se borner à l'étude de la moelle et des racines nerveuses, et de faire porter l'examen sur le système sympathique; on devra se souvenir, en outre, que ce nerf peut être atteint soit dans ses racines intra-spinales, soit dans ses rameaux anastomotiques, ou bien encore dans le cordon limitrophe ou dans les rameaux efférents.

Sans aller aussi loin que M. Jaccoud dans les déductions qu'il tire de ces deux faits, notamment en ce qui concerne l'espèce de sanction un peu contradictoire qu'il semble donner à la première théorie, vraie sans doute dans sa formule générale, mais fausse évidemment dans la détermination spéciale des parties du système nerveux primitivement affectées, nous reconnaîtrons avec lui toute l'importance de ces deux faits, qui tendent à jeter un jour nouveau sur la question, et donnent un appui considérable à la théorie proposée par M. Schneevogt.

Hystéro-épilepsie chez une jeune fille de dix ans; traitement par le bromure de potassium; cessation des attaques.

Plusieurs travaux récents ont appelé l'attention des praticiens sur les propriétés sédative et hypnotique du bromure de potassium. Nous avons tenu nos lecteurs au courant de ces divers travaux. Ils n'ont pas dû oublier notamment les intéressantes observations du docteur Robert M'Donnel et celles de M. le docteur Romain Vigouroux, sur le traitement de certaines formes d'épilepsie ou d'hystérie par cet agent.

Dans une circonstance semblable, c'est-à-dire dans un cas d'hystéro-épilepsie chez une petite fille, M. Blache a essayé tout récemment cette médication, et le résultat qu'il en a obtenu, bien qu'il ait besoin encore de la sanction du temps pour être convenablement apprécié, est assez remarquable néanmoins pour mériter d'être mis sous les yeux de nos lecteurs. Nous en empruntons la relation au dernier numéro de décembre du *Bulletin de thérapeutique*.

Une petite fille de dix ans, Eugénie B..., très-nerveuse, fut atteinte pour la première fois, il y a trois ans, de phénomènes qui frappèrent vivement sa mère; ils consistaient en un réveil subit durant la nuit, un cri violent et une expression de terreur que rien ne légitimait; la face et les yeux étaient à ce moment fortement injectés; il n'y avait ni écume à la bouche ni convulsions apparentes; on ne parvenait qu'avec grand'peine à la rassurer et lorsque le calme était revenu, elle restait tout étonnée et hébétée, ne pouvant répondre aux questions qui lui étaient faites, et retombant dans un profond sommeil avec ronflement.

Pendant toute la durée du jour qui suivait cette crise, l'enfant, dont la physionomie conservait le même air d'hébétude, éprouvait une grande fatigue et des douleurs de tête intolérables qui lui arrachaient des plaintes incessantes.

L'attaque resta d'abord plusieurs mois sans se renouveler; puis elle se montra non-seulement la nuit et plus fréquemment, mais encore quelquefois dans la journée, ne présentant toutefois, dans ce dernier cas, que les signes d'un simple vertige. En même temps s'accroissaient les difficultés et les bizarreries du caractère; les fonctions digestives étaient languissantes, l'appétit presque nul, les forces générales très-affaiblies.

L'administration des préparations de fer et de quinquina, de valériane en infusion, amena une amélioration de peu de durée; les accès augmentèrent de fréquence et d'intensité; il ne se passait guère quinze jours, dans ces derniers temps, sans qu'il survînt une attaque annoncée par un malaise général, un besoin d'incessante agitation, et constituée par une chute subite, avec perte de connaissance, hébétude et sommeil consécutifs, sans écume à la bouche ni convulsions cloniques. A ces phénomènes s'en ajoutait un autre d'une très-grande gravité, c'était une impulsion irrésistible qui poussait l'enfant à se précipiter par la première issue qui se présentait devant elle.

C'est dans ces conditions que cette petite fille entrait, le 19 septembre dernier, dans le service de M. Blache. On resta huit jours en observation, sans prescrire aucun traitement. Il ne survint rien de nouveau pendant ces huit jours.

Le neuvième jour, la petite malade eut une petite attaque vertigineuse; le lendemain, elle tomba subitement sans connaissance au milieu de la salle, poussant de petits cris plaintifs, et présentant un peu de roideur dans les membres supérieurs, particulièrement dans le bras droit, mais sans écume à la bouche ni grands mouvements convulsifs. A cet accès, succéda une profonde hébétude. L'enfant ne reprit ses sens qu'une heure après.

Le lendemain, M. Blache prescrivit: bromure de potassium, 10 grammes en solution dans 100 grammes d'eau distillée; deux cuillerées à café le premier jour, deux cuillerées à dessert le second jour, deux cuillerées à bouche le troisième jour, une demi-heure avant le repas.

A dater de ce moment, il n'y a plus eu d'attaque d'aucune espèce. L'enfant est sortie de l'hôpital. Le traitement, qui avait

été suspendu pendant une huitaine de jours, a été repris et a dû être continué depuis.

M. René Blache, fils de notre éminent confrère, qui rapporte cette observation, s'est engagé à la poursuivre et à faire connaître ultérieurement les résultats définitifs de la médication instituée. Nous prenons acte de cette promesse.

Complication des polypes de l'utérus.

Parmi les complications des polypes de l'utérus, il en est une qui est assez fréquente, c'est la péritonite. Mais on ne peut pas toujours constater par les examens cadavériques par quel mode la péritonite s'est produite.

Il s'est passé cette année à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Richet, un fait qui à cet égard porte son enseignement.

Une malade, âgée de quarante-six ans, qui n'avait jamais eu qu'un enfant et n'avait éprouvé aucun accident consécutif à sa grossesse, après avoir vu ses menstruations suivre leur cours régulier, avait ressenti, il y a deux ans, des douleurs vives dans le ventre et dans les reins, en même temps que ses règles devenaient plus abondantes et que le sang écoulé à ces moments contenait des caillots.

Six mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, les douleurs avaient reparu plus vives, les règles étaient plus abondantes; pendant dix à douze jours, il s'écoulait du sang contenant des caillots. Les douleurs éprouvées alors ressemblaient à celles de l'accouchement. Dans l'intervalle de ses règles, la malade était assez tranquille.

Au commencement de janvier, les règles avaient été très-abondantes; une métrorrhagie avait suivi l'époque; le sang perdu était alors très-clair, et c'était dans les derniers jours seulement de cette perte que des caillots avaient été rendus avec le sang.

La malade, au moment où elle a été vue par M. Richet, était anémique; elle venait d'éprouver une nouvelle perte qui avait nécessité le tamponnement du vagin et des applications froides sur le ventre, et l'hémorrhagie était à peine arrêtée lorsque la malade a été admise à l'hôpital.

L'exploration a appris qu'il existait dans le col de l'utérus, aminci et dilaté, une tumeur lisse, arrondie, d'un volume un peu supérieur à celui d'un œuf. Le doigt pouvait limiter la tumeur en s'introduisant entre elle et le corps de l'utérus, mais on ne pouvait préciser exactement son point d'implantation.

M. Richet a diagnostiqué un polype fibreux de l'utérus tendant à être éliminé.

Le 7 février, une hémorrhagie est survenue; elle a été arrêtée sous l'influence d'applications froides, de la position élevée du bassin et d'une potion astringente.

Le 8, une hémorrhagie avait reparu, et on avait été obligé de recourir au tamponnement; dans la journée des vomissements sont survenus.

Le lendemain, le ventre était douloureux à la pression, le pouls était petit et filiforme, et il y avait des vomissements muqueux.

M. Richet a fait enlever le tamponnement, et pour prévenir le retour de l'hémorrhagie il s'est décidé, malgré les symptômes de péritonite, à enlever le polype.

La tumeur, saisie avec des pinces de Museux, a été attirée d'abord pour permettre au chirurgien d'atteindre le pédicule du polype; mais, au moment où la tumeur apparaissait à la vulve, le pédicule s'est tout à coup rompu. Il est juste de dire que les tractions étaient peu fortes. Aucun écoulement de sang n'a eu lieu; le vagin a été lavé, et à l'aide du spéculum on a pu constater que le col était blanchâtre et bien revenu sur lui-même, comme après un accouchement.

La tumeur était constituée par un corps fibreux pédiculé qui commençait à se ramollir à son centre.

Les 9 et 10, la péritonite confirmée s'est aggravée, et la malade a succombé le 11.

A l'autopsie, dont les détails ont été donnés à la Société anatomique par M. Pain et Vin, on a trouvé les traces évidentes d'une péritonite généralisée; du pus et des fausses membranes unissaient entre elles les anses intestinales; le petit bassin était rempli de pus.

L'ovaire gauche, un peu plus volumineux qu'à l'état normal, était transformé en une poche qui, incisée, laissait écouler un liquide purulent. Une membrane pyogénique assez ancienne tapissait les parois de cette cavité.

L'extrémité correspondante de la trompe, très-adhérente à l'ovaire, était dilatée, contenait du pus et une petite masse de matière fibrineuse. La trompe était, du reste, perméable.

L'utérus, volumineux, ne présentait aucun corps fibreux, ainsi que l'avait diagnostiqué M. Richet pendant la vie.

La cavité du col présentait des arborisations vasculaires, signe d'une congestion évidente. Au fond de l'utérus, une élevure en forme de champignon, saillante de 8 à 10 millimètres sur la muqueuse, représentait le pédicule du polype. Si l'on comparait la longueur du pédicule à la longueur de la cavité du col de l'utérus, qui était de 45 millimètres, on voyait que le pédicule avait subi un retrait assez considérable, puisqu'il mesurait tout l'intervalle compris entre le col de l'utérus et le col à travers lequel était sorti le polype, et puisque l'utérus ne se renversait point.

En présence de la suppuration de l'ovaire et de la péritonite consécutive qui a compliqué la marche et le traitement du polype utérin, on doit se demander à quelle cause on doit rapporter cet accident.

Deux hypothèses se présentent à l'esprit :

On peut supposer qu'en vertu de la sympathie qui existe entre l'ovaire, la trompe et l'utérus, il y a eu une ovarite consécutive à une métrite.

On peut mettre sur le compte du premier tamponnement l'inflammation de la trompe et consécutivement celle de l'ovaire.

D'une part il est reconnu que les vaginites, les métrites, sont suffisantes pour produire une ovarite. Les faits justifieraient donc la première hypothèse.

D'un autre côté, le tamponnement, qui en obstétrique est reconnu comme un moyen abortif dans quelques circonstances, et qui a pour effet dans les cas d'hémorrhagie de faire accumuler le sang dans l'utérus, peut, suivant la remarque de M. A. Puech (1), avoir causé le reflux du sang dans les trompes et une inflammation de cet organe, propagée ensuite à l'ovaire. Bien que cette migration rétrograde des liquides repassant de l'utérus dans la trompe ait été contestée, M. Puech a produit des faits où les trompes étaient dilatées par le sang menstruel, l'utérus étant déjà rempli par ce liquide. On objectera, à vrai dire, que ce n'est pas là un véritable reflux, qu'il y a dilatation de la trompe comme il y a dilatation des uretères dans les cas de rétention d'urine, mais il n'en restera pas moins évident que le tamponnement est susceptible de causer la dilatation des trompes et le reflux du sang contenu dans les trompes dans le petit bassin, où il cause une péritonite.

Quoi qu'il en soit, il n'en restera pas moins constaté que la présence d'un polype peut causer une suppuration des trompes et des ovaires; et la ressource extrême, le tamponnement auquel on est obligé d'avoir recours est une complication assez sérieuse des polypes de l'utérus.

DES AMBIANTS

réputés favorables à la guérison de la phthisie pulmonaire.

Par M. CHAMPOUILLON.

Je ne sais trop si je saisis bien et si je rends exactement le sentiment des médecins de notre époque, mais il me semble que, pour le traitement de certaines affections générales, nous préférons aujourd'hui à la médication interne l'action des modificateurs extérieurs. Cette inclination, déjà ancienne toutefois, perce de nouveau dans les écrits modernes, mais elle s'y formule en préceptes un peu vagues, ébauchés, dirait-on, sans grand souci de la forme et de l'achèvement. S'agit-il, à propos de phthisie, des chances d'immunité ou de guérison que peut offrir l'emploi des *circumfusa?* les règles pratiques sont tracées d'une main hésitante, les conseils se noient dans la contradiction; en un mot, peu de précision, moins encore d'arrangements de détail.

L'interprétation des faits cliniques et les curieuses révélations de l'histologie nous montrent le tubercule comme le résultat d'une nutrition pervertie. Nous n'avons donc plus aucune raison de quelque valeur pour tenir à l'ancienne doctrine d'une hétérogénie et d'une évolution spécifiques de ce produit morbide.

Le processus nutritif anormal qui se manifeste sous forme d'exsudation tuberculeuse a des causes multiples, parmi lesquelles se distingue surtout l'influence de l'air confiné. Fontenelle assure que jamais on ne vit jardinier mourir de la poitrine. Mais si la phthisie est rare chez les habitants de la campagne qui vivent au milieu d'une atmosphère incessamment renouvelée, les tuberculeux abondent au contraire dans les ateliers, dans les chambrées, dans les prisons, partout enfin où l'homme s'alimente d'air stagnant, épuisé, c'est-à-dire impropre à satisfaire aux conditions physiologiques de la respiration.

Il en est de même pour les animaux domestiques, gouvernés par des influences semblables. Aussi la tuberculisation est-elle un fléau presque endémique parmi les vaches laitières condamnées au régime de la stabulation permanente. C'est que toutes les espèces animales sont nées pour l'espace, le soleil, la lumière et la liberté.

Que pouvaient donc espérer de vraiment utile les médecins qui étaient autrefois dans l'habitude de faire coucher les *poitrinaires* dans les étables? Assurément tout n'est point chimérique dans les résultats prévus de cette séquestration momentanée. On comprend très-bien que l'atmosphère chaude, humide et quelque peu imprégnée d'ammoniaque constitue un milieu sédatif, et qu'à ce titre elle profite aux sujets pour lesquels la toux est un tourment de chaque nuit; mais ce n'est là qu'un avantage de nuance secondaire; les inconvénients qui l'accompagnent et le dominent sont d'une tout autre importance.

Il a été démontré, en effet, par M. Leblanc, que l'air confiné des écuries est animalisé, par conséquent miasmatique, que l'oxygène y est en baisse notable et que l'acide carbonique y abonde, toutes circonstances préjudiciables à la salubrité et à l'hématose. Or, reléguer les poitrinaires dans une étable, c'est bien certainement commettre la même imprudence que de les réunir et les traiter dans une salle d'hôpital, car dans l'un et l'autre cas c'est les placer dans le milieu le plus propre à démasquer les phthisies latentes, à mettre les tubercules en fusion avec une rapidité proportionnelle au degré de l'encombrement.

En résumé, il me semble impossible, si l'on n'est de la secte des sophistes ou des homœopathes, d'accepter l'ambiant dans lequel les vaches deviennent *pommelières*, comme un moyen prophylactique ou curatif contre la phthisie chez l'homme.

Quand une maladie se montre décidément rebelle aux efforts les plus habilement combinés de la thérapeutique, il est tout naturel qu'on en vienne à l'attaquer avec toutes les armes imaginables. Je me souviens encore du temps où l'un des agrégés de la Faculté de Paris, assignant à la formation et au développement du tubercule des conditions empreintes d'une certaine fantaisie, avait réussi à mettre en faveur le chlore gazeux contre la phthisie pulmonaire.

Les vitrines derrière lesquelles se voient aujourd'hui des groupes de *pulvérisateurs* étaient garnies alors d'appareils à fumigations chlorurées. La médication se recommandait par des guérisons nombreuses; c'est d'usage chez les novateurs. Aucune objection sensée n'avait pu traverser la vogue, et celle-ci se soutint jusqu'au jour où un personnage de quelque renom fut enlevé par une pneumonie double. Cet événement fut un réveil, et le chlore désormais délaissé a été remplacé par les inhalations d'iode, ce qui ne vaut pas mieux.

Dans les contrées où sévit le miasme palustre, la phthisie, dit-on, est à peu près absente. Le fait étant supposé exact, chacun devine les applications qui s'en déduisent en vue de la prophylaxie. Ainsi, une personne étant menacée de tuberculisation pulmonaire, il lui suffira, pour neutraliser cette prédisposition, de bivouaquer à proximité d'un marais et de s'y rencontrer avec les effluves au moment de leur retour vers le sol. Il pourra bien se faire que le sujet succombe à l'infection, mais alors il ne mourra pas phthisique. Je ne fais aucune difficulté d'accorder ce point à la doctrine de l'antagonisme.

La loi en vertu de laquelle la phthisie et la fièvre intermittente s'excluent n'a certes point d'égale en physiologie, sous le rapport de la simplicité de ses éléments : je reproduis ceux-ci tels que les énonce un des maîtres de l'école idéale. Il établit en principe que l'oxygène normal de l'air irrite la muqueuse pulmonaire, favorise l'évolution des tubercules, creuse les cavernes et met par conséquent obstacle à leur cicatrisation. D'autre part, l'oxygène (corps comburant) rencontrant dans les bronches et dans les vésicules le miasme paludéen (corps hydrocarboné) *assouvit sur lui sa voracité*. Que résulte-t-il de ce conflit? La chose du monde la plus simple et que chacun pressent. Le poumon se trouve sauvé par la diète respiratoire, et la fièvre intermittente elle-même avorte souvent par suite de la réduction du miasme. Donc, double profit pour l'organisme.

Que de victimes on aurait pu sauver, si les prodigieux effets de l'*antagonisme* eussent été révélés plus tôt!

Les médecins de l'antiquité envoyaient généralement les valétudinaires de la poitrine respirer l'air des forêts résineuses. Pareille coutume a été importée dans quelques provinces de l'Amérique. Grimm raconte, dans sa Correspondance, qu'un phthisique fut miraculeusement guéri pour avoir respiré tout un jour des émanations de matières résineuses tenues en fusion dans une cave. Un célèbre financier, atteint d'un asthme catarrhal chronique, se couche par hasard et s'endort à l'ombre d'un pin. A son réveil, le malade éprouva une sensation de calme, de force et de bien-être qu'il n'avait pas goûtée depuis bien des années.

A en juger par le ton de nos écrivains, il semble qu'aujourd'hui une station hivernale ne peut être honorablement classée si elle ne possède une nombreuse famille de conifères; c'est l'appoint obligé de ses autres avantages climatériques.

Je ne veux pas contester l'heureuse influence des émanations propres à certaines espèces forestières sur la terminaison des affections pulmonaires. Mais en quoi consistent ces émanations, en quelles proportions se trouvent-elles dans l'atmosphère ambiante? A quelles expériences, à quelles recherches définies la question a-t-elle été soumise? Il serait intéressant de le savoir.

Les conceptions théoriques peuvent être, sous la plume d'un coloriste, un instrument de facile persuasion pour le public, mais non pour les médecins. Les faits bien positifs, entourés de sérieuses garanties, ont seuls le pouvoir de nous convaincre. Bien que je n'hésite pas à ajouter foi à l'histoire de Grimm et à celle plus surprenante encore du financier, je trouve cependant que le nombre des succès authentiques est si restreint, qu'il est permis encore de douter que, pour guérir de la phthisie, il suffit d'aller s'asseoir et de faire la sieste à l'ombre d'un sapin.

L'air pur a toujours été considéré comme le meilleur correctif des tendances à la diathèse tuberculeuse.

L'air le plus pur, le plus vivifiant, correspond aux couches inférieures de l'atmosphère maritime. Il doit ses bons effets non-seulement à sa pureté, mais aussi à sa densité, à un certain degré de salure, et par-dessus tout à ses qualités climatériques.

Dans un mémoire devenu célèbre, M. J. Rochard nous a obligés à faire un retour sur la confiance accordée jusqu'ici à l'efficacité de l'air marin dans le traitement de la phthisie: suivant lui et suivant la statistique, la navigation est essentiellement nuisible aux tuberculeux. L'opinion professée par notre savant collègue a soulevé de nombreuses objections auxquelles il n'a pas répondu, que je sache, et ce silence paraît avoir exaspéré l'opposition de ses contradicteurs, lesquels continuent obstinément à proclamer la salutaire influence de l'atmosphère maritime. M. Jourdanet, en se plaçant entre les adversaires, s'efforce de les concilier par un moyen terme. Il est démontré pour lui que la navigation est sans dangers, et peut même avoir des avantages, si elle ne se prolonge pas au delà

(1) A. Puech, *De l'atrésie des voies génitales de la femme.*

de trente ou quarante jours, juste le temps de se rendre de Saint-Nazaire à Mexico, où il donne rendez-vous aux phthisiques de provenance européenne.

On peut voir par là, une fois de plus, à quel point la nature a bien fait toutes choses en ce monde.

S'il arrive qu'on guérit une même maladie par des moyens *différents*, il est difficile d'admettre qu'on puisse la guérir par des moyens *opposés*. Et pourtant, s'il faut en croire MM. Pravaz et Tabarié, la phthisie peut être traitée avec succès au moyen de l'air comprimé, tandis que M. Jourdanet préfère l'air dilaté.

Des chirurgiens éminents jugent favorable à la prompte cicatrisation des plaies; de les laisser en libre contact avec l'air; d'autres praticiens, se détournant de cette voie et confondant peut-être la température de l'atmosphère avec sa composition chimique, ont conçu l'idée de soumettre à une sorte de diète respiratoire, c'est-à-dire de soustraire à l'action de l'oxygène les surfaces pulmonaires irritées ou ulcérées. Et depuis quand l'hématose peut-elle ainsi chômer? Avec cette propension aux bouleversements dans l'ordre scientifique, il n'y a plus un seul principe de physiologie en sûreté.

En ce qui concerne la diète respiratoire, je n'en vois qu'une seule possible, c'est la strangulation complète.

J'ai contesté autrefois deux choses en particulier : la possibilité de l'inhalation des liquides pulvérisés, et la supériorité de ce procédé sur l'ingestion naturelle des médicaments liquides. Je n'étais pas alors le seul adversaire de cette méthode; mais un vote de l'Académie ayant proclamé notre erreur commune, j'ai dû me soumettre et renoncer provisoirement à toute controverse. Si je reviens aujourd'hui à cette question, c'est pour en parler sans sortir du cercle de mes expériences, de mes impressions et de mes souvenirs, que je veux résumer brièvement.

Les liquides mis à l'état de *brume* pénètrent plus souvent et plus facilement dans les bronches que les liquides simplement *pulvérisés*. Je fais cette distinction, très-importante en pratique, sous la garantie de vérifications personnelles.

En général, les liquides poudroyés ne franchissent guère l'orifice supérieur de la glotte, si le mouvement d'inspiration n'est point exécuté d'une certaine façon et si le sujet n'a point été dressé à cette manœuvre.

Une fois sur cinq chez les sujets bien portants, six fois sur dix chez les individus atteints d'une affection quelconque des voies respiratoires, l'inhalation provoque des quintes de toux assez violentes et assez soutenues pour vider les bronches de tout ce qui avait pu s'y introduire.

J'ai observé attentivement toutes les manifestations survenues chez les sujets mis en expérience, et j'affirme n'avoir constaté dans la marche des lésions pulmonaires aucune modification *témoignant* d'une efficacité spéciale en faveur de la médication par les inhalations; mais j'ajoute que j'ai opéré sur 62 malades seulement, ce qui est insuffisant peut-être pour constituer les éléments d'une information péremptoire.

En traçant le tableau des incertitudes, des contradictions, des préceptes incomplets qui dominent encore dans le traitement de la tuberculisation par les ambiants, j'ai voulu montrer que l'on peut, sans parti pris d'opposition, ne point s'engager de confiance dans cette thérapeutique où manque l'harmonie des vues et des indications. L'initiative est toujours ardente parmi nous; aussi que d'efforts tentés pour conquérir une vérité où un succès! Mais tout cela, à mon avis, a besoin d'être revu et mis en ordre pour le soulagement des praticiens et pour le sort des malades dont ils acceptent la direction.

ABSENCE DE VAGIN ET D'UTÉRUS

chez une jeune femme de vingt-deux ans, mariée depuis un mois.

Par M. le docteur Elleaume.

(Communiquée à la Société de médecine pratique, séance du 1er septembre 1864.)

Le 16 août dernier, il s'est présenté à mon dispensaire une femme qui offre un vice de conformation assez rare pour que nous en exposions tous les détails.

Mme M..., âgée de vingt-deux ans, demeurant rue des Martyrs, s'est mariée, il y a un mois, avec un homme de vingt-cinq ans. Ce mariage, basé sur une très-vive affection réciproque, n'a pas été consommé, et le mari, en désespoir de cause, engage sa femme à consulter une sage-femme, laquelle, trouvant une anomalie, me l'amena à mon dispensaire.

J'examinai avec très-grand soin cette femme, et voici le résultat de mon observation directe :

Mme M... a les cheveux châtain; elle est timide, modeste, elle rougit à chaque question qu'on lui fait, en un mot elle a toutes les allures d'une jeune fille. Les seins sont bien développés et d'un volume convenable. On ne trouve ni autour de la bouche ni sur le devant de la poitrine aucune trace de poils.

L'examen des organes génitaux nous montre le mont de Vénus parfaitement développé et garni de poils, ainsi que les grandes lèvres. Les petites lèvres existent comme dans l'état normal. Le clitoris est à l'état rudimentaire, c'est-à-dire ce que l'on voit un léger repli qui forme le capuchon, mais on ne sent au-dessous aucun tubercule. Plus bas se trouve le méat urinaire dans des conditions normales; mais au-dessous de ce méat l'orifice du vagin est remplacé par une ligne en forme de raphé présentant de chaque côté de petits sillons qui se perdent dans la muqueuse. Nous cherchons avec très-grand soin s'il n'y aurait pas un petit pertuis, et nous ne pouvons rien découvrir; en un mot, il y a en arrière des petites lèvres une obturation complète.

Nous nous demandons si nous n'avons pas affaire à une oblitération partielle du vagin ou à une absence complète de cet organe. Nous devons alors procéder à un interrogatoire, qui nous apprend ce qui suit :

L'enfance de Mme M... s'est bien passée. Vers seize ans, elle a la fièvre typhoïde, qui la rend fort malade, et la convalescence se prolonge plus d'une année. Vers dix-huit ans, elle est prise presque régulièrement, du 25 au 30 de chaque mois, d'étouffements, de congestion vers les yeux, maux de tête, étourdissements, etc. Elle remarque en même temps à cette époque, à la jambe droite surtout, des varices considérables, qui au bout de quelques jours disparaissent en grande partie avec les autres symptômes. Elle n'a jamais perdu une goutte de sang ni par la vulve ni par le rectum.

Le ventre n'est pas développé d'une manière anormale; les parois abdominales sont un peu épaisses; on ne sent aucune tumeur dans l'abdomen. Je pratique le toucher rectal : l'ampoule rectale est assez volumineuse; on ne sent aucune apparence d'utérus entre le rectum et la vessie; j'introduis dans cet organe une sonde de femme, je lui imprime divers mouvements, et j'arrive toujours à la mettre en contact avec le doigt placé dans le rectum. Il n'y a donc aucune trace au moins apparente d'utérus.

Par excès de précaution peut-être, pensant qu'à une certaine profondeur je pourrais trouver une cavité vaginale, j'enfonce un trocart explorateur qui pénètre à grand'peine à 1 pouce environ de profondeur dans un tissu fibreux, et non-seulement il ne sort par la canule aucun liquide, mais encore il est manifeste que cet instrument est engagé dans les tissus et n'a nullement pénétré dans une cavité.

La malade est très-tourmentée de sa position et demande qu'on lui fasse une opération qui lui permette d'avoir des rapports avec son mari. Elle éprouve, nous dit-elle, des désirs qu'elle ne peut satisfaire.

Enfin, pour compléter cette observation, nous avons cherché par la palpation à constater la présence des ovaires, mais nous n'avons pu arriver, en raison du peu de souplesse des parois abdominales, à en constater directement l'existence.

Tous ces faits nous permettent de conclure que chez cette malade il y a une conformation naturelle de la vulve, mais absence complète du vagin et de l'utérus. Nous sommes en droit de croire et même d'affirmer qu'il y a des ovaires : en effet, il existe chaque mois des symptômes qui annoncent le travail ovarique. Comme il n'existe pas d'utérus, il ne se fait aucune exsudation sanguine.

Si l'utérus existait sans vestige de vagin, comme on en cite quelques cas dans les annales de la science, le sang se serait accumulé dans l'utérus, aurait distendu cet organe. On l'a vu en effet acquérir le volume d'un utérus gravide à neuf mois, mais dans le cas soumis à notre observation, il n'en est rien.

Bien que ce fait manque d'un élément très-important, nous voulons parler de l'examen nécroscopique, nous nous croyons en droit d'affirmer qu'il n'existe pas d'utérus.

Nous rapprocherons cette observation de la suivante, que nous citerons ici parce que l'autopsie a été faite et que nous sommes convaincu qu'à part quelques détails insignifiants il y a similitude complète.

M. Gintrac (de Bordeaux) a publié dans la *Gazette médicale* (1861, n° 4) le fait suivant :

Une jeune fille de dix-huit ans n'avait jamais été réglée; l'aménorrhée était attribuée aux conditions dans lesquelles elle vivait; des hémoptysies et des épistaxis répétées conduisirent à appliquer des sangsues à l'anus dans l'espoir d'établir le flux menstruel.

Après la mort, on constata un ramollissement du cerveau. Les organes génito-externes offraient un développement normal. La vessie et le rectum étaient en contact immédiat, le péritoine passant de la surface de la première sur le second; il se plissait latéralement et des deux côtés de manière à simuler les ligaments larges, et il contenait les ovaires. Il n'existait pas de trace de vagin ni d'utérus. Chaque ovaire aplati était bilobé; de chacun partait un cordon cylindrique qui se perdant dans le péritoine, représentait probablement la trompe de Fallope.

Les anomalies des organes génitaux de la femme ne sont pas absolument rares, il y en a de nombreuses espèces; mais le cas dont il s'agit, c'est-à-dire l'absence du vagin et de l'utérus, est une des plus rares. Fodéré en cite une très-remarquable. On en retrouve une autre dans la *Gazette des Hôpitaux*, tirée du *London medico-chirurgical transactions*, tome VI. Lenoir en présenta un cas à la Société anatomique. Meyer cite une observation dans laquelle le vagin et l'utérus manquaient. Food fit l'autopsie d'une petite fille qui n'avait ni vagin, ni utérus, ni ovaires.

Quel est le rôle du chirurgien dans un cas pareil? S'il y avait un utérus, nul doute, il faudrait tenter l'opération d'Amussat, opération qui a été renouvelée plusieurs fois depuis; dans un cas pareil, le rôle du chirurgien est indiqué, le but de l'opération est moral. Mais dans le cas d'absence du vagin et de l'utérus, devons-nous faire un vagin artificiel? Nous croyons qu'aucun chirurgien n'osera tenter une opération semblable.

EMPHYSÈME DE LA PARTURITION.

Emphysème du cou, de la face et de la partie supérieure de la poitrine, produit par de violents efforts d'expulsion, pendant le travail de l'accouchement, dans un cas de rigidité de l'orifice utérin. Terminaison heureuse pour la mère et l'enfant. Absence de lochies.

Par M. le docteur Jules de Soyre.

(Observation communiquée à la Société médicale du 4e arrondissement.)

L'air, violemment comprimé dans l'appareil respiratoire pendant les efforts d'expulsion que fait la femme pour accoucher, peut, dans des *cas extrêmement rares*, occasionner la rupture des conduits aériens et déterminer un emphysème plus ou moins considérable.

En général les traités d'accouchements ne font pas mention de cet accident, si j'en excepte cependant ceux de Dugès et d'Hatin. Cette sorte d'emphysème n'a pas encore été observée à l'hôpital des Cliniques, bien qu'il y ait eu un chiffre de 23,410 accouchements, faits du 1er décembre 1834 au 1er juin 1864.

La science possède une observation de cette lésion, très-intéressante dans toute son étendue, rapportée par M. Jules Cloquet dans un mémoire qui a paru en 1820 et porte ce titre : *De l'influence des efforts dans les organes renfermés dans la cavité thoracique*. (Ce mémoire existe à la bibliothèque de la Faculté de médecine; voir : *Mélanges*, tome CDXLIV, mémoire 3, observation 4e, page 34.)

Voici le résumé de cette observation, sur laquelle M. le professeur Jules Cloquet a eu l'obligeance de me donner récemment quelques détails complémentaires :

Le 7 avril 1813, M. Jules Cloquet assistait une dame primipare, âgée de vingt-trois ans, dont le travail se faisait péniblement. « La tête de l'enfant, dit M. Jules Cloquet, s'engagea dans » la première position et y demeura plus de quatre heures, pen- » dant lequel temps les conjonctives se couvrirent d'ecchymoses. » Pendant une très-forte douleur, accompagnée d'une violente » contraction de toutes les puissances expiratoires et de cris » perçants, j'aperçus une tumeur qui se manifestait entre les » deux muscles sterno-mastoïdiens, immédiatement derrière » l'extrémité supérieure du sternum. Bientôt cette tumeur, évi- » demment emphysémateuse, crépitante, s'étendit le long de ces » muscles jusqu'à la région parotidienne, le gonflement gagna » la joue, les paupières, et en moins d'un quart d'heure le cou » et la face se trouvèrent au niveau et gonflés d'une manière » vraiment effrayante; la jeune femme se trouvait dans un dan- » ger imminent de suffoquer. »

M. Jules Cloquet fit mander Désormeaux et Laënnec, mais lorsqu'ils arrivèrent, l'accouchement s'était terminé par l'expulsion d'un enfant très-fort, dont la tête était énorme, ecchymosée dans toute sa partie supérieure. Il était évidemment apoplectique et ne donna aucun signe de vie, malgré les soins qui lui furent prodigués.

En présence de l'emphysème considérable qui existait, on décida de faire une incision de 4 lignes à la partie supérieure du sternum; cette incision donna issue à un peu de sang et à quelques bulles d'air. L'emphysème ne diminuant pas sensiblement, M. Jules Cloquet pratiqua, deux jours après, une seconde incision, cette fois de 1 pouce d'étendue, dans le même endroit; l'air s'échappa en grande quantité et la tuméfaction diminua de jour en jour; cependant, dix-sept jours après l'accouchement, le tissu cellulaire faisait encore entendre de la crépitation quand on appuyait sur la peau au-dessus des clavicules; la malade ne put marcher que trois mois après son accouchement, à cause des vives douleurs qu'elle éprouvait dans la symphyse pubienne et dans les articulations sacro-iliaques; elle s'est parfaitement rétablie et a eu deux enfants depuis cette époque.

D'après les renseignements récents pris auprès de M. le professeur Jules Cloquet, je puis ajouter que cette dame avait un rétrécissement du bassin; que l'enfant avait été expulsé avec un pariétal enfoncé, et que l'énorme emphysème s'étendait jusque sur la poitrine entière et sur la partie supérieure des bras. La rupture de la trachée a eu lieu un peu au-dessus de la bifurcation des bronches.

M. le professeur Jules Cloquet n'a jamais observé que ce seul cas. Il n'a pas eu connaissance de fait semblable, et il m'a engagé à publier l'observation qui suit et qui m'est personnelle.

Mme H..., âgée de vingt-quatre ans, primipare, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, a été réglée à l'âge de seize ans, et sa santé habituelle est excellente.

Mariée en mai 1863, la dernière apparition des règles eut lieu au mois de juin, et une grossesse des plus heureuses suivit son cours normal. Il survint une légère bouffissure du visage, mais pas d'infiltration des membres inférieurs. Mme H... devait accoucher en mars 1864, et c'est ce qui eut lieu en effet.

Le 26 mars, après avoir ressenti quelques légères douleurs, Mme H... me fit appeler. Le toucher, pratiqué à deux heures du soir, me permit de constater un orifice utérin assez entr'ouvert pour reconnaître une présentation du sommet. Cette partie fœtale, très-élevée, reposait au-dessus des pubis. Les membranes étaient entières, et ne se tendaient que faiblement pendant les contractions utérines.

Vers minuit, les contractions utérines avaient acquis un peu plus d'énergie; la poche des eaux s'appliquait sur l'orifice de l'utérus, dilaté de 2 centimètres et demi de diamètre, et dont les bords étaient lisses, minces et tendus comme chez toutes les primipares.

Le 27 mars, à dix heures du matin, la poche amniotique faisait une forte saillie dans le vagin; la dilatation utérine était de 8 centimètres et demi. J'étais certain de la présentation par le toucher de la veille, car la trop grande quantité de liquide amniotique interposé entre la tête de l'enfant et les membranes me rendait impossible de faire une constatation nouvelle. Je rompis la poche des eaux, avec l'espérance que la tête en descendant viendrait s'appliquer le complément de la dilatation; mais il n'en fut pas ainsi. Après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux, la tête resta élevée et l'orifice de l'utérus revint sur lui-même, présentant des bords épais, avec une dilatation transverse de 8 centimètres et une antéro-postérieure de 3 centimètres. Le travail devint languissant, surtout lorsque la malade était couchée. A plusieurs reprises, je la fis lever et marcher pour solliciter des contractions utérines.

A cinq heures du soir, la tumeur œdémateuse de la tête s'étant formée, la dilatation circulaire redevint ce qu'elle était avant la rupture des membranes, c'est-à-dire de 8 centimètres et demi de diamètre. La station debout provoquait d'énergiques contractions utérines, que Mme H... exprimait par des cris effroyables; mais le calme reparaissait dès qu'elle se mettait au lit.

A dix heures du soir, l'orifice de l'utérus avait 9 centimètres de

dilatation ; ses bords, extrêmement ténus, offraient une grande résistance. J'engageai Mme H... à se lever et à employer la force qu'elle mettait à crier à faire des efforts d'expulsion en fermant la bouche. Elle suivit mon conseil, et la partie fœtale, enveloppée de l'utérus, s'engagea de plus en plus dans l'excavation pelvienne en pressant sur le rectum dont elle produisit la déplétion.

A dix heures trois quarts du soir, la tumeur œdémateuse de la tête du fœtus n'était plus qu'à 4 centimètres de la vulve ; mais l'orifice utérin, toujours dilaté de 9 centimètres, offrait un cercle rigide comme si c'eût été de l'osier. Je voulus vaincre cet obstacle en déterminant une rupture sous-épithéliale d'une fibre du col de l'utérus, procédé que M. le professeur Paul Dubois a souvent employé avec succès pour amener la cessation de la rigidité de cet orifice. Pendant les contractions utérines et les efforts que faisait Mme H..., je cherchais à repousser le bourrelet de 2 centimètres que présentait l'orifice de l'utérus, avec deux doigts qui agissaient par le procédé (qu'on me pardonne l'expression) que le tonnelier met en œuvre pour la pose des cerceaux.

Je n'obtenais pas de modification sensible, lorsque, à la suite d'une forte contraction utérine et d'énergiques efforts, Mme H... me prévint (et je rapporte ses paroles) qu'*un vaisseau allait se rompre au côté droit du cou*, et elle m'indiquait la partie antérieure et médiane du sterno-mastoïdien. Je n'attachai pas d'abord de l'importance à ce qu'elle me disait ; mais à la contraction utérine suivante, je remarquai une légère tuméfaction de la joue droite, qui devint de plus en plus volumineuse à mesure que les contractions utérines se répétaient. Par la pression, je sentais la crépitation emphysémateuse de la joue, et je déterminais le gonflement de la paupière droite, qui fut bientôt envahie complétement par l'emphysème. La joue droite était de 5 centimètres plus saillante que la joue gauche. Mais l'emphysème ne se bornait pas là. La racine du nez, la joue gauche, les régions parotidiennes offraient de la crépitation.

Le cou avait augmenté de volume ; la crépitation se percevait le long des muscles sterno-mastoïdiens ; sur toute la partie antérieure du cou et sur sa partie latérale jusqu'aux acromions ; sur les clavicules et sur la poitrine jusqu'à 8 centimètres au-dessous de ces os. L'emphysème était plus considérable à droite qu'à gauche. Le front, la région postérieure du cou, n'étaient pas emphysématés.

Mme H... n'éprouvait aucune gêne de la respiration, mais la déglutition devint pénible.

J'étais décidé à faire une incision sur l'orifice de l'utérus et à terminer l'accouchement par une application de forceps. Mais en présence d'un accident aussi rare, je jugeai utile de m'adjoindre M. le docteur Jacquemin, dont la longue expérience pratique pouvait m'être si précieuse. Mme H... fut remise au lit avec recommandation de ne plus faire d'efforts.

Lorsque M. Jacquemin fut auprès de notre malade, je pratiquai le toucher, afin d'indiquer les dernières modifications survenues, et à ma grande satisfaction je trouvai la dilatation presque complète. Le pourtour de l'orifice n'avait plus qu'un demi-centimètre, et, sous l'influence d'une contraction utérine modérée, la dilatation se compléta. La tumeur œdémateuse de la tête de l'enfant entr'ouvrit la vulve, et, les contractions se succédant, la tête s'engagea de plus en plus et ne tarda pas à être expulsée. Le cordon formait écharpe, en partant de son insertion ombilicale pour passer sur l'épaule, puis sur le dos de l'enfant. Je coupai le cordon, et je reçus l'enfant ; il était alors onze heures trois quarts du soir. Le placenta suivit de près l'accouchement. Le cordon avait une longueur normale.

Le petit garçon, qui venait de naître, rendait du méconium, signe évident de souffrances ; il était faible, mais il fut promptement ranimé. La tumeur œdémateuse de sa tête était volumineuse et étranglée à sa base par un sillon qui correspondait au diamètre de l'orifice rigide.

Aucun traitement n'a été employé pour combattre l'emphysème. Le jour suivant, 28 mars, la paupière droite était moins tuméfiée, mais elle était ecchymosée. La face avait diminué de volume, et la déglutition était moins gênée. Dans la journée, à la suite d'une vive émotion, l'emphysème augmenta légèrement. De jour en jour la crépitation devint moins sensible et disparut complétement le septième jour.

Après son accouchement, Mme H... eut une suppression complète de lochies ; son ventre n'était pas douloureux. Je lui prescrivis des cataplasmes sur l'abdomen ; un petit écoulement lochial parut momentanément, et de nouveau les draps de siége restèrent complétement secs jusqu'au parfait rétablissement de la santé de Mme H.... Il n'y eut aussi du côté des seins aucune turgescence appréciable.

« On a vu des femmes n'avoir pas de lochies, dit Desormeaux » (*Dictionnaire en 30 volumes*, t. IX, p. 493); mais malgré ces exem- » ples très-rares, l'absence de cette excrétion ne doit pas moins in- » spirer de craintes, car c'est le plus souvent à quelque maladie » grave déclarée ou imminente qu'on doit l'attribuer. »

Mme H... n'a pas été malade pendant ses couches, et elle continue à jouir d'une excellente santé.

Les efforts violents auxquels se livrent les femmes pour vaincre les obstacles de la parturition ne sont qu'une des causes qui peuvent contribuer au développement de l'emphysème. Il faut admettre surtout une prédisposition à la rupture des conduits aériens, car on voit très-souvent des primipares qui luttent avec énergie contre l'étroitesse des parties molles ou osseuses de leur bassin, ou contre l'exagération de volume physiologique ou pathologique de l'enfant, ou contre une présentation défavorable de celui-ci, sans que ces efforts occasionnent d'emphysème.

Dans l'observation de M. Jules Cloquet, le bassin rétréci, le volume de l'enfant et une certaine prédisposition ont amené par des efforts la rupture de la trachée à sa partie inférieure.

Dans mon observation, la rigidité de l'orifice utérin et la même prédisposition ont produit la rupture de la trachée à sa partie supérieure et l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire ambiant.

Je n'ai pas trouvé auprès d'anciens praticiens de renseignements sur l'emphysème de la parturition ; cependant voici deux faits intéressants :

Assez souvent les prisonniers de Mazas se produisent à leur gré d'énormes emphysèmes pour simuler des maladies. Ces emphysèmes guérissent d'eux-mêmes.

Un autre confrère m'a rapporté qu'autrefois on faisait voir dans les fêtes foraines un enfant d'un embonpoint prodigieux. Pour opérer ce miracle, on avait soin d'insufler le tissu cellulaire de l'enfant, comme on le fait pour les bœufs afin de leur enlever facilement la peau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société anatomique, dans sa séance du 6 janvier 1865, a pour la première fois décerné le prix Ernest Godard.

Le prix a été accordé à M. J. V. Laborde pour son Mémoire intitulé :

1° *D'une lésion primitive de la moelle épinière dans la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, son siége, sa nature;*

2° *Des altérations secondaires des muscles dans la même maladie, espèce d'atrophie musculaire non encore décrite.*

Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Armand Sabatier, chef des travaux anatomiques de la Faculté de Montpellier, pour le travail suivant :

Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils musculaires correspondant à la vessie et à la prostate dans les deux sexes.

— La Société médicale des Ve et XIIIe arrondissements, dont le siége est à la mairie du Panthéon, a ainsi composé son bureau pour 1865 : président, M. le docteur Vollant; vice-présidents, MM. les docteurs Chatillon et Allaire; secrétaire général, M. le docteur Fiévet; secrétaire annuel, M. le docteur Arnoult; trésorier, M. Buirat.

— M. le docteur Fraisse, médecin honoraire des hospices de Béziers, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Toulouse, à l'âge de 75 ans.

— Nous avons reçu le tome II du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, qui compte 800 pages et 91 figures. En attendant qu'un de nos collaborateurs en rende compte, nous signalerons aux médecins praticiens les principaux articles que nous avons remarqués :

Aménorrhée, par M. Bernutz. — *Amputations*, par M. A. Guérin. — *Amyloïde* (*dégénérescence*), par M. Jaccoud. — *Anémie*, par M. Lorain. — *Anesthésiques*, par M. Giraldès. — *Anévrysmes*, par M. Richet. — *Angines*, par M. Desnos. — *Angine de poitrine*, par M. Jaccoud. — *Ankylose*, par M. Denucé. — *Anti-aphrodisiaques*, par M. Ricord. — *Anus*, par MM. Gosselin, Giraldès et Laugier. — *Aorte*, par M. Luton.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Examen de la physique au point de vue de la biologie; par M. le docteur Ferran, médecin-major, chevalier de la Légion d'honneur. Un volume in-12. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1865, chez Germer Baillière.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde-Margras, de Nancy, médecin à Paris. Chez Asselin, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Règne végétal, divisé en Traité de botanique générale, Flore médicale et usuelle, Horticulture botanique et pratique, Plantes agricoles et forestières, Histoire biographique et bibliographique de la botanique ; par MM. Dupuis, O. Reveil, Gérard, Herincq. Ce splendide ouvrage formera 17 beaux volumes, dont 9 volumes grand in-8° jésus de texte et 8 atlas petit in-4° de planches gravées sur acier. Les atlas renfermant, avec des textes descriptifs en regard, plus de 5,000 dessins de plantes ou de détails botaniques très-exactement et très-finement coloriés. L'ouvrage paraîtra à la fois en volumes et en atlas et par livraisons chacune de 16 pages au moins, grand in-8° jésus, et deux belles planches coloriées. Il formera de 200 à 210 livraisons au plus. Prix de la livraison : 4 fr. Les livraisons paraissent très-exactement, de dix en dix jours, à partir du 1er mai 1864, jour où deux livraisons à la fois ont été mises en vente. Les 50 premières livraisons sont en vente. — Paris, 1864, Th. Morgand, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 5.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs peuvent avoir conservé le souvenir des réserves que nous avons cru devoir faire au sujet d'une récente communication de M. le docteur Déclat. La lecture de la note publiée par ce médecin ne nous semblait rien ajouter aux connaissances acquises sur l'*acide phénique.* Nous nous demandions quelle était l'application nouvelle faite par M. Déclat : placé encore sous la récente impression du si remarquable ouvrage de M. le docteur Lemaire, la communication de M. Déclat ne nous apprenait rien de nouveau. Bien plus, nous étions surpris de la manière dont la note parlait de l'*acide phénique;* l'idée des applications de ce nouvel agent thérapeutique paraissait être due à M. Déclat.

Nos lecteurs trouveront au compte rendu la réclamation présentée par M. Lemaire ; ils pourront alors facilement trancher une question de priorité qui nous semble indiscutable.

M. Claude Bernard a présenté, dans cette séance, une note d'un chirurgien distingué de la marine, M. Bérenger-Féraud. Cet honorable confrère a eu l'occasion d'étudier sur les côtes occidentales d'Afrique un jeune Gorille frappé d'un scorbut bien caractérisé. L'état général était au plus mal, quand on put se procurer des légumes frais et des fruits acides ou sucrés. Sous leur influence, comme sous l'action des toniques, le jeune Gorille reprit des forces et revint peu à peu à la santé complète. La phthisie devait plus tard enlever le pauvre animal.

Nous signalerons encore un mémoire sur la *pustule maligne.* Placé dans une petite ville située au milieu de la Beauce, M. le docteur Babauty (d'Angerville), a cru pouvoir jeter quelques lumières sur la question. Notre très-honorable confrère vit depuis plus de vingt ans au milieu d'immenses plaines couvertes de moutons sujets aux affections charbonneuses. Il était donc bien à même d'étudier et ces affections et la pustule maligne de l'homme, et nous devons lui savoir gré d'avoir apporté le tribut de son expérience. Le mémoire de M. Babauty a été renvoyé à une commission composée de MM. Velpeau et Rayer.

Deux notes, l'une de M. Schnepp sur la phthisie considérée comme maladie ubiquitaire, devenant rare à certaines altitudes ; l'autre de M. Pons, sur les fonctions de la rate, complètent notre petit butin académique. M. Pons pense que ses recherches peuvent jeter du jour sur la nature et le traitement du choléra, et, dans cette persuasion, il a demandé que son travail fût considéré comme pièce de concours pour le prix du legs Bréant. — Dr E. Le Sourd.

Le chiffre de la mortalité des enfants nouveau-nés varie beaucoup suivant les localités, et ces variations tiennent à des circonstances qu'il importe d'autant plus de connaître et de signaler, qu'il est souvent possible de les modifier.

On sait d'après les recherches statistiques les plus récentes, que la mortalité des enfants en France est à peu près d'un sixième pour la première année. Les variations assez sensibles de la moyenne de certains départements autour de ce chiffre ne le modifient pas sensiblement d'une année à l'autre. C'est, en général, dans les départements industriels, c'est-à-dire au voisinage des grandes usines, que ce chiffre s'élève le plus haut; mais c'est aussi dans ces mêmes localités qu'il est le plus facile de combattre efficacement les conditions de cette fâcheuse influence.

Voici un exemple très-frappant d'une cause d'augmentation considérable de la mortalité des enfants, qu'une simple mesure bien entendue a promptement fait cesser.

Dans le courant de l'année dernière, M. Jean Dolfus entretenait ses collègues de la Société industrielle de Mulhouse de la nécessité de remédier dans cette ville à la grande mortalité des enfants en bas âge, mortalité vraiment effrayante dans la première année de la naissance, et dont la principale cause est le travail des femmes dans les ateliers et le besoin de retourner à ce travail immédiatement après les couches. Tandis que dans d'autres grands centres industriels la mortalité des enfants au-dessous d'un an n'atteint en moyenne que 20 à 22 p. 0/0 (elle n'a pas toujours atteint ce chiffre à Roubaix, et elle n'est que de 22 p. 0/0 à Manchester, où le climat est réputé beaucoup moins salubre), à Mulhouse elle dépassait toujours 30 p. 0/0 : elle était de 33 p. 0/0 en 1863.

Frappé de cet état de choses, M. J. Dolfus a adopté, à dater du 1er novembre 1862, pour le grand établissement qu'il dirige, l'usage de payer aux femmes en couches leur salaire pendant six semaines pour leur permettre de rester chez elles et de donner à leurs enfants tous les soins nécessaires. Voici quels ont été les résultats de cette mesure :

Sur une population de 1,150 femmes employées dans sa maison, il y a eu, du 1er novembre 1862 au 1er novembre 1863, 108 naissances, dont 6 mort-nés; sur les 102 enfants restants, il n'en est mort que 25 dans la première année de leur naissance, un peu moins de 25 sur 100, et avant on arrivait à une moyenne de 36 à 38 ! Les secours donnés ont donc diminué la mortalité de 13 °/o, et ont conservé la vie à 13 enfants sur les 102 qui sont nés.

Les résultats pour la seconde année seront les mêmes. Sur 91 enfants nés du 1er novembre 1863 jusqu'à ce jour, il n'en est mort que 20; et comme la mortalité dans les six derniers mois de la première année est insignifiante, il y a lieu d'espérer que le chiffre obtenu de 1862 à 1863 ne sera pas plus élevé.

Il n'est pas superflu qu'on sache que ce résultat important a été obtenu à peu de frais, car c'est là une initiative qui devra trouver de nombreux imitateurs parmi les chefs des grands établissements industriels. Pour la paye allouée aux femmes en couches et pour les soins donnés par un médecin et une sage-femme, il n'a été dépensé qu'une somme de 8,000 fr. pour toute l'année, soit environ 7 fr. par chacune des 1,150 femmes travaillant dans les ateliers.

M. Dolfus a pensé que si la moitié de cette somme était payée par le fabricant et l'autre par les ouvrières âgées de 18 à 45 ans, il n'y aurait plus qu'une dépense bien minime à faire pour sauver la vie à plus de 12 enfants sur 100. Il suffirait pour cela à chaque ouvrière de verser 15 centimes par quinzaine, la même somme étant donnée par le fabricant. Il a proposé, en conséquence, à ceux des fabricants de la contrée qui emploient le plus grand nombre d'ouvrières de s'associer à sa maison, pour faire en commun ce qui a eu un si favorable résultat. Beaucoup de maisons ont déjà répondu à cet appel, et cette association est en ce moment en voie de se constituer.

Nous espérons, avec M. Dolfus, que lorsqu'on connaîtra mieux encore le grand bienfait qui en résultera pour l'humanité, aucun industriel ne voudra rester en dehors d'une œuvre qui dans la seule commune de Mulhouse, où les naissances d'enfants d'ouvriers atteignent aujourd'hui un chiffre qui dépasse 1,400, permettrait de diminuer bien certainement la mortalité de 100 à 150 enfants chaque année.

Nous ajouterons que nous sommes heureux d'avoir à signaler de pareils actes. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies et publiées par M. le docteur Maurice Raynaud.)

DES PALPITATIONS.

Etude de l'innervation du cœur. — Conformément à notre plan, l'étude des palpitations, c'est-à-dire des battements du cœur dans leur ordre pathologique, doit être précédée de l'étude physiologique des forces qui président à ces battements dans l'état normal. En d'autres termes, nous devons étudier l'innervation du cœur.

L'activité du cœur diffère absolument de celle des autres muscles. Tandis que ceux-ci n'agissent qu'à des intervalles éloignés, variables, et que leurs contractions sont séparées entre elles par des périodes de repos complet, le cœur bat sans cesse et se contracte régulièrement suivant un rhythme toujours identique ; cela seul indique une innervation différente. Le cœur puise ses éléments à quatre sources : 1° le nerf vague ; 2° les ganglions intra-cardiaques ; 3° un centre spinal ou auxiliaire ; 4° le nerf sympathique.

I. *Nerf vague.* — Commençons par le nerf vague. Lorsqu'on excite ce nerf, on voit se passer précisément le contraire de ce qui arrive lorsqu'on excite tout autre nerf musculaire. Les battements du cœur, loin de s'exagérer, se ralentissent et finissent par s'arrêter pour peu que l'excitation soit forte. Mais si l'excitation dépasse certaines limites, le cœur recouvre ses battements ; à quoi tiennent ces phénomènes ? Les frères Weber ont émis les premiers cette idée que le nerf vague est pour le cœur un nerf modérateur, un nerf d'arrêt. Donc, disent-ils, si vous excitez ce nerf, il en résulte une suspension de l'action musculaire. Mais si l'excitation est portée à l'extrême, le nerf vague, semblable en cela à tous les autres nerfs, finit par être surmené. Dès lors il a perdu son action et les battements recommencent.

Deux grands physiologistes, MM. Schiff et Moleschott, n'admettent pas cette théorie. Ils pensent qu'en portant sur le nerf vague une excitation suffisamment faible, on peut provoquer une contraction du cœur ; seulement cette excitation doit être, et ils en conviennent eux-mêmes, extraordinairement faible. Ils en infèrent qu'au fond le nerf vague ressemble à tous les autres nerfs moteurs, qu'il ne s'en distingue que par une excessive tendance à l'épuisement, en sorte que, se fatiguant très-facilement, il verrait une excitation même ordinaire user rapidement son action motrice ; d'où l'arrêt du cœur.

Il y a de graves objections à faire à cette manière de voir. D'abord on n'a jamais pu retrouver cette prétendue contraction du cœur sous l'influence de minimes excitations du nerf vague. MM. Pflüger et Rosenthal ont cherché, chacun de leur côté, à renouveler ces expériences. Quelque légères, quelque superficielles qu'aient été leurs excitations, toujours ils ont vu se produire le ralentissement du cœur et jamais ils n'ont pu le faire contracter. Tout courant capable, lorsqu'il est appliqué sur un nerf moteur quelconque, de provoquer une contraction musculaire si petite qu'elle soit, suffit pour arrêter le cœur. De plus, si l'on étudie la manière dont se produit l'arrêt du cœur à la suite d'une excitation forte, on y remarque une particularité caractéristique. A mesure que l'excitation augmente, le cœur, en même temps qu'il se ralentit, devient de moins en moins rapide à chaque contraction, et il finit par s'arrêter *en diastole.* C'est justement le contraire de ce qui se passe pour un muscle ordinaire, dont la contraction augmente avec l'excitation. Enfin, si la théorie de MM. Schiff et Moleschott était exacte, elle devrait être confirmée par la contre-épreuve, et la section du nerf pneumo-gastrique devrait amener l'arrêt du cœur, de même que la section d'un nerf moteur entraîne la paralysie du muscle auquel il se distribue. Or, il se trouve qu'en pratiquant cette section, on voit les battements du cœur s'accélérer : leur nombre monte de 60 par minute à 150 ; en même temps ils deviennent moins énergiques, tremblotants, inégaux. C'est du moins ce qui arrive chez les animaux qui ont normalement le pouls régulier. Chez ceux, au contraire, qui, comme les chiens, ont le pouls irrégulier, on voit la régularité se produire, et, chose bien singulière, une fois cela fait, le pouls ne peut plus devenir irrégulier (Bernard).

Il y a du reste un désaccord complet entre le pouls, la respiration et la chaleur animale. Et c'est, pour le dire à l'avance, un fait que nous retrouverons plus tard dans les palpitations. Ainsi, tandis que les pulsations augmentent du double, le nombre des mouvements respiratoires diminue, la température baisse malgré l'augmentation des pulsations. La pression artérielle augmente, puisque la colonne de l'hémomètre, qui était par exemple de 15 centièmes avant l'opération, se trouve être montée à 16 ou 17 après. Mais en même temps les oscillations de cette colonne, tout en augmentant de nombre, diminuent d'étendue. Par conséquent l'impulsion cardiaque a réellement diminué. La vérité est que la pression constante dans le système circulatoire augmente et que la pression cardiaque diminue; en sorte que l'action du cœur a réellement diminué d'énergie, malgré l'augmentation de la pression artérielle.

La section du nerf vague a le même résultat, soit qu'on opère sur le nerf lui-même, soit qu'on agisse sur ses origines ou sur la moelle allongée elle-même.

L'explication de MM. Schiff et Moleschott est donc inacceptable, et il faut regarder comme acquis que le nerf vague n'est pas un nerf ordinaire, mais bien un nerf frénateur, antagoniste

(1) Voir les numéros des 10 et 12 janvier.

des autres nerfs du cœur. Pour mieux faire saisir ma pensée, je ne puis mieux le comparer qu'au frein d'une locomotive. Plus le frein est serré, moins la machine va vite. Si le frein est rompu, la machine s'emporte avec une rapidité que rien n'arrête. De même, selon que l'action du nerf vague est excessive, modérée ou anéantie, les mouvements du cœur sont nuls, ordinaires ou d'une rapidité excessive.

Tout récemment M. Landoy a étudié certaines conditions de composition du sang qui influent sur ce rôle particulier du nerf vague. La quantité d'acide carbonique contenu dans le sang a, suivant cet expérimentateur, une extrême importance. Chez un animal asphyxié, la section du nerf vague n'est pas suivie d'accélération des battements du cœur. A mesure que ce gaz se dégage, l'accélération se prononce; et néanmoins, si l'on arrive à chasser du sang d'un animal tout l'acide carbonique qu'il contient, la section du nerf vague n'a plus aucun effet. Il semble donc, pour que cette section produise ses effets accoutumés, qu'il faille dans le sang une certaine quantité d'acide carbonique assez difficile à doser, mais qui ne doit être ni trop forte ni trop faible.

M. Brown-Séquard a émis une autre théorie; il considère le nerf vague comme le nerf moteur des artères coronaires, et il pense que son excitation, en amenant la contraction de ces artères, a pour résultat de produire l'anémie du cœur, et avec l'anémie, l'affaiblissement des battements. Il se produirait là une sorte de paralysie comparable à celle des membres inférieurs, à la suite de la ligature de l'aorte, et le nerf vague n'agirait plus que médiatement sur la fibre charnue. Mais M. Panum a démontré que l'on ne pouvait accepter cette explication. En effet, en injectant un mélange d'huile et de suif dans les artères coronaires, de façon à empêcher absolument l'irrigation sanguine des parois du cœur, on n'en voit pas moins les battements continuer pendant deux ou trois heures encore; preuve certaine que l'anémie cardiaque n'a pas l'importance que M. Brown-Séquard voudrait lui attribuer. Quant au fait lui-même de l'innervation des artères coronaires par le nerf vague, c'est un point qu'il faut bien accepter en présence de la preuve directe qui en a été fournie par ce physiologiste.

Outre son pouvoir modérateur, le nerf vague a des fonctions relatives à la sensibilité, qui ont été récemment étudiées par M. Goltz. Au confluent du sinus de la veine-cave inférieure avec l'oreillette droite, il existe un ganglion nerveux, sur lequel nous reviendrons dans un instant. Si on vient à toucher ce ganglion avec du vinaigre, à l'instant même il se produit des convulsions réflexes de tout le corps. Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'on peut l'exciter impunément, si l'on a préalablement pris le soin de couper le nerf vague, qui paraît, par conséquent, transmettre aux centres les impressions sensitives.

On peut produire une action réflexe en sens inverse. Marshall-Hall tuait des animaux sans produire de lésion appréciable, simplement en les frappant sur la région précordiale ou sur le ventre. M. Goltz a reproduit ces expériences sur des grenouilles, et il remarque qu'à la suite d'un coup sec et violent sur la paroi thoracique ou à l'abdomen, on voit le cœur s'arrêter aussitôt dans la diastole. Il faut donc que l'excitation ait remonté des nerfs périphériques vers la moelle épinière, de là vers le *calamus scriptorius*, puis se soit réfléchie sur le nerf vague, qui, excité par action centrifuge, a produit l'arrêt du cœur. La preuve de ce mode de transmission, c'est qu'après la section du nerf vague ou de la moelle allongée, la percussion n'a plus le même résultat. Il en est de même si l'on supprime la sensibilité par le chloroforme.

II. *Ganglions du cœur.* — Il est évident, Messieurs, qu'un nerf modérateur ne saurait suffire à lui seul à expliquer les mouvements du cœur. Il faut qu'il existe en outre un nerf ou un système de nerfs doués d'une action positive. Cette source d'irritabilité, le cœur la possède en lui-même. Extrait de la cavité du thorax, il continue à battre pendant des heures entières. Cette propriété n'appartient pas à la fibre musculaire considérée en elle-même, ainsi qu'on l'a prétendu pendant longtemps. Il existe dans le cœur une chaîne composée de trois ganglions découverts par Remak, Bidder et Ludwig, et qui dans ces dernières années ont fait le sujet de nombreuses discussions.

Le premier, placé à l'embouchure du sinus de la veine-cave inférieure, est le plus irritable de tous. Le second est adossé à la valvule auriculo-ventriculaire gauche. Le troisième est dans la paroi même de l'oreillette droite.

1° *Ganglion du sinus.* — Lorsque l'on fait une section rapide à l'embouchure du sinus veineux dans l'oreillette, ou bien lorsqu'à l'exemple de Stannius on pratique une ligature dans le même point, on voit immédiatement s'arrêter toute la partie du cœur située au-dessous du point lésé, tandis que le sinus continue à battre régulièrement. L'arrêt du cœur dure de cinq à dix minutes, puis le ventricule recommence ordinairement à se contracter.

Lorsque le sinus subit des sections par tranches de haut en bas, c'est-à-dire de la partie la plus éloignée de l'oreillette jusqu'à celle qui lui est contiguë, le rhythme du cœur se ralentit de plus en plus, et c'est quand on atteint la limite des oreillettes que tout l'organe s'arrête complétement et subitement. On a vivement discuté la question de savoir si cette action motrice du ganglion, mise ainsi en évidence, était automatique ou non. M. Goltz, au lieu de faire l'expérience à l'air libre, place le cœur et le sinus sous l'huile, de façon par conséquent à les soustraire à l'action de l'air. Les contractions ne se produisent plus dans le sinus. M. Goltz en conclut que ce ganglion n'est pas automatique, et qu'il a besoin d'un excitant pour entrer en jeu; l'excitant normal, selon lui, est l'oxygène du sang, et ce qui le prouve, c'est précisément que l'oxygène de l'air peut remplacer celui du sang. Voilà pourquoi le cœur continue à battre à l'air libre. Le rhythme des mouvements du cœur serait donc dû à l'interruption du cours du sang, par suite même de la contraction.

2° *Ganglion ventriculaire.* — Si pendant le silence du cœur obtenu par l'expérience précédente, on coupe le ventricule en travers par son milieu, de façon que les *deux* ganglions décrits par Bidder et par Ludwig restent attachés à l'oreillette, on voit dans le fragment supérieur des pulsations régulières qui commencent par le ventricule et gagnent l'oreillette.

Lorsque pendant la diastole résultant de la ligature de Stanius l'excitation est portée sur le ventricule, celui-ci se contracte, et l'oreillette suit. Si on excite d'abord l'oreillette, c'est par elle que commence la contraction. Tous ces phénomènes s'obtiennent également bien chez les animaux empoisonnés par le curare, dont le nerf vague a perdu son action régulatrice.

3° *Ganglion auriculaire.* — Quant au ganglion placé dans les parois de l'oreillette, son exploration donne des résultats différents. Si pendant le silence diastolique précédemment produit on sépare l'oreillette du ventricule, elle s'arrête à son tour, tandis que le ventricule recommence ses pulsations rhythmiques.

Comment expliquer ces curieux phénomènes? Et d'abord, que signifie l'arrêt du cœur lorsque le sinus est séparé de l'oreillette? On ne saurait admettre, ainsi que le veulent Heidenhain et Ludwig, qu'il s'agisse d'une simple excitation du nerf vague, car cette excitation est incapable de produire un arrêt aussi prolongé. Il faut donc admettre avec Weber et Bezold qu'il existe dans le cœur deux espèces de forces, les unes automotrices, les autres suspensives, qui alternent les unes avec les autres.

Les premières résident surtout dans le sinus et dans le sillon auriculo-ventriculaire; ce sont elles qui donnent l'impulsion et le rhythme aux mouvements du cœur. Si, en effet, le sinus est éliminé en partie, il en résulte une diminution des forces d'innervation de chaque contraction.

Les forces suspensives résident principalement dans l'oreillette. Si en effet on sépare complétement le sinus, il en résulte une combinaison dans laquelle les deux forces tendent à s'équilibrer.

Pendant le repos, une certaine quantité de force s'accumule dans le centre nerveux du ventricule, laquelle finit par faire pencher la balance en faveur du mouvement.

Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que par la séparation du ventricule et de l'oreillette, celle-ci étant écartée avec son ganglion modérateur, l'opération elle-même suffit pour exciter les ganglions du sillon auriculo-ventriculaire et faire contracter le ventricule.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Du matelas hydrostatique dans le traitement des fractures du col fémoral et de l'os iliaque.

Par M. Cosmao-Dumenez, élève du service.

Il y a trois ans environ, nous avons publié dans le *Bulletin général de thérapeutique* (vol. LXXII) quelques considérations cliniques tendant à démontrer l'heureuse influence du matelas d'eau dans le traitement préventif ou curatif des eschares gangréneuses du siége, et des autres saillies osseuses sur lesquelles reposent les malades dans le décubitus dorsal ou latéral très-prolongé. Depuis cette époque, les résultats qu'il a donnés à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay et dans d'autres hôpitaux, n'ont fait que confirmer ce que nous avions avancé à son sujet; l'importance toute particulière que notre très-honoré maître attache à cet appareil nous fait un devoir de porter à la connaissance du public médical les effets vraiment remarquables qu'il en a obtenus.

Nul n'ignore combien est grave le pronostic des fractures du col du fémur, surtout chez les vieillards; on sait que c'est particulièrement par les accidents généraux qu'occasionnent ces fractures que la mort est le plus souvent déterminée. Voyons donc quelle est la cause de ces accidents généralement ataxiques; comment peut-on ou doit-on la combattre?

Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet insistent sur la douleur aiguë très-vive qui accompagne ces sortes de fractures; cette douleur se détermine au moment même de l'accident; elle continue à se manifester pendant un temps généralement fort long. Le malade, couché sur le dos, est condamné à une immobilité presque absolue sous peine de l'exaspérer encore. Or qu'arrive-t-il alors? que le sang stagne dans les capillaires des régions sur lesquelles repose le blessé (sacrum, coude, talon, scapulum); que ces régions s'enflamment, puis s'escharifient; qu'on y joigne, en outre, la fièvre intense déterminée par la douleur elle-même, et il sera facile de comprendre les accidents nerveux graves qui ne tardent pas à se montrer.

Comment doit-on, d'après ces données, combattre ces accidents? Naturellement en remontant à leur cause première, la douleur, et en s'efforçant sinon de la détruire complétement, ce qui serait impossible, du moins de la rendre supportable pour le malade.

Le matelas hydrostatique, étant d'une souplesse sans égale, remplit parfaitement cette indication; de plus, si l'on songe que le blessé y perd de son poids une partie égale à celle du liquide qu'il déplace, on comprendra que la pression qu'il exerce sur les parties saillantes de son squelette soit moindre pour chacune d'elles; on comprendra par suite que les capillaires ne s'y congestionnent pas, et qu'il n'y ait pas de production d'eschares; enfin, on s'expliquera encore pourquoi le malade n'est plus condamné à l'immobilité dans le décubitus dorsal, puisque, devenu beaucoup moins lourd par le fait même de son repos sur l'appareil, la force que doivent développer ses muscles pour le mettre en mouvement est beaucoup moindre pour chacun d'eux, et n'éveille par conséquent pas la sensation de douleur vive dans le mouvement, comme dans le cas où il est couché sur un lit ordinaire.

Ces explications, que nous avons cru devoir donner ici avant d'entrer dans le détail des faits cliniques, auront peut-être le caractère de théories physiques préconçues; mais les observations que nous possédons à leur appui sont nombreuses, et elles ne laisseront, nous l'espérons, subsister aucun doute dans l'esprit de nos lecteurs.

Le premier malade que nous ayons vu traiter par cet ingénieux appareil est un vieillard de soixante-dix-neuf ans, dont nous avons déjà rapporté l'histoire dans notre premier travail, mais à un autre point de vue.

Ce malade entra le 23 février 1862 à la Maison municipale de santé, et nous apprit que huit jours avant son entrée il était tombé sur la fesse en descendant la dernière marche d'un escalier, et qu'il n'avait pu se relever tant était vive la douleur qu'il éprouva. Il présentait dans cette région une ecchymose noirâtre très-étendue; le symptôme le plus frappant qu'il présentait était un renversement en dehors du pied correspondant au membre douloureux, renversement tel que son bord externe reposait presque sur la surface du lit. Ce membre offrait, en outre, un raccourcissement notable. M. Demarquay le mesura avec soin, et constata une différence de 3 centimètres et demi avec celui de l'autre côté. Le blessé était dans l'impossibilité absolue de faire le moindre mouvement sans provoquer chez lui des souffrances très-vives; il se plaignait aussi d'un sentiment de brûlure au sacrum, et on constata en effet dans cette région une rougeur violacée de la peau dans une étendue de la largeur de la paume de la main. On nota enfin une fièvre intense, 130 pulsations par minute.

Par l'ensemble de ces signes, le diagnostic était facile à poser, on avait affaire à une fracture extra-capsulaire du col du fémur.

Le lendemain et les jours suivants, les symptômes devinrent de plus en plus alarmants; la douleur devint extrême, le malade fut pris de délire violent, surtout pendant la nuit, la fièvre devint plus intense encore, la région sacrée ne fut bientôt plus qu'une vaste eschare; le malade était au dernier degré de l'adynamie, quand M. Demarquay nous ordonna de le placer sur un matelas hydrostatique.

Dès le lendemain, à la visite du matin, nous fûmes tous frappés de l'amélioration qui s'était produite; le blessé accusait beaucoup moins de douleur: il avait eu moins de fièvre la nuit, il avait eu un peu de sommeil; bref, son état était assez satisfaisant. Puis il put se tourner et se retourner facilement dans son lit, l'eschare du sacrum se détacha, la plaie se couvrit de bourgeons charnus de bonne nature et se cicatrisa en une quinzaine de jours.

Le malade sortit de l'hôpital, marchant avec des béquilles, sept semaines après qu'il y était entré, soit deux mois après l'accident.

D'autres faits analogues pourraient être rapportés ici: tels le cas de M. J..., vieillard de quatre-vingt-deux ans; celui de Mlle B..., âgée de quatre-vingt-trois ans; nous avons déjà relaté ces deux observations dans le *Bulletin de thérapeutique* de 1862; l'année dernière, un fait semblable s'est encore passé à la Maison de santé; enfin, cette année même, nous avons eu à compter un succès obtenu par cet instrument chez une dame de soixante-six ans, couchée au n° 7 du deuxième étage et qui était entrée à l'hôpital pour une fracture intra-capsulaire du col fémoral.

En résumé, sur cinq vieillards traités, cinq guérisons obtenues dans cette affection dont personne n'ignore la gravité. Cette conclusion suffit pour rendre superflu tout ce que nous pourrions ajouter sur cette méthode de traitement des fractures du col fémoral.

Un mot seulement au sujet des fractures du bassin.

Il est évident qu'ici encore le matelas d'eau est appelé à rendre les plus grands services. Les conditions qui régissent l'élément douleur dans ces fractures, sont exactement les mêmes que pour celles du fémur; comme ces dernières, elles exposent les malades aux eschares, aux accidents ataxiques. Toutes ces complications seront, dans l'immense majorité des cas, évitées par l'appareil dont nous parlons.

Nous avons vu, l'année dernière, dans le service de M. Demarquay, une jeune femme qui, dans le but de se suicider, s'étant précipitée dans le canal Saint-Martin, en fut retirée par deux mariniers, qui la laissèrent tomber de tout son poids; elle se fractura l'os des iles, et à son entrée le lendemain à la Maison de santé, elle présentait une énorme ecchymose qui couvrait toute l'étendue du siége, et elle était atteinte d'un délire des plus violents.

La fracture reconnue, cette malade fut placée sur un matelas d'eau, et quoique son état fût des plus graves et des plus inquiétants pendant les huit ou dix premiers jours, elle sortit parfaitement guérie au bout de six semaines.

M. Desormeaux, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 janvier

1863, rapporte aussi des faits analogues. Il cite entre autres l'observation d'un jeune homme de vingt ans, couché à la salle Saint-Pierre pour une fracture du corps du pubis et de l'ischion avec déchirure de l'urèthre par une masse de glaise dans un éboulement. Le malade était obligé de rester couché sur le dos. Bientôt une eschare apparut au sacrum. Pansée avec le diachylon et de la poudre de quinquina, elle s'étendit davantage et devint de plus en plus douloureuse.

On mit le malade sur un matelas d'eau et la plaie disparut complétement en quinze jours; la douleur cessa immédiatement après qu'on l'eut posé sur l'appareil. Privé accidentellement de son lit hydrostatique pendant quelques jours, il commença à souffrir au siége de ses fractures, tellement que l'on vit ce pauvre garçon, affaibli par le mal, pleurer en pensant qu'on ne lui rendrait peut-être pas son matelas. Il sortit de l'hôpital n'ayant plus qu'une petite fistule au voisinage de la fracture de l'ischion.

Enfin, et pour en finir, disons encore que le matelas hydrostatique est d'une utilité extrême pour le transport des blessés. Le malade couché sur ce lit d'eau, dans une voiture ordinaire ou dans un wagon de chemin de fer, n'y éprouve plus aucun de ces chocs qui exaspèrent parfois tellement la douleur, qu'ils rendent souvent le voyage des blessés complétement impossible.

MOYEN SIMPLE DE GUÉRIR INSTANTANÉMENT LA GALE de l'homme.

Par le docteur DECAISNE, médecin principal.

Il est bien reconnu aujourd'hui que la gale de l'homme, comme celle des animaux, est déterminée par la présence sur le corps de certains acariens représentés chez l'homme par l'*acarus scabiei*. Celui-ci se loge dans des sillons sous-épidermiques, y détermine du prurit et le développement de vésicules; on sait encore que cet *acarus scabiei* se communique avec une très-grande facilité par attouchement.

Le nombre des vésicules que détermine la présence de cet acarien est très-variable; elles sont petites, isolées, transparentes, et contiennent une sérosité particulière; elles apparaissent le plus souvent entre les doigts, aux poignets, sur la face antérieure des avant-bras et correspondent toujours à des sillons ou à des sortes de petites galeries que parcourent les sarcoptes. Il importe donc de bien établir le diagnostic de la gale chez les personnes qui se plaignent de démangeaisons, car la contagion a bientôt atteint tous les habitants d'une même maison, et, dans l'armée, les hommes de toute une compagnie, si on a méconnu la nature de la maladie.

Tous les traitements employés contre cette affection ont eu pour but la destruction plus ou moins prompte du sarcopte; mais la plupart contiennent du soufre, et sont par cela même difficiles à mettre en usage dans le civil.

C'est, on le sait, à la fin de 1834 qu'on a cessé dans l'armée belge de traiter les galeux par l'*unguentum nostrum*, et qu'on y a substitué le sulfure calcaire liquide. En France, à Saint-Louis, hôpital spécialement affecté aux maladies cutanées, on se sert, d'après M. Hardy, de l'onguent d'Helmerich.

Dans les deux pays, la méthode générale de traitement est à peu près la même: le médicament antipsorique seul diffère. En France, le malade, d'abord frictionné sur tout le corps avec du savon noir, entre ensuite dans un bain tiède, d'où, à sa sortie, on le frictionne de nouveau avec l'onguent sulfureux, tandis que dans nos hôpitaux militaires cet onguent est remplacé par le sulfure calcaire liquide. La friction terminée, les malades des hôpitaux français se rhabillent en conservant sur le corps la pommade sulfureuse qui a pour but de désinfecter les vêtements. Dans les hôpitaux militaires belges, au contraire, après la friction terminée au moyen du sulfure calcaire, le soldat entre dans le bain, se lave, et pendant les deux heures que durent ces diverses opérations, les vêtements sont désinfectés au moyen de fumigations de chlore, ou par l'emploi d'une vive chaleur qui tue les sarcoptes.

On voit que malgré la simplicité et l'efficacité du traitement antipsorique employé soit en France, soit en Belgique, il offre cependant plusieurs inconvénients. D'abord, il est toujours très-difficile à employer dans le civil, à cause de l'odeur très-désagréable que répandent les préparations sulfureuses, puis à raison des taches qu'il occasionne sur le linge. Le sulfure calcaire, de son côté, produit très-souvent des brûlures ou des affections cutanées (eczéma, prurigo, impétigo) longues à faire disparaître après la destruction du sarcopte.

Il est enfin un point essentiel du traitement de la gale que nous ne pouvons plus perdre de vue, puisqu'il intéresse par-dessus tout le service hospitalier. Je veux parler du prix de la médication antipsorique, et surtout de la possibilité de guérir les galeux, placés dans diverses conditions sociales, sans les soustraire à leurs travaux ordinaires, et par conséquent sans admettre les galeux dans nos hôpitaux.

C'est à ce point de vue pratique de la question que je me suis placé pour mettre en usage et préconiser aujourd'hui, après l'avoir employé concurremment avec tous les médecins de la garnison d'Anvers, un traitement des plus simples: il consiste à appliquer sur la peau du galeux une légère couche d'huile de pétrole (1). Une seule onction suffit d'ordinaire pour faire pénétrer l'huile dans les galeries et pour tuer instantanément l'animal sans produire la moindre éruption. Le prix de l'huile de pétrole purifiée, partout aujourd'hui en usage dans l'éclairage, est de 60 à 80 centimes le litre, ce qui réduit le traitement complet d'un galeux à 3 ou 4 centimes. Il est impossible d'obtenir une guérison à plus bas prix.

Etendue sur la peau, l'huile de pétrole y pénètre instantanément, comme je viens de le dire, et tue le sarcopte et sa larve. Son action est aussi rapide et aussi efficace sur les *pediculi pubis* et *capitis*. On trouve l'animal mort après l'opération. Je me suis assuré que les émanations de l'huile de pétrole suffisent pour détruire les sarcoptes qui existent dans les vêtements, et qu'elle offre en outre le grand avantage de ne point salir le linge et de nettoyer en même temps la peau.

Maintenant, si on objectait que l'odeur de l'huile de pétrole est aussi désagréable que celle des préparations sulfureuses, nous répondrions qu'aujourd'hui qu'elle est entrée dans nos usages journaliers, elle n'offre pas l'inconvénient des préparations sulfureuses, qui décèlent toujours dans le public un traitement psorique, et qu'au surplus, comme cette odeur est très-volatile, elle se dissipe assez vite. Enfin, si quelques personnes très-délicates se refusaient à l'emploi de l'huile de pétrole, elles pourraient la remplacer par l'huile essentielle de lavande, ou bien prendre simplement un bain après l'emploi de l'huile de pétrole.

Il résulte donc de ce qui précède que l'huile de pétrole purifiée remplit toutes les conditions voulues pour détruire la gale de l'homme: elle est à bas prix; elle est très-facile à employer; elle ne tache pas le linge; elle peut être appliquée dans toutes les classes de la société; elle est exempte de l'odeur attachée à toutes les préparations sulfureuses et psoriques; elle nettoie la peau, et purge enfin par son odeur empyreumatique les vêtements qui pourraient servir à la propagation du sarcopte.

Le nouveau moyen curatif de la gale que je soumets aujourd'hui à l'examen me semble donc appelé à changer à fond la médication ordinaire de cette maladie, non-seulement dans les hôpitaux militaires, mais encore dans les hôpitaux civils et les bureaux de charité. On supprime en effet du même coup les frictions avec du savon noir, les bains, l'onguent soufré ou le sulfure calcaire; on se dispense enfin de soumettre les effets des galeux à une opération spéciale; on remplace en un mot un traitement plus ou moins long et coûteux par une médication instantanée des plus simples et des moins dispendieuses.

(1) On ne doit ni frotter ni frictionner, mais étendre l'huile; en un mot, enduire simplement la peau.

ÉCLAMPSIE AU SEPTIÈME MOIS disparaissant après l'accouchement forcé.

En présence de l'éclampsie et alors que le travail utérin est encore nul, la conduite du praticien est d'autant plus embarrassante que tous les auteurs ne sont pas d'avis de recourir à l'accouchement prématuré et forcé en pareille circonstance. Tout d'abord il paraît utile de mettre en œuvre le chloroforme, les bains de valériane, ou la saignée si la femme est robuste; mais il y a des cas où ces moyens ayant échoué, le médecin est autorisé à ne consulter que ses inspirations, et à provoquer l'accouchement s'il n'a plus que cette chance de sauver sa malade. Telle était la situation critique où se trouvait le 28 mai dernier, à cinq heures du soir, M. Galicier, accoucheur distingué et très-expérimenté de Nantes.

M. Galicier raconte dans une note fort bien écrite, que publie le *Journal de la Société de médecine de la Loire-Inférieure*, qu'appelé en toute hâte près d'une jeune primipare enceinte de sept mois, et chez laquelle des convulsions revenaient de dix minutes en dix minutes, avec des alternatives de coma et de perte de connaissance complète, il eut recours sans hésitation, mais aussi sans profit, à la saignée, aux sangsues, au chloroforme, aux lavements purgatifs, etc.

Le lendemain 29, à dix heures, après dix-sept heures de crises effrayantes, M. Galicier, voyant échouer toutes les médications préconisées, sans aucun travail du côté de l'utérus, prit le parti de forcer l'accouchement en provoquant la dilatation du col qui se trouvait effacé. Après dix minutes de tentatives, il put introduire le doigt, rompre les membranes, et le col lui présentant une rigidité désespérante, il en opéra le débridement, par voie d'incisions multiples, à l'aide d'un bistouri boutonné. La résistance du col étant ainsi vaincue, l'opérateur put introduire facilement la main et terminer l'accouchement avec le forceps. L'enfant était mort. A partir de cet instant, les accidents convulsifs perdirent de leur fréquence et s'arrêtèrent à trois heures de l'après-midi. Depuis ce moment tout se passa avec la plus grande régularité.

Il est bien probable que si M. Galicier se fût abstenu de toute intervention chirurgicale, la malade eût succombé, et que celle-ci n'a été sauvée que par suite de la déplétion provoquée de l'utérus. Il ne faut donc point renoncer à ce parti extrême, et si la main ne peut être introduite à travers le col, il convient de pratiquer sur celui-ci un débridement multiple tel que l'a fait dans ce cas avec succès notre honorable confrère de Nantes.

(*Journ. de méd. et de chir. pratique.*)

RAPIDITÉ D'ABSORPTION DES PRINCIPES MÉDICAMENTEUX par l'estomac et la voie rectale.

Malgré tout l'intérêt que présente la solution de cette question, les travaux entrepris pour la résoudre sont encore peu nombreux; on comprend par là l'empressement que nous mettons à enregistrer les nouveaux documents fournis par M. Savory, chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres. Les expériences comparatives de M. Savory ont été faites sur des lapins, des chats, des rats, des cochons d'Inde et des chiens, avec la strychnine, le cyanure de potassium, l'acide cyanhydrique et la nicotine. Les résultats de ces expériences ont été assez variables, suivant les substances toxiques employées.

La strychnine (en solution) produit des effets toxiques beaucoup plus rapidement quand elle est administrée en lavement que quand elle est ingérée dans l'estomac; pour le cyanure de potassium et l'acide cyanhydrique, la différence est bien moins marquée, et pour la nicotine, c'est précisément le contraire que l'on observe.

Cette différence doit-elle être attribuée à ce que l'absorption se fait plus rapidement par l'une ou l'autre voie? Cette question a été spécialement étudiée par M. Savory pour la strychnine.

Il s'est demandé d'abord si la strychnine n'était pas modifiée par le suc gastrique, de manière à perdre une partie de ses propriétés toxiques? Pour résoudre le problème, il a fait des mélanges artificiels d'une solution de strychnine et de suc gastrique, et il les a injectés dans le rectum.

Il observait alors des effets toxiques au moins aussi rapides et aussi énergiques qu'en employant une solution de strychnine non mélangée de suc gastrique. La réponse à la question posée doit donc être négative.

Une autre série d'expériences a démontré que la présence d'aliments dans l'estomac n'exerce aucune influence sensible sur la rapidité et l'énergie des effets toxiques d'une solution de strychnine.

Lorsque, au lieu d'administrer la strychnine en solution, on la donne en poudre, elle est absorbée beaucoup plus lentement. Dans ces conditions, l'absorption a lieu plus rapidement dans l'estomac que dans le rectum, ce qui tient à l'action dissolvante plus énergique du suc gastrique. (*The Lancet* et *Gaz. méd.*).

NÉVRALGIE DU NERF LINGUAL GUÉRIE PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Par M. NAFFE.

Un homme, âgé de trente ans, après s'être exposé à un violent courant d'air, éprouva une douleur très-vive à la partie postérieure et latérale gauche de la cavité buccale. La douleur, continue, présentait des exacerbations, surtout la nuit. Elle commençait toujours au même point correspondant à la dernière molaire, et se prolongeait vers la pointe de la langue. La mastication était douloureuse et le malade ne pouvait prendre d'aliments solides. La douleur s'étendit ensuite à la plus grande partie de la bouche.

Après avoir essayé des traitements divers, M. Naffe eut recours à l'électricité. L'anastomose du lingual avec la corde du tympan l'engagea à agir sur ce filet nerveux. Pour cela, il remplit d'eau le conduit auditif externe, y plaça un des réophores de la pile et plaça l'autre sur l'apophyse mastoïde. A peine le courant continu eut-il commencé à passer par l'oreille que tout signe de douleur disparut.

Quelques séances les jours suivants amenèrent en peu de temps une guérison complète.

(*Allg. Wiener mediz. Zeitung* et *Gaz. hebd.*)

DES CONDITIONS MORBIDES DE L'HÉMÉRALOPIE,

Par le professeur QUALINO.

Le professeur Qualino a constaté les phénomènes suivants sur trente soldats héméralopes observés au camp de Somma:

1° Suffusion blanchâtre de toute la rétine, surtout autour de la papille;

2° Congestion des veines, dont le sang paraît plus noirâtre et comme coagulé;

3° Couleur rose ou rouge de la papille quand la maladie est récente;

4° Atrophie de la papille et des vaisseaux quand la maladie s'est répétée plusieurs fois et que le malade est devenu amblyopique.

De ces altérations et de quelques autres phénomènes, le professeur Qualino conclut que le point de départ de l'héméralopie réside dans les altérations des extrémités du nerf optique, de la rétine et de ses vaisseaux, et que l'affection doit être considérée comme une stase veineuse, accompagnée d'infiltration séreuse de la substance rétinienne et des fibres nerveuses du nerf optique constituant la papille.

Cet exsudat séreux trouble la transparence de la rétine, comprime la couche des bâtonnets et des cônes, les rend moins aptes à recevoir les rayons émanant de corps éclairés par une lumière trop faible, comme celle du crépuscule ou de la nuit.

(*Gaz. med. Lombardia* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Emploi de l'acide phénique en médecine. Réclamation de priorité adressée à l'occasion d'une communication récente, par M. LEMAIRE.

Dans la séance de l'Académie du 2 janvier 1864, M. le docteur Déclat a communiqué un mémoire sur l'emploi de l'acide phénique en médecine et en chirurgie.... Pour que l'Académie puisse juger la juste part qui revient à M. Déclat dans cette question, je me bornerai à rappeler les dates de son travail et celles de mes publications sur ce sujet. L'ordre des temps veut que je commence par les miennes.

8 septembre 1859. — Note à l'Académie de médecine sur l'emploi du coaltar saponiné dans les plaies gangréneuses et autres de mauvaise nature.

Juin 1860. — Du coaltar saponiné et de ses applications. Ce travail contient près de quatre-vingts observations, recueillies sur l'homme et les animaux ; parmi lesquelles se trouvent une quinzaine de cas de gangrène où l'action de ce médicament a été des plus remarquables. J'y rapporte l'analyse de ce médicament et j'étudie comparativement l'action de ses composants pour déterminer auquel il doit les remarquables propriétés que j'ai observées. Mes expériences démontrent son mode d'action, et que c'est principalement à l'acide phénique que ses effets sont dus.

4 mars 1861. — Note communiquée à l'Académie sur les applications de l'acide phénique à l'hygiène et à la thérapeutique. Ce travail a été publié dans les journaux l'*Institut* et le *Cosmos*.

Mai et août 1861. — Nouvelles observations sur les applications du coaltar saponiné à la thérapeutique, publiées dans le *Moniteur des sciences médicales*. Ce travail contient vingt-six observations diverses, dont dix de gangrène, où les effets de ce médicament ont été des plus remarquables.

8 octobre 1861. — Depuis la fin de 1860, ayant fait à l'hôpital Saint-Louis, chez M. Bourrel, vétérinaire, et ailleurs, un grand nombre d'expériences avec l'acide phénique, je commençai dans le *Moniteur des sciences médicales* la publication d'un long mémoire sur cet acide. La publication de ce travail, qui occupe une large place dans six de ses numéros, a été forcément interrompue parce que ce journal a cessé de paraître. Dans une longue introduction, je donne un résumé des applications importantes que j'ai faites du coaltar, et je dis que le but de ce travail est de remplacer cette substance par l'acide phénique pour des motifs que j'y développe. Le dernier numéro est du 16 novembre.

15 octobre 1862. — La publication du travail précédent, qui avait été interrompue parce que le *Moniteur des sciences médicales* avait cessé de paraître, est reprise dans le *Moniteur scientifique* du docteur Quesneville et achevée pendant l'année suivante. Les expériences nombreuses que j'avais faites y sont rapportées pour démontrer l'action de cet acide sur les végétaux, les animaux, les ferments, les venins, les virus et les miasmes. Un grand nombre d'applications de cet acide sont consignées dans ce mémoire.

1863. — Je résume toutes mes recherches sur le coaltar et l'acide phénique dans un volume de 432 pages. Il est intitulé : *De l'acide phénique et de ses applications à l'industrie, à l'hygiène, aux sciences anatomiques et à la thérapeutique.*

Recherches de M. Déclat. — C'est seulement le 30 novembre 1860 que M. Déclat dit avoir appliqué l'acide phénique pour la première fois.

1865. — C'est le 2 janvier de cette année que M. Déclat commence à publier ses recherches. Son mémoire ne contient rien que je n'aie publié avant lui, si ce n'est une application à un engorgement de la langue. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Jobert de Lamballe.)

Note sur un cas de scorbut observé chez le Gorille. Note de M. BÉRENGER-FÉRAUD, présentée par M. BERNARD.

Pendant un voyage que j'ai fait sur les côtes occidentales d'Afrique, j'ai eu l'occasion d'observer un jeune Gorille qui présenta, à un certain moment où nous manquions de vivres frais, les symptômes d'un scorbut bien caractérisé (1). L'animal, qui jusque-là avait été agile et gai, paraissant supporter très-bien la captivité, puisqu'il jouissait d'un excellent embonpoint et qu'il était d'un caractère doux et sociable, devint peu à peu triste, dormeur et paresseux. Il maigrit ; son poil devint roide, sec et cassant ; sa peau, de couleur naturellement plombée, prit une teinte terne et se desquama par petites pellicules comme dans le pityriasis.

Les muqueuses nasale, labiale et préputiale se décolorèrent ; tandis que les gencives devinrent rouges, livides, boursouflées et présentèrent bientôt des ulcérations pultacées qui s'étendirent et ébranlèrent les dents. J'entrepris de cautériser ces ulcérations avec le nitrate d'argent, avec les acides citrique, chlorhydrique, etc. ; mais l'amélioration locale, très-difficile à obtenir, ne se manifestait que lentement. Bientôt des hémorrhagies passives par la bouche et par le nez se firent jour, mettant l'animal dans un état de débilité si grand, qu'on pouvait prévoir qu'il succomberait avant peu.

La coloration de la peau n'a pas permis de constater irrécusablement les pétéchies et les ecchymoses ; cependant, à l'aspect plus terreux de certaines portions des membres, surtout vers la région poplitée, je suis porté à croire qu'il y avait bien réellement extravasation du sang dans le tissu cellulaire.

L'état général était au plus mal quand nous pûmes nous procurer des légumes frais et des fruits acides ou sucrés. Sous leur influence, comme sous l'action des toniques, le jeune Gorille reprit des forces et revint peu à peu à la santé complète jusqu'au moment où, le navire remontant vers des latitudes plus froides, il succomba à la phthisie si fréquente chez le singe en captivité. (Commissaires précédemment nommés : MM. Rayer, Peligot et Bernard).

(1) A ce moment, l'équipage du navire sur lequel nous étions présentait une véritable épidémie de scorbut.

— M. BABAUTY adresse, d'Angerville (Seine-et-Oise) un mémoire sur la pustule maligne.

« Les médecins des grandes villes, dit M. Babauty, ayant rarement occasion d'observer cette maladie, j'ai pensé qu'il était du devoir des praticiens qui exercent la médecine dans des contrées où ce fléau sévit habituellement, d'apporter le tribut de leur expérience ; je suis dans ce cas, puisque j'habite depuis vingt ans une petite ville située au milieu de la Beauce, dont les immenses plaines sont couvertes de moutons sujets à ces affections charbonneuses qui sont l'origine de la pustule maligne chez l'homme. »

(Commissaires, MM. Velpeau, Rayer).

— M. B. SCHNEPP soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *La phthisie est une maladie ubiquitaire, mais elle devient rare à certaines altitudes.*

(Commissaires, MM. Rayer, Bernard, Cloquet.)

— M. PONS, en adressant une note sur les fonctions de la rate, annonce que ses recherches sur ce point lui paraissent de nature à jeter du jour sur la nature et le traitement du choléra ; il demande en conséquence que son travail soit considéré comme pièce de concours pour le prix du legs Bréant.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine, constituée en commission spéciale pour ce concours.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 10 décembre 1864, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins des arrondissements d'Avranches et de Mortain, à Avranches (Manche), M. le docteur Houssard, médecin des épidémies.

De la commune de Bruyères (Vosges), M. le docteur Mougeot, maire, membre du Conseil général.

Des anciens militaires, à Panissières (Loire), M. le docteur Méziat.

Des anciens militaires, à Elbeuf (Seine-Inférieure), M. le docteur Godquin.

De Saint-Matthieu, à Montagny (Loire), M. le docteur Pétra.

De l'*Union fraternelle*, à Ry (Seine-Inférieure), M. Jouanne, médecin-pharmacien.

De l'*Alliance*, à Rouen (Seine-Inférieure), M. le docteur Vingtrinier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jouët (d'Isigny). Cet honorable confrère, un de nos plus fidèles collaborateurs, vient de succomber dans sa soixante-dixième année, des suites d'une infection putride contractée dans l'exercice de sa profession. Ancien chirurgien aux armées impériales, M. le docteur Jouët occupait une place importante parmi les praticiens distingués de la province.

— M. le docteur Roquette, auteur de la *Physiologie des vénériens*, nous prie de rectifier une erreur qui s'est glissée dans la présentation de son livre faite à l'Académie de médecine. Il faut lire M. Roquette (de Nantes), et non M. Roquette (de Caen).

— M. le docteur Auzoux, auteur de l'*Anatomie clastique*, commencera, le dimanche 22 janvier prochain, à une heure, son cours d'anatomie humaine et comparée, 2, rue Antoine Dubois.

Le gorille, le plus grand de tous les singes, et de nouvelles préparations, concernant le règne végétal, les champignons, seront l'objet d'une attention spéciale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par MM. Bernutz, Bœckel, Buignet, Cusco, Denucé, Desnos, Desormeaux, Devilliers, Alfr. Fournier, T. Gallard, H. Gintrac, Giraldès, Gosselin, Alph. Guérin, A. Hardy, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, S. Laugier, Liebreich, P. Lorain, Lunier, Marcé, A. Nélaton, Oré, Panas, V. A. Racle, Richet, Ph. Ricord, Jules Rochard (de Lorient), Z. Roussin, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Trousseau ; directeur de la rédaction ; M. le docteur JACCOUD.

Le Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera de 12 à 15 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. Prix de chaque volume de 800 pages, avec figures intercalées dans le texte, 10 fr.

Les deux premiers volumes sont en vente. — Le tome II, 800 pages, avec 91 figures, comprend : Aménorrhée, par Bernutz ; Amputation, par A. Guérin ; Amygdales et Amygdalotomie, par Desnos et L. A. de Saint-Germain ; Amyloïde (Dégénérescence), par Jaccoud ; Anatomie médico-chirurgicale et Anatomie pathologique, par E. Bœckel ; Anémie, par Lorain ; Anesthésiques, par Giraldès ; Anévrysmes, par Richet ; Angines, par Desnos ; Angine de poitrine, par Jaccoud ; Ankylose, par Denucé ; Antagonisme, par Lorain ; Anthelminthiques, par A. Ollivier et G. Bergeron ; Anti-aphrodisiaques, par Ricord ; Anthrax, par A. Guérin ; Antimoine, par Roussin et Hirtz ; Anus, par Gosselin, Giraldès et Laugier ; Aorte, par Luton.

Les volumes sont envoyés *franco* par la poste, aussitôt leur publication, aux souscripteurs des départements, sans augmentation sur le prix fixé. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Climatologie des stations hivernales du midi de la France (Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton), par M. Th. de VALCOURT, docteur en médecine et licencié en droit des Facultés de Paris. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. Paris, 1865. Chez Germer Baillière, libraire-éditeur.

De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux, son action dans l'état nerveux, la chlorose, les névralgies et les névroses particulières, l'adynamie et l'ataxie liées aux maladies aiguës, la cachexie des maladies chroniques. Etude sur la médication arsenicale, par M. le docteur Ch. ISNARD (de Marseille). Un vol. in-8°. Prix, 4 fr. Paris, 1865. Chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 8. — JEUDI 19 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 8. — JEUDI 19 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la syphilis vaccinale, interrompue mardi dernier par le triste incident que l'on connaît, a été reprise hier avec un certain éclat par une argumentation aussi solide que vive et animée de M. Blot. On trouvera cette argumentation dans le compte rendu, ainsi que celle de M. Ricord, que nous n'avons pu insérer il y a huit jours. Elles renferment à elles deux l'expression de tous les doutes, de toutes les difficultés que peut soulever la question et de toutes les critiques auxquelles le rapport de M. Depaul pouvait prêter le flanc. M. Depaul a repoussé immédiatement dans une courte allocution les principaux reproches que venait de lui adresser M. Blot. Il se propose de répondre plus compendieusement, dans une autre séance, à l'argumentation de M. Ricord. M. Trousseau a retenu la parole pour la séance prochaine. La discussion, comme on le voit, promet d'être à la hauteur de l'importance et de la gravité du sujet. Nous chercherons, quand elle sera un peu plus avancée, à en dégager les points principaux.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu la lecture d'une courte note de M. le docteur Auguste Voisin sur les mariages consanguins. L'exposé des faits très-intéressants que renferme cette note ne pouvait laisser aucun doute sur le sens de la conclusion à en tirer au point de vue de la question si vivement controversée de l'influence des unions consanguines. Aussi l'auteur l'a-t-il déduite avec une netteté et une précision qui ne laissent place à aucune équivoque. Consulté nous-même récemment sur cette question par des parties intéressées, c'est dans des termes presque identiques que nous avons cru devoir répondre, et nous avons appris, depuis, que plusieurs de nos éminents confrères, ayant eu à émettre leur avis sur les mêmes faits, avaient donné exactement la même solution. Nous sommes heureux de constater cette concordance, et nous ne doutons pas que les faits du genre de ceux que M. A. Voisin a exposés hier étant mieux connus, l'opinion ne tende à devenir de plus en plus unanime sur cette question. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique.

(Recueillies et publiées par M. le docteur Maurice RAYNAUD.)

DES PALPITATIONS (1).

Centre médullaire ou auxiliaire. — L'influence que peut exercer la moelle dans les mouvements du cœur est un point des plus controversés de la physiologie. Haller, vous le savez, niait cette influence. Appliquant surtout au cœur sa théorie de l'irritabilité, il a déclaré maintes fois que les contractions cardiaques sont dans une indépendance absolue du système nerveux. Spallanzani, Bichat, disent avoir irrité la moelle de diverses manières, sans produire aucune action sur le cœur.

Toutefois, des faits déjà anciens sont venus ébranler cette manière de voir. Ainsi Wilson Philip est parvenu à accroître les battements du cœur en humectant la moelle épinière avec de l'alcool; des dissolutions d'opium ou de tabac produiraient, selon lui, l'effet contraire; il faut cependant que ces résultats n'aient point été très-nets, puisque Wilson Philip, grand partisan de Haller, soutient avec lui que l'action du cœur, indépendante du système nerveux, émane d'une force inhérente à la fibre musculaire.

Avant Wilson Philip, Legallois avait fait des expériences célèbres. Ce médecin détruisait isolément chez des lapins âgés de plus de vingt jours chacune des trois portions cervicale, dorsale et lombaire de la moelle, et toujours la mort arrivait presque immédiatement. Il l'attribuait à l'arrêt de la circulation, et en concluait que le cœur soutire le principe de ses battements de tous les points de la moelle épinière; et, pour prouver que la mort arrivait bien alors par arrêt de la circulation, il coupait une grosse artère d'un membre, et montrait qu'il ne se faisait plus d'hémorrhagie. On a beaucoup critiqué cette dernière expérience, et Legallois lui-même ne se dissimulait pas qu'elle laissait quelque incertitude sur l'instantanéité de la cessation des battements. Il y avait là néanmoins une observation vraie, que des expériences contemporaines ont confirmée en partie.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 12 et 17 janvier.

M. Bezold, dans ses recherches tout à fait récentes, établit que le bulbe contient un centre cardiaque dont l'influence permanente sur les mouvements du cœur est transmise à cet organe par la moelle épinière, puis par le cordon sympathique.

Voici par quelles expériences il prouve l'existence de ce centre bulbaire.

A. Sur des chiens et des lapins, il pratique préalablement la section du nerf vague et du grand sympathique cervical, afin d'éliminer l'action propre de ces nerfs. En outre, il a soin de faire absorber à l'animal deux centigrammes de curare, pour éviter les mouvements; enfin, il établit une respiration artificielle. Ces précautions préliminaires étant prises, des aiguilles communiquant avec un fil spiral où passe un courant d'induction secondaire, sont introduites dans le bulbe. Le courant est produit par un élément de la pile de Daniell. On observe alors les effets suivants :

1° Le pouls monte de cinq pulsations par seconde;

2° Les bruits du cœur augmentent, ainsi que ses contractions;

3° La pression du sang dans les artères carotides augmente énormément;

4° Tous ces effets ne se produisent qu'après deux à quatre secondes, et persistent encore dix à vingt secondes après l'excitation.

Une irritation portée sur la moelle cervicale par les mêmes moyens produit les mêmes effets.

M. Bezold en conclut que l'irritation de la moelle allongée, ou de la moelle cervicale, augmente en général la force impulsive du cœur et la porte à son maximum.

B. Dans une autre série d'expériences, des sections sont pratiquées sur le bulbe au niveau du calamus, ou sur la région cervicale entre la première et la cinquième vertèbre. Les effets observés sont les suivants :

1° Le nombre des pulsations monte passagèrement, pour retomber bientôt après;

2° L'action du cœur augmente, puis diminue considérablement;

3° La pression artérielle finit par s'abaisser bien au-dessous de l'état normal.

C. Après section préalable, l'irritation du bout périphérique de la moelle cervicale thoracique ou lombaire produit les mêmes effets que l'on avait obtenus dans la première expérience, c'est-à-dire une augmentation de l'action du cœur.

D. On intercepte à différentes hauteurs un fragment de la moelle entre deux sections.

1° Si les sections ont été pratiquées près du bulbe, on observe au cœur les mêmes effets paralytiques qu'à la suite de la section simple du bulbe.

2° Si après cela on coupe la moelle séparée du bulbe, on n'obtient plus rien.

3° Si une irritation est portée sur un fragment spinal isolé dans la région thoracique ou lombaire, le cœur augmente d'action.

4° Cette même irritation, portée sur un fragment spinal isolé dans la région cervicale, ne produit pas d'effet sensible sur le cœur.

E. On coupe le cordon sympathique dans la région thoracique, et l'on irrite la moelle lombaire. Rien du côté du cœur.

Si l'on irrite le cordon sympathique dans la portion thoracique ou lombaire, l'activité du cœur augmente; mais si l'on a fait une section préalable au-dessus du point irrité, les effets manquent.

CONCLUSIONS. — 1° La moelle cervicale contient des nerfs moteurs qui vont de l'encéphale au cœur. L'excitation normale de ces nerfs contribue pour une grande part à soutenir l'activité normale du cœur et à lui communiquer sa force impulsive. Une fois ces nerfs paralysés, il ne reste au cœur qu'une fraction de sa force naturelle.

2° De la moelle cervicale ces fibres excitatrices descendent à travers la moelle épinière, pour la quitter à diverses hauteurs et gagner le cordon sympathique.

3° Le cordon sympathique a donc, entre autres fonctions, celle d'un nerf moteur du cœur.

4° Mais ni le cordon sympathique ni le faisceau correspondant de la moelle épinière ne contiennent de foyer d'excitation automatique ou automoteur. Ils ne sont l'un et l'autre que des voies conductrices par lesquelles passe l'influx nerveux. Celui-ci part de l'encéphale, où se trouve un centre cardiaque réellement automatique. De là il gagne la moelle épinière, le grand sympathique, et va concourir d'une manière continue à animer le cœur.

En résumé donc, d'après Bezold, l'activité normale du cœur est puisée à trois sources directes qui sont :

1° Les ganglions intra-cardiaques;

2° Le centre spinal, dont l'influx passe par le grand sympathique pour aller exciter les fibres cardiaques;

3° Le système central excitateur ou auxiliaire, découvert par ce physiologiste.

Supposez ce centre paralysé, les mouvements du cœur continueront bien à se faire régulièrement, mais ils n'auront plus la force nécessaire pour que la circulation s'accomplisse normalement. Le siége de ce centre excitateur est bien réellement dans le bulbe, car lorsque l'on a séparé d'avec la moelle les autres parties de l'encéphale, les mouvements du cœur ne s'affaiblissent pas plus qu'après une perte de sang. Si au contraire c'est le bulbe qui a été séparé de la moelle, le cœur perd considérablement de son énergie.

Objections. — Ces conclusions ainsi posées sont passibles de quelques objections. Ainsi, ce *centre spinal* que Bezold indique comme seconde source d'innervation du cœur ne mérite pas à proprement parler le nom de centre; c'est plutôt, d'après les expériences de Bezold lui-même, une voie centrale de transmission.

En outre, il est une autre source qui méritait d'être mentionnée : c'est le foyer modérateur, celui du nerf vague, qui a aussi son siége dans le bulbe. De sorte qu'en définitive, il reste bien trois foyers, ainsi que nous l'avions annoncé.

Quant au mode d'action exercé par le centre bulbaire, on peut se demander (et nous aurons bientôt à revenir sur ce point) s'il s'agit bien là d'une influence directe, si les effets de la section ou de l'irritation du bulbe ne s'expliquent pas par des modifications dans les nerfs vasculaires. A cette nouvelle objection, Bezold répond par l'expérience suivante : il fait une section de la moelle cervicale, l'activité du cœur s'amoindrit comme précédemment. Cela fait, il place une ligature sur l'aorte, au-dessous de l'origine des artères rénales. Cette ligature équivaut par ses résultats au trouble de la circulation que produirait la contraction simultanée de toutes les petites artères. Or, à la suite de cette opération, la pression artérielle n'augmente que d'une quantité très-passagère et peu considérable, comparativement à l'excès de pression obtenue par l'irritation de la moelle. Si donc la ligature de l'aorte ne produit pas les mêmes effets que l'irritation de la moelle, c'est que ceux-ci ne peuvent s'expliquer par la contraction des artères.

On peut objecter enfin qu'à la suite des opérations pratiquées sur la moelle, il survient une modification dans les nerfs vaso-moteurs du poumon; qu'en conséquence l'échange des gaz n'étant plus ce qu'il était à l'état normal, exerce une influence sur le cœur. Mais il ne faut pas oublier que la suspension totale de la respiration n'agit sur le cœur que fort tard, et à un degré qui ne saurait en aucune façon être comparé avec les effets de l'irritation de la moelle.

En résumé, vous le voyez, Messieurs, M. Bezold accorde aux centres nerveux une influence *directe* sur les contractions du cœur. Les faits avancés par ce physiologiste sont d'une exactitude remarquable, et ont été confirmés pleinement dans un travail publié dans ces dernières semaines par MM. Ludwig et Thiry. L'interprétation seule est différente; celle de M. Bezold a surtout été attaquée par M. Goltz.

Est-ce par l'intermédiaire des vaisseaux que la moelle agit sur le cœur? — MM. Ludwig et Thiry reconnaissent qu'après la section de la moelle, la pression dans les artères diminue et les pulsations aussi; qu'après l'irritation du bout supérieur, on voit la pression et les pulsations augmenter. Ainsi, comme l'avait avancé Bezold, une modification a été produite dans le centre circulatoire. Deux suppositions sont possibles : ou bien on a déterminé directement une contraction du muscle cardiaque, ou bien on a déterminé une contraction des vaisseaux, et cette contraction vasculaire est la cause réelle de l'augmentation de pression. Celle-ci à son tour serait la cause unique des troubles cardiaques.

C'est à cette deuxième supposition que se rattachent MM. Ludwig et Thiry, et ils cherchent à l'établir par les preuves suivantes :

1° Si l'on augmente par un moyen quelconque la résistance au cours du sang, la pression devra monter comme elle monte

par l'irritation de la moelle, et si cette augmentation de pression, que l'on peut rendre indépendante des nerfs spinaux, augmente les pulsations, on en pourra conclure que l'excès de pulsations tient à l'accumulation du sang dans le cœur.

2° Que l'on suppose supprimés tous les nerfs qui vont du cœur à l'encéphale et à la moelle et que l'on irrite celle-ci. Si les nerfs que l'on vient de supprimer ne sont pour rien dans les effets produits, les mêmes phénomènes devront se manifester du côté du pouls et de la pression.

3° Les preuves précédentes ne seront complètes que si la circulation, une fois modifiée par un moyen mécanique, l'irritation de la moelle devient impuissante à déterminer de nouvelles modifications du côté du cœur.

De là trois séries d'expériences : 1° on irritera la moelle cervicale et l'on étudiera les effets produits sur les branches artérielles ; 2° on irritera la moelle cervicale après section préalable de tous les nerfs qui relient le cœur à l'axe cérébro-spinal ; 3° on fera la ligature de l'aorte thoracique, après quoi l'on irritera la moelle.

Voici maintenant les résultats qu'ont fournis les expériences instituées dans cette direction :

1° La compression exercée sur l'aorte thoracique détermine l'afflux du sang au cœur, et ce viscère offre alors la même suractivité qu'à la suite d'une irritation de la moelle. Il semble donc que cette irritation, avant d'agir sur le cœur, produise une augmentation de résistance au courant artériel.

2° Lorsque l'on a pris la précaution de détruire par les moyens galvano-caustiques tous les rameaux nerveux qui se distribuent au cœur, la division de la moelle et l'irritation du bout central produisent des effets semblables à ceux que l'on obtient sans destruction préalable des nerfs. Le cœur augmente d'énergie absolument comme si les nerfs étaient intacts, ce qui prouve qu'ils ne sont pas indispensables; la pression augmente; en même temps, on voit toutes les artérioles se rétrécir jusqu'à se fermer complétement.

3° Puisque, d'une part, on a démontré que l'augmentation de pression détermine la suractivité du cœur, et que, d'autre part, on a donné la preuve directe de l'accroissement de résistance des artères, on est en droit d'établir une relation de cause à effet entre la résistance artérielle et l'accroissement des contractions du cœur.

Ainsi donc, d'après MM. Ludwig et Thiry, les phénomènes observés par Bezold sont indépendants de l'action des nerfs spinaux, qui vont au cœur; ils reconnaissent pour cause unique et médiate la contraction des vaisseaux par l'irritation de la moelle. Toutefois ces expérimentateurs croient devoir faire quelques réserves, car ils reconnaissent que les pulsations observées au cœur et aux artères sont très-variables et sans rapport direct avec la pression. Ils font aussi des réserves sur l'influence que l'augmentation de pression artérielle exerce sur l'énergie du cœur.

Paralysie réflexe des vaisseaux. — M. Goltz réfute la théorie de Bezold par une autre voie, en se fondant sur l'arrêt du cœur par paralysie réflexe des vaisseaux.

Vous vous rappelez la curieuse expérience de ce physiologiste: une percussion violente exercée sur le ventre de l'animal amène l'arrêt du cœur par excitation réflexe du nerf vague. La mort peut être instantanée ; mais ordinairement le cœur recommence à battre très-faiblement, contenant alors une très-petite quantité de sang, tandis que, dans les cas où l'irritation a été portée directement sur le nerf vague, si le cœur recommence à battre, il bat naturellement. A quoi tient cette différence? C'est que la moelle a modifié l'action du cœur, mais non directement. Si la percussion a été faite après la section de tous les centres, ou, ce qui revient au même, après la section du nerf vague, le cœur bat très-faiblement. Il n'en est pas de même si c'est l'encéphale seul qui a été séparé de la moelle. Le peu d'intensité des battements tient à l'affaiblissement du système vasculaire qui amoindrit l'afflux du sang, et amoindrit par conséquent l'action du cœur. En effet, lorsqu'on ouvre un animal qui vient de subir la percussion du ventre, on trouve que tous les vaisseaux de l'intestin, du mésentère, même les veines, sont gorgés de sang, tandis que les autres vaisseaux du corps sont exsangues; la pression est diminuée dans les veines abdominales, dans la veine-cave inférieure et dans le cœur. Plus tard les vaisseaux ainsi frappés d'inertie recommencent à se contracter sous l'influence de la moelle. On voit donc que les veines, comme les artères, ont une tonicité propre soumise à l'influence médullaire.

Il n'est pas difficile de montrer que les vaisseaux sont en effet influencés par la moelle. Détruisez celle-ci, cela suffit pour que l'action du cœur soit sinon anéantie, du moins notablement amoindrie. On peut faire l'expérience inverse, conserver la moelle, mais saigner abondamment l'animal ; le cœur ne tarde pas à se remplir de nouveau.

Depuis son premier travail, M. Goltz est arrivé à reconnaître que ce ne sont pas seulement les vaisseaux du ventre qui sont paralysés par la percussion, quoiqu'ils le soient à un plus haut degré que les autres. On peut les lier, et l'effet sur le cœur se produit néanmoins. L'auteur pense que l'excitation mécanique des vaisseaux des parois abdominales ou l'excitation nerveuse de l'intestin peuvent paralyser le centre médullaire des nerfs vaso-moteurs.

Preuves de l'action directe de la moelle. — Cette intervention des vaisseaux dans la production des phénomènes cardiaques n'a pas paru à M. Bezold rendre un compte suffisant des faits observés, et les objections qui lui étaient faites de tous côtés ont motivé de sa part de nouvelles recherches.

1° La moelle, dit-il, excite *directement* le cœur. En effet, chez un animal préalablement empoisonné par le curare, et auquel on a coupé le nerf vague et le nerf grand sympathique, si on lie toutes les artères et toutes les veines, à l'exception des carotides et des jugulaires, et si on irrite alors la moelle, on voit encore se produire une accélération très-marquée du cœur et une augmentation de la pression artérielle. Ainsi l'activité du cœur continue à s'exagérer par l'excitation de la moelle, même quand la circulation se fait par des vaisseaux dont les nerfs vaso-moteurs sont paralysés.

2° L'augmentation de la pression artérielle comparée à la faiblesse de la pression veineuse prouve bien que la moelle agit sur le cœur. Coupez la moelle, la pression artérielle baisse beaucoup, et la pression veineuse augmente légèrement. Faites l'expérience inverse, irritez la moelle, la pression artérielle monte énormément et avec rapidité, tandis que la pression veineuse baisse faiblement. Ainsi, la moelle étant paralysée, le cœur a si peu d'énergie que la pression veineuse, qui est proportionnellement élevée, augmente à peine. Au contraire, par le fait de l'excitation de la moelle, le cœur travaille si énergiquement qu'il élève *de beaucoup* la pression artérielle naturellement peu considérable. Ainsi enfin la part que les nerfs vasculaires prennent aux modifications du cœur est minime et passagère, et en tous cas insuffisante pour en rendre compte. Ceci achève de répondre aux objections élevées par M. Goltz.

3° La section de la moelle n'est pas équivalente à la destruction de cet organe dans sa totalité. Les veines-caves et le cœur sont alors remplis de sang, et non vides, comme l'avait dit M. Goltz. La pression dans les veines-caves est augmentée par la section de la moelle, elle est au contraire diminuée par suite d'une irritation médullaire. Les modifications de pression sont donc consécutives aux modifications de l'action du cœur.

4° Si l'on irrite la moelle, après ligature de la veine-cave et de l'aorte abdominale, la pression augmente dans les veines périphériques qui se rendent à la veine-cave.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. WECKER.

Luxation du cristallin et cataracte reconnues, malgré l'oblitération de la pupille, à travers l'iris atrophié.

Névralgie sus-orbitaire intense, contemporaine de ces altérations. Enucléation de l'œil.

(Observation recueillie par M. H. DELACROIX.)

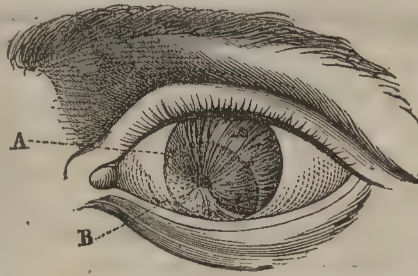
Mme A. L..., âgée de trente-sept ans, ouvrière d'imprimerie, perdit l'œil gauche à l'âge de douze ans, dans l'espace de six mois environ, à la suite d'une irido-choroïdite. Cet œil devint, dès cette époque, le point de départ de douleurs violentes, qui revenaient par attaques et se propageaient rapidement dans toute la moitié correspondante de la tête et de la face.

Ces douleurs, véritablement intolérables, déterminèrent la malade à consulter, le 5 juillet dernier, un praticien de la ville, qui, pour les calmer, ponctionna la sclérotique et donna issue à une faible portion du corps vitré. Il procura ainsi quelque soulagement à la malade; mais l'heureux effet de cette paracentèse ne fut pas durable et ne se prolongea pas au delà de quelques semaines.

Depuis le mois d'août, les attaques de douleurs alternèrent, comme par le passé, avec des périodes de rémission; mais la malade, à chaque instant tourmentée par les souffrances et interrompue dans son travail, en vint à réclamer instamment un remède héroïque et définitif.

Le 2 décembre 1864, Mme L... se présente à la clinique de M. le docteur Wecker, où l'on observe dans l'œil en question les altérations suivantes :

Cet organe, depuis vingt-cinq ans impropre à toute perception lumineuse, est un peu réduit dans ses dimensions, et sa consistance a un peu diminué, comme on le constate par le toucher. La vascularisation périkératique est faible; la cornée a conservé sa transparence; la chambre antérieure n'existe plus. En arrière apparaît l'iris bombé en avant; et la pupille, oblitérée, est située à deux millimètres en dedans et en bas de sa position primitive. L'altération de l'iris est remarquable, et c'est sur l'état de cette membrane que porte en grande partie l'intérêt de cette observation. Ses éléments sont, en effet, le siége d'une atrophie si avancée et si uniforme, qu'il est extrêmement facile d'apercevoir au travers les parties sous-jacentes préalablement éclairées, comme on peut le voir sur la figure ci-jointe.



L'iris paraît réduit à ses fibres radiées, qui se montrent tendues entre le grand cercle iridien et le vestige de la pupille situé en B; çà et là il existe à sa surface de petites taches noires et irrégulières qu'on peut considérer comme des agglomérations de cellules de la couche pigmentaire détruite sur tous les autres points.

Lorsqu'on progresse sur l'iris un faisceau lumineux, soit directement, au moyen de l'éclairage latéral, soit à travers la sclérotique, on voit très-distinctement par transparence le cristallin B luxé en bas et en dedans, et atteint de cataracte probablement pierreuse.

Voici donc un exemple d'un fait assurément rare dans lequel, en dépit de l'oblitération de la pupille, il a été possible de reconnaître à coup sûr une luxation du cristallin. Le diagnostic n'était pas dans le cas actuel dépourvu d'intérêt pratique, attendu qu'ici la luxation du cristallin rendait bien compte des douleurs signalées plus haut, douleurs absolument identiques pour la durée et l'intensité à celles qu'on observe dans les yeux qui s'atrophient autour d'un corps étranger introduit par accident dans un de leurs milieux. En considérant ce cristallin luxé comme exerçant les funestes effets d'un corps étranger, on était bien en droit d'en conclure que les souffrances de la malade, d'ailleurs rebelles à tous les traitements palliatifs employés jusqu'alors, n'auraient de terme que le jour où l'on viendrait à supprimer cette cause permanente d'irritation.

Ainsi mis en demeure d'opter entre l'extraction du cristallin et l'énucléation pure et simple de l'œil, le docteur Wecker s'arrêta à la dernière de ces méthodes. Il y fut déterminé par les instances de la malade, qui craignait de ne pas obtenir autrement une guérison radicale; d'ailleurs l'énucléation de l'œil présentait ici sur l'extraction du cristallin l'avantage d'être plus inoffensive dans ses suites et plus sûre dans ses résultats. Elle devait enfin permettre à la malade de remplacer par une pièce d'émail bien faite l'œil assez difforme qui l'avait si longtemps tourmentée.

L'opération fut pratiquée par la méthode ordinaire, et la plaie se cicatrisa par première intention. Mme L... quitta la clinique du docteur Wecker cinq jours après y être entrée, et reprit bientôt ses occupations. Dix jours après l'énucléation de son œil gauche, elle l'avait remplacé par un œil artificiel, qu'elle a porté sans interruption depuis cette époque. Les douleurs n'ont pas reparu.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Gilbrin (d'Ars-sur-Moselle), relatif à une épidémie de catarrhe gastro-intestinal ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements des Deux-Sèvres et du Finistère (commission des épidémies) ;

3° Un mémoire de M. le docteur Tintillier (de Villers Saint-Georges), intitulé *Accouchements contre nature; épidémie d'avortement en 1864* (MM. Jacquemier et Devilliers).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Leroy de Méricourt, qui se présente comme candidat dans la section d'hygiène ;

2° Une lettre de M. le docteur Bassaget, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu (commission d'hygiène des hôpitaux);

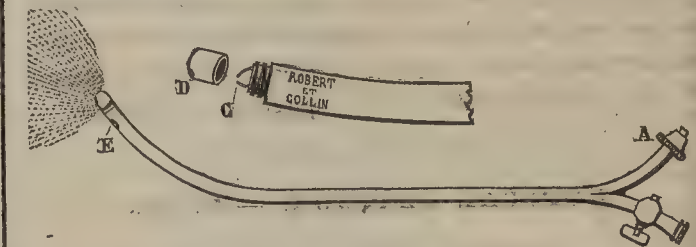
3° Une note de M. le docteur Paul Levasseur (de Rouen), sur les vaccinations pratiquées avec le cowpox, et dont a parlé M. le docteur Depaul dans la dernière séance (commission de vaccine);

4° La description d'un instrument fabriqué par MM. Robert et Collin, sur les indications de M. Foucher, pour la pulvérisation des liquides dans la vessie.

L'instrument se compose d'une sonde à double courant, ayant deux conduits à son extrémité manuelle, dont un, B, muni d'un robinet, est disposé pour recevoir une poire en caoutchouc servant à insuffler de l'air dans la vessie.

L'autre conduit est muni d'un écrou A, pour fixer la sonde sur le pulvérisateur.

L'extrémité vésicale se termine par deux tubes capillaires C, conduisant deux jets qui, venant se briser l'un contre l'autre, produisent une pulvérisation qui s'épanouit dès sa sortie pour se distribuer sur toute la surface vésicale. Ces deux tubes sont protégés par un capuchon à ouverture D.



— M. LARREY dépose sur le bureau de l'Académie, le *Bulletin de la Société médicale d'émulation* pour l'année 1864. M. Larrey indique les principaux travaux que renferme ce volume, et il signale particulièrement des rapports de M. Gallard et de M. Linas.

M. LE PRESIDENT informe l'Académie que l'état de M. Malgaigne s'est un peu amélioré depuis la semaine dernière.

Il a le regret d'annoncer aussi que M. Dubois (d'Amiens) est retenu chez lui par une indisposition qui n'a heureusement aucune gravité.

M. le président prie MM. Cruveilhier et Velpeau de vouloir bien se présenter chez M. Malgaigne pour lui témoigner tout l'intérêt que l'Académie prend à sa situation.

M. VELPEAU, qui a vu M. Malgaigne dans la journée, confirme ce que vient de dire M. le président sur l'amélioration survenue dans son état. Il a vu aussi M. Dubois (d'Amiens), et il est à même de rassurer ses collègues sur sa situation, qui n'offre rien de grave.

— M. LE SECRETAIRE ANNUEL donne lecture de la lettre suivante de M. Robinet :

« Mon fils, que j'ai perdu interne en médecine à l'Hôtel-Dieu, m'a laissé les portraits dessinés de quelques-uns de ses maîtres, entre autres de Capuron, l'un des bienfaiteurs de l'Académie. Avec ce croquis j'ai pu modeler un médaillon que mon autre fils a reproduit en bronze. Voulez-vous bien, Monsieur le président, offrir de ma part à l'Académie ce modeste monument, témoignage d'une reconnaissance qui ne finira qu'avec moi.

Agréez, etc. »

M. LE PRESIDENT prie M. Robinet d'agréer les remercîments de l'Académie.

LECTURE.

Mariages consanguins. — M. VOISIN (Auguste) donne lecture d'une note sur les mariages entre consanguins dans la commune de Batz, près le Croisic (Loire-Inférieure).

M. Voisin a passé un mois dans le bourg de Batz, dont les habitants ont l'habitude, depuis plusieurs siècles, de ces sortes de mariages, et vivent à peu près isolés des pays environnants. Il y a étudié les ménages entre consanguins qui s'y trouvent actuellement; il a interrogé les antécédents du mari et de la femme, il les a examinés eux et leurs enfants aux points de vue physique et intellectuel, s'est renseigné auprès des anciens du pays, et il a dressé avec ces éléments des tableaux desquels il résulte que la consanguinité n'a amené aucune maladie, aucune dégénérescence, aucun vice de conformation, et que la race est restée très-belle et très-pure.

Voici quelques-uns des faits observés par l'auteur :

Il existe en ce moment, dit-il, dans la commune de Batz, 46 unions entre consanguins à un degré proche, 5 entre cousins germains, 31 entre cousins issus de germains, 10 entre cousins au 4e degré. 5 mariages entre cousins germains ont produit 23 enfants, dont aucun n'est infirme de naissance. Il en est mort 2 de maladies accidentelles. 31 mariages entre cousins issus de germains ont produit 120 enfants, dont aucun n'est atteint d'affection congénitale ni d'infirmité. 24 ont succombé à des maladies. 10 mariages entre cousins au 4e degré ont donné naissance à 29 enfants, tous bien portants, sauf 3 qui sont morts de maladies aiguës. La santé du père et de la mère de ces individus est ou était très-bonne et exempte de toute diathèse. Celle aussi de ces individus eux-mêmes et de leurs enfants est excellente.

Ces faits me semblent prouver, dit M. Voisin en terminant, que dans les conditions dites de bonne sélection, la consanguinité ne nuit en aucune façon au produit et à la race, mais, au contraire, exalte les qualités comme elle ferait les défauts et les causes de dégénérescence.

(Le travail de M. A. Voisin est renvoyé à une commission composée de MM. Tardieu, Béclard et Vernois.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

Nous reproduisons un résumé de l'argumentation de M. Ricord, que nous n'avons pu donner dans le compte rendu de la séance précédente.

Discussion sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

M. RICORD. Il y a plus de quarante ans qu'ont été publiés pour la première fois quelques-uns des faits récemment invoqués en faveur de la transmission de la syphilis par la vaccine. Ce sont les premières observations du professeur Gaspard Cerioli, publiées en 1824. Les nouveaux faits, pas plus que les premiers, ne rencontrèrent beaucoup d'accueil; ils ne purent vaincre l'incrédulité du plus grand nombre des observateurs. Cette incrédulité n'avait rien de doctrinal, elle n'empruntait rien aux doctrines incriminées de Hunter et de l'École du Midi. Elle était au contraire tout expérimentale.

Ici M. Ricord cite l'opinion émise à ce sujet par Husson, Bousquet, Steinbrenner, Heim, Chomel, Moreau, Rayer, Velpeau, Rostan, Sédillot, Stoltz, etc.

Sur 527 réponses qui font partie des documents sur la pratique de la vaccine, présentés par le comité général d'hygiène aux deux chambres du parlement d'Angleterre, en 1857, 40 expriment des doutes sur le point en question; 6 des affirmations non appuyées de preuves; 2 avec des observations sans détails; 479 sont pour la négative.

Puis il rappelle les fins de non-recevoir opposées à la transmissibilité par nombre de médecins étrangers à l'École du Midi, et continue en ces termes :

Quand le fait de l'Hôtel-Dieu me fut présenté, je n'en avais pas encore rencontré de semblable. Dans les leçons que je fis à ce sujet, je constatai une affection syphilitique : accidents primitifs du bras sur les points inoculés; engorgement des ganglions axillaires; accidents secondaires de la peau.

Il était rationnel de rapporter l'infection à l'opération vaccinale, et je n'y manquai pas. Mais en tenant compte des déguisements possibles de la contagion et des caprices parfois singuliers du hasard, devais-je formuler cette opinion sans restriction, quand le même vaccinateur, M. Dumontpallier, avec le même vaccin, avec la même lancette, avait inoculé quatre enfants, qui restèrent indemnes de toute contagion; quand l'enfant vaccinifère avait été perdu de vue, sans qu'on eût rien constaté de suspect chez lui? La malade, absente un mois de l'Hôtel-Dieu, n'a-t-elle pu rencontrer aucune chance de contagion médiate ou non? et n'a-t-on jamais vu de siége plus insolite de l'accident infectant *qu'un bras* sur lequel avaient été faites des inoculations récentes, dont les piqûres étaient peut-être encore pruriginenses?

Ce fait, en raison de ces circonstances, restera pour moi un cas très-probable de contagion vaccinale, mais rien de plus; la certitude n'y est pas.

Dans un autre fait très-intéressant observé par M. Devergie, j'ai regretté l'impossibilité de remonter au vaccinifère et de savoir ce qu'étaient devenus les autres enfants vaccinés. Veut-on avoir une preuve de la nécessité d'apporter de la réserve dans l'interprétation de faits incomplets? Les contagions de Rivalta vont la donner.

L'enfant d'où partirent les accidents avait été inoculé avec du vaccin en tube envoyé d'Acqui, et il est dit dans l'observation que cet enfant, âgé de onze mois, jouissait d'une santé parfaite et d'une constitution robuste au moment de la vaccination. Lorsque des accidents se furent montrés, sur 46 des 63 enfants auxquels il fournit le vaccin, quelle fut la source tout d'abord accusée?... Ce fut le vaccin d'Acqui. Comment le rapporteur sortira-t-il du cercle de contradictions où il s'enferme à propos de ce fait? La syphilis héréditaire ne peut être invoquée chez l'enfant vaccinifère. Est-ce au vaccin d'Acqui que l'on fera remonter l'infection?... Autre impossibilité, car on n'a constaté aucun accident spécifique sur les bras du premier enfant.

Pour se tirer d'embarras, il y a le hasard; mais ce hasard ne donnera pas gain de cause au rapporteur. Je ne m'en suis pas tenu aux documents incomplets et peu satisfaisants que l'on avait sur cette contagion de Rivalta en 1862. J'ai poussé plus loin mes investigations; et la relation, complétée depuis, du docteur Pacchiotti m'a appris que l'enfant en question avait été infecté, deux ou trois mois avant sa vaccination, par le sein d'une nourrice qui l'avait allaité accidentellement.

Quelle est la durée d'incubation de l'accident infectant, d'après les opinions soutenues dans le rapport? Elle serait de trois à quatre semaines, en moyenne, de vingt-quatre jours, et il ne serait pas rare qu'elle s'étendît plus loin, jusqu'au trente-cinquième jour et au delà. Or, de ce qu'on lit dans un mémoire auquel sont empruntés deux des faits rapportés comme jetant une vive lumière sur la contagion vaccino-syphilitique, il résulte que ce n'est plus de trois semaines à trente-cinq jours que s'étend la durée de l'imprégnation silencieuse, mais de huit à quarante-deux jours. Est-ce assez élastique?

L'examen de la question nous réservait une autre surprise. En lisant avec attention les observations rapportées, j'ai été en effet frappé de cette circonstance, que la syphilis paraissait dans quelques cas avoir été transmise de seconde en troisième main, avant toute manifestation sur le sujet vacciné intermédiaire. Ainsi du vaccin est emprunté à un enfant syphilitique par droit d'acquisition, comme celui de Rivalta, par exemple, ou par droit de naissance, comme les enfants victimes de l'hérédité, mais n'ayant rien d'apparent; inoculé à un sujet sain, il développera des pustules vaccinales régulières, qui au huitième ou neuvième jour fourniront, sans que rien puisse l'indiquer, un virus capable d'infecter d'autres sujets. Telle est une des conséquences qui ressortent justement de l'analyse de la contagion de Rivalta.

Dans l'affaire du docteur Hubner, on retrouve deux fois le même incident, avec cette particularité que dans un cas le vacciné intermédiaire devint malade cinq mois après la vaccination, et que dans l'autre la syphilis vaccinale l'épargna.

S'il faut accepter ces faits sans discussion, s'ils sont suffisamment clairs et concluants de tout point, il n'y a pas à reculer devant cette conséquence : La syphilis a le triste privilége d'être transmissible avant, pendant et après toute manifestation.

Je n'ai nulle intention de revenir sur le point de doctrine de la contagion, que je croyais jugé; je n'ai surtout aucun intérêt à repousser la syphilis vaccinale, qui paraît être un de ses corollaires naturels. Mais en acceptant le principe, je reste juge, en ce qui me concerne, des conséquences à tirer des observations, et je veux me laisser entraîner au gré d'aucune impatience avant d'être suffisamment éclairé. Je ne crois pas, en effet, que la lumière soit toute faite sur ces questions difficiles, et que ce point de la science soit constitué dès aujourd'hui sur des bases définitives. Pour arriver là, il faut être très-sévère dans le choix des matériaux.

L'intérêt d'actualité, au nom duquel est soulevée cette question de la syphilis vaccinale, est-il d'ailleurs bien démontré? Je ne le crois pas. Pour composer ce sombre tableau, sur lequel se dessine comme un danger si imminent la complicité de la vaccine et de la syphilis, ce ne sont pas seulement les faits qu'il a fallu rapprocher, ce sont les temps et les distances. Il a fallu condenser plus de quarante ans d'observation, et ces cas malheureux, qui ne constituent en somme qu'une bien rare exception, il a fallu les emprunter à l'Allemagne et à l'Italie. Dans notre pays, ils sont encore plus rares; on pourrait facilement les compter.

Ce n'est pas que je veuille le moins du monde repousser les faits observés à Rivalta, à Florence, à Hollfeld, sous prétexte qu'ils sont d'origine étrangère. Je cherche au contraire partout des sources d'expérience et des lumières pour l'étude de ces questions; mais je n'ai pas hâte de conclure avant de connaître le caractère et la mesure du danger.

Est-ce que l'ennemi est à nos portes? Est-ce que la syphilis est là menaçant d'envahir nos foyers domestiques sous le couvert de la vaccine? Non, ce n'est pas la syphilis, c'est la variole qui est à nos portes. Consultez là-dessus nos confrères du département de la Seine-Inférieure, ils vous diront qu'hier encore elle prélevait un tribut cruel sur des populations où, malgré leurs efforts, le bienfait de Jenner n'est pas encore assez répandu.

Le moment n'est donc pas très-heureusement choisi de faire ce nouveau procès à la vaccine, au risque de compromettre la foi si vive du corps médical et d'une grande partie de la société dans ce culte de préservation qu'il a fallu tant d'efforts pour l'édifier tel qu'il est. Je ne comprends donc pas qu'on sonne l'alarme d'une main, si de l'autre on ne nous montre une pratique plus sûre.

J'ai prouvé qu'en se mettant au même point de vue que le rapporteur pour juger cette question de transmission de la syphilis par la vaccine, il n'y a plus de sécurité à fonder sur la santé des enfants vaccinifères ou de leurs parents. Ce sont les observations mêmes sur lesquelles s'appuie le rapport qui le prouvent.

L'âge des vaccinifères ne donne pas de garanties plus sérieuses que leur santé. On semblait croire d'abord que les enfants nés de parents syphilitiques apportaient toujours sur eux en naissant le certificat d'infection de leurs père et mère. Puis on a fait un progrès en reculant à deux ou trois mois la possibilité des manifestations héréditaires de la syphilis. Je constate ce progrès, mais il ne suffit pas. Laissant de côté le témoignage des observateurs les plus anciens et de mon expérience personnelle, je trouve dans divers auteurs récents des faits qui constatent l'apparition de la syphilis héréditaire depuis le troisième mois jusqu'au dixième, jusqu'à deux, quatre et cinq ans après la naissance. J'en trouve même jusque dans les observations à l'appui du rapport.

Du reste, quel gage d'immunité peut-on tirer de l'âge, quel qu'il soit, d'un sujet auquel on inocule sans le savoir un vaccin syphilitique et qui va devenir vaccinifère à son tour? En sorte que le rapport, qui en définitive conclut à la nécessité de maintenir quant à présent la pratique de Jenner, en insistant beaucoup sur ces deux garanties, âge et santé des vaccinifères, donne en même temps le moyen de s'assurer qu'elles peuvent être tout à fait illusoires.

Un nouvel expédient préservatif a été imaginé, il est vrai; il consiste à charger la lancette ou l'aiguille d'une très-petite quantité de liquide vaccinal. Je saisis difficilement l'efficacité de ce moyen, et je ne m'y fierais pas beaucoup, ayant toujours pensé que les virus agissaient par leur qualité, non par leur quantité.

Passons à d'autres moyens préservatifs.

Il est beaucoup question depuis quelque temps de la contagiosité du sang des sujets syphilitiques vaccinifères, à l'exclusion de la lymphe que renferment leurs pustules vaccinales; mais ce n'est pas une opinion acceptée généralement, et pour cette fois au moins j'ai la bonne fortune de trouver l'auteur du rapport favorable à ces principes de réserve scientifique que j'applique à d'autres difficultés des questions de contagion. Il est au moins singulier, en effet, que dans ces circonstances le sang soit contagieux, et que les pustules vaccinales, comme si elles lui étaient tout à fait étrangères, soient innocentes. Je laisse donc de côté cette immunité incertaine de la lymphe vaccinale; c'est une question à l'étude.

Il resterait une garantie plus solide, ce serait le retour exclusif à la source vaccinogène primitive. Encore, pour nourrir cette espérance, que j'accepte pour mon compte, ne faut-il pas trop céder aux tendances contagionistes acceptées avec tant d'empressement. On ne connaît aujourd'hui qu'une maladie contagieuse de ces animaux qui soit transmissible à l'homme, le charbon. Mais en multipliant par l'inoculation les contacts des bêtes bovines avec l'homme, est-on assuré de ne pas connaître un jour d'autres contagions que celles du charbon?

Ces craintes fussent-elles vaines, la question est de savoir si on est prêt à réaliser immédiatement les vaccinations suivant le procédé qui donne tant d'espoir pour l'avenir, et si, en attendant, on cessera de vacciner dans les trente-sept mille communes de France. La variole n'attend pas... Le rapport lui-même nous dit qu'on n'est pas prêt, que cette réforme rencontrera de grandes difficultés; et ce n'est pas avec les observations sur lesquelles on s'appuie pour en tirer des conclusions hâtives, qu'on consolidera jusque-là la confiance des médecins dans les moyens connus de préservation.

Heureusement, une appréciation moins prompte des faits nous permet de revenir sur le terrain d'une réalité plus consolante. En regard d'accidents regrettables de contagion observés à l'étranger, placez les bienfaits de la vaccine; représentez-vous le nombre des victimes arrachées depuis plus de soixante ans au fléau le plus meurtrier, et vous vous demanderez s'il y a lieu de traiter si sévèrement la vaccine.

A ces considérations s'ajoute un autre intérêt trop passé sous silence : c'est celui du corps médical, dont la responsabilité peut être engagée prématurément dans des circonstances semblables. Cela est déjà arrivé.

J'en ai dit assez, l'Académie appréciera maintenant l'intérêt qu'il peut y avoir à inquiéter le ministre de nos discussions scientifiques qu'il n'est pas appelé à juger, et des difficultés de notre pratique qu'il ne saurait résoudre par arrêté ministériel. Elle décidera si l'état de la question, d'une part, de l'autre les convenances et le respect qu'elle se doit dans chacun de ses membres, lui permettent de donner suite au projet de rapport, ou ne lui prescrivent pas, au contraire, de le renvoyer à la commission.

M. BLOT ne serait pas intervenu dans cette discussion, qui lui paraît prématurée, s'il ne s'y trouvait pour ainsi dire contraint par sa position de membre de la commission de vaccine. Il lui a d'ailleurs paru impossible de laisser passer, sans une protestation énergique, certaines assertions émises par M. Depaul. Ces assertions ont, à son sens, le double tort d'être contradictoires avec les faits cités dans le rapport lui-même, et de plus d'être grosses de dangers pour la vaccine, pour les vaccinés et les vaccinateurs.

Le but que s'est proposé M. Depaul est très-nettement indiqué. L'a-t-il atteint?

Les faits produits au débat sont : les uns positifs, les autres négatifs.

M. Ricord a déjà montré en quoi les faits à charge sont défectueux. Il n'en est pas un qui ne laisse quelque chose à désirer, soit sur l'état du vaccinifère, soit sur le liquide inoculé. Si cependant on admet un instant qu'ils suffisent à prouver qu'on peut par la vaccination transmettre la syphilis, il n'en reste pas moins à savoir quel est l'agent de cette transmission; est-ce le virus-vaccin pur, est-ce le sang, est-ce le mélange de ces deux liquides?

C'est en interrogeant les faits à décharge, ou négatifs, que l'on peut trouver la réponse à cette question. M. Ricord a déjà dit que Husson, en inoculant le virus-vaccin, n'a jamais transmis autre chose que la vaccine. M. Bousquet nous disait hier encore que le virus-vaccin emprunté par lui à des enfants reconnus syphilitiques n'a jamais transmis que le vaccin. En 1832, M. Bidart a fait les mêmes expériences, il est arrivé au même résultat. M. Montain a constaté le même fait. Il en est de même de M. Heymann, de M. Taupin. Enfin, tout récemment, M. le docteur Sébastian (de Béziers), a adressé à l'Académie la relation de faits qui jettent un grand jour sur la question. (Voir la relation de ces faits dans le n° 124 de l'année 1864 de la *Gazette des Hôpitaux*).

Ces faits de Béziers, ajoute-t-il, ont une importance très-grande, qui ne saurait échapper à personne. En effet, M. Sébastian a bien soin de faire remarquer que dans la vaccination des *deux premiers* enfants, dont l'un seulement devint syphilitique, le vaccin était mélangé de sang quand il pratiqua la dernière piqûre. Or cette *seule* piqûre se transforma en chancre. Toutes les autres restèrent normales. Quant aux six enfants de la deuxième série, ainsi que le premier de la première, ils restèrent complétement indemnes, quoique le virus eût été puisé à la même source. Mais pour eux il était resté pur et sans mélange. Peut-on désirer quelque chose de plus clair? Une seule observation de ce genre vaut plus à elle seule que des milliers comme celles de Rivalta, puisqu'elle suffit à démontrer la possibilité de transmettre la syphilis par la vaccination, et que de plus elle nous fait assister au mode de propagation des accidents avec la *preuve* et la *contre-épreuve*.

Si surtout on rapproche de ces faits de Béziers ceux relatés par M. Viennois, on se trouve insensiblement conduit à admettre, au moins comme très-probable, l'opinion qui regarde le sang comme l'agent de transmission dans les cas de syphilis vaccinale.

Sur quoi donc M. le rapporteur s'appuie-t-il pour dire « qu'il n'est pas permis de se croire dans une sécurité complète, parce qu'on a évité de faire couler le sang en recueillant le vaccin? » Ce qui revient à dire que, même avec du virus-vaccin parfaitement pur, on peut inoculer la syphilis. Or, aucun des faits rapportés par M. Depaul ne renferme les détails nécessaires pour prouver cette proposition. C'est donc à tort et sans aucune raison plausible qu'il s'est laissé aller à émettre cette affirmation, qui, jusqu'à nouvel ordre, doit être considérée comme non avenue.

C'est pour n'avoir pas voulu tenir compte de ces faits négatifs que M. Depaul croit trouver ailleurs des moyens plus certains d'éviter le danger.

Je vais m'occuper maintenant de ces moyens prophylactiques recommandés par M. le rapporteur.

D'abord, on se demandera certainement comment il se fait que depuis plus de soixante ans qu'on vaccine chaque année à l'Académie des milliers d'enfants, on n'y a jamais observé de syphilis vaccinale. Voici ce que répond M. le rapporteur : « C'est qu'à l'Académie on prend certaines précautions qu'on a trop généralement le tort de négliger. » Il y a dans cette proposition, pour la plupart de nos confrères, un blâme indirect que je ne saurais accepter. On sait d'ailleurs comment les choses se passaient à l'Académie jusque dans ces dernières années, et même peut-être encore aujourd'hui...

Si nous voulons parler sérieusement, la seule supposition à faire pour nous rendre compte de l'absence de syphilis vaccinale à l'Académie, c'est que la syphilis héréditaire est plus rare qu'on ne le pense.

Les moyens prophylactiques recommandés par M. le rapporteur se résument à trois :

1° L'âge et la santé du vaccinifère ;

2° La santé des parents ;

3° L'instrument employé pour faire l'inoculation.

Pour ce qui est relatif à l'âge, M. le rapporteur a cité une statistique, de laquelle il résulte qu'en prenant pour vaccinifère un enfant de deux mois, on serait exposé une fois sur six à choisir un individu en puissance de syphilis. Mais dans les cas cités par M. Depaul, on voit que la syphilis a été transmise par des enfants beaucoup plus âgés, trois fois par un enfant de trois mois, une fois par un enfant de dix mois (celui de Béziers), une fois par un enfant de onze mois (Rivalta), et tous bien portants en apparence.

S'il en est ainsi, comment accorder une si grande valeur à l'âge et à l'apparence des vaccinifères ?

Ce qui vient d'être dit de l'âge et de la santé du vaccinifère peut s'appliquer aussi à la santé de la mère. Si l'on se rappelle ce qui se fait tous les jours dans la pratique, on voit qu'un examen complet de la mère est presque toujours impossible.

Quant au dernier moyen, je ne m'y serais pas arrêté si M. le rapporteur n'avait énoncé à ce propos une opinion qui est en désaccord formel avec toutes les notions de pathologie générale, qui nous apprennent qu'en fait de virus ce n'est pas la quantité, mais la qualité qui importe.

Si j'insiste tant sur ce qui touche à la prophylaxie, c'est qu'ici l'erreur cache un véritable danger. Qu'un confrère, confiant en la parole du maître, s'en tienne aux précautions recommandées dans le rapport, et il pourra parfaitement lui arriver ce qui est arrivé dans l'affaire Hubner; il pourra d'abord nuire aux enfants qu'on lui aura confiés et se nuire à lui-même en assumant une responsabilité qui ne devait pas lui incomber, et que pour ma part je repousse de toute ma force.

Enfin M. Depaul dit, en terminant son rapport, que c'est à diminuer les quelques inconvénients de la vaccination qu'il faut surtout s'attacher, et qu'on peut *facilement* y parvenir, etc.

J'ai suffisamment prouvé combien sont difficiles, pour ne pas dire impossibles, les précautions à prendre. J'en ai d'ailleurs montré l'inanité.

En résumé, la plupart des faits publiés jusqu'à ce jour sont incomplets ; ils manquent des détails nécessaires pour entraîner la conviction. Quelques-uns d'entre eux peuvent trouver leur explication toute naturelle dans plusieurs états pathologiques, tels que :

1° Les éruptions vaccinales généralisées ;

2° Le phagédénisme vaccinal ;

3° Une foule d'éruptions vulgaires qui auraient pu se développer sans la vaccine.

Mais si, pour un instant, on admet qu'ils sont capables de prouver qu'on peut par la vaccination inoculer la syphilis, il reste à savoir quel est l'agent de cette infection. Or, jusqu'à présent, *personne*, pas plus M. Depaul qu'aucun autre, n'a encore produit *un seul fait bien détaillé et bien probant* capable de démontrer que le virus vaccin, *à lui seul*, ait pu avoir cette fâcheuse conséquence. Jusqu'à nouvel ordre, au contraire, en se souvenant des expériences tentées par MM. Bousquet, Bidart, Schrein, Sébastian et quelques autres, nous sommes autorisés à penser que le *virus-vaccin pur et sans mélange* ne peut et ne saurait communiquer autre chose que la vaccine.

Cela veut-il dire qu'il faille marcher aussi *hardiment* que le conseille M. Depaul? Je ne le pense pas; car qui peut être *absolument* et *toujours sûr* de ne pas charger son aiguille de quelque parcelle de sérosité sanguine? Avec une pareille éventualité, la hardiesse mérite un autre nom : c'est de la témérité; et, pour ma part, je dis qu'il n'y a pas à hésiter ; il faut, *si tout ce qu'on a dit est démontré*, renoncer franchement à la vaccination de bras à bras, il ne faut pas reculer devant les conséquences nécessaires des prémisses qu'on a posées, il n'y a pas de moyen terme : ou les faits publiés sont probants, ou ils ne le sont pas; si on admet qu'ils prouvent ce qu'ils annoncent, il ne faut pas se payer de raisons et de motifs sans valeur pour continuer d'agir comme par le passé. Les précautions recommandées par le rapport sont insuffisantes, illusoires et dangereuses, je crois l'avoir surabondamment démontré; en conséquence, il faut, pour être fidèle à cet amour de la vérité tout entière que professe M. Depaul, il faut, dis-je, ne pas indiquer comme bonnes des précautions sans valeur, et, dans l'intérêt même de la vaccine et de toutes les générations qui sont appelées à en profiter, il faut dire très-carrément que, pour le moment, nous ne connaissons d'autre moyen sûr d'éviter la syphilis que d'aller puiser le liquide vaccinogène à sa source même, c'est-à-dire sur la vache.

Voilà, Messieurs, pour le côté scientifique de la discussion ; reste le côté administratif. Tout ce que j'ai eu l'honneur d'exposer à l'Académie doit faire pressentir mon opinion à cet égard. De la discussion à laquelle je me suis livré, il résulte évidemment, pour tous les esprits non prévenus, que tous les points de science relatifs à la syphilis vaccinale restent entourés d'une grande obscurité. Or, comme l'a déjà dit M. Ricord, ce n'est pas par arrêté ministériel que la lumière pourra se faire; par conséquent, les raisons qui m'ont fait regarder la discussion actuelle comme *prématurée*, me font juger *inopportun* l'envoi du rapport au ministre, surtout dans la forme qu'il présente aujourd'hui. (Marques nombreuses d'assentiment.)

M. DEPAUL. L'argumentation de M. Blot m'a causé un grand étonnement; il a commencé par me faire penser qu'il ne croyait pas à la transmissibilité de la syphilis par la vaccine, et puis il s'est trouvé qu'il y croyait autant que moi-même. Dès lors, je ne comprends pas l'opposition qu'il me fait. M. Blot a eu le tort de se laisser glisser sur la pente déjà parcourue par M. Ricord. Ce n'est pas académique. Je repousse de toutes mes forces le reproche d'avoir obéi à tout autre mobile que le seul intérêt de la science et de la vérité. Chargé du service de la vaccine à l'Académie, on voudrait que je consentisse à conserver la responsabilité d'une situation pareille ! Lorsque de toutes parts viennent des faits qui démontrent qu'on a inoculé la syphilis, vous voulez que je me paye des raisons qu'on a fait valoir à cette tribune ! J'ai l'intention de démontrer que ces accidents découlent des fausses doctrines syphilitiques, et que c'est la syphilis vaccinale qui donnera le dernier coup à une doctrine qui a fait son temps. Au lieu de dire que c'est un malin esprit qui m'a guidé, vous devriez dire que j'ai été animé par un esprit de dévouement pour la science et l'humanité. (Ici M. Blot explique sa pensée, et déclare qu'il n'a pas employé cette expression dans le sens que lui attribue M. Depaul.)

En ce qui concerne les moyens de prévenir la transmission de la syphilis, M. Blot me cherche des querelles que je ne comprends pas. J'ai dit qu'il était facile, par les moyens que je propose, de diminuer les chances de ces accidents, et non de les faire disparaître complétement, ce qui est bien différent.

M. Blot me reproche, à ce sujet, d'avoir incriminé mes confrères. Oui, je les ai incriminés, parce que j'ai commencé par m'incriminer moi-même. Nous avons tous obéi aux idées dans lesquelles nous avons été élevés. Moi aussi, j'ai dit bien souvent aux familles que le vaccin ne pouvait donner que le vaccin, et jamais autre chose. Eh bien, c'est parce que j'ai acquis depuis par l'expérience une conviction contraire, que j'ai cru de mon devoir de venir le déclarer à cette tribune.

M. Blot m'a querellé encore sur la quantité de virus à inoculer; je sais bien qu'il ne faut pas beaucoup de virus pour produire l'inoculation, mais n'est-il pas évident qu'il y [a moins de chance d'inoculer la syphilis qu'on fera pénétrer une plus petite quantité de virus vaccinal? Et la preuve, c'est que les expérimentateurs qui ont voulu inoculer la syphilis s'y sont pris de manière à mettre en contact avec es parties dénudées la plus grande quantité possible de matière inoculable.

Enfin, sans insister sur l'opportunité de l'envoi du rapport au Ministre, M. Depaul termine en soutenant que cet envoi n'aurait nullement les inconvénients qu'on lui a attribués.

M. J. GUERIN. Il ne faut pas se faire d'illusions, quand M. Depaul est arrivé au sein de la commission avec son rapport, il était bien évident dans sa pensée que ses opinions seraient données comme celles de l'Académie elle-même, et qu'elles auraient pénétré comme telles dans le public. Il était donc de la plus grande importance qu'une discussion sérieuse vînt éclairer les faits et les faire connaître tels qu'ils sont, non pas aux familles, mais aux médecins, en les prévenant de se tenir sur leurs gardes. La position de M. Depaul est donc celle-ci : il croit que les faits sont de nature à inspirer des craintes sérieuses ; mais ces faits sont incomplets, ils demandent à être éclairés. Par conséquent, la question doit rester exclusivement dans le sein de l'Académie, et n'en doit pas sortir jusqu'à ce qu'elle ait été complétement étudiée et résolue.

M. DEPAUL. Je crois à la transmission de la syphilis par la vaccine, comme je crois à la transmission des accidents secondaires de la syphilis. Je ne voudrais pas qu'il fût dit que j'ai des doutes à cet égard ; je me déclare complétement convaincu.

M. J. GUERIN. Je dis, pour moi, et je maintiens que l'opinion de l'Académie n'est pas suffisamment éclairée.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

Nous sommes invités à rappeler que les ouvrages imprimés dans le cours de l'année 1864, que leurs auteurs désirent présenter au concours pour le *prix Chatauvillard*, doivent être déposés au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris avant le 31 janvier courant.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini le 31 décembre dernier sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine*, 9; *ou à* M. G. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice*, 35;

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de H. PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la médication stimulante, et en particulier de l'usage du vin dans les maladies inflammatoires.

Dans la *Revue* du 7 janvier, nous avons rapporté un exemple remarquable de l'efficacité du vin à haute dose dans le traitement de la diphthérie maligne ou infectieuse. Nous avons rappelé à cette occasion que d'assez nombreuses applications de la médication stimulante alcoolique avaient été faites dans ces dernières années avec succès, en France, dans les affections de nature septique et dans les cas d'anémie et de débilité profonde.

Les médecins anglais sont allés beaucoup plus loin que nous à cet égard. Ce n'est pas seulement dans les maladies septiques et typhiques qu'ils préconisent l'usage du vin et des préparations alcooliques, mais dans un grand nombre de maladies générales inflammatoires, et même dans des inflammations locales.

Sans prétendre propager la pratique de nos confrères d'outre-Manche comme un exemple bon à suivre dans tous les cas et à tous égards, nous croyons utile néanmoins de la faire connaître et de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques faits et quelques considérations sur ce sujet, que nous emprunterons à l'excellent ouvrage du professeur William Stokes (de Dublin), traduit par M. le docteur Sénc, et dont nous avons publié récemment une analyse due à la plume de M. le docteur Brongniart.

Il est deux maladies particulièrement, dit Stokes, dans lesquelles les praticiens font preuve, sur ce point, d'une grande timidité : la cérébrite et la péricardite. Dans la première de ces maladies, cependant, l'administration du vin peut être utile, et dans la deuxième, elle est impérieusement commandée lorsque les évacuations sanguines ont été poussées trop loin. Lorsque apparaissent les signes de l'affaiblissement musculaire, lorsque le cœur est débilité avant l'invasion de la péricardite, lorsque enfin l'organisme est placé sous l'influence d'un état de prostration ou d'un état typhoïde, il faut prescrire l'usage du vin, sans s'inquiéter des conditions physiques du cœur.

Stokes rapporte, à l'appui de ces propositions, un fait très-intéressant, dans lequel il s'agit d'une femme entrée dans son service pour une arthritis aiguë. Il y avait une grande prostration et les articulations étaient très-douloureuses. La pression exercée sur le cœur donnait lieu à du malaise. Cette circonstance, à laquelle se joignait une légère prolongation du premier bruit, était le seul phénomène se rattachant à une affection du cœur. Quelques jours après, un bruit de frottement devint perceptible à la base du cœur; la prostration avait augmenté. Le traitement avait consisté jusque-là dans l'usage du mercure uni à l'opium, et dans l'application de quelques sangsues sur les articulations.

Le jour où la péricardite fut reconnue, on prescrivit du vin, d'abord à faibles doses, puis en plus grande quantité. L'état de la malade, à dater de ce moment, s'améliora de jour en jour, et au bout de très-peu de temps les bruits de frottement ne s'entendaient plus que très-faiblement. La malade sortit guérie, mais conservant encore un léger murmure à la pointe du cœur.

Quatre mois après, cette femme rentra à l'hôpital, en proie à une attaque nerveuse qui avait débuté par du délire, et qui s'accompagnait d'une violente surexcitation du cœur; on ne découvrait, du reste, aucun signe de cardite. Cet état dura quelques jours seulement

Au mois d'août eut lieu une nouvelle atteinte de fièvre rhumatismale, gonflement et douleurs dans un grand nombre de jointures; en outre, une douleur au cœur, des palpitations et une dyspnée très-forte.

La percussion fit reconnaître une exagération de la matité dans la région précordiale; on entendait dans cette même région un bruit de frottement intense; les contractions du cœur étaient violentes; le pouls, saccadé, battait 108 par minute. Les carotides offraient des battements intenses.

On fit une saignée, suivie de l'application de sangsues à la région cardiaque et de l'administration du calomel et de l'opium.

Bientôt se manifestèrent les symptômes d'un affaiblissement considérable, les bruits de frottement continuant d'ailleurs à être très-forts. On prescrivit alors un petit nombre de sangsues sur le cœur, et en même temps on donna 4 onces de vin.

Le jour suivant il y eut une amélioration évidente dans les symptômes généraux et locaux. On continua l'usage du vin. Quelques jours après les bruits du cœur avaient entièrement disparu, et la guérison était complète.

Nous ne voudrions pas exagérer la portée de ce fait et attribuer à l'usage du vin la part qui revient évidemment aux émissions sanguines et aux autres agents thérapeutiques employés concurremment. Mais on ne peut du moins méconnaître son innocuité relativement aux phénomènes morbides cardiaques, tandis que l'état général d'affaiblissement, coïncidant avec cette excessive surexcitation du cœur, en a été très-avantageusement modifié. Il est, en effet, très-digne de remarque qu'à deux reprises différentes, au moment où l'on administra les stimulants, le cœur se contractait avec vigueur et semblait surexcité, et que loin que cette surexcitation se soit accrue sous leur influence, elle s'est au contraire sensiblement calmée.

« Il y a donc, suivant la remarque judicieuse de Stokes, au moins deux circonstances où l'on peut donner du vin dans la péricardite : lorsque la maladie est simple et que la contractilité musculaire fait défaut; et, en second lieu, lorsqu'on a à combattre une péricardite secondaire ou compliquée s'accompagnant d'une débilitation générale ou typhoïde, lors même que les signes d'une débilitation ou de l'affaiblissement du cœur manquent. Dans un cas semblable, ajoute-t-il, l'usage du vin n'est point contre-indiqué par l'existence de contractions vigoureuses du cœur, d'un pouls bondissant et de battements des artères carotides. La présence de murmures liés à l'endocardite et de date récente ne doit pas non plus empêcher de recourir à ce moyen de traitement. Souvent, en effet, l'état général que nous venons de décrire se retrouve dans le cours de l'endocardite, sans péricardite, et le vin rend les plus grands services. »

Le nombre des cas où l'on peut administrer le vin à petites doses, malgré l'existence d'une endocardite, sera encore assez considérable, ainsi que le fait remarquer l'auteur que nous citons, si l'on songe à la fréquence des péricardites qui succèdent à une maladie générale ou qui font partie d'un groupe d'affections inflammatoires disséminées ou qui se rattachent à des complications de nature typhoïde. Deux cas particuliers, parmi ceux que cite Stokes, méritent une mention spéciale en raison de leur fréquence : c'est l'apparition de la péricardite chez des individus goutteux, à constitution usée, ou bien au début de la dégénérescence graisseuse du cœur.

« Dans ces conditions, dit-il, on commet souvent en pratique les fautes les plus graves : la maladie primitive passe inaperçue, et l'on croit que le malade jouissait d'une bonne santé au moment de l'invasion de la péricardite. Les émissions sanguines d'une part, la suppression des stimulants de l'autre, donnent lieu bientôt à des accidents qui révèlent le véritable état des choses, et souvent trop tard pour pouvoir y remédier. »

Dans d'autres observations rapportées dans cet ouvrage, on voit les bons effets du vin administré à plus ou moins haute dose, dans des cas de typhus avec des modifications plus ou moins notables de l'action du cœur indiquant en général son affaiblissement. Elles montrent que dans le typhus avec affaiblissement du cœur, la médication stimulante est non-seulement indiquée, mais qu'elle est bien supportée par les malades. Voici, du reste, en quels termes Stokes en formule l'indication dans ce cas : « La disparition progressive de l'impulsion du cœur, l'affaiblissement et l'extinction du bruit systolique, et l'état du cœur qui simule les battements cardiaques du fœtus dans l'utérus, sont autant d'indications faciles à saisir de l'usage du vin... En outre, il y a quelques raisons de croire que les accidents graves et bien marqués de l'adynamie, dans le typhus, sont annoncés pour ainsi dire par l'apparition prématurée des signes physiques de l'affaiblissement et du ramollissement des ventricules. On pourrait donc, par une observation opportune de l'état du cœur, prévoir la prostration générale et la combattre en administrant le vin à larges doses, même lorsque le pouls est fort, la soif vive, la peau chaude et les taches d'un rouge vif. »

Cependant la débilitation du cœur n'existe pas dans tous les cas de typhus; quelquefois, dans tout le cours de la maladie, le cœur ne présente d'autres phénomènes morbides que la modification de la fréquence de ses battements; dans d'autres circonstances, il y a surexcitation de l'action du cœur coïncidant avec un pouls faible et avec les signes d'une adynamie extrême. Enfin, on voit quelquefois la puissance contractile des ventricules s'abaisser progressivement jusqu'à un certain point, et revenir ensuite à son état normal. Dans le premier cas, dit Stokes, le vin est quelquefois inutile; dans le second, il est ordinairement inefficace; mais dans le troisième, il devient l'ancre de salut. Rien de plus singulier, ajoute-t-il, que la faculté qu'ont les malades de supporter les stimulants diffusibles à des doses considérables, sans qu'on voie se produire aucun des effets nerveux qui se montrent lorsque, dans l'état de santé, on boit une quantité de vin à laquelle on n'est pas accoutumé.

On voit d'après ces citations, que nous pourrions multiplier, combien la médication stimulante alcoolique est appliquée plus largement en Angleterre, et avec quel soin et quelle attention on y cherche à en saisir et à en étendre les indications. En signalant ces faits et en montrant les avantages que les médecins anglais tirent de cette médication dans les conditions spécifiées, nous n'entendons pas, nous le répétons, proposer absolument leur manière d'agir comme modèle à nos compatriotes. Il ne faut pas oublier que c'est sous le ciel de Dublin que ces faits ont été observés, et qu'il est plus que douteux que sous notre ciel et avec les constitutions organiques qui dominent en France, cette médication fût toujours aussi facilement tolérée qu'elle l'est chez nos voisins. Mais nous croyons qu'avec le tempérament que nécessite cette différence de conditions, il y a lieu de revenir sur les préventions qu'on a généralement encore en France à cet égard, et d'engager à un peu plus de hardiesse, sauf, plus tard, à réprimer l'excès, si, comme cela n'arrive que trop souvent, on venait à passer la mesure.

Ces principes, du reste, ne sont pas nouveaux pour nos lecteurs, ils ont été parfaitement formulés en termes généraux, dans ce passage que nous empruntons au *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, et par lequel nous terminons :

« L'indication des excitants se juge moins d'après les symptômes locaux que d'après l'état général. Jamais, quand une fièvre vasculaire se montre avec énergie, que le pouls est plein et que les sécrétions se font régulièrement, il ne viendra à l'esprit d'aucun médecin de recourir à des médications excitantes, quand bien même il n'existerait aucune lésion locale importante; nous n'hésiterions jamais, au contraire, à donner des excitants énergiques, si, en même temps que l'auscultation nous faisait constater une péripneumonie étendue, nous voyions le pouls petit et faible, la respiration lente, la peau refroidie et les forces musculaires déprimées. »

Tumeur érectile veineuse lombaire.

Les cas de tumeurs érectiles veineuses dépourvues de mouvements d'expansion pendant les efforts et irréductibles, sont des faits très-rares.

Voici un cas où une erreur de diagnostic a été faite; nous reproduisons ici l'observation entière, telle qu'elle a été publiée par M. Le Gros Clark, chirurgien de Saint-Thomas à Londres.

« Un jeune homme de bonne santé fut amené à l'hôpital pour se faire débarrasser d'une tumeur qu'on supposait être un lipome. Cette tumeur avait le volume d'une grosse orange, elle siégeait à la partie inférieure du muscle grand dorsal. Plus gênante que douloureuse, elle s'était accrue lentement depuis plusieurs années; le malade l'attribuait à un coup.

» D'une consistance non élastique, recouverte par la peau mobile sur la tumeur, indolente et non pulsatile, cette production a été diagnostiquée un lipome. Mais elle présentait une particularité singulière : dans certains mouvements du malade, la tumeur était plus saillante et plus dure, et cela avait été attribué à la contraction du muscle sur lequel elle reposait.

» L'opération a été faite au mois de novembre, et l'on a trouvé que la tumeur était composée de vaisseaux. L'ablation des parties malades a duré plusieurs minutes. Le sang, qui coulait en abondance de tous les côtés, a été arrêté par une éponge placée dans la plaie, et lorsque celle-ci a été enlevée, comme le sang coulait encore, le chirurgien a eu recours au tamponnement avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

» Des hémorrhagies tendaient sans cesse à se reproduire pendant la cicatrisation de la plaie, et un abcès s'est produit et a été ouvert avant que le malade quittât l'hôpital.

» La tumeur, examinée, présentait un nombre considérable de cavités et de sinus, qui étaient enfermés dans des restes de tissu musculaire, quoiqu'elle fût circonscrite par une membrane d'enveloppe; les sinus semblaient se continuer avec les veines voisines, ils renfermaient des masses de matière calcaire ayant la forme et le volume d'un grain de millet ou d'un pois. Quelques-unes de ces masses étaient constituées en partie par des sels calcaires et en partie par de la fibrine décolorée. Il y avait des caillots dans les cavités veineuses.

» Les concrétions trouvées dans la tumeur faisaient effervescence lorsqu'on les traitait par l'acide nitrique. »

M. Clark ne croyait pas, avant l'opération, qu'il s'agissait dans ce cas d'une tumeur érectile, parce que les caractères de cette lésion faisaient défaut, et parce qu'il n'y avait pas de changement dans la peau. Cependant, la structure de la tumeur a indiqué nettement une tumeur érectile. Le chirurgien regarde les concrétions observées comme une complication curieuse, mais il n'hésite pas à les ranger dans la classe des phlébolithes.

Il est évident que la tumeur observée est une tumeur érectile, et, à notre avis, elle présente un intérêt à un double point de vue.

Cette tumeur érectile veineuse semble être une tumeur érectile des muscles, et jusqu'ici il en a été vu peu d'exemples.

Les lésions qui ont été trouvées dans la tumeur indiquent que des phénomènes subinflammatoires ont eu lieu, et qu'ils ont été de même nature que ceux qui sont constatés dans les varices. Cela explique pourquoi certains caractères des tumeurs érectiles veineuses ont pu manquer dans le cas que nous venons de rapporter.

Nous ferons remarquer toutefois que la tumeur était réductible; ces changements de dureté consignés dans l'observation se rapportent à sa réductibilité. Et il devait en être ainsi : une tumeur vasculaire communiquant largement avec les veines qui ont été ouvertes et ont donné une hémorrhagie abondante, ne pouvait manquer de se prêter à des tentatives de réduction.

Ajoutons que, dans des cas semblables, la constatation répétée de la réductibilité conduirait au diagnostic, à défaut des autres signes négatifs d'un lipome.

Résultats de la taille et de la lithotritie.

Il y a quelque temps, nous avons rapporté une statistique américaine établissant que sur 66 cas de taille latéralisée pratiqués à Saint-Louis, dans le Missouri, par M. le docteur Pope, il n'y avait eu que quatre morts. Nous insistions sur ces résultats, qui peuvent passer pour excellents (1).

Sans vouloir attaquer les mérites de la lithotritie, les chirurgiens anglais commencent à porter leur attention sur la comparaison entre la taille et la lithotritie. M. Holmes Coote, chirurgien de Saint-Bartholomew's hospital, vient de publier dans *the Lancet* une statistique des opérations de taille et de lithotritie qui ont été pratiquées dans l'hôpital auquel il est attaché.

M. Holmes Coote annonce que pendant les deux dernières années qui viennent de s'écouler, il y a eu à l'hôpital treize tailles qui ont été suivies deux fois de mort, et que sur quatre lithotrities pratiquées, deux fois les malades sont morts.

Ce chirurgien ajoute : Les chiffres que je donne ne sont pas suffisants, mais ils correspondent à l'impression générale d'aujourd'hui. Les dangers de la lithotritie sont plus grands qu'on ne les suppose.

En France, la lithotritie est passée dans les usages; elle est même appliquée dans presque tous les cas. On ne compte pas dans les hôpitaux plus de deux ou quatre tailles par an; il y en a encore moins dans la pratique. Il y a quelque chose à revoir à ce sujet, et la question commence à revenir d'elle-même à l'ordre du jour.

Dans une prochaine *Revue clinique*, nous nous occuperons de la statistique des opérations de la pierre dans les hôpitaux, et si nos lecteurs des hôpitaux de province voulaient nous faire parvenir leurs relevés statistiques sur ce sujet, nous pourrions compléter une étude qui gagnerait à porter sur un plus grand nombre de faits.

DU TRAITEMENT DE LA HERNIE INGUINALE chez les enfants.

Par Bedford Davies, M. R. E. S., chirurgien à l'hôpital des Enfants de Birmingham.

Dans les hernies qui sont congénitales ou surviennent peu de temps après la naissance, on peut, par une pression continue et bien dirigée et par l'application constante d'une ceinture bien adaptée, guérir généralement les petits malades.

L'auteur anglais rappelle à cette occasion les recherches du professeur J. Cloquet sur le mode de resserrement et d'oblitération graduelle au moyen duquel ces sortes de hernies se ferment après la seule application, pendant un temps plus ou moins long, d'une petite pelote herniaire.

Mais, comme le fait remarquer l'auteur anglais, il y a des cas de ces hernies chez les très-jeunes enfants où l'emploi d'un bandage, si bien adapté qu'il soit, n'amène point la cure radicale de la hernie. Dans ces cas, il est nécessaire de faire une opération : sur dix petits malades atteints de hernie et âgés de moins de huit ans, il a employé tantôt la méthode de Wutzer, d'autres fois une méthode qui lui est personnelle, et qu'il a déjà fait connaître dans une publication remontant à quatre années : cette méthode consiste à invaginer une portion du scrotum dans l'ouverture anormale. Sur les dix malades traités ainsi, neuf ont été radicalement guéris; le dernier, atteint de carie vertébrale, se prêtait mal à une opération et à une contention permanente.

M. John Wood, en pareil cas, enfonce dans le sac deux épingles qui le transpercent et amènent ainsi une inflammation adhésive qui oblitère sa cavité. Des deux épingles, l'une réunit le pilier interne et les fibres unitives, la seconde traverse le pilier externe : le tout est maintenu en tordant une des épingles sur l'axe de la seconde; le canal herniaire se trouve aussi oblitéré, sa paroi postérieure étant tirée en avant et l'antérieure en arrière; le cordon est entre les épingles, mais sans être comprimé par elles.

Voici quelle est la méthode d'opération du docteur Bedford Davies :

Il enfonce le doigt aussi profondément que possible dans le canal inguinal; il y porte en même temps une aiguille forte et bien courbée, et la plonge à travers le pilier interne; on passe alors un fil à ligature ordinaire dans le trou de l'aiguille, à l'aide de laquelle on transperce de la même façon le pilier externe; on remplace ces fils par un fil de cuivre (n° 20), ou plutôt on l'adapte au fil à l'aide d'un petit trou dont son extrémité est percée; après avoir passé le fil, on en tord les deux extrémités, et le canal se trouve ainsi oblitéré. On retire les fils après quelques jours, bien que certains praticiens les y laissent : tel est, par exemple, le professeur Chrishalin (de Charleston).

Deux ou trois jours après avoir retiré les fils, on met une ceinture, et l'enfant peut marcher comme à son ordinaire.

Pendant les quelques jours qui suivent l'opération, c'est à peine si l'on a à redouter un peu de douleur, et presque jamais de suppuration ou d'ulcération.

Après quelque temps, le fond du sac s'oblitère, forme dans le scrotum une masse solide, et l'on peut à peine reconnaître l'orifice externe du canal inguinal. (*Med. Times* et *Gaz. méd.*)

FORMULE DU TRAITEMENT DE L'ARTHRITE NOUEUSE.

Par M. Beau.

Si l'arthrite aiguë rhumatismale ou goutteuse est heureusement influencée par le sulfate de quinine, il n'en est pas ainsi de cette espèce d'arthrite primitivement chronique qu'on appelle arthrite noueuse. C'est aux bains alcalins additionnés d'acide arsénieux et à ce dernier agent pris à l'intérieur qu'il faut s'adresser pour la combattre et faire disparaître en même temps l'état dyspeptique qui s'oppose au rétablissement des forces.

Chez plusieurs malades affectés de cette arthrite, M. Beau a prescrit cette année.

1° A l'intérieur, une solution arsenicale composée ainsi :

Acide arsénieux.	10 centigr.
Eau distillée.	500 gram.

A prendre par cuillerée à bouche matin et soir.

2° Tous les deux jours, puis tous les jours, un bain contenant :

Sous-carbonate de soude.	100 gram.
Arséniate de soude.	1 —

La dose d'arséniate de soude est portée rapidement à 1 gr. 50 et à 2 gr. sans dépasser ce chiffre.

M. Guéneau de Mussy, qui le premier a préconisé ces bains contre le rhumatisme noueux et contre toutes les formes de rhumatisme chronique, supprime, dans les cas subaigus, le sous-carbonate de soude et prescrit l'arséniate de soude dans un bain simple ou dans un bain gélatineux. M. Beau déclare s'être bien trouvé de ce traitement chez plusieurs malades.

TRAITEMENT DE L'ASTHME.

Par M. Trousseau.

Voici une des méthodes de traitement qui dans un certain nombre de cas ont paru à M. Trousseau les plus avantageuses. Elle se compose de la série des moyens suivants :

1° Dix jours de suite, chaque mois, le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis trois jours après deux, et les quatre derniers jours quatre pilules ainsi composées :

Pr. Extrait de belladone.	1 centigr.
Poudre de racine de belladone.	1 —

F. S. A. une pilule.

Ou bien encore un, deux, et jusqu'à quatre granules d'atropine d'un milligramme.

2° Les dix jours qui suivent, on remplace les préparations belladonées par le sirop de térébenthine, à la dose d'une cuillerée à bouche prise trois fois par jour, et mieux par trois capsules d'essence de térébenthine.

3° Les dix derniers jours du mois, le malade est mis à l'usage des cigarettes arsenicales.

Enfin, comme complément du traitement, le malade prend tous les dix jours, le matin à jeun, un paquet de 4 grammes de poudre de quinquina calisaya, qu'il délaye dans une infusion de café torréfié. (*Bulletin de thérap.*)

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1864.

Par M. Trélat, secrétaire annuel.

Messieurs,

Après avoir, pendant le cours de l'année qui vient de finir, enregistré vos travaux et veillé à leur publication régulière, j'ai l'honneur de vous en présenter aujourd'hui un aperçu général.

Une courte halte pour mesurer le chemin parcouru n'est point inutile après une longue course à travers toutes les voies de la science que nous cultivons. C'est un besoin naturel que l'usage a consacré, non-seulement dans les sociétés savantes, mais dans toutes les réunions d'hommes qui poursuivent un même but.

En dressant cet inventaire, vous verrez, Messieurs, que l'activité de notre Compagnie ne s'est point ralentie, que, grâce au zèle de ses membres résidants et correspondants, grâce au concours assidu des personnes qui s'intéressent à la chirurgie, nos séances ont été bien remplies.

Sans doute ce n'est pas par un seul travail, par une seule discussion qu'on tranche des questions depuis longtemps controversées; ce ne sont pas les matériaux irrégulièrement amassés pendant un an, qui permettent d'établir des vérités nouvelles et saillantes; mais si vous vous reportez en arrière, si vous remontez jusqu'à l'époque déjà lointaine de notre fondation, alors, Messieurs, vous reconnaîtrez la part considérable de notre Société dans les progrès de la chirurgie; vous verrez combien de croyances ou de doctrines fausses et insuffisantes ont été minées par nos discussions répétées, comme le rivage est miné par la vague; vous verrez quels riches matériaux, quelles fécondes alluvions les communications si variées qui nous parviennent ont déposés dans la collection de nos Bulletins et de nos Mémoires.

Mais je ne dois vous entretenir que des travaux de l'année dernière.

Au milieu d'un certain nombre de communications sur les maladies des os, je rappellerai à votre attention les deux faits exposés par MM. Chassaignac et Richet. Les pièces de nos deux collègues pouvaient être interprétées de différentes façons. Etait-ce à l'ostéomyélite, à l'ostéite fongueuse qu'il fallait rapporter les lésions, ou bien n'avions-nous sous les yeux que des variétés particulières de cette maladie lente dans son évolution, obscure dans son diagnostic, à laquelle on a donné le nom d'abcès des os? Cette dernière hypothèse est la plus probable. Quoi qu'il en soit, l'observation de M. Richet montre combien les indications thérapeutiques sont difficiles à établir, combien la symptomatologie des abcès des os laisse encore à désirer.

C'est bien à tort qu'on nomme spontanées les fractures qui se produisent sous l'influence d'un léger effort; mais le mot est passé dans la langue chirurgicale, il faut l'accepter. En pareil cas, une altération pathologique a détruit ou diminué la résistance de l'os; assez souvent la maladie osseuse a été reconnue depuis longtemps, et la fracture n'est qu'un accident facile à comprendre; mais parfois elle survient dans l'état de santé le plus parfait en apparence. Le malade de M. Azam, atteint d'une ostéomyélite à laquelle il succomba, appartenait à la première catégorie; celui de M. Richet, chez lequel une tumeur du fémur ne fut reconnue que plusieurs mois après la fracture, rentre dans la seconde. Ce sont les faits de cette nature incomplètement observés qui ont dû faire croire à la possibilité de fractures dites spontanées sur des os non altérés. Un moment, en effet, M. Richet put croire que son malade allait guérir, que le cal se formait régulièrement, quoique avec lenteur, qu'en conséquence l'os était sain. Mais il fallut bientôt renoncer à cette opinion; le fémur était envahi par une tumeur fibro-plastique dont les éléments avaient pénétré jusque dans l'intérieur des veines voisines.

J'indique en passant une observation de M. Prud'homme sur la cause et la nature des complications que peuvent entraîner les fractures en V ou en coin. La gravité de ces fractures vient-elle de ce qu'elles communiquent avec les articulations, comme le croit M. Béranger-Féraud, ou bien est-elle le résultat des déplacements étendus, des compressions exercées sur les organes voisins, de la longueur de la fracture? Cette dernière opinion semble plus probable; elle est au moins d'accord avec le plus grand nombre des faits, et en particulier avec celui qu'a observé M. Legouest au Val-de-Grâce.

Nous devons à M. Labbé une importante observation de mort subite pendant la convalescence d'une fracture compliquée. L'artère pulmonaire et sa branche gauche étaient oblitérées par un caillot embolique venu de la veine fémorale. Les faits semblables à celui-ci, encore peu nombreux, ont été réunis par notre collègue M. Azam dans un travail dont il a donné lecture à l'Académie de médecine. Chaque fois que cette redoutable terminaison a été observée, le membre, et jusqu'ici ç'a toujours été le membre inférieur, était ou avait été le siége d'un épanchement sanguin considérable. Les veines de la cuisse contenaient des caillots adhérents non reconnus et non soupçonnés pendant la vie. Parfois il y a eu dans les jours qui ont précédé la mort quelques malaises ou quelques étouffements. Enfin la mort survint dans la période de convalescence, lorsque des caillots résistants avaient eu le temps de se former dans les veines fémorale ou iliaque, alors que vingt-cinq, trente-cinq, quarante-huit jours s'étaient écoulés depuis l'accident.

Les luxations du pouce, on le sait depuis longtemps, offrent assez souvent des obstacles insurmontables à la réduction. Je me rappelle avoir vu Blandin épuiser ses forces et son ingéniosité à tenter une semblable réduction; malgré tout, il échoua. Pareille mésaventure est arrivée à M. Labbé; appareils et procédés, il a tout essayé sans succès, et en fin de compte il est venu nous communiquer son observation. M. Richet a fait remarquer que, malgré l'absence de réduction, les mouvements anormaux assez étendus sont graduellement recouvrés par le pouce, et que ce doigt peut servir très-utilement par la suite. M. Guyon, après avoir éprouvé de grandes difficultés dans un cas semblable, a été plus heureux que M. Labbé, et il attribue son succès à la manœuvre exécutée, rotation du pouce en dehors, puis renversement au côté externe du métacarpien. Ce procédé est bon, puisqu'il a réussi, mais l'expérience enseigne qu'aucun procédé n'est applicable à tous les cas; le chirurgien doit faire provision de toutes ces petites ressources pour les utiliser au besoin.

On discutera sans doute longtemps encore sur cette affection singulière, heureusement inoffensive, mais assez mal connue, qu'on a successivement nommée : luxation incomplète, subluxation du radius, paralysie, paralysie douloureuse de l'avant-bras chez les jeunes enfants. Il est certain que l'affection est traumatique; elle se guérit assez brusquement par quelques manœuvres simples ou même parfois sans manœuvres, par un mouvement de l'enfant. Il y a donc nécessairement un déplacement, un changement des rapports de quelques organes. Mais ce changement, quel est-il? C'est là que commencent les divergences. Le plus grand nombre croit que le radius se porte légèrement en avant du condyle, et j'aurais assez de tendance à me ranger ici du côté du grand nombre. Il y a deux ans

(1) Voir la *Revue clinique* du samedi 19 novembre 1864.

M. Goyrand était venu tenter de nous prouver que c'est le cartilage triangulaire déplacé qui cause la douleur et la gêne. Cette année, M. Verneuil lui a prêté l'appui réservé d'un fait clinique. Mais voici que M. Bourguet, le compatriote de M. Goyrand, propose une théorie nouvelle : le désordre consisterait, suivant lui, dans l'engagement, le refoulement des parties molles en arrière de la tubérosité bicipitale, dont elles enrayeraient les mouvements en l'éloignant du cubitus. La discussion de ces théories ne saurait faire partie de ce résumé, je devais seulement les rappeler à votre souvenir.

C'est bien assurément un fait extraordinaire, inouï, qui nous a été communiqué par M. Guérin. Quatre aides exercent des tractions régulières et modérées sur l'avant-bras d'une femme atteinte de luxation sous-coracoïdienne complète, et tout à coup, sans que les aides chancellent, sans craquement, le membre se rompt au pli du coude. C'est que la luxation datait de trois mois, que le membre était paralysé depuis l'accident, que les nerfs comprimés par un magma fibreux dense avaient influé sur la nutrition des tissus, et que ceux-ci, profondément altérés dans leur structure, avaient perdu leur résistance normale. Ainsi s'explique ce fait, que tandis qu'on peut opérer sur un membre supérieur non altéré des tractions de 3 et 500 kilogr., celui-ci a été arraché par un effort qui n'a pas pu atteindre 100 kilogr.

Faut-il conclure de ce fait, si rare qu'aucun de nous n'en a observé ni entendu raconter de semblable, qu'on devra reculer à l'avenir devant la réduction des luxations anciennes ? Nullement, et nos collègues qui ont pris part à la discussion se sont formellement prononcés dans ce sens. Sans doute, l'existence d'une paralysie complète du membre aggrave le pronostic ; mais il ne faut pas oublier, comme le faisait judicieusement observer M. Guérin, que la réduction est le meilleur, presque le seul moyen de faire cesser la paralysie consécutive à la compression.

On a beaucoup discuté autrefois sur la curabilité des luxations congénitales du fémur, et il semble qu'après des luttes fort vives, on éprouve de part et d'autre le besoin d'attendre du temps et de l'observation de nouveaux arguments. Cependant, vous avez entendu avec un vif intérêt la communication de M. le docteur Pravaz fils et le rapport de M. Bouvier.

La malade de M. Pravaz a éprouvé une remarquable amélioration ; cette enfant n'est presque plus infirme. Elle l'est si peu que notre confrère de Lyon la considère comme guérie. Mais que faut-il entendre par ce mot ? Si on se place au point de vue physiologique, tout le monde est à peu près d'accord. Les fonctions locomotrices du membre inférieur sont très-satisfaisantes ; c'est un beau succès thérapeutique que d'avoir opéré cette transformation, et ce succès encourage à persévérer dans la même voie. Mais au point de vue anatomique, y a-t-il eu retour à l'état normal, ou seulement la tête du fémur a-t-elle subi un déplacement quelconque ? C'est ici que les opinions varient. M. Pravaz pense que la réduction est opérée ; M. Broca croit que les têtes des fémurs ont seulement été ramenées en avant de leur situation primitive, de manière à rétablir l'équilibre du corps ; enfin, d'après le savant rapporteur de la commission, le redressement du bassin par disparition de l'ensellure lombaire, redressement dû surtout à l'allongement des muscles fléchisseurs, serait la cause principale de l'amélioration : la tête du fémur n'aurait pas subi le moindre déplacement.

On voit que sur ce point, comme sur tant d'autres, la science demande de nouveaux éclaircissements.

L'ostéogénie périostique, qui avait donné lieu l'année dernière à une importante discussion, a reparu plusieurs fois et sous des formes diverses devant la Société. MM. Sédillot et Marmy contestaient, au nom de l'expérimentation physiologique, que le périoste de la voûte palatine pût régénérer de la substance osseuse. A ces expériences négatives, M. Ollier a répondu par des expériences positives, et après avoir vu les pièces qui vous ont été présentées tout dernièrement, on sera forcé d'admettre que l'ostéogénie périostique de la voûte palatine est incontestable chez les animaux.

C'est ici qu'il convient de mentionner le beau succès obtenu par M. Giraldès sur un enfant auquel il avait réséqué 10 centimètres de la diaphyse humérale. Au bout d'un an, la reproduction était achevée, et nous avons vu le jeune malade, complétement guéri, se servir fort utilement de son bras.

L'ablation du maxillaire supérieur comme opération préliminaire de la destruction des polypes naso-pharyngiens compte maintenant de nombreux partisans, et M. Verneuil, qui l'a chaleureusement défendue, peut se féliciter d'avoir soutenu une bonne cause. Quand on pratique cette ablation, y a-t-il, comme le pense M. Ollier, profit à conserver le périoste, ou bien la conservation de cette membrane est-elle difficile, dangereuse même et en définitive sans avantage, suivant la manière de voir de M. Richet ?

Je ne puis reproduire ici les arguments de nos deux collègues, mais je n'hésite pas à me ranger du côté de M. Ollier. La séparation du périoste, et surtout à la face, n'est ni longue ni difficile ; ce n'est point une complication opératoire ; je dirais presque que c'est une simplification. Pourquoi dès lors renoncer au bénéfice possible, sinon certain, d'une reproduction osseuse dont l'utilité ne peut guère être contestée ?

L'année dernière, mon prédécesseur, en parlant de l'opération d'Esmarch et de Rizzoli, disait qu'on ne savait pas encore si le meilleur moyen d'assurer le succès était de faire une section ou une résection, d'interposer un corps étranger ou un lambeau de périoste entre les fragments ; il ajoutait même qu'on ignorait pourquoi les chirurgiens français avaient échoué quand les chirurgiens étrangers avaient réussi.

Aujourd'hui, après les succès de M. Huguier et de M. Aubry (de Rennes), après la lecture des faits réunis dans la thèse de M. Adolphe Mathé, on peut répondre à ces questions. L'interposition d'un corps étranger ou d'un lambeau de périoste entre les fragments, la répression des bourgeons charnus par des cautérisations superficielles, les mouvements passifs exécutés de très-bonne heure, suivis aussitôt que possible de mouvements actifs, semblent avoir assuré le succès dans le plus grand nombre des cas après la simple section, qui paraît suffisante.

Vous avez accordé une attention soutenue à l'importante discussion provoquée par M. Verneuil sur les résections traumatiques en général, et en particulier sur celles du genou. En présence d'une plaie pénétrante, et surtout d'une plaie par arme à feu de cette articulation, toutes les éventualités sont graves ; l'expectation est funeste ; l'amputation immédiate de la cuisse donne de bien rares guérisons ; dans nos hôpitaux civils, elle n'en donne pour ainsi dire pas. La résection du genou serait-elle plus favorable ? Enhardi par deux beaux succès, M. Verneuil a de la tendance à le croire. Ses adversaires lui répondent par une série de motifs qui, pour être théoriques, n'en ont pas moins une valeur indéniable. Il faut reconnaître que les faits manquent pour juger une aussi grosse question. Mais de ce qu'on ne peut la trancher aujourd'hui, il n'en résulte nullement que le débat ait été stérile. Il ouvre la voie à de nouvelles discussions plus riches de faits et plus affermies par l'expérience.

Dans un rapport net et concis sur un travail de M. Chassaniol, M. Broca nous a exposé les erreurs ou les oublis physiologiques qui ont pendant longtemps retardé l'emploi des ligatures fines sur les artères. Aujourd'hui, la question est définitivement jugée au point de vue pratique ; mais notre collègue sait interroger l'histoire et lui faire parler un langage instructif.

Une communication de M. Tillaux nous a montré une fois de plus combien le traitement des anévrysmes diffus est incertain. Généralement rebelles à la compression mécanique ou manuelle, ils réclament la ligature, et ce moyen est loin d'assurer la guérison. Nombre de complications graves peuvent survenir et faire périr le malade. Cependant, M. Foucher a obtenu un remarquable succès par la compression employée contre un anévrysme poplité diffus et enflammé. Il faut espérer que ce fait rare ne sera pas perdu pour la science, et que M. Foucher le publiera dans tous ses détails.

Pour la seconde fois, vous avez entendu M. Vanzetti (de Padoue) vous raconter, avec une simplicité pleine de finesse, les résultats de sa pratique dans le traitement des anévrysmes. M. Vanzetti est un apôtre de la compression digitale. Son zèle, sa constance et son habileté ont dû opérer plus d'une conversion. Quand il ne peut agir lui-même, il improvise des aides ; des paysans, des malades convalescents sont très-vite éduqués, et mènent la cure à bon terme.

Mais le côté le plus saisissant de son récit a été la cure de deux anévrysmes artério-veineux du pli du coude, guéris par un très-ingénieux procédé de compression digitale double, en moins de six heures. Espérons que ce procédé éminemment physiologique obtiendra de nouveaux succès ; la chirurgie comptera une bonne acquisition de plus.

Je ne quitterai pas ce qui a rapport au système vasculaire sans rappeler à votre souvenir une tumeur veineuse réductible de la région frontale, que nous avons observée chez un petit malade de M. Giraldès ; une tumeur formée par la dilatation de la veine ophthalmique et simulant par son expansion et ses bruits un anévrysme artériel. M. Aubry a mis sous vos yeux la pièce, qui ne peut laisser aucun doute.

Enfin, permettez-moi de vous rappeler encore, à cause de l'importance et de la rareté du sujet, l'observation malheureusement trop complète de varices lymphatiques, que je vous ai communiquée en deux fois ; observation bientôt suivie par celles de M. Petit, ancien chirurgien en chef de la marine.

La douleur intermittente ou continue, mais généralement horrible des névralgies, disparaît le plus souvent sous l'influence des moyens médicaux ; mais parfois elle résiste aux traitements les mieux institués et conduit les malades aux partis les plus désespérés : opérations graves, sacrifice d'un membre tout entier, et même sacrifice volontaire de la vie. Ce qu'il y a de plus cruel dans ces graves affections, c'est qu'elles semblent quelquefois déjouer les lois de la physiologie, mettre en désarroi nos connaissances anatomiques, et, véritables Protées, se rendre insaisissables et inaccessibles aux efforts de la thérapeutique.

C'est un cas de cette nature que M. Azam nous a exposé dans les détails les plus circonstanciés et les plus curieux. Je renonce à vous retracer même sommairement toutes les bizarreries de cette remarquable et désespérante observation. Après la résection du sciatique poplité externe et du grand sciatique, l'amputé, qui a été guéri pendant sept mois, éprouve de nouveau des douleurs qui ont reparu brusquement sous l'influence d'un effort. Ces douleurs, d'abord très-violentes, sont devenues un peu plus supportables ; mais elles peuvent au premier moment reprendre leur caractère torturant. Alors que faire ? Une nouvelle résection doit-elle être tentée ? Laquelle ? et pourra-t-on espérer un succès définitif ?

Ces questions que nous posait M. Azam sont à peu près restées sans réponse. On a recherché comment les douleurs avaient pu se reproduire ; on a indiqué les précautions opératoires qui semblent mettre à l'abri des névralgies du moignon ; mais aucun avis n'a été émis sur l'opportunité d'une nouvelle opération, et même, à juger l'ensemble de la discussion, les faits de récidive persistante et invincible énoncés par MM. Richet, Voillemier et Legouest, il faudrait renoncer à poursuivre par le fer ces névralgies incurables par la thérapeutique, mais quelquefois curables par le temps.

Une question importante a été soulevée subsidiairement. Que les fibres nerveuses puissent se régénérer et rétablir avec le temps la continuité anatomique entre les tronçons d'un nerf et par suite l'intégrité de ses fonctions, c'est un point bien acquis aujourd'hui. Mais que cette continuité, ou tout au moins que les fonctions du nerf puissent être rétablies subitement ou à peu près par l'accolement, par l'affrontement des deux bouts du nerf divisé, voilà un fait nouveau et surprenant ; tellement nouveau qu'il a paru inadmissible à quelques-uns de nos collègues. En vain on a cité les observations remarquables de MM. Nélaton et Laugier, où la suture des nerfs paraît avoir eu un succès immédiat. M. Verneuil a répliqué par d'autres observations où des portions étendues de nerfs ont été réséquées et non réunies, et où cependant les fonctions se sont rétablies presque immédiatement. Que conclure de faits aussi contradictoires ? C'est qu'il y a là une obscurité physiologique dont le voile n'est pas encore déchiré ; c'est que, dans l'état de nos connaissances sur l'action nerveuse et sur son mode de propagation, nous ne devons enregistrer les faits qu'avec une extrême réserve.

Il n'est pas très-rare que les vaisseaux rampants au voisinage des foyers purulents soient ramollis, amincis et perforés par la suppuration. Il en résulte alors des hémorrhagies artérielles ou veineuses, d'autant plus graves que les malades sont plus affaiblis et que les rapports de la région sont plus altérés. Cette année, MM. Dolbeau et Morel-Lavallée nous ont communiqué les faits qu'ils venaient d'observer. Chez le malade de M. Morel-Lavallée, le tamponnement des incisions et la formation d'un volumineux caillot ont suffi pour maîtriser l'hémorragie. Mais M. Dolbeau n'a pu sauver sa jeune malade qu'en pratiquant la ligature de la carotide externe. Prompte et sage intervention d'une chirurgie éminemment conservatrice, malgré l'importance des désordres opératoires.

Vous avez entendu avec intérêt le récit de notre collègue M. Mascarel sur les cas de tétanos qu'il a traités et dont deux ont été guéris. Ce sont d'intéressants succès à enregistrer, mais vous êtes restés dans le doute sur la valeur des moyens employés, puisque l'opium et la belladone ont été concurremment administrés chez ces malades.

Je mentionne en passant un calcul salivaire d'un poids exceptionnel envoyé par M. Fleury (de Clermont) ; il pesait presque 4 grammes, et était resté inclus dans le canal de Warthon, d'où le chirurgien parvint avec peine à le déloger, au grand soulagement du malade.

A propos d'une communication de M. Duboué d'abord, puis d'une observation de M. Letenneur (de Nantes), vous êtes revenus sur les sutures métalliques en général et en particulier pour la réunion du bec-de-lièvre. Longtemps encore ce mode de suture comptera des adversaires et des partisans. Je crois qu'on lui demande des avantages qu'il ne peut pas donner : on trouve que les fils métalliques coupent les tissus aussi bien, d'aucuns disent mieux, que les fils de soie. Eh ! sans doute. Quand on fait une suture quelconque, ce ne sont pas les fils qui coupent, ce sont les tissus qui se coupent. Sous ce rapport, les fils d'argent ou de fer n'ont aucun mérite particulier ; mais la facilité avec laquelle ils sont tolérés longtemps, leur demi-rigidité qui les transforme en tuteurs des bords de la plaie, leur permettent de remplir des indications que ne remplissent ni les fils souples de soie ou de chanvre, ni les épingles rigides, telles qu'on les emploie dans la suture entortillée ordinaire.

Au reste, dans ces sortes de questions de pure pratique, il ne faut pas se placer à un point de vue trop absolu et soutenir que tel procédé l'emporte complétement sur l'autre. C'est une affaire de perfection relative. Que chacun en juge donc d'après sa propre expérience ou d'après l'expérience d'autrui, et prêche d'exemple par les résultats obtenus.

L'an passé, M. Jarjavay regrettait, en rendant compte de nos travaux, que la Société de chirurgie n'eût apporté qu'un faible contingent à l'ophthalmologie. Tout vient à point à qui sait attendre.

(La fin au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance annuelle du 11 janvier 1865. — Présidence de M. Richet.

M. le Président rend compte de l'état moral et financier de la Société.

Messieurs et chers collègues,

Le règlement a sagement disposé que chaque année le président viendrait exposer devant vous l'état moral et financier de la Société ; c'est cette mission que je vais accomplir, et je le ferai aussi brièvement qu'il me sera possible, afin de ne point trop retarder le moment où vous entendrez la parole éloquente et si autorisée de votre secrétaire général, qui vous retracera la vie et les travaux d'un de nos associés étrangers, de l'illustre Guthrie ; et celle non moins habile de notre secrétaire annuel, qui résumera, dans ce langage facile et élégant qui lui est habituel, les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Fondée en 1843, la Société de chirurgie compte vingt-deux ans d'existence à peine, et déjà, si l'on jette un regard en arrière, on demeurera étonné du chemin parcouru. Accueillie à son origine avec une certaine défiance ressemblant à de l'hostilité par quelques-uns, avec indifférence par le plus grand nombre, elle a su triompher de tous les obstacles, par son infatigable et tranquille persévérance, et surtout par sa modération de conduite.

Aujourd'hui, ses travaux l'ont placée, nous pouvons le dire avec un légitime orgueil, au premier rang parmi les Sociétés savantes, et l'influence qu'elle exerce sur la pratique de notre art est aussi salutaire qu'incontestable.

Peu nombreux d'abord, vous avez su attirer progressivement à vous les chirurgiens les plus éminents de la capitale, de la province et de l'étranger ; et voici maintenant que vos cadres se trouvent beaucoup trop étroits pour accueillir les très-nombreux confrères des départements qui aspirent au titre si ambitionné aujourd'hui de *membre correspondant national*.

Cette situation, chers collègues, a dû préoccuper les membres de votre bureau, car, par suite d'une circonstance heureuse et dont, à un autre point de vue, nous n'avons qu'à nous féliciter vivement, aucune vacance ne s'étant produite pendant l'année 1864 dans les rangs de nos correspondants nationaux, la Société se voit dans la rigoureuse nécessité d'ajourner indéfiniment toute nomination.

N'y aurait-il pas possibilité de remédier à cet état de choses ? Vous le savez, nous avons deux catégories de membres étrangers, des membres correspondants et des membres associés. Ne pourrions-nous pas aussi avoir deux catégories de membres nationaux, c'est-à-dire des membres associés à côté de nos correspondants ?

Cette mesure, qui indiquait une révision de nos statuts, aurait le double avantage, d'abord de donner satisfaction aux légitimes aspirations d'un certain nombre de nos distingués confrères des départements placés à la tête des établissements hospitaliers ou en possession d'une vaste pratique, et puis d'étendre l'influence de notre Société et en même temps de grossir cette source si précieuse de communications intéressantes et variées dont chaque jour nous apprécions davantage la valeur.

C'est là, vous le comprenez, une question grave et sérieuse qui ne saurait être qu'indiquée ici, et sur laquelle nous appelons toutes vos méditations.

Je viens de dire que pendant l'année 1864 aucune vacance ne s'était produite dans les rangs de nos correspondants nationaux ; c'est avec un véritable bonheur que je puis ajouter qu'il en est de même de nos associés et correspondants étrangers. C'est la première fois peut-être que pareil fait se présente, et il nous est bien permis de nous en réjouir.

Parmi nos membres titulaires, au contraire, un grand vide s'est effectué ; mais ici encore je suis heureux de constater que c'est par une retraite volontaire qu'il s'est produit. Trois de nos honorables collègues ont cru devoir demander le titre de membre honoraire, ce sont : MM. Bouvier, Guersant et Jarjavay, qui ont continué néanmoins à suivre assidûment nos séances et à éclairer nos discussions de leurs lumières.

Mu par une honorable susceptibilité, M. A. Richard a cru devoir envoyer sa démission; qu'il reçoive les regrets de ses nombreux amis. D'un autre côté, M. Béraud ayant envoyé la sienne, nous avons ainsi à pourvoir à ces cinq vacances, et de plus, à celle de M. Gosselin, devenu honoraire à la fin de l'année 1863, et qui n'a pas encore été remplacé. Déjà de nombreux et dignes compétiteurs se présentent, qui ne vous laisseront que l'embarras du choix.

J'ai à vous signaler maintenant les excellentes acquisitions que vous avez faites pendant l'année 1864. Vous avez ajouté à la liste de vos membres titulaires M. le docteur Lefort, désigné à vos suffrages par d'excellents travaux, et qui a marqué brillamment son entrée parmi nous dans la discussion sur l'hygiène des hôpitaux.

Nous nous sommes adjoint comme membres correspondants nationaux MM. Duboué (de Pau), Azéma (de la Réunion) et Isnard (de Metz). Le premier de ces honorables confrères, M. le docteur Duboué, ancien interne des hôpitaux de Paris, est devenu depuis sa nomination un de nos plus actifs collaborateurs, et naguère encore vous l'avez vu accourir au milieu de nous pour nous faire connaître un nouveau procédé opératoire des fistules vésico-vaginales sanctionné par de beaux succès.

Enfin, vous avez choisi pour associés étrangers trois illustrations qui comptent parmi les hommes les plus justement estimés de la Grande-Bretagne, MM. Hogdson et James Paget (de Londres) et Robert Adams (de Dublin), et pour correspondants étrangers les noms honorés de MM. Melchiori, Gamgee, Victor Bruns et Gherini.

Si nous tournons maintenant nos regards vers l'administration intérieure de notre Société, là encore nous trouverons de justes sujets de satisfaction. Vous vous joindrez tous à moi, chers collègues, pour louer le zèle et la persévérence avec lesquels notre nouveau secrétaire général s'est dévoué à nos intérêts, et vous vous plairez à reconnaître que jamais peut-être nos procès-verbaux n'ont été rédigés avec plus d'exactitude et d'impartialité par nos secrétaires annuels.

Chaque séance nous apporte un nombreux contingent de journaux, de brochures, de livres, de documents manuscrits, de pièces anatomo-pathologiques, qui nous sont adressés par des membres de notre Société, souvent même par des personnes qui ne lui appartiennent à aucun titre. Aussi notre bibliothèque s'augmente-t-elle rapidement; il faut donc remercier notre infatigable et dévoué collègue M. Verneuil du soin qu'il prend à mettre en ordre et à cataloguer ces divers matériaux si difficiles à classer.

Permettez-moi enfin d'entr'ouvrir avec vous les registres de notre habile trésorier M. Houel, et de vous dire, sans entrer dans des détails qui trouveront bien mieux leur place dans le compte rendu qu'il doit vous présenter prochainement, que notre situation financière est satisfaisante, grâce surtout aux importantes mesures dues à l'initiative hardie de celui que vous avez choisi pour me succéder à la présidence, mesures qui ont été mises en pratique pour la première fois cette année, et qui ont donné d'excellents résultats.

Je devrais terminer ce rapide exposé par la proclamation du prix Duval. Mais la commission nommée pour examiner les thèses qui nous ont été adressées a reconnu qu'aucun des candidats ne se trouvait dans les conditions exigées par le testateur. Elle a donc dû conclure à ce que le prix ne soit pas décerné cette année. C'est la première fois que ce fait se présente, et, il faut l'espérer du moins, il ne se reproduira pas. Déjà de nombreux concurrents, et ceux-là dans toutes les conditions voulues, sont inscrits pour l'année prochaine; tout fait donc espérer que, comme les années précédentes, la lutte sera aussi brillante que sérieuse.

Messieurs, l'année qui vient de s'écouler comptera parmi les plus brillantes de la Société de chirurgie; les discussions sur la thérapeutique des kystes du foie, sur l'iridectomie, sur l'hygiène des hôpitaux, pour ne parler que des plus importantes, suffiraient à elles seules pour la marquer d'un sceau ineffaçable. Nous sommes dans la bonne voie; continuons donc, chers collègues, à étudier ainsi successivement toutes les grandes questions chirurgicales par elles-mêmes, dans l'intérêt de la science, sans passion et sans nous préoccuper du bruit du dehors; mais surtout ne cessons pas de donner l'exemple de la concorde et de la modération, sans lesquelles on ne fonde rien de durable.

M. TRÉLAT, secrétaire annuel, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1864. (Voir plus haut.)

M. LEGOUEST, secrétaire général, prononce l'éloge de Guthrie, membre associé étranger de la Société.

Le secrétaire annuel, BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 janvier 1865, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en récompense du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie qui a récemment sévi à Lorient :

Au grade d'officier : M. Goin, chirurgien principal de la marine, chargé du service de santé de la division des équipages de la flotte à Lorient.

Au grade de chevalier : MM. Nielly, chirurgien de 2e classe de la marine, prévôt de l'hôpital maritime de Port-Louis; Tiret, docteur en médecine, médecin en chef de l'hospice civil de Lorient.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Valenciennes, professeur de zoologie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1864-1865, par M. Milne-Edwards (Alphonse), agrégé près ladite école.

M. le docteur Boudet, prosecteur du cours d'anatomie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Ecole, en remplacement de M. Lemaistre, dont la délégation est expirée.

M. Bleynie (Louis) est nommé prosecteur du cours d'anatomie, en remplacement de M. Boudet, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Moutard-Martin commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital Beaujon, le mercredi 25 janvier, et les continuera les mercredis suivants.

— C'est dans deux ans que la Société anatomique de Paris décernera le prix E. Godard à l'auteur du meilleur mémoire concernant soit l'Anatomie normale, soit l'Anatomie pathologique, soit la Tératologie.

La valeur du prix sera de quatre cent vingt francs (420 fr.)

Seront admises à concourir toutes les personnes, françaises ou étrangères, qui adresseront à la Société :

1° Un mémoire, manuscrit ou imprimé, sur les sciences ci-dessus désignées;

2° Une lettre d'envoi portant la mention spéciale qu'il est destiné à concourir pour le prix Ernest Godard. Les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire avant le 1er août 1866.

On n'admettra pas toutefois les mémoires imprimés qui seraient publiés depuis plus de trois ans, ce délai étant compté à dater de l'époque à laquelle on décernera le prix.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865.

Ont été elus : *Président*, M. Girard de Cailleux; *vice-président*, M. Félix Voisin; *secrétaire général*, M. Brochin; *secrétaire*, M. Ch. Loiseau; *archiviste-trésorier*, M. Legrand du Saulle; *membres du comité de publication*, MM. Jules Falret, Buchez, Michéa et Brierre de Boismont.

— Le bureau de la Société médicale du VIe arrondissement de Paris, pour 1865, est ainsi composé :

Président, M. Machelard; *vice-président*, M. Duchaussoy; *secrétaire général*, M. Martin; *secrétaires particuliers*, MM. Verrier et L. Duchesne; *trésorier*, M. Focillon père.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bonfils, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Les *Archives de médecine navale* pour janvier 1865 viennent de paraître. Elles contiennent les mémoires originaux suivants :

I. Etudes sur la nature et les causes des lésions traumatiques à bord des bâtiments de guerre, suivant les professions; par le docteur Barthélemy, chirurgien de 1re classe, chirurgien-major du yacht impérial *l'Aigle*. (Premier article.)

II. Hygiène et pathologie professionnelles des ouvriers des arsenaux maritimes; par le docteur Maisonneuve, professeur aux écoles de médecine navale. (Deuxième article.)

III. Hôpital de Cherbourg. — Souvenirs de quinze années de clinique chirurgicale, par le docteur Dufour. (Deuxième série. — Lésions du crâne.)

IV. Histoire du service de santé de la marine et des écoles de médecine navale, étudiés plus particulièrement au port de Rochefort; par M. Lefèvre, ancien directeur du service de santé à Brest. (Quatrième article.)

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie de son cours des maladies des voies urinaires, le mardi 31 janvier, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1er de l'École pratique, et il la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Cette troisième partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini le 31 décembre dernier sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous serions contraints de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine,* 9; *ou à* M. G. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice,* 35;

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire, à Londres*, 219, *Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres Etats, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui voudraient faire relier leur collection peuvent en envoyer les numéros au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance une communication de M. Sédillot (de Strasbourg). Il s'agit de l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os. M. Sédillot, en injectant dans la gaîne périostée des matières solidifiables, a obtenu le moulage de ces organes. Il conclut que le succès des régénérations osseuses dépend de deux causes principales :

1° L'intégrité du périoste ; 2° la régularité et l'immobilité des surfaces, gaînes ou moules où se produit la matière osseuse.

M. le docteur Aug. Voisin a présenté à l'Académie une note sur les mariages consanguins dans la commune de Batz. Nos lecteurs en connaissent le résumé, M. Voisin ayant déjà présenté ce travail à l'Académie de médecine.

Les questions de priorité soulevées par la communication de M. Déclat sur l'acide phénique se multiplient à l'Académie. La savante assemblée jugera ces prétentions diverses où la science n'a rien à gagner, et où les personnalités sont toujours trop en jeu. — Dr E. Le Sourd.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES (1).

INTRODUCTION.

L'Introduction du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, due à la plume de M. Dechambre, a une étendue et une importance beaucoup plus considérable que celle du *Dictionnaire de médecine pratique*. Elle commence par un historique des Dictionnaires, vrai morceau d'érudition qui a dû coûter à son auteur un travail de bénédictin. Nous n'essaierons pas de donner ici une idée des compendieuses recherches que renferme cette première partie de l'Introduction. Nous lui emprunterons seulement le jugement qu'elle renferme sur la méthode et la couleur doctrinale des divers dictionnaires qui ont précédé les publications actuelles, avant d'exposer le plan et la méthode adoptés pour la nouvelle œuvre.

La couleur doctrinale des dictionnaires, dit M. Dechambre, n'est généralement pas aussi accusée qu'on pourrait le présumer. Un très-petit nombre seulement ont eu pour but déterminé et intentionnel le soutien d'un système, ou seulement de vues dogmatiques générales. Il reconnaît pourtant que la médecine philosophique avait eu son dictionnaire, et que l'œuvre la plus considérable de ce genre, le Dictionnaire en soixante volumes, comme tout recueil dont la tâche est de représenter la science du temps, n'avait pu être réalisée sans un reflet plus ou moins vif de l'esprit scientifique, des idées dominantes, des croyances au milieu desquelles elle a été conçue. « Le dogme d'un pareil recueil fût-il de n'en avoir aucun, ajoute-t-il, que ce pourrait être encore une sorte de déclaration de principe, et par là même un trait de l'histoire médicale contemporaine. »

Quant à la méthode, M. Dechambre nous montre combien elle a été défectueuse dans l'immense majorité des dictionnaires, empruntant pour la plupart à tous les systèmes, à toutes les méthodes nosographiques.

Que peut être et que doit être aujourd'hui un dictionnaire de médecine complet? Avant d'aborder cette grave question, M. Dechambre jette préalablement un coup d'œil, moins sur le présent que sur les tendances de la médecine, ou sur son *devenir*, comme il le dit en empruntant une expression d'outre-Rhin.

D'où vient la médecine, où va-t-elle? L'auteur la prend à l'époque de la renaissance, où, après de nombreux emprunts faits à tous les systèmes de l'antiquité grecque, se manifestent les premiers signes d'émancipation et où les sciences se dégagent peu à peu du chaos, pour se séparer les unes des autres et se constituer dans leur individualité propre. Nous assistons d'abord aux premiers développements de la chimie dans ses rapports avec la médecine; on sait l'immense retentissement des premières théories chimiatriques, leur propagation rapide dans tous les pays; et, après nous en avoir signalé les écarts et mis le doigt sur les conditions qui en devaient rendre nécessairement les applications erronées, il nous la montre devenue science exacte et prêtant de nouveau à la médecine l'appui plus efficace cette fois de ses lumières et de ses méthodes.

Il nous la fait suivre dans ses procédés synthétiques nouveaux, et nous la fait voir réalisant artificiellement les conditions expérimentales dans lesquelles des corps, appartenant à la chimie brute, peuvent être combinés en dehors de l'organisme de manière à former des composés de l'ordre organique, et protestant ainsi, suivant lui, contre l'antagonisme que l'on avait cru devoir établir entre les forces du monde animé et celles du monde inanimé, et contre l'hypothèse de l'intervention d'une force particulière, dite vitale, ou de qualités spéciales de la matière vivante, pour expliquer les phénomènes chimiques qui se passent au sein de l'organisme.

Il nous montre, enfin, l'analyse chimique devenue elle-même un instrument sérieux de progrès médical, depuis que les médecins étant devenus chimistes et les chimistes médecins, elle a été appliquée par les uns et par les autres en connaissance de cause à l'organisme vivant, et que la chimie du vif a remplacé la chimie du mort. C'est, pour lui, le moment où il est devenu impossible d'embrasser la médecine dans toutes ses parties constitutives, sans être nanti de fortes notions de chimie. La chimie, en un mot, cette science jadis *accessoire*, devient partie *intégrante* de la médecine, de la physiologie et de la thérapeutique.

Si la physique est liée avec la médecine par une corrélation moins constante peut-être et moins intime que la chimie, elle n'en rencontre pas moins dans l'être organisé bon nombre de faits tributaires de ses lois ; elle donne des notions parfaitement rigoureuses sur la mécanique animale, principalement sur l'action des muscles et sur les mouvements respiratoires, ainsi que des vues générales auxquelles il n'a manqué, pour devenir plus fécondes, qu'une anatomie plus avancée. Toutefois M. Dechambre ne manque pas faire remarquer que les iatrophysiciens se sont fourvoyés comme les chimistes, quand ils ont essayé de faire pénétrer la physique dans les fonctions les plus délicates et les plus obscures de l'économie.

Rien n'est plus intéressant assurément et plus instructif que les études de mécanique animale, d'électricité animale, de chaleur, d'optique, etc., dont la science s'est enrichie dans ces derniers temps. Ici encore M. Dechambre nous signale un point de vue, supérieur et fécond, sous lequel les rapports du travail organique et du travail mécanique proprement dit peuvent être constatés et suivis, pour ainsi dire, jusqu'aux sources de la vie, jusqu'aux opérations par lesquelles la vie se manifeste dans ses caractères les plus intimes, les plus spéciaux, les plus autonomes en apparence, comme la contraction musculaire et la nutrition. Ce point de vue, ce principe, c'est celui de l'équivalence des forces. Pour une quantité déterminée de force dépensée au dehors, il disparaît dans le corps une quantité de chaleur telle, qu'on trouve entre les deux quantités le même rapport qu'exprime l'équivalent mécanique de la chaleur.

Des exemples empruntés à ces deux ordres de fonctions, la contraction musculaire et la nutrition, autorisent en effet l'expression de cette formule générale, savoir : que toutes les forces utilement employées de l'économie, depuis la contraction du cœur jusqu'à celle des plus petites artères, ou jusqu'aux mouvements vermiculaires des intestins, sont les équivalents mécaniques de forces dont l'origine remonte aux phénomènes chimiques de la nutrition.

Est-ce à dire que la médecine doive, comme autrefois, se laisser absorber par la physique et la chimie? Telle n'est pas la pensée de M. Dechambre. En dehors de ses rapports avec les sciences auxiliaires, la médecine, dit-il, poursuit, dans ses voies propres, une œuvre de perfectionnement toujours trop lente, mais que l'expérience du passé et le sentiment des difficultés donnent le droit de trouver rapide.

Voyons, en effet, en suivant toujours notre guide, ce qu'ont donné à cet égard l'anatomie, la physiologie et la pathologie.

L'anatomie, armée du microscope, en pénétrant davantage dans la composition élémentaire du corps ou dans les connexions des parties les plus ténues, a soulevé un grand nombre de problèmes physiologiques, en même temps qu'elle s'est élevée à des généralités fécondes en organogénésie et en anthropologie.

La physiologie va marchant du même pas que l'anatomie, côte à côte avec elle, « lui apportant le contrôle de ses propres vérifications, tantôt tirant des caractères extérieurs des faits anatomiques une induction relative à la fonction, tantôt lui assignant, du droit de l'expérience, sa valeur fonctionnelle, en dépit même des apparences morphologiques. » Toutefois, le rôle de la physiologie, ajoute M. Dechambre, n'est pas borné à l'éclaircissement de thèses anatomiques. Tout ce qui constitue la vie lui appartient. Et nous voyons, en effet, la physiologie expérimentale, aidée ou non des sciences physiques, poursuivant l'objet réel de son but, c'est-à-dire l'étude des fonctions, cherchant à décomposer les phénomènes les plus intimes de la vie comme l'anatomie fait les éléments organiques, empruntant souvent à la pathologie des moyens de contrôle, créant quelquefois la pathologie en produisant de toutes pièces des états morbides qui doivent donner la confirmation de ses déductions.

La pathologie, enfin, M. Dechambre va nous la montrer entraînée dans les errements de l'anatomie et de la physiologie où l'attirait déjà l'évolution générale des sciences.

Ici nous cessons d'analyser pour citer, afin de donner toute entière et sans altération la pensée de l'auteur.

« Comme l'anatomie s'était avancée bien au-delà des organes et jusqu'aux parties élémentaires, elle aussi (la pathologie) est descendue dans une analyse minutieuse et savante des phénomènes, s'appliquant d'abord à distinguer, à séparer les uns des autres les éléments morbides auparavant englobés dans des unités factices, puis à les suivre dans leur genèse successive, en prenant comme criterium, non plus seulement les caractères généraux de l'état morbide, comme la scrofule ou le scorbut, encore moins quelque système d'école, comme le vitalisme ou même comme l'organicisme au sens doctrinal, mais bien ce qu'il y a de concret, de saisissable dans les données positives des sciences médicales. Expliquons-nous. Un système de pathologie est une vue de l'esprit, vraie ou fausse, mais placée au-dessus des faits matériels; c'est une synthèse. Or, une synthèse ne limite pas ou n'oblige pas à limiter le champ d'investigation. Elle marquera de son cachet les faits découverts, voilà tout. Ceux qu'anime l'esprit de la pathologie moderne peuvent donc chercher la cause d'une maladie, de l'ictère, si l'on veut, dans l'altération d'un élément histologique du foie, au lieu de la rapporter, à l'imitation d'autres anatomo-pathologistes, à la phlegmasie ou ramollissement du parenchyme, sans qu'on soit en droit de placer les premiers sur la même ligne que les seconds, dans la phalange des organiciens ni seulement de les rattacher à l'organicisme; car celui-là même qui aura le plus sacrifié à la physiologie pathologique pourra être, au-dessus de cet horizon, un vitaliste, ou un animiste, ou même n'être rien du tout. Voilà pourquoi nous préférons, dans le cas présent, le mot de somatisme à celui d'organicisme, sans y attacher plus d'importance. »

Après cet aperçu de l'esprit actuel de la pathologie, M. Dechambre insiste sur un trait spécial qui caractérise assez bien sa tendance actuelle. C'est que, toute appliquée qu'elle est à la contemplation de la matière organisée en fonction, elle enlève néanmoins chaque jour quelque chose à l'anatomie en tant que base de classification. En quittant les organes pour les éléments, en décomposant par l'analyse des maladies complexes et les ramenant à une étiologie positive, elle a d'une part, dit-il, rompu avec la vieille topographie anatomique des nosographes, et d'autre part déclassé ou apporté à la masse bon nombre d'états pathologiques.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'énoncé rapide de ce que la chirurgie, l'histoire naturelle médicale, la thérapeutique, l'hygiène et la médecine légale ont reçu ou apporté elles-mêmes dans ce mouvement général des sciences médicales, dont toutes les parties semblent être à la fois l'objet d'un accroissement ou d'un renouvellement incessant. Nous verrions ici la chirurgie devenant de plus en plus conservatrice et régénératrice, à mesure qu'elle se pénètre davantage de l'esprit médical et qu'elle s'éclaire des notions de la physiologie ; là, l'helminthologie qui apporte tout un chapitre nouveau à la pathogénie; la botanique qui nous apprend le rôle des cryptogames dans les phénomènes de fermentation et dans quelques états morbides, en même temps qu'elle simplifie, en matière médicale, l'étude si embrouillée des substitutions, en la ramenant à un petit nombre de principes actifs communs; la thérapeutique s'occupant de déterminer expérimentalement les effets saisissables des médicaments, en étudiant pour chacun d'eux ses conditions d'absorption, sa migration à travers l'économie, les changements qu'elle en éprouve, ses affinités avec tels ou tels organes, son

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié sous la direction de MM. les docteurs Raige-Delorme et A. Dechambre. T. Ier, deuxième partie. (Voir pour la première partie le n° 104 de l'année dernière, 6 septembre 1864.) Paris, 1864; chez Victor Masson et fils, et P. Asselin.

action spécifique, ses voies et moyens d'élimination, découvrant quelques antagonismes, et procédant, dans une certaine mesure et sous le contrôle de l'observation, des effets physiologiques ou toxiques constatés par l'expérimentation aux effets médicamenteux ; l'hygiène progressant sous les seuls auspices de l'expérience et de l'observation ; la médecine légale recevant tous les jours une impulsion notable de la physiologie et de la chimie ; la géographie médicale, enfin, qui n'en est encore qu'aux débuts de l'exécution de son programme, l'un des plus vastes et des plus féconds peut-être pour l'avenir, qu'il soit donné à nos successeurs de remplir.

« C'est dans cet état, dit M. Dechambre après l'exposé dont nous venons de donner une rapide esquisse, que notre œuvre rencontre les sciences médicales. Elle les trouve engagées dans des voies neuves d'expérimentation et d'analyse, d'où elles ont rapporté déjà un bagage considérable de notions précieuses. Avec l'accroissement des faits, l'accroissement des termes ; avec la révolution des choses, la révolution des mots... Or les conquêtes de la médecine moderne, c'est le motif de l'utilité d'un nouveau dictionnaire ; la connexion de toutes les sciences médicales, c'est le motif d'un Dictionnaire encyclopédique. »

Encore un mot. Voilà déjà bien des choses ; nous avons sous les yeux un brillant tableau des progrès récents des sciences médicales, un programme de leur avenir. Mais jusqu'ici nous n'avons rien vu de ce qui a trait aux questions de doctrines et de philosophie. L'auteur nous a bien laissé deviner ce qu'il en pense, mais il n'en a rien dit encore expressément. Et à voir la part qui est faite aux apports que doit la médecine moderne aux concours des sciences auxiliaires, on est disposé à se demander ce qui reste dans cette appréciation pour la science traditionnelle. C'est justement là le point de l'Introduction où nous arrivons. Mais ici nous éprouvons le besoin de faire une petite halte. Ce sera donc pour un autre article. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique.

(Recueillies et publiées par M. le docteur Maurice Raynaud.)

DES PALPITATIONS (1).

Rapports du centre auxiliaire avec les autres nerfs. — Le centre auxiliaire, dont l'existence vient d'être mise hors de doute par les expériences précédentes, doit enfin être étudié dans ses rapports avec les autres nerfs. Ce centre peut être excité d'une manière réflexe. Le bulbe étant séparé de la moelle, l'excitation du plexus ischiatique ou brachial ne produit plus d'effets appréciables ni sur le pouls ni sur la pression.

Les conclusions à tirer des faits qui précèdent sont les suivantes : Il n'y a pas dans la moelle de relation réflexe entre les nerfs sensibles des extrémités et les nerfs moteurs du cœur. L'effet est encore nul quant à la production de ces actes réflexes, si on sépare le bulbe de l'encéphale. Mais si l'encéphale et la moelle sont intacts, l'irritation de la peau ou des nerfs sensibles produit par irritation réflexe des nerfs cardiaques une augmentation très-marquée de l'action du cœur.

Dans les mêmes conditions, la frayeur ou une impression subite sur les sens peuvent également produire par action réflexe une exagération des mouvements du cœur. Il est évident d'ailleurs que l'intégrité de l'encéphale est nécessaire pour que le *sensorium* ait conscience de tous ces phénomènes.

Les rapports du centre auxiliaire avec le nerf vague envisagé comme nerf sensitif diffèrent absolument des rapports de ce même centre avec les autres nerfs. L'excitation du bout central d'un nerf sensitif augmente en général par action réflexe l'activité du cœur. Au contraire, si l'encéphale est conservé, l'excitation du bout central du nerf vague diminue les mouvements du cœur. Cette diminution est égale à celle que l'on obtient par la section de la moelle. Ainsi l'excitation centripète du nerf vague produit des effets équivalents à ceux que l'on obtient en coupant la moelle. Elle amène l'arrêt du cœur par paralysie réflexe des nerfs moteurs de ce viscère. C'est de même que l'excitation centripète du nerf laryngé supérieur produit un arrêt réflexe de la respiration.

Après avoir étudié séparément les propriétés du centre auxiliaire et celles du nerf vague, nerf essentiellement modérateur, il fallait voir encore ce que produirait l'excitation simultanée de ces deux départements nerveux : c'est ce qu'a fait M. Bezold. Pendant qu'a lieu une irritation de la moelle, c'est-à-dire, d'après ce qui précède, pendant que le pouls et la pression sont très-élevés, si l'on excite le bout périphérique du nerf vague, les pulsations se ralentissent considérablement ou s'arrêtent, et la pression s'abaisse. Ainsi l'action suspensive du nerf vague dépasse au début l'action excitante de la moelle. Mais si l'excitation se prolonge de part et d'autre, les rôles s'intervertissent, et l'action de la moelle finit par prédominer. Si cependant l'arrêt du cœur par le nerf vague a été déterminé préalablement, aucune excitation du centre auxiliaire ne peut plus le faire cesser.

Influence du grand sympathique sur les mouvements du cœur — Nous devons au même expérimentateur des recherches non moins intéressantes que les précédentes sur le rôle du grand sympathique. D'après Moleschott, ce nerf se comporterait exactement à la manière du nerf vague : comme pour celui-ci, une excitation très-faible amènerait l'accélération du cœur ; une excitation forte épuiserait rapidement l'action du nerf, et amènerait un arrêt des battements. A cette théorie, qui avait du moins l'avantage de la simplicité, M. Bezold a fait des objections graves qui infirment cette manière de voir :

1° Le nerf sympathique n'avait pas été coupé dans les expériences de Moleschott, et par conséquent l'on n'avait pas supprimé la part d'influence de l'encéphale.

2° L'accélération observée était toujours restée dans les limites du pouls normal.

3° Les courants mis en usage par Moleschott étaient restés inefficaces dans les mains de M. Bezold.

4° Enfin, les courants forts qui avaient pu arrêter le cœur étaient déviés sur le nerf vague, et par conséquent faisaient entrer dans la solution du problème une donnée qu'il fallait absolument éliminer.

A. Le nerf sympathique cervical a, d'après les expériences personnelles de Bezold, une action excitante sur les mouvements du cœur.

1° Lorsque ce nerf a été coupé, ordinairement le cœur se ralentit ou bien ses mouvements redeviennent normaux s'ils étaient accélérés auparavant. Exceptionnellement les mouvements peuvent être accélérés par suite de la section. Si l'on cherche la cause de ces anomalies, on la trouve dans les modifications de la pression du sang dans les artères. Cette pression, ordinairement diminuée, reste quelquefois normale ; elle peut monter exceptionnellement : c'est dans ce dernier cas que le cœur accélère ses battements ; dans le premier cas, ils se ralentissent.

2° Si l'on irrite le nerf sympathique avec un courant fort et que l'on observe les effets sur le pouls, on voit celui-ci s'accélérer, mais après quelques secondes seulement. Il y a donc une période d'irritation pour ainsi dire latente ; mais il y a aussi une période pendant laquelle les effets de l'irritation lui survivent, et le pouls reste élevé pendant quelques secondes encore après qu'elle a cessé. C'est pourquoi, si le pouls était très-fréquent, l'irritation ne l'accélère pas.

Le ralentissement du pouls est exceptionnel à la suite de l'irritation du nerf sympathique, tandis qu'il peut être considéré comme la règle après la section de ce nerf.

Vingt et une fois sur vingt-cinq expériences, la pression artérielle monta par l'irritation du sympathique. Cette augmentation a lieu souvent indépendamment de l'accélération du pouls. Là, comme pour le cœur, il y a une période pendant laquelle les effets de l'irritation se continuent après qu'elle a cessé.

B. Si les expériences sur le grand sympathique sont faites après que les deux nerfs vagues ont été coupés, la section ainsi que l'irritation n'en produisent pas moins leurs effets accoutumés.

C. Lorsque ces expériences sont faites sur des animaux exsangues, si le cœur était au repos complet, l'irritation du sympathique ne parvient plus à en réveiller les mouvements. Mais si ces mouvements n'étaient qu'à cette période d'irrégularité qui précède leur cessation, l'irritation du nerf les régularise.

D. De même que tout à l'heure on avait excité simultanément la moelle et le nerf vague, l'irritation est maintenant portée *à la fois* sur ce dernier nerf et sur le sympathique. Dans ce cas, le sympathique ne manifeste son action que si l'irritation du nerf vague est faible. Il ne la manifeste plus si l'irritation du nerf vague est forte.

Par conséquent : 1° La section du grand sympathique ayant pour effet ordinaire de déterminer un affaiblissement de l'activité du cœur, on peut en conclure que le sympathique exerce sur le cœur une excitation tonique permanente.

2° Une irritation artificielle ajoutée à cette excitation normale peut encore surexciter le cœur, mais pas au delà d'une certaine mesure, et c'est pourquoi, si l'action du cœur était déjà exagérée par une cause quelconque, elle ne s'exalte pas davantage par l'irritation du sympathique.

3° Si exceptionnellement l'irritation du grand sympathique affaiblit le cœur, ou si réciproquement la section du nerf active ses mouvements, la cause en est celle-ci : c'est que des filets modérateurs, émanés du bulbe, suivent par une marche exceptionnelle le trajet du grand sympathique au lieu de faire partie du tronc du nerf vague.

4° Au résumé, le cœur, pendant la vie, est continuellement soumis à deux forces antagonistes : la force excitante du grand sympathique, et la force modératrice du nerf vague.

Tous ces faits ont été en grande partie confirmés par Bernstein. Il ajoute seulement que le centre du nerf vague n'agit pas par lui-même, mais qu'il est excité par action réflexe provenant du sympathique.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 12, 17 et 19 janvier.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Foucher.

Fistule recto-vaginale de six centimètres de longueur, avec destruction incomplète du périnée. — Opération. Guérison.

(Observation recueillie par M. A. de Montméja.)

Mme X..., âgée de vingt-huit ans, est accouchée pour la première fois il y a sept mois. L'accouchement a été laborieux et a dû être terminé par le forceps. Depuis cette époque, Mme X... est affectée d'une incontinence complète des matières fécales, dont elle ne peut garder la moindre parcelle. L'écoulement est continuel, et la malade, désirant vivement être débarrassée de sa dégoûtante infirmité, est adressée à M. Foucher le 15 septembre 1864.

Ce chirurgien constate de suite, par le toucher vaginal, l'existence d'une large communication entre le rectum et le vagin. En examinant au spéculum, on voit sur la paroi postérieure du vagin une fente ovalaire, longue de six centimètres, occupant la ligne médiane et faisant communiquer le vagin avec le rectum dont la muqueuse fait hernie dans le vagin.

Le doigt, introduit dans le rectum, pénètre facilement dans le vagin, et en parcourant les bords de l'ouverture, il reconnaît que ceux-ci sont souples, sans noyaux d'induration cicatricielle. La vue et le toucher font en outre constater que le périnée est très-étroit et réduit à une bandelette d'un centimètre à un centimètre et demi de largeur.

Après avoir préparé la malade au moyen de purgatifs répétés, M. Foucher pratique l'opération le 25 septembre.

La patiente ayant manifesté quelque répugnance pour le chloroforme, on insista d'autant moins pour l'emploi de cet agent que l'opération pouvait durer un temps assez long.

La malade étant placée sur le bord d'un lit, dans le décubitus dorsal et les cuisses maintenues écartées par deux aides, on introduisit dans le vagin le spéculum univalve de Bozeman, afin de soulever la paroi antérieure du vagin et de mettre complétement à découvert la paroi postérieure et de la rendre facilement accessible à l'opérateur.

M. Foucher commence par tracer avec la pointe d'un bistouri une incision ne comprenant que l'épaisseur de la muqueuse, et circonscrivant la fistule à un centimètre de son bord ; cette incision a permis de tracer exactement la limite de l'avivement. A l'aide d'une pince à griffes et de ciseaux courbes, la membrane muqueuse est enlevée dans tout le pourtour et dans tout l'intervalle compris entre le rebord de la fistule et l'incision préliminaire. Cet avivement est rapidement exécuté et donne une plaie ovalaire. On avive ensuite les bords de la fente vulvaire dans la partie postérieure, fente qui était le résultat de la déchirure du périnée.

Après avoir étanché le sang, qui coule avec peu d'abondance, M. Foucher procède à la suture en commençant par l'extrémité supérieure. Neuf points de suture ont été successivement appliqués. On a pris le plus grand soin de n'intéresser en rien la muqueuse rectale, et dans ce but, l'opérateur faisant pénétrer une petite aiguille légèrement courbe dans la muqueuse vaginale à un demi-centimètre de la limite de l'avivement, lui faisait parcourir obliquement son trajet dans le tissu sous-muqueux, pour la faire sortir vers le milieu de la surface avivée ; l'aiguille était conduite de la même façon sur l'autre côté, et un des fils se trouvait exactement placé. En nouant ces fils, on a rapproché les surfaces saignantes dans une étendue assez considérable : deux points de suture à longue portée ont servi à rapprocher les bords avivés de la fente périnéale.

L'opération terminée, on a pu s'assurer, en plongeant le doigt dans le rectum, que la cloison recto-vaginale était parfaitement reconstituée. Après avoir lavé le vagin au moyen d'injections d'eau tiède, on y introduit deux tampons de charpie, et on replace la malade dans son lit en lui recommandant de tenir les cuisses rapprochées. On prescrit une pilule de 5 centigrammes d'extrait d'opium, deux bouillons. La pilule d'opium sera continuée les jours suivants, afin de produire la constipation.

Le soir de l'opération, il n'y a pas de fièvre ni de douleur ; la malade a reposé un peu dans la journée.

Le 26 septembre, la nuit a été bonne, et l'opérée se trouve très-bien ; pas de fièvre. — Potages et œufs.

Le 28, on remarque un peu de somnolence ; la langue est sèche ; le pouls petit et lent. — On supprime l'opium.

Le 3 octobre, il n'est pas survenu le moindre accident ; la malade n'a pas eu de garde-robes depuis l'opération, et ne se sent nullement incommodée par le besoin d'aller à la selle.

Après avoir enlevé, au moyen d'une pince à pansement, les tampons de charpie placés dans le vagin, M. Foucher retire les points de suture. La réunion est parfaite dans toute l'étendue de la cloison recto-vaginale, mais elle est incomplète au niveau du périnée ; cependant, comme les surfaces restent avivées et sont recouvertes de bourgeons charnus, on peut espérer qu'il se fera en ce point une réunion secondaire.

Il ne se produit rien de particulier les jours suivants, et le 20 octobre, en examinant la malade, on trouve que les surfaces se sont rapprochées de manière à reconstituer le périnée dans presque toute son étendue ; il reste cependant un petit trajet fistuleux oblique de haut en bas, et pouvant admettre une plume de corbeau. La malade conserve parfaitement les matières fécales, excepté cependant celles qui sont liquides, dont une partie s'écoule par le trajet fistuleux. M. Foucher cautérise ce trajet avec le crayon de nitrate d'argent. Cette cautérisation a été répétée plusieurs fois.

Le 25 novembre, on a pu constater l'occlusion complète du trajet fistuleux. Le périnée reste un peu étroit ; mais la défécation est régulière, et au point de vue fonctionnel la guérison est parfaite.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année 1864 (1).

Par M. Trélat, secrétaire annuel.

Vous avez cette année, à deux reprises, dont l'une a surtout été importante, étudié l'iridectomie en elle-même et comparée à cette ponction de l'œil, qui a reçu dans le sein de la Société les noms de section du muscle tenseur de la choroïde, iridotomie, opération d'Hancock.

Cette opération a-t-elle un effet curatif certain ? dans quels cas doit-elle être employée ? quels sont ses inconvénients et les accidents qu'elle entraîne ? quel est le manuel opératoire le plus convenable ? ses résultats sont-ils inférieurs ou supérieurs à ceux de la ponction de l'œil ? Telles sont les diverses questions sur lesquelles nous avons entendu tour à tour MM. Serre (d'Uzès) Richet, Follin, Giraldès, Foucher, Perrin, Dolbeau et Lefort.

Après ce long débat, on peut considérer comme acquis que l'iridectomie est aujourd'hui le meilleur mode de traitement du glaucome aigu ; qu'elle peut rendre des services dans certaines autres affections chroniques de l'œil ; qu'elle peut être employée dans certains cas déterminés d'extraction de la cataracte.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Ce qui rend le parallèle difficile, ce qui peut-être a trompé plusieurs de nos collègues dans leur comparaison entre l'iridectomie et l'opération d'Hancock, c'est que l'une et l'autre ont été employées pour des cas mal déterminés au point de vue du diagnostic, et que dès lors on ne peut plus comparer la valeur thérapeutique. Or il est incontestable qu'au point de vue opératoire la ponction de l'œil est moins délicate, moins difficile et moins grave que l'iridectomie. Mais ce n'est point ainsi qu'il faut procéder pour juger la valeur des méthodes. Il faut les mettre en présence de cas semblables, bien constatés, et interroger ensuite les résultats définitifs. En suivant cette marche et en ne s'occupant que des affections glaucomateuses, la supériorité paraît acquise à l'iridectomie.

C'est ici le lieu de noter le travail de M. Debrou sur un volumineux polype fibreux du larynx. Bien que cette communication ait soulevé une discussion un peu vive au sein de la Société, elle n'en offre pas moins un grand intérêt, en raison du soin avec lequel l'observation a été recueillie et des remarques étendues qui l'accompagnent. Elle constituera un des documents les plus importants qui serviront à établir la thérapeutique encore controversée des productions polypeuses du larynx.

Quoique la question soit définitivement résolue par de très-nombreuses observations, il n'est pas inutile de mentionner la nouvelle preuve apportée par M. Verneuil à l'appui d'une opinion qui a surtout été défendue par M. Giraldès. Je veux parler du siége de l'S iliaque dans les cas d'imperforation ou d'obstruction de l'anus. M. Verneuil, ayant eu l'occasion d'observer l'état de l'intestin chez un nouveau-né mort le lendemain de sa naissance avec un rétrécissement du rectum, trouva l'S iliaque, quoique longue et très-flexueuse, à sa place normale, dans la fosse iliaque gauche.

M. J. Rochard nous a montré une pièce importante, quoiqu'elle ait passé un peu inaperçue dans une de nos séances les plus occupées. C'est l'anus artificiel d'un jeune enfant opéré avec succès en 1859 pour une imperforation rectale et mort du croup au mois de juin de cette année. C'était un succès de plus pour la méthode de Littre. L'observation est mentionnée dans nos *Bulletins* de 1862.

Vous n'avez pas oublié la discussion qui a occupé plusieurs séances sur la thérapeutique des kystes hydatiques du foie. Quoiqu'elle ait été restreinte à l'étude d'un procédé et à la recherche de questions de priorité, il s'en faut de beaucoup que cette discussion ait été stérile. Elle a mis en lumière ou rappelé à notre souvenir un grand nombre de faits, et provoqué l'envoi de plusieurs travaux intéressants, parmi lesquels je citerai surtout le rapide succès obtenu par M. Heurtaux (de Nantes) sur un homme de trente ans, à l'aide d'une seule ponction avec un trocart capillaire, qui donna issue à plus de deux litres de liquide.

Les communications relatives aux organes génito-urinaires ont été assez nombreuses.

C'est d'abord une observation de rétablissement de l'urèthre détruit par une large plaie contuse. M. Notta ne put opérer son malade que quatorze jours après l'accident. L'extrémité pénienne de l'urèthre était cicatrisée; l'extrémité vésicale, enfouie dans les tissus altérés, dût être cherchée par une série de manœuvres délicates et laborieuses, qui permirent enfin de placer une sonde de caoutchouc allant du méat à la vessie, et de satisfaire à la première et plus importante indication du traitement : rétablir le cours normal des urines. Cette sonde de caoutchouc séjourna sans altération quatre-vingt-deux jours dans la vessie. L'emploi de cet instrument eut donc un réel avantage, celui d'éviter des renouvellements toujours difficiles, quelquefois impossibles ou à peu près.

Le malade de M. Notta est complétement guéri, mais il conserve, comme on devait s'y attendre, un urèthre étroit et disposé à se rétrécir davantage encore. Notre collègue se promettait bien de combattre le retrécissement.

A l'occasion d'une pièce présentée par M. Follin, la Société est revenue sur le meilleur procédé à suivre dans l'amputation de la verge, pour prévenir le rétrécissement du nouvel orifice uréthral. Ce procédé n'est qu'une application particulière d'un précepte général en médecine opératoire. Si on veut conserver un orifice souple et non contractile, il faut éviter que ses bords soient fermés par du tissu de cicatrice, il faut réunir la muqueuse et la peau aux limites de l'incision. Ce procédé général est adopté par le plus grand nombre de nos collègues et pour l'urèthre surtout, il est tellement simple et facile qu'on aurait grand tort de le rejeter, dût-il être inutile dans certains cas.

M. Dolbeau nous rendant compte d'un travail de M. Leroy (d'Etiolles), a montré combien les hernies de la vessie se compliquent rarement de la présence d'un calcul urinaire, combien les signes diagnostiques de cette complication sont encore mal établis, combien en définitive cette question est peu connue. Nous devons savoir gré à M. Leroy de nous avoir communiqué ses recherches sur ce sujet.

Vous vous êtes occupés à plusieurs reprises de l'extraction des corps étrangers de l'urèthre et de la vessie, question de pratique chirurgicale qui sollicite à chaque instant l'ingéniosité du chirurgien. M. Morel-Lavallée nous a fait part du moyen qu'il a employé avec succès dans un cas particulier, moyen qu'il a désigné sous le nom pittoresque de procédé du passe-lacet.

M. Monteil (de Mende) nous a envoyé une observation suivie de remarques sur l'extraction des corps étrangers par la dilatation de l'urèthre chez la femme. Ce procédé est bon, il a été mis en pratique un très-grand nombre de fois, mais il n'est applicable que pour des corps étrangers d'un volume modéré.

L'observation de M. Aubry (de Rennes) présente un curieux détail : mal éclairé par les commémoratifs, notre collègue soupçonne un calcul de la vessie chez une jeune femme. Il en constate l'existence avec la sonde. Mais toute recherche avec le lithoclaste est vaine. Deux explorations prolongées sont infructueuses; enfin un matin, un morceau de bois, que nous avons vu, s'engage dans l'urèthre et peut être extrait à l'aide d'une pince. L'explication de ce fait bizarre est fort simple; elle a été donnée par M. Aubry. Le corps étranger flottait à la partie supérieure de la vessie, tandis que les mors du lithoclaste étaient appuyés sur le bas-fond de l'organe, puisqu'on croyait avoir affaire à un calcul.

Quelle sera l'utilité définitive de l'ingénieux instrument que nous a fait présenter M. Maisonneuve, le lithéxère? Réalisera-t-il toutes les espérances de son auteur? Les faits parleront. Cependant il semble bien rationnel de penser qu'il rendra de remarquables services dans les cas analogues à celui qu'a publié la *Gazette des Hôpitaux* il y a quelques jours et où il a fallu cinquante et une séances de lithotritie pour enlever dans les cuillers du brise-pierre une énorme quantité de matière calculeuse sous forme de boue épaisse.

Quoique les corps fibreux de l'utérus soient bien connus, M. Guérin nous a exposé un fait où toutes les difficultés du diagnostic semblaient réunies. Notre collègue était resté dans une prudente réserve. La malade ayant succombé à une affection de poitrine, l'autopsie permit de vérifier l'état des parties, et on reconnut que l'effacement du col utérin et sa continuité avec les parois vaginales avaient été les causes principales de l'incertitude.

M. Duboué (de Pau), qui nous avait plusieurs fois adressé d'importants travaux sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, est venu cette année parmi nous exposer plus complétement son procédé opératoire et les résultats heureux qu'il en a obtenus. De nombreuses figures insérées dans nos Bulletins permettent de suivre facilement la description et augmentent l'intérêt de ce travail.

Je note ici, parce que l'occasion ne s'en est pas encore présentée, cet énorme enchondrome pour lequel M. Gamgee pratiqua avec succès la désarticulation du fémur. Il est regrettable que les détails si intéressants de cette observation, détails relatifs surtout aux difficultés de l'opération et aux moyens employés pour prévenir l'hémorrhagie, ne nous aient été communiqués que d'une manière sommaire et soient seulement l'objet d'une mention dans nos Bulletins.

Plusieurs fois vous vous étiez occupés, d'une manière incidente, de la gravité relative de certaines opérations; vous aviez reçu à cet égard différentes communications. Tous ces faits ont été repris dans la grande discussion qui a absorbé notre temps pendant les deux derniers mois de l'année. Quel sera le résultat prochain ou éloigné de cette discussion? Je l'ignore; mais après l'Académie de chirurgie, après l'ancienne Académie des sciences, après l'Académie de médecine, la Société de chirurgie de Paris ne pouvait garder le silence sur ces conditions primordiales de toute thérapeutique qui doivent avoir pour résultat de placer l'individu malade dans un milieu salubre et hygiénique.

Dans ces questions d'hygiène et de chirurgie, les chirurgiens auront-ils voix au chapitre? Il est possible que non. En tout cas leur opinion est formulée, et dans cette formule il est aisé de reconnaître la trace et l'empreinte profonde des grands corps savants dont je viens de parler.

Je m'arrête, Messieurs, dans cette revue déjà longue sans avoir épuisé la liste complète de vos travaux. Que ceux dont je n'ai pas mentionné les présentations, les travaux ou les remarques, n'accusent que mon insuffisance et non ma bonne volonté.

Au reste, pour exposer d'une manière complète les travaux annuels de notre Société, pour indiquer la valeur réelle de chaque fait, pour exprimer la conclusion de chaque discussion, pour montrer la filiation de toute question traitée, il faudrait reprendre l'histoire de la chirurgie presque entière. Ce serait une œuvre de longue haleine, pleine d'attraits et riche d'enseignements, mais une pareille œuvre cesserait d'être un compte rendu rédigé en vue de cette séance et pour y être lu.

Forcé de me restreindre dans d'étroites limites, j'ai fait tous mes efforts pour mettre en lumière, ne fût-ce qu'un instant, la preuve que vous n'avez jamais oublié, jamais négligé, jamais abandonné votre noble devise.

DES INCISIONS SUPERFICIELLES

(opération extrapéritonéale)

dans le traitement de plusieurs variétés de hernie étranglée ; modification de procédé ; observations anatomiques.

Par M. le docteur Furmaur Jordan.

Quand, après avoir chloroformé le malade et essayé en vain le taxis, on peut, avant de recourir à l'opération de la hernie étranglée, essayer d'un moyen plus simple et qui n'empêche pas plus tard de recourir à l'opération, cette méthode est celle des incisions extrapéritonéales : on doit désormais, comme indication de l'opération de la hernie étranglée, de la kélotomie, n'opérer que dans les cas :

1° Où il y a gangrène;

2° Où l'on ne peut réduire la hernie après les incisions extrapéritonéales.

Ces indications, comme le fait remarquer l'auteur anglais, sont très-nettes. Par le moyen des incisions extrapéritonéales, on relâche les tissus fibreux qui étranglent le sac, et l'on peut immédiatement après appliquer le taxis avec un plein succès.

Ici l'auteur donne de longs détails sur les signes cliniques qui font reconnaître une hernie sphacélée : il n'y a rien dans sa description qui sorte des descriptions habituelles aux traités classiques.

A l'occasion de cette nouvelle méthode, l'auteur s'élève avec force contre l'habitude qui fait débrider le collet lorsque l'irréductibilité de la hernie tient à la trop grande quantité d'intestins sortis, et qu'une plus large ouverture en ferait sortir davantage encore; nous croyons qu'il se méprend sur la valeur de la critique qu'il formule ainsi, car si le débridement est une large porte ouverte pour la sortie au dehors des masses intestinales, c'est également une large porte pour les y faire rentrer.

L'auteur prétend ensuite que ni la gaîne des vaisseaux fémoraux dans la hernie crurale, ni le *fascia transversalis* (sauf à l'anneau interne), ne sont des agents de constriction. Il admet aussi que dans aucune variété de hernie le fascia graisseux souspéritonéal n'est un agent d'étranglement, et il se demande pourquoi l'on débride et l'on coupe ces tissus dans la kélotomie. La règle, suivant lui, est de chercher par des incisions non pénétrantes à soulager la tension du ligament de Gimbernat dans la hernie crurale, des anneaux fibreux dans la hernie inguinale.

Voici comment le docteur Jordan décrit son opération, qu'il appelle *prétaxoïde*, parce qu'elle doit toujours être suivie du taxis :

On fait près du col de la tumeur une courte incision à travers la peau et les couches superficielles, assez grande cependant pour y admettre le bout du doigt; on détermine alors les limites entre les bords fibreux résistants et le sac; on se sert alors du kélotome, qui ne doit jamais dépasser l'ongle et qu'on ne doit jamais diriger dans le sens de la cavité abdominale.

Après quelques minutes de taxis, on laisse reposer le malade, et l'on calme l'intestin enflammé en donnant des opiacés et s'abstenant de tout purgatif irritant.

En résumé, si ce n'est dans le cas de sphacèle, on doit toujours tenter l'incision avant de se livrer à un taxis violent et prolongé, qui non-seulement ne réduit pas la hernie, mais nuit encore aux opérations ultérieures. (*Med. Times* et *Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1865. — Présidence de M. Decaisne.

De l'influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os; moulage de ces organes par des matières solidifiables injectées dans leur gaîne périostée; par M. C. SEDILLOT.

Nous avons étudié dans notre dernière communication à l'Académie (27 septembre 1864) l'influence des fonctions sur la structure et la forme des organes, et plus particulièrement sur le volume et la consistance des os; nous présenterons aujourd'hui quelques nouvelles remarques sur d'autres causes purement mécaniques des conditions d'ossification à la suite des fractures, de la nécrose, des résections et de l'évidement sous-périosté.

Les os ont été de tout temps décrits comme des organes distincts dont le développement était réglé par les lois de leur propre vitalité; mais les expériences de Duhamel, de Troja, de Heine, de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie, M. Flourens, et celles de beaucoup d'autres observateurs, parmi lesquels nous tenons à honneur de nous ranger, ont conduit à une appréciation plus profonde de ce phénomène, en montrant que les os n'étaient pas seulement et toujours le produit d'un ou de plusieurs germes, mais qu'ils avaient pour origine une active proligération de cellules qui, nées d'une foule innombrable de points différents, au moins dans l'état pathologique, s'incrustent de matières calcaires, s'accumulent, se tassent, s'unissent et se moulent dans leur ensemble sur les parties en contact dont elles reçoivent leur forme.

Les résections sous-périostées entreprises sur les animaux dans le but d'étudier le mécanisme et la puissance des régénérations osseuses ne laissent aucun doute à ce sujet. Dès le huitième jour et même plutôt, les gaînes périostées laissées en place et ménagées autant que possible pendant l'extraction des os, et affrontées de manière à prévenir toute inflammation, deviennent le siége d'une multitude de points d'ossification, çà et là disséminés, arrondis ou allongés en traînées filiformes et en îlots très-minces et irréguliers. Plus tard, ces ossifications représentent des mamelons, des lamelles, des grains ovalaires tantôt juxtaposés en chapelets, tantôt réunis, et avec le temps ces ramifications osseuses acquièrent une plus grande épaisseur, se joignent et finissent par produire un os continu et solide, dans le cas surtout où l'animal est jeune et où le périoste a été bien conservé. Si cette dernière membrane a été déchirée et rompue, les cellules ostéogènes, particulièrement fournies par les bords de ces solutions de continuité, se répandent de proche en proche dans leurs intervalles, et y déterminent des jetées et des lames osseuses susceptibles d'assez grandes dimensions. (Voyez *De la régénération des os*, obs. IV, *Gazette médicale de Strasbourg*, mai 1864.) La consolidation des fractures avec écartement des fragments s'opère par le même mécanisme. La proligération des cellules périostées s'étend d'une des extrémités fracturées à l'autre, et amène ces cals volumineux et difformes dont on ne rencontre que trop d'exemples.

La reconstitution des extrémités articulaires présente une série de phénomènes identiques des plus curieux. La matière osseuse, après avoir régénéré plus ou moins complétement les diaphyses, pénètre par défaut de résistance dans les cavités articulaires, s'y moule, et peut ainsi reproduire fort exactement la forme et le volume de l'os réséqué. Nous avons rappelé parmi les pièces de la collection de Heine à Wurzbourg (*De la régénération des os*, obs. I, *Gazette médicale de Strasbourg*, mai 1864), l'exemple d'un scapulum dont la cavité glénoïde avait été remarquablement rétablie. La substance osseuse arrivée au contact de la tête humérale avait dû nécessairement se mouler sur elle par une concavité correspondante à bords limités par la capsule articulaire, et par les muscles sus et sous-épineux, petit, rond et sous-scapulaire.

L'extrémité supérieure de l'humérus ayant été enlevée tout entière dans une de nos expériences, la matière osseuse poussée en haut par le fait même de son développement avait en partie rempli la cavité glénoïde, et offrait en conséquence une convexité régulière et normale. La ressemblance de la nouvelle extrémité articulaire avec l'ancienne avait été portée plus loin encore par l'existence d'un véritable collet résultant de la pression du rebord glénoïdien pendant les mouvements du bras sur le pourtour de la tête humérale régénérée, et l'on peut ainsi s'expliquer la loi d'identité qui préside à la persistance des formes et qui se résout ici en influences de contact et de rapports.

Dans les résections sans conservation du périoste, l'ossification s'opère encore, mais avec moins de régularité, dans la gaîne fibro-musculaire qui marque les limites et les formes des parties enlevées. Si l'on ne rencontre pas plus souvent de prolongements osseux entre les muscles, c'est parce qu'ils ne peuvent s'y produire en raison des mouvements et des pressions qu'ils y auraient à subir, et leur existence exceptionnelle indique que, par une certaine cause quelconque, le membre a été maintenu dans une certaine immobilité.

Les mêmes observations s'appliquent aux ossifications pathologiques du périoste, sans extraction des os subjacents, et à celles qui se font à l'intérieur des os évidés. Dans ce cas, les nouvelles couches osseuses se moulent sur les os en contact, et c'est ainsi qu'en cas de nécrose les ligaments, les tendons, les vaisseaux, les nerfs et les saillies musculaires marquent leur empreinte et se trouvent comme gravés en creux sur le nouvel os régénéré. On comprend dès lors comment un bandage trop serré peut retarder ou empêcher la formation du cal,

et ce fait anciennement signalé et toujours remis en doute ne devra plus être contesté.

Heine avait constaté dans ses expériences que les ossifications étaient plus abondantes et plus régulières lorsqu'il avait laissé l'os dans sa gaîne périostée, et sa remarque témoigne de l'utilité d'une sorte de moule et de support pour la régularité des reproductions osseuses.

J'ai répété depuis longtemps les mêmes observations au sujet des séquestres. Loin de les extraire avant qu'ils soient devenus isolés et mobiles, comme on l'a proposé de nos jours, il est essentiel, à moins de contre-indications toutes spéciales, de les laisser en place conformément aux anciens préceptes de l'art, jusqu'au moment où le nouvel os a acquis assez de force pour soutenir le membre, lui conserver ses formes et sa longueur et résister aux contractions musculaires. Nous avons vu un séquestre s'entourer dans une grande étendue, malgré la destruction du périoste, d'ossifications envaginantes, et nous comptons étudier dans un autre travail ce fait si nouveau et d'un si grand intérêt pour l'histoire de la nécrose.

La doctrine générale de l'influence des causes mécaniques sur les conditions ostéogéniques nous paraît trouver une nouvelle et curieuse confirmation dans l'expérience suivante :

Si l'on enlève un os en ménageant le périoste, et qu'on injecte du plâtre liquide dans l'intérieur de cette membrane, après en avoir rapproché les bords par une suture à surjet, on reproduit fort exactement les formes et les dimensions de l'os réséqué. L'empreinte des tendons, la saillie des apophyses, des tubérosités, et même les extrémités articulaires sont représentées avec une remarquable précision, et le degré de ressemblance entre l'os enlevé et son épreuve plâtrée est en raison de l'intégrité et de la consistance de la gaîne périostée et des surfaces d'emboîtement de la jointure.

On obtient ainsi en quelques minutes des résultats presque identiques à ceux des régénérations osseuses entreprises sur les animaux.

Au bras et à la cuisse, où le périoste est par places à peine visible, en raison de sa ténuité, et ne peut être complétement conservé, on a des épreuves plâtrées fort irrégulières. Les os sont courts, plus ou moins courbés et hérissés d'aspérités.

A l'avant-bras et à la jambe, la résection d'un des os n'altérant pas la longueur du membre, et le périoste étant généralement plus épais et plus résistant, les épreuves sont plus nettes et le tibia nous a paru présenter sous ce rapport les conditions de moulage les plus favorables.

N'est-il pas intéressant de rappeler que les rares succès de résections sous-périostées entreprises sur l'homme, par suite d'erreurs de diagnostic et d'indications curatives fort hasardées, ont été fournis par cet os, et n'y a-t-il pas dans cette double réussite une sorte de preuve des influences mécaniques dont nous cherchons à démontrer l'importance.

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de l'Académie la moitié inférieure d'un tibia gauche moulé en plâtre sur la gaîne du périoste et l'articulation péronéo-astragalienne. On voit sur sa surface interne les traces de la suture périostée. La malléole tibiale, les surfaces articulaires correspondant à l'astragale et au péroné, les sillons du jambier postérieur et du grand fléchisseur des orteils, sont très-nettement représentés. La diaphyse a conservé ses formes et ses diamètres, et, afin de lever tous les doutes, j'ai joint à cette épreuve l'os réséqué pour servir de terme de comparaison.

Nous pouvons conclure de ces faits que le succès des régénérations osseuses dépend de deux causes principales :

1° L'intégrité du périoste ;

2° La régularité et l'immobilité des surfaces, gaînes ou moules où se produit la matière osseuse.

On s'explique dès lors la rapidité ou les lenteurs de l'ostéogénie par les divers degrés d'altération et de destruction du périoste (traumatismes, inflammations, ulcérations, suppuration, gangrène), et l'immobilité et la régularité des surfaces où se multiplient, se déposent et s'agglomèrent les cellules osseuses, servent à comprendre toute la supériorité de la méthode de l'évidement sur celle des résections sous-périostées, puisque dans le premier cas le moule est régulier, immobile, invariable, et le périoste intact, tandis que dans le second cette dernière membrane est toujours plus ou moins altérée, parfois détruite, et le moule incomplet, mobile et irrégulier.

Etude sur les mariages entre consanguins dans la commune de Batz (près le Croisic, Loire-Inférieure) ; par M. Aug. VOISIN. (Voir un compte rendu de ce mémoire dans la séance de l'Académie, *Gazette des Hôpitaux* du 19 janvier.)

Emploi de l'acide phénique. Lettre de M. DECLAT à l'occasion d'une réclamation de priorité soulevée par M. Lemaire.

« M. J. Lemaire a adressé à l'Académie, le 9 courant, une réclamation de priorité sur moi. Si avant d'écrire sa lettre il avait lu mon Mémoire, il y aurait vu que je rends justice à ses travaux et que je ne songe pas plus à me les attribuer qu'il ne songe à s'approprier ceux d'autrui. M. Lemaire a publié des recherches remarquables sur le coaltar saponiné et sur l'acide phénique ; mais est-ce lui qui a découvert soit le coaltar saponiné, soit l'acide phénique ? Non, il n'a pas même découvert leurs propriétés, il les a étendues. Dans ma communication du 2 janvier à l'Académie, j'ai voulu signaler de nouvelles applications de l'acide phénique, et surtout son emploi et son dosage à l'intérieur dans des cas de maladies *organiques* et *infectieuses*, et cela avec des avantages très-marqués et toujours sans inconvénients, contrairement à l'opinion de quelques praticiens et de M. Lemaire en particulier.

» M. Lemaire m'accorde d'avoir le premier appliqué l'acide phénique pour un cas d'engorgement mal dénommé de la langue avec ulcérations et datant de quatre ans, que lui-même a considéré comme un épithélioma grave. J'espère qu'il m'accordera aussi d'avoir le premier employé cet acide dans les affections des voies urinaires, en injections à l'intérieur, et d'avoir le premier institué un traitement phénique contre les accidents putrides et infectieux de la fièvre typhoïde, du croup, des maladies éruptives, des abcès profonds, des épithéliomas graves et même ulcérés. »

(Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Rayer et Jobert, de Lamballe.)

DÉCRET

portant fixation des droits que les étudiants des Facultés doivent verser pour les manipulations des conférences facultatives.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, à tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique ;

Vu la loi du 14 juin 1854 ;

Vu le décret du 22 août 1854, dont l'article 2, § 3, est ainsi conçu :

« Les rétributions facultatives sont :

» Les droits perçus pour les conférences, manipulations et exercices pratiques en dehors des cours, dans les établissements où ces moyens accessoires d'instruction sont organisés.

» Les frais matériels des manipulations sont à la charge des étudiants. »

Vu le décret du 18 mars 1859 ;

Vu la loi de finances du 28 juin 1861, portant (art. 16) : « A partir du 1er janvier 1862, les établissements d'enseignement supérieur, chargés de la collation des grades, cesseront de former un service spécial. Leurs dépenses seront inscrites au budget des dépenses publiques ; le recouvrement des recettes aura lieu au profit de l'Etat. »

Vu la loi de finances du 8 juin 1864, qui, en portant, par application de la loi précitée du 28 juin 1861, un crédit spécial au budget des dépenses du ministère de l'instruction publique (chap. VII, art. 7) pour frais de manipulations des étudiants, a fait rentrer, à partir du 1er janvier 1865, dans les recettes perçues au profit de l'Etat, les sommes que versaient précédemment les étudiants en compensation des instruments et objets de toute nature mis à leur disposition par les Facultés et Ecoles supérieures.

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. Les droits à acquitter pour frais matériels de manipulations par les étudiants admis aux conférences facultatives dans les Facultés de médecine, les Facultés des sciences et les Ecoles supérieures de pharmacie, sont fixés, pour l'année entière, à la somme de 40 francs.

Ces droits sont dus par tout étudiant inscrit aux conférences facultatives ; ils seront perçus suivant le mode déterminé pour les droits d'inscription auxdites conférences, savoir :

Dans les Facultés des sciences, en un seul versement, qui sera effectué au moment de l'inscription, à quelque époque de l'année qu'ait lieu cette inscription ;

Dans les Facultés de médecine et les Ecoles supérieures de pharmacie, par trimestre et d'avance, savoir : trois dixièmes pour chacun des trois premiers trimestres de l'année scolaire, un dixième pour le quatrième.

ART. 2. Par exception aux dispositions qui précèdent, et en raison de l'organisation spéciale du laboratoire de perfectionnement et de recherches institué près la Faculté des sciences de Paris pour les études chimiques, les droits à acquitter pour frais matériels de manipulations dans ledit laboratoire sont maintenus aux taux suivants :

Manipulations pour la préparation au doctorat, commençant et finissant avec l'année scolaire, 350 francs, payables par trimestre et d'avance, savoir : trois dixièmes pour chacun des trois premiers trimestres et un dixième pour le quatrième ;

Manipulations pour la préparation à la licence, commençant le 1er janvier pour finir le 30 juin, 180 francs, payables en deux versements égaux, au 1er janvier et au 1er avril.

ART. 3. Les maîtres répétiteurs des lycées, à qui les décrets du 17 août 1853 et du 27 juillet 1859 ont imposé l'obligation de suivre des conférences pour la préparation au grade de licencié ès lettres ou de licencié ès sciences, continueront à être admis gratuitement aux conférences dans les Facultés des sciences et des lettres.

ART. 4. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui recevra son effet à partir du 1er janvier 1865.

Fait au palais des Tuileries, le 31 décembre 1864.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre de l'instruction publique,

V. DURUY.

Nous apprenons que par décret du 18 janvier 1865, M. le docteur Wecker, médecin-oculiste de la maison impériale Eugène-Napoléon, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Traité des fièvres intermittentes et rémittentes des pays tempérés et non marécageux et qui reconnaissent pour cause les émanations de la terre en culture, par M. le docteur Adrien BÉRENGUIER. 1 vol. in-8° de 364 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1865, chez Victor Masson et fils, place de l'Ecole de Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'intervention de M. Trousseau dans la discussion sur la syphilis vaccinale était prévue et attendue. Témoin de l'un des faits qui jouent le plus grand rôle dans la question, il lui appartenait de droit de donner sur ce fait tous les détails qu'il a été mieux à même que quiconque de connaître.

M. Trousseau a exposé le fait et l'a analysé avec l'impartialité d'un président de cour d'assises; il n'a ni amoindri les charges ni dissimulé les atténuations possibles; et tel quel, il conserve encore, il faut bien le dire, la gravité considérable que nous lui avons toujours reconnue pour notre part. La même impression restera sans aucun doute à l'égard des observations de M. Lecoq. — De ces faits qui lui paraissent irrécusables, M. Trousseau n'a cherché à rien conclure pour ou contre les doctrines de M. Ricord, mais il en a conclu, avec M. Depaul, que la syphilis *peut* être transmise par la vaccine, très-rarement, très-exceptionnellement sans doute, mais enfin assez pour établir le fait. C'est tout ce que depuis longtemps nous en avons conclu nous-même, sans croire pour cela qu'il y eût lieu de prendre l'alarme et de pousser le cri *delenda Carthago*.

M. Trousseau a ajouté à ces analyses quelques considérations sur la variabilité dans l'intensité d'action du virus ou dans le degré de receptivité, qui sont à la fois d'une grande vérité et d'une très-utile application dans l'étude et l'interprétation des faits de ce genre. C'est là un des arguments à reprendre pour en faire ressortir plus tard toute l'importance dans l'espèce. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LORAIN.

Rhumatisme spinal.

(Observation recueillie par M. TIXIER, interne.)

Le nommé M..., emballeur, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 7 janvier 1865. Il a les apparences d'une constitution robuste, et dit s'être toujours bien porté. Cependant, il y a cinq ans, il eut une fièvre typhoïde qui dura six mois et à la suite de laquelle il conserva pendant deux ou trois mois des douleurs vagues dans les épaules et les bras. Depuis, il a joui d'une santé parfaite jusqu'au 5 janvier dernier; le soir, il allait encore bien, mais dans la nuit, sans cause appréciable, il sentit un léger frisson suivi de chaleur et de sueur; son sommeil fut agité, et le matin il se réveilla tout courbaturé; il éprouva en même temps une douleur vive au niveau de la région dorsale du pied droit; il voulut néanmoins se lever, mais sa douleur du pied était telle, qu'il ne put se tenir debout. Il passa la journée au lit, et, le lendemain, comme le mal et la douleur avaient encore fait des progrès, il réclama un lit à l'hôpital.

A l'examen du malade, le 8 janvier, on constata sur le dos du pied une tuméfaction rouge, tendue, des plus douloureuses; l'affection portait seulement sur les articulations tarsiennes et métatarsiennes; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient parfaitement conservés et nullement douloureux. Le malade accusait en outre un point douloureux au-dessous du mamelon du côté gauche; il ne toussait pas, et on ne trouva rien à l'auscultation des poumons ni du cœur; pour ce dernier organe, cependant, il y avait peut-être à la pointe un léger prolongement du second temps. Comme symptômes généraux, perte d'appétit, langue blanchâtre, fièvre modérée. — Prescription : gomme, eau vineuse, deux pilules d'opium de 0,05, cataplasmes laudanisés sur le pied, bouillons, potages.

Le 9, la douleur du pied était beaucoup moindre; la tuméfaction et la douleur avaient sensiblement diminué; il ne s'était rien produit au cœur; le point douloureux avait disparu et la respiration était normale. Mais ce jour-là il se plaignit de douleurs assez vives le long de la colonne vertébrale. Il n'était pas allé à la selle depuis trois jours. — Même prescription, plus 45 grammes d'huile de ricin.

Le 10, la rachialgie était augmentée et le malade indiquait deux points où la douleur était beaucoup plus vive, l'un, entre les deux épaules; l'autre, inférieur à la région lombaire au niveau des reins, il était couché sur le dos immobile avec un certain degré d'opisthotonos et très-abattu. La veille, il avait eu quelques efforts de vomissement et rejeté une fois la tisane qu'il venait de prendre; il était allé à la selle, en même temps il accusait des douleurs mal définies dans les deux membres pelviens.

Le 11, l'état du malade était à peu près le même, cependant les symptômes prenaient une acuité de plus en plus grande, les jambes surtout étaient très-douloureuses; le malade, étendu sur son lit, pouvant à peine remuer, ne savait quelle position prendre. Quand on l'aidait à se tourner, les mouvements lui arrachaient des cris; la fièvre était plus forte, le corps couvert de sueur; il n'était déjà plus question du pied, la tuméfaction avait complétement disparu. — Rien n'est changé au traitement.

Le 12, le malade dit n'avoir pas uriné depuis vingt-quatre heures; on retire avec la sonde une grande quantité d'urine colorée et un peu épaisse, mais ne précipitant pas par la chaleur l'acide nitrique. Ce symptôme éveille de nouveau l'attention, et ce jour-là on constate :

1° Qu'il est dans l'impossibilité de mouvoir les jambes; par moment seulement on apercevait quelques soubresauts musculaires et tendineux se produisant sur différents points, mais surtout bien accusés sur la face externe de la cuisse droite, au niveau du *fascia lata*.

2° Il y avait anesthésie complète des membres inférieurs, remontant jusqu'au creux épigastrique, mais pas d'analgésie. Quand il se touche lui-même ou quand on applique la main sur son corps, il n'en a nulle conscience; mais si on le pique, il éprouve de la douleur, moindre cependant que celle qu'il ressent dans les parties non paralysées, sur les bras par exemple. Quand il ferme les yeux, il ne se doute pas s'il est couvert ou non, il croit que cette anesthésie s'est produite depuis la veille progressivement et de bas en haut, en commençant par le pied gauche.

Il n'y avait pas de doute possible, nous avions affaire à un cas de rhumatisme spinal avec paraplégie, paralysie de la vessie et du rectum.

L'intelligence était toujours intacte; la douleur l'empêchait de prendre aucun sommeil. — Opium à haute dose; on lui donne des pilules d'extrait thébaïque de 0,05 à prendre dans la journée jusqu'à ce que la douleur rachidienne soit calmée ou jusqu'à commencement d'intoxication.

Le 13, il a pris 0,30 d'opium; il n'a pas dormi, mais a beaucoup moins souffert; la sueur est modérée; le pouls est à 104 pulsations. L'anesthésie remonte un peu plus haut; la veille le malade sentait au-dessus du creux épigastrique, maintenant l'insensibilité est complète jusqu'à la quatrième côte; il y a à la fois anesthésie et analgésie. Le malade ne peut pas produire le moindre mouvement volontaire; quand on déplace les jambes on ne produit plus de douleur. M. Lorain cherche alors s'il existe des mouvements réflexes. En excitant d'abord la peau à la cuisse, il ne se produisait aucun mouvement dans le membre inférieur du même côté; mais en chatouillant la plante des pieds, nous vîmes un soulèvement brusque du testicule, le crémaster entrait immédiatement en contraction; ce phénomène existait des deux côtés et sans que le malade en eût conscience. Au contraire, en répétant la même expérience sur les malades voisins, qui ne présentaient aucune altération semblable, lorsque l'excitation portait sur la face interne des cuisses, nous observions le soulèvement du testicule; mais dans aucun cas nous n'avons vu de mouvements réflexes se produire en excitant chez eux la sensibilité de la plante des pieds; ces derniers avaient seulement des mouvements volontaires, auxquels le crémaster restait tout à fait étranger.

L'état général est à peu près le même; il a vomi deux fois. On continue l'emploi de l'opium à haute dose.

Le 14, à la visite du matin, le malade a pris de nouveau 0,30 d'opium; il a un peu dormi, mais son sommeil a été pénible, agité; on suspend alors l'usage de l'opium, pensant que cet état d'excitation devait être rapporté à un commencement d'ivresse opiacée. En pratiquant le cathétérisme, nous remarquons que les lèvres du méat étaient agglutinées par des produits plastiques dus probablement à un certain degré d'uréthrite produit par le passage de la sonde : jusque-là le malade n'avait jamais présenté le moindre écoulement uréthral.

Il resta dans cet état jusqu'à une heure et demie. A ce moment, il se trouve beaucoup plus fatigué, et prie ses voisins de l'aider à s'asseoir; à peine assis, il eut, au dire des autres malades, comme une espèce de syncope, qui se termina par un vomissement de matières noirâtres. On le replaça immédiatement dans la position horizontale; depuis, il n'a plus parlé; il a perdu toute connaissance; quand nous arrivâmes près de son lit, la respiration se faisait difficilement, l'inspiration se produisait avec peine et lentement; le pouls était petit, filiforme, les extrémités déjà froides; il succombait à deux heures et demie.

L'autopsie est faite quarante heures après la mort.

Le pied droit ne présente plus aucune trace d'inflammation; il ne restait qu'un léger empâtement du tissu cellulaire sous-cutané insignifiant. Les articulations tarsiennes et métatarsiennes étaient saines.

Dans l'examen du cerveau, nous notâmes d'abord une assez grande congestion des méninges. Le cerveau avait son volume et sa consistance normale, mais il était aussi un peu injecté; dans les ventricules latéraux existait une faible quantité d'un liquide séro-sanguin. Ailleurs rien d'important à signaler; aucune trace d'inflammation franche, d'exsudation plastique.

Quant à la moelle, au moment où la gouge pénétrait par la partie postérieure des vertèbres dans le canal rachidien, à l'union des vertèbres cervicales et dorsales, on vit sortir à l'extérieur une petite quantité d'un liquide qui avait tout l'aspect du pus; ensuite la moelle apparut par sa face postérieure et encore pourvue de ses membranes. Les méninges étaient recouvertes du liquide précédent sur une étendue de 15 à 20 centimètres, de la cinquième ou sixième vertèbre cervicale à la troisième ou quatrième dorsale; plus bas, on retrouvait encore les caractères d'une inflammation vive, mais ayant atteint un degré de moins; il y avait surtout une injection considérable. Ces altérations n'avaient pas envahi la face antérieure des méninges; l'inflammation paraissait s'être arrêtée sur les parties latérales, au niveau du ligament dentelé, se prolongeant un peu dans les orifices des trous de conjugaison. Ainsi le tissu cellulo-graisseux et vasculaire intermédiaire aux parois du canal rachidien et à la dure-mère était remplacé par ce produit de nouvelle formation, ici avec l'apparence liquide, et affectant sur l'os lui-même la disposition d'une membrane fibrineuse plus ferme en certains points, très-ramollie sur d'autres; au-dessous, l'os lui-même paraissait plus vasculaire.

On incisa alors les méninges longitudinalement pour mettre la moelle à nu, mais leur face interne avait conservé son apparence lisse et polie; la moelle avait surtout son aspect normal; on observait seulement un peu de congestion, des réseaux vasculaires plus riches, des sinus veineux plus développés; la substance de la moelle était aussi légèrement injectée, mais rien de plus.

Quant aux autres organes :

Le cœur ne présentait aucune altération; il y avait seulement une petite quantité de liquide séreux dans le péricarde.

Rien dans les plèvres; dans les poumons un peu de congestion. Ailleurs nous n'avons plus rien trouvé d'important à signaler.

Comme on a pu facilement s'en rendre compte, cette observation nous présente un exemple de rhumatisme avec localisations spinales des plus manifestes. D'une part, la rareté de cette affection encore imparfaitement décrite, de l'autre, l'ensemble des symptômes et la marche de la maladie nous ont engagé à la publier.

Ce cas diffère à plusieurs titres de ceux déjà connus de méningite rhumatismale; nous ne l'opposerons pas à la méningite cérébrale, car nous n'avons pas eu à noter de symptômes cérébraux, tels que céphalalgie, délire, coma, convulsions; aucun accident semblable ne s'est manifesté; mais quant à la méningite spinale, les auteurs ont écrit qu'elle se caractérise essentiellement par la douleur rachidienne, l'exaltation de la sensibilité, la roideur et les contractures qui persistent souvent jusqu'aux derniers moments; or, dans le cas précédent, sauf la douleur qui s'est trouvée des plus vives, il en a été tout autrement. Au lieu d'hyperesthésie, nous avions de l'anesthésie et de l'analgésie, à la place des contractures une paraplégie très-étendue avec rétention d'urine et des matières fécales.

La maladie a été rapidement mortelle; toutefois cette affection ne semble pas devoir être considérée comme toujours aussi grave; nous pouvons supposer un degré de moins dans l'inflammation, alors le malade guérit, mais la guérison peut être incomplète, et nous retrouvons probablement là l'explication de certaines paraplégies survenues à la suite du rhumatisme.

Cette observation nous a paru encore très-intéressante en raison des caractères anatomiques que nous a fournis l'examen des centres nerveux; nous n'avions pas affaire à une méningo-myélite comme on pouvait s'y attendre, la moelle même était à peu près intacte, car nous n'y avons retrouvé qu'une congestion insuffisante pour nous rendre compte des signes observés pendant la vie; les lésions portaient surtout sur la face externe et postérieure des méninges, dans l'espace compris entre les membranes et le canal rachidien, et les produits exsudés devaient altérer surtout par compression les fonctions de la moelle.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'observation attentive de ce malade, guidé par M. Lorain, notre excellent maître, qui a pris le plus grand soin d'appeler notre attention sur les points importants et d'en faire ressortir tout l'intérêt pratique.

DE L'ÉPILEPSIE

compliquée de chorée rhythmique ou électrique.

Par M. le docteur MICHÉA.

Dans certains cas de mal caduc, il se manifeste des secousses instantanées et uniques que l'on a appelées *électriques*, pour les distinguer des secousses ordinaires, autrement dit des convulsions cloniques, qui constituent un des éléments de cette névrose. Des épileptiques éprouvent parfois, en effet, des mouvements involontaires qui par leur exécution brusque ressemblent beaucoup à ceux qui sont dus à la décharge électrique. Ces mouvements subits ont lieu principalement dans les membres, tantôt dans les extrémités supérieures, tantôt dans les inférieures, plus rarement dans les deux à la fois. Quand les secousses surviennent dans les extrémités supérieures, elles

sont parfois si violentes que les sujets lancent au loin les objets contenus dans leurs mains, ou bien qu'ils renversent ou qu'ils brisent tous les corps fragiles qui se trouvent à leur portée. Etant à table, par exemple, ils lancent au loin, en avant ou en arrière, leur fourchette ou leur cuiller, ou bien ils renversent les verres, les bouteilles, les carafes. Lorsqu'ils sont à une fenêtre, ils brisent les vitres avec leurs mains ou les enfoncent avec leurs coudes. Quand les secousses électriques affectent les extrémités inférieures, les malades projettent celles-ci en avant ou en arrière, comme s'ils voulaient donner des coups de pied, ou bien ils frappent fortement le sol avec leurs talons.

Suivant certains auteurs, les secousses dont il s'agit se produiraient seulement dans le genre de manifestation épileptique nommé *vertige*, quelquefois dans l'intervalle de cet état, mais le plus ordinairement au milieu du vertige lui-même. J'ai observé, au contraire, que les secousses électriques dans l'épilepsie avaient lieu plus fréquemment chez les sujets atteints de grandes attaques que chez ceux qui n'offraient que des attaques légères, et ces secousses électriques m'ont toujours paru avoir lieu dans l'intervalle des accès, même quand il s'agissait du plus faible vertige : jamais elles ne m'ont semblé coïncider avec le moindre trouble psycho-sensoriel, quelque rapide qu'il fût.

Mais outre les secousses instantanées et uniques dont il s'agit, il en est d'autres, que je ne trouve mentionnées nulle part, qui se succèdent à des intervalles très-courts, se manifestent d'une façon tellement régulière et offrent un type si parfait du rhythme, que leur succession en est aussi périodique et aussi cadencée que les mouvements d'un chronomètre. Le cas suivant en est un exemple :

M. Jules X..., âgé de trente-deux ans, est un malade qui me fut adressé par M. le professeur Malgaigne. Il est doué d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin. Il n'a point eu de convulsions dans son enfance ; il ne compte aucun épileptique parmi les membres de sa famille. Seulement sa mère a été longtemps en proie à de violentes migraines.

Les premières atteintes de son mal remontent à l'âge de douze ans. Jusqu'à dix-huit ans, elles ne firent aucun progrès sensible ; mais à cette époque, les accès se rapprochèrent : M. Jules X... avait alors contracté la funeste habitude de la masturbation, et il s'y livrait avec une fureur incroyable.

Les accès en question consistaient alors en un trouble très-léger du sentiment et de l'intelligence : le malade voyait et entendait confusément ce qui se passait autour de lui ; il sentait comme un nuage passer sur son esprit ; il s'arrêtait brusquement au milieu d'une promenade, d'une conversation, d'une occupation quelconque. Ces phénomènes, qui duraient quelques secondes, qui n'étaient nullement remarqués des assistants, furent longtemps méconnus par le malade lui-même, qui les prenait pour des étourdissements auxquels il se croyait prédisposé par sa forte complexion et son tempérament sanguin.

Combattus presque chaque fois par une saignée, ces prétendus étourdissements, qui se montraient d'abord au nombre de deux ou trois par année, s'accompagnèrent, à l'âge de vingt-huit ans, de deux attaques convulsives avec chute et perte complète de connaissance.

A l'âge de vingt-neuf ans, les attaques convulsives revinrent environ tous les trois mois, au nombre de deux ou trois dans les vingt-quatre heures ; et à l'âge de trente ans, elles se reproduisirent tous les mois ; et chaque fois toujours au nombre de deux ou trois dans l'intervalle de vingt-quatre heures. La famille, qui cherchait à se faire illusion sur le nom de la maladie, ne conserva bientôt plus le moindre doute.

Après avoir été saigné copieusement à plusieurs reprises, et cela sans aucun résultat favorable, M. Jules X... eut recours avec le même insuccès d'abord à l'homœopathie, puis à l'hydrothérapie. Cette dernière méthode paraît même avoir aggravé la maladie. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'impression de l'eau froide tombant en pluie ou en arrosoir sur la tête du malade avait très-souvent pour conséquence presque immédiate l'apparition d'une grande attaque. Ce fut à la fin de ce traitement, qui dura une année, que M. Jules X... fut confié à nos soins.

A cette époque, le malade avait tous les mois, et quelquefois tous les quinze jours, deux sortes d'attaques convulsives qui alternaient ou qui se succédaient, au nombre de deux ou trois, dans les vingt-quatre heures. Les unes débutaient par un cri sourd après lequel le sujet tombait immédiatement à terre, avec perte complète de sentiment et de connaissance, convulsions générales, plus prononcées toutefois dans les membres du côté droit que dans ceux du côté gauche, écume à la bouche, etc., elles se terminaient par un sommeil profond et stertoreux ; les autres, non précédées de cri, sans chute, rarement avec écume à la bouche, mais toujours avec abolition à peu près entière du sentiment et de la connaissance, se bornaient à des contractions cloniques des muscles du visage et du cou, qui faisaient opérer à la tête un mouvement de rotation très-marqué du côté droit.

Ces attaques convulsives surviennent plus souvent le jour que la nuit. Elles se manifestent rarement sans quelque signe précurseur. Le plus ordinairement le malade en est averti un, deux et quelquefois trois jours à l'avance par une légère sensation constrictive aux muscles du cou ou à ceux des mâchoires.

Ces deux sortes d'attaques sont presque constamment suivies, toujours à un intervalle de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, d'un ou deux accès plus légers, sans convulsions cloniques, accès qui se traduisent exclusivement par de la pâleur au visage, de la fixité dans le regard et un peu de trouble intellectuel : M. Jules X... entend bien ce qui se dit autour de lui, mais il ne comprend pas le sens des paroles qu'on lui adresse et ne peut pas y répondre.

Dans l'intervalle des attaques, les facultés intellectuelles et morales sont intactes, sauf un peu de mélancolie et d'affaiblissement de la mémoire, qui, conjointement avec une sensation de fatigue dans les membres, succèdent aux paroxysmes les plus violents, sans durer toutefois au delà de quelques jours.

M. Jules X..., qu'un domestique intelligent ne quitte pas d'un instant, ni jour ni nuit, fait noter par celui-ci ou note lui-même fort régulièrement le nombre de ses attaques et leurs divers degrés.

Pour faciliter et abréger en même temps ce petit travail, entrepris afin de se rendre un compte exact des modifications dues aux agents médicamenteux, il se sert d'un calendrier sur lequel le nombre des grandes attaques est pointé à l'encre rouge, celui des attaques moyennes à l'encre bleue, et le nombre des attaques légères à l'encre noire.

A ces trois sortes d'accès, il s'en joint un autre. Dans cette dernière espèce, que le sujet appelle ses *attaques de nerfs*, et qu'il pointe sur son calendrier à l'encre verte, les extrémités inférieures seulement, jamais les supérieures, sont agitées de contractions involontaires, exécutent des mouvements automatiques de flexion et d'extension très-violents. Ces mouvements, qui s'opèrent d'une manière subite, ont la plus grande ressemblance avec les secousses électriques, ou avec celles qui surviennent quand on touche la peau d'un animal empoisonné par la strychnine, et leur nombre en est à peu près toujours le même pendant chaque accès. Ils ont constamment lieu pendant le jour, et depuis le commencement jusqu'à la fin de l'accès le sentiment et la connaissance n'éprouvent pas la plus légère altération. La durée de chaque accès varie de vingt minutes à une heure, après quoi le malade éprouve une grande lassitude dans les extrémités inférieures.

Ces dernières attaques ont lieu une fois tous les mois, quelques jours avant ou quelques jours après les accès forts ou faibles, ceux qui sont accompagnés d'un trouble du sentiment ou de l'intelligence Nous en fûmes témoin deux fois.

La première fois, M. Jules X... était assis, les extrémités supérieures immobiles et fixées aux bras d'un fauteuil, pendant que les extrémités inférieures étaient en proie à des convulsions très-remarquables par leur état parfait de cadence. Je comptai à plusieurs reprises environ cinquante-deux de ces convulsions rhythmiques par minute. Pendant toute leur durée, le sujet, dont la peau du visage avait la couleur naturelle, conserva toute l'intégrité de ses sensations et de son intelligence ; non-seulement il entendait et comprenait parfaitement bien toutes les questions que je lui adressais, mais il y répondait encore d'une façon parfaitement juste et sans aucune hésitation. Il en fut absolument de même la seconde fois, où M. Jules X... était non plus assis, mais couché.

Le malade fut soumis pendant un an, avec interruption d'une semaine sur deux, à l'usage du valérianate d'atropine. Il prenait ce médicament sous forme de granules, à la dose de 1 milligramme par jour, portée graduellement jusqu'à 3 milligrammes et diminuée ensuite de la même manière. En tout, il prit 332 granules de 1 milligramme.

Sous l'influence de ce dernier traitement, la chorée disparut presque entièrement, mais les accès d'épilepsie persistèrent. Leur violence toutefois fut affaiblie et leur nombre diminué. De 62, nombre constaté durant l'année antérieure au traitement par le valérianate d'atropine, les attaques, grandes ou moyennes, étaient descendues au chiffre de 51.

Réflexions. — La danse de Saint-Guy coïncide parfois avec l'épilepsie, c'est-à-dire que ces deux névroses peuvent soit s'alterner, soit se mêler dans un seul et même paroxysme. Cette complication a été signalée pour la première fois par Lanzoni, sous le nom d'*epilepsia saltans*. Mais pour cet auteur, de même que pour feu Sandras (1), il ne s'agissait que de la danse de Saint-Guy sous sa forme ordinaire. Or, indépendamment de la chorée gesticulaire, on admet aujourd'hui une seconde sorte de danse de Saint-Guy. On sait, en effet, qu'en 1843, un médecin italien, M. Dubini, et qu'en 1847, un médecin allemand, M. Hœrtel, appelèrent les premiers l'attention des praticiens sur une forme particulière de la danse de Saint-Guy, différant de la chorée gesticulaire en ce que dans celle-ci les mouvements automatiques des membres sont toujours désordonnés et jamais très-brusques, tandis que dans la forme particulière en question, ils se succèdent à des intervalles déterminés, ils se produisent d'une façon rhythmique, ils consistent en des secousses d'une rapidité extrême. De là le nom d'électrique donné à cette dernière sorte de danse de Saint-Guy.

Les secousses rhythmiques ou cadencées qui avaient lieu chez notre malade étaient identiques par la forme à celles de la chorée électrique décrite par M. Dubini et par M. Hœrtel, avec cette différence toutefois que chez le sujet en question les secousses n'étaient accompagnées d'aucune sorte de trouble dans la parole, tandis que d'après M. Dubini, dans la chorée électrique, bien que la connaissance persiste, la faculté de parler serait abolie.

Il y aurait encore une autre différence importante entre la chorée électrique à l'état de simplicité et la chorée électrique compliquée d'épilepsie. La chorée électrique simple, que M. Hœrtel regarde comme une irritation congestive de la moelle, serait une maladie rapidement funeste. Sur trente-huit cas, M. Dubini n'aurait obtenu que deux guérisons. Or, nous avons observé deux fois l'épilepsie compliquée de chorée cadencée ou rhythmique. Non-seulement les deux malades n'ont pas succombé, mais la chorée avait fini par céder aux médications appropriées. Quant à ses causes, la chorée rhythmique serait produite, selon M. Dubini, par la frayeur et la présence des vers intestinaux, c'est-à-dire par les mêmes causes, qui peuvent donner et qui donnent si fréquemment naissance à l'épilepsie et à l'éclampsie. Ce serait donc surtout sous le rapport étiologique que l'affinité paraîtrait s'établir entre le mal caduc et la chorée électrique.

(1) Voir le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, numéro d'avril 1849, où il en rapporte un cas.

SYPHILIDE ULCÉREUSE CIRCONSCRITE.

Potion, par M. Bazin.

Sirop de saponaire	500	grammes.
Bi-iodure de mercure	0,20	centigram.
Iodure de potassium	10	grammes.

Prendre d'abord une cuillerée à café matin et soir ; augmenter progressivement cette dose jusqu'à 50 grammes par jour.

ÉTUDE SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS.

Dans un précédent article (1), nous avons étudié la topographie de Vals. Nous avons jeté un coup d'œil général sur les diverses sources de cette station, et nous nous sommes engagé à faire connaître à nos lecteurs ce qu'ils peuvent justement attendre du mérite de ces eaux.

Aujourd'hui nous allons prendre les sources en particulier, étudier leur composition, et de cette simple revue il sera déjà possible au médecin de se faire une idée de leur valeur thérapeutique.

Parmi les sources de Vals, il en est un certain nombre qui tarissent, et, n'en déplaise à notre aimable correspondant le *Médecin bibliophile*, ce sont précisément celles qu'il nous signalait. Mais ici se présente un fait curieux : ce n'est pas en été que l'eau de ces sources disparaît, le phénomène a lieu au mois d'octobre, et l'eau reparaît au mois de mars. Il y a là un fait peu commun et dont nous laissons l'explication aux savants spéciaux.

Notre étude ne doit porter que sur les sources Saint-Jean, la Désirée, la Rigolette et la Précieuse; une autre source mérite bien toute notre attention, et nous aurons aussi à voir plus en détail ce que peut donner la Dominique. Cette source est à l'étude.

L'analyse chimique consciencieuse, et chacun sait l'honorabilité des savants à qui sont confiées les expertises, est la base de toute étude. M. O. Henri a présenté l'analyse suivante :

Saint-Jean. — Acide carbonique, 0,425. Bicarbonates : de soude, 1,480 ; de potasse, 0,040 ; de chaux, 0,310 ; de magnésie, 0,120 ; de fer, 0,006. Chlorure de sodium, 0,060. Sulfate de soude et de chaux, 0,054. Silicate et silice, 0,070. Alumine, 0,011. Traces de bicarbonate de lithine, de potasse; traces d'iodures alcalins et d'arséniate.

Cette eau de Saint-Jean est fortement minéralisée, comme on peut s'en rendre compte en jetant les yeux sur l'analyse que nous venons d'en donner. Mais elle présente un côté remarquable : grâce à son acide carbonique, elle acquiert un goût légèrement piquant, qui en fait une eau très-agréable à boire. De là son succès comme eau de table. Dans le pays, son emploi à ce titre est vulgaire; on la préfère à juste raison à l'eau naturelle. Transportée, nous lui voyons garder sa limpidité et toutes ses propriétés. Nous avons voulu nous rendre compte de cette qualité, et l'estomac débilité se trouve si bien de son emploi que nous sommes arrivé à en faire un emploi régulier. Dire que cette eau a toutes les qualités d'une eau chargée modérément d'acide carbonique, c'est faire comprendre qu'elle devait prendre le pas sur les eaux de Seltz. Que nos confrères suivent notre exemple, et l'eau de Saint-Jean sera entre leurs mains un bon agent dans les dyspepsies.

La Précieuse. — Acide carbonique, 2,218. Bicarbonates : de soude, 5,940 ; de potasse, 0,230 ; de chaux, 0,630 ; de magnésie, 0,750 ; de fer, 0,010. Chlorure de sodium, 1,080. Sulfate de soude et de chaux, 0,185. Alumine, 0,060. Des indices d'iodure alcalin et d'arséniate.

La Désirée. — Acide carbonique libre, 2,145. Bicarbonates : de soude, 6,040 ; de potasse, 0,263 ; de chaux, 0,571 ; de magnésie, 0,900 ; de fer, 0,010. Chlorure de sodium, 1,100. Sulfate de soude et de chaux, 0,200. Alumine, 0,058. Indices d'arséniates et d'iodure alcalin.

La Rigolette. — Acide carbonique libre, 2,095. Bicarbonates : de soude, 5,800 ; de potasse, 0,263 ; de chaux et de magnésie, 0,259 ; de fer, 0,024. Chlorure de sodium, 1,200. Sulfate de soude et de chaux, 0,220. Alumine, 0,060. Traces d'iodure alcalin et d'arséniates.

L'analyse que nous venons de présenter permet tout d'abord de constater la proportion importante de l'acide carbonique. Cet excès d'acide carbonique tient en dissolution permanente les divers bicarbonates et le chlorure de sodium. Il rend ces eaux pétillantes et mousseuses, et leur donne un goût agréable ; il leur enlève la saveur salée ou alcaline ; il facilite la digestion. La présence de cet acide est loin d'être indifférente, et MM. Pétrequin et Socquet ont fait ressortir la supériorité qu'une eau acidule gazeuse possède sur celle qui ne présente pas cette condition.

Il est impossible de parler des eaux de Vals sans les rapprocher des eaux de Vichy.

Vichy contient aussi de l'acide carbonique dans ses sources. La proportion en a été établie par M. Bouis. Un simple rapprochement des résultats obtenus éclairera notre esprit.

Grande Grille (Vichy), 0,908 ; Rigolette (Vals), 2,095.
Hôpital (Vichy), 1,067 ; Désirée (Vals), 2,145.
Lardy (Vichy), 1,750 ; Précieuse (Vals), 2,218.

Le rôle de l'acide carbonique est si important, que l'absence de ce gaz rend l'eau plus saline, plus lourde. Ce phénomène est sensible à Saint-Alban, dans les temps d'orage, et il en est de même à Vichy (Lucas).

Voilà donc un premier point établi ; la présence de l'acide carbonique rend les eaux de Vals de plus facile digestion, plus agréables à boire, et en fait non-seulement une boisson agréable sur les lieux, mais très-facilement transportable, et par conséquent pouvant être recommandée très-heureusement dans la pratique ordinaire.

A côté de cette première et très-favorable condition, nous aurons à nous rendre compte de l'action des bicarbonates de soude de magnésie et de chaux, et nous aurons à faire ressortir

(1) Voir notre numéro du 17 décembre 1864.

l'influence, d'une part, des éléments ferrugineux qui viennent si heureusement prévenir la diathèse alcaline, et, d'autre part, de l'élément arsenical qui assure à une des sources (la Dominique) un succès des plus légitimes.

Cet exposé sera l'objet d'un prochain article.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 janvier 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 14 janvier courant, par lequel est approuvée l'élection de M. Colin comme membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Renault.

Sur l'invitation de M. le président, M. Colin prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Vingt exemplaires du Rapport sur les travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Eure, pendant l'année 1864;

2° Un mémoire de M. le docteur Barth, médecin cantonal à Boulay (Meurthe), sur l'efficacité de l'alcool camphré dans le traitement de la variole (commissaires, MM. Blache et Roger);

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Vienne en 1864 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Bergeron, Tripier et Girard de Cailleux, qui prient l'Académie de les comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène.

2° Un pli cacheté envoyé par M. Burin-du-Buisson, pharmacien à Lyon, renfermant une note sur la nature chimique et la composition des divers corps provenant de la distillation de la houille dans les usines à gaz.

3° Une lettre de M. le docteur Diday (de Lyon) relative à la prophylaxie de la syphilis vaccinale. Il propose :

1. De ne jamais vacciner de bras à bras, mais avec du vaccin en tube, les exemples de transmission vaccino-syphilitique connus étant généralement fournis par des vaccinations de bras à bras ;

2. De vacciner les enfants de trois à cinq semaines après leur naissance ; c'est à cet âge que la syphilis ; si elle doit apparaître chez eux, se manifeste par les lésions les plus accentuées, par conséquent les moins faciles à méconnaître par le vaccinateur ; plus tard, la syphilis devient latente sans cesser d'être transmissible.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture d'une lettre adressée par la commission du monument à élever à Dupuytren, à Pierrebuffière, sa patrie, qui fait appel aux souscriptions des membres de l'Académie.

— M. BOUILLAUD présente, au nom de M. Fournet, une brochure sur l'influence des sciences et de la médecine en particulier, sur les gouvernements et la société.

— M. LARREY offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Briois, un ouvrage en trois volumes, intitulé : *La tour Saint-Jacques*, qui renferme des renseignements archéologiques et historiques sur la médecine du temps.

— M. J. CLOQUET dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Désormeaux, une brochure intitulée : *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie.*

— M. DEPAUL présente, au nom de MM. Sée et Tarnier, un volume qui complète le Traité iconographique d'accouchement que Lenoir avait laissé inachevé.

— M. H. BOULEY dépose sur le bureau des tubes contenant du virus recueilli sur une vache inoculée avec le horsepox, et d'autres tubes contenant le horsepox recueilli sur le cheval.

— M. LEBLANC met à la disposition de ceux de ses collègues qui voudraient faire des expériences relatives à la question de l'identité du virus d'origine prétendue varioleuse, du liquide provenant de moutons atteints de clavelée.

M. DEPAUL dit à cette occasion qu'il a essayé sur plusieurs enfants du cowpox qui lui a été adressé par M. Lebrument, et qu'il n'a obtenu aucun résultat.

LECTURE.

Contagion. — M. STANSKI donne lecture d'un Mémoire intitulé : *De la contagion dans les maladies.* (Commissaires, MM. Mélier et Jolly.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

M. TROUSSEAU. Il s'est passé il y a trois ans, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, un fait qui a été cité, analysé et commenté à cette tribune, et comme ce fait est très-considérable dans la question qui nous occupe, et que j'en suis en quelque sorte l'éditeur responsable, il m'a paru que je devais en parler. Mais avant, je dois dire quelque chose de la manière assez singulière dont cette discussion s'est engagée. J'ai été surpris, je l'avoue, de l'excès de pruderie ou de prudence, si vous l'aimez mieux, de l'Académie à l'endroit du renvoi du rapport au ministre. Il m'a semblé que l'Académie était entrée dans une ère nouvelle, qu'à l'avenir ses discussions devaient rester secrètes et que nous n'avions pas le droit de dire ce que nous pensons. Je crois que M. Depaul en est un peu la cause. Notre collègue a la dent dure et il ne se fait pas faute, à l'occasion, de donner un coup de boutoir. Voyons donc quelle était l'énormité de M. Depaul qui a ainsi soulevé la susceptibilité de l'Académie.

Il a dit que la vaccine *peut* — il n'a pas dit *doit*, qu'on le remarque bien — transmettre la syphilis, et cela dans des circonstances non pas rares, non pas exceptionnelles seulement, mais *prodigieusement* rares. Combien pensez-vous qu'il y en ait parmi vous qui accepteraient de faire vacciner leurs enfants avec du virus-vaccin recueilli sur un enfant vérolé ? Nous pensions donc bien un peu cela tous tant que nous sommes ; nous nous le disions tout bas ; tout le monde le croyait un peu, et nous le croyions comme tout le monde, mais seulement un peu moins peut-être que les gens du monde. Eh bien, qu'a fait M. Depaul ? Il a dit tout haut ce que tous nous disions tout bas.

Mais M. Depaul a commis une grande faute contre le règlement ; il a fait... ce que nous faisons tous, il a fait à lui seul son rapport, sans trop se préoccuper des autres commissaires. Oh ! ceci est grave ; il a engagé, il a compromis l'Académie vis-à-vis du ministre ! Voyez-vous le ministre lisant le rapport de M. Depaul, et puis allant publier dans le *Moniteur* les faits graves qu'il renferme pour prévenir toutes les mères des dangers qui menacent leurs enfants ! Vous voyez ce ministre, qui ne s'occupe même pas d'assurer un asile à l'Académie, qui ne sait pas que demain peut-être l'Administration de l'assistance portera le marteau sur nos murs, s'inquiétant à ce point de ce que renferme le rapport sur la vaccine ! L'Académie s'arrêtera-t-elle devant de pareilles considérations ? Elle est le premier corps médical en France ; elle n'est pas seulement un corps éclairé, elle est aussi un corps éclairant ; elle ne se borne pas à répondre aux questions que peut lui adresser l'Administration, elle évoque les questions. Vous avez discuté ici des questions qui engageaient de la manière la plus sérieuse votre responsabilité ; qui s'en est formalisé ? N'avons-nous pas vu tout récemment d'autres sociétés savantes discuter la question de l'hygiène des hôpitaux ? Nous sommes ici pour dire toujours la vérité. Tant pis pour ceux qui s'en scandaliseront.

Mais je reviens à ma malade. On se rappelle qu'à cette occasion j'invitai M. Ricord à faire des leçons sur ce sujet ; on me l'a reproché aussi. Que ne nous reproche-t-on pas ! Voici en deux mots son histoire :

En octobre 1861, une jeune femme de dix-huit ans, nouvellement mariée, entre à l'Hôtel-Dieu pour un catarrhe utérin, n'ayant d'ailleurs aucun symptôme d'affection générale. L'examen au spéculum fait reconnaître une simple granulation utérine ; on cautérise avec le nitrate acide de mercure ou le nitrate d'argent. Examinée presque jour par jour avec le plus grand soin, jamais nous n'avons constaté chez elle la plus petite ulcération ni la plus petite cicatrice. Au bout de quelques jours, la variole régnant dans l'hôpital, elle voulut s'en aller. Sur ma prière M. Dumontpallier, alors mon chef de clinique, la vaccina. L'enfant sur lequel fut pris le vaccin paraissait se bien porter. Dire que je l'examinai alors avec toute l'attention nécessaire, non ; je veux avant tout ici la plus grande sincérité. Mais ce que je puis assurer, c'est que rien sur la figure ni dans son habitude ne trahissait l'existence d'une affection quelconque. Or tout le monde sait quel est en général l'aspect des enfants atteints de syphilis congénitale. Bref, cette femme fut vaccinée par trois piqûres à chaque bras. Elle eut une fausse vaccine. Après être restée un mois à l'hôpital, elle sortit le 1er novembre, ne se plaignant de rien. Elle revint dans la première semaine de décembre, deux mois après la vaccination, nous montra deux pustules de rupia sur le bras gauche, sur deux des points d'inoculation du vaccin.

J'avoue que l'idée de la syphilis ne me vint pas à l'esprit en ce moment ; je crus à une mauvaise vaccine. Un mois plus tard, dans les premiers jours de janvier, trois mois après la vaccination, elle revint de nouveau pour rentrer, cette fois, à l'hôpital ; elle avait alors deux plaques indurées avec l'ulcus elevatum au bras, de la roséole, de la céphalée, de l'adénopathie cervicale et axillaire, mais rien, absolument rien aux régions inguinales. J'en appelle au souvenir de M. Ricord lui-même. (Signe affirmatif de M. Ricord.)

Ce fait est considérable ; il doit être analysé ici avec soin et sans prévention. Voyons d'abord ce qui a trait à l'enfant vaccinifère. C'était un enfant d'un mois ; j'ai déjà dit qu'il paraissait bien portant ; il est sorti de l'hôpital un mois après dans le même état, sans aucune apparence de maladie. Quatre autres enfants, qui ont été vaccinés en même temps que cette femme et avant elle avec le vaccin recueilli sur le même enfant, n'ont rien eu. Je sais bien que l'apparence extérieure ne suffit pas pour affirmer qu'un enfant n'a point la syphilis ; on peut être en puissance de vérole avec toutes les apparences de la santé ; il peut exister des plaques muqueuses longtemps avant que se manifestent les signes de la cachexie syphilitique. Témoin le fait présenté par M. Martineau à la Société anatomique. Une femme atteinte d'affection syphilitique et enceinte entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Frémy ; elle accouche prématurément au septième mois.

L'enfant venu au monde, très-chétif, meurt. On en fait l'examen. Il ne présentait extérieurement aucun signe de la maladie syphilitique ; on trouva des gommes dans les poumons et dans le foie. Pourrions-nous dire si plus tard il ne s'est passé rien de semblable chez l'enfant vaccinifère dont il s'agit ? M. Viennois a déclaré depuis, dans la *Gazette hebdomadaire* du 19 janvier dernier, avoir appris que cet enfant avait été malade après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, et que sa mère était allée consulter à cette occasion un médecin. Nous sommes, en définitive, à cet égard dans la plus grande incertitude.

Maintenant examinons les conditions dans lesquelles s'est faite la vaccination. Voilà une femme qui est vaccinée, elle cinquième, après quatre enfants. Il est par conséquent très-probable que la pustule du vaccinifère était déjà un peu épuisée, qu'il a fallu la gratter pour avoir du vaccin et qu'on a amené un peu de sang. Puis, le vaccin chez cette femme ne se développe pas, elle éprouve seulement pendant les cinq jours qui suivirent des démangeaisons qui la portent à se gratter le bras ; elle reste ainsi un mois dans l'hôpital, loin de toute communication qui pût faire soupçonner la possibilité d'une infection syphilitique. Est-il probable, en effet, est-il possible d'admettre pour qui connaît les dispositions de l'Hôtel-Dieu et la surveillance extrême dont les malades sont l'objet, que cette femme ait pu contracter la maladie dans ces conditions ? Que l'on remarque que pendant son séjour elle a été visitée et examinée tous les jours, qu'on n'a jamais rien vu à la vulve, ni au vagin, ni sur le col de l'utérus, qui ressemblât à un chancre. Mais, dira-t-on, ne pouvait-elle pas avoir un chancre dans la cavité du col utérin, qui serait resté inaperçu ? On avouera que c'est là une hypothèse bien peu probable. Mais j'admets sa possibilité. Il faudra encore pour s'expliquer comment cette femme aurait pu s'inoculer elle-même le pus de ce chancre au bras, passer par une série de suppositions tout aussi improbables, sinon impossibles. Il faudra admettre que, par suite de mauvaises habitudes, elle aurait d'abord porté son doigt jusque sur le siége du chancre, ce qui est difficile, on en conviendra, quand on songe que nous supposons ici l'existence d'un chancre intra-cervical, et qu'ensuite avec ce doigt souillé par cette matière chancreuse, elle serait allée s'inoculer le siége de la piqûre vaccinale. On se rappelle, en effet, que j'ai dit que cette femme, pendant plusieurs jours, avait éprouvé de vives démangeaisons qui la portaient souvent à se gratter. Mais personne n'ignore que les malades n'ont jamais les bras nus à l'hôpital, elles portent toujours une camisole, et au lieu d'admettre, ce qui est bien plus naturel, qu'elle se grattait le bras à travers la camisole, il faudrait supposer que pour se gratter elle retroussait la manche de sa camisole ou passait la main en dessous. Sont-ce là des choses probables ? Je le demande de bonne foi. Je cherche vainement, et j'ai beau faire toutes les suppositions possibles, admettre toutes les turpitudes imaginables, je ne puis m'expliquer comment un chancre aurait été inoculé au bras, juste sur une piqûre vaccinale.

Je rappellerai, d'ailleurs, que cette femme était alors récemment mariée, j'ai eu d'elle l'aveu qu'elle n'avait eu que de très-rares rapports avec son mari, parce que ces rapports étaient très-douloureux. Le mari m'a fait la même confidence. Il a bien voulu se soumettre lui-même à mon examen, et de cet examen, fait avec le plus grand soin, il résulte qu'il n'y avait pas la plus petite trace de chancre ni de blennorrhagie. Enfin ce ménage, qui depuis devait être violemment dissocié, était à cette époque parfaitement uni.

Je sais bien que malgré tout cela il ne serait pas absolument impossible que cette femme eût contracté un chancre, autrement que par la vaccination, mais cela est tellement improbable, qu'il faudrait vraiment vouloir aller contre toutes les vraisemblances. Je n'en dirais pas autant aujourd'hui, que cette femme est devenue, m'a-t-on dit, une des notoriétés, suivant l'expression de Juvénal, *notissima fossa*, de la Closerie des lilas... (Rires.) Mais je ne parle que pour l'époque où je l'ai vue et où se sont passés les faits qui nous occupent.

J'arrive à un autre fait qui n'est pas moins grave, le fait de M. Lecoq (voir pour les détails de ce fait la *Gazette des Hôpitaux* du 24 décembre 1859). M. Lecoq est chargé de vacciner tout un régiment d'infanterie de marine. Deux soldats sont vaccinés avec du vaccin pris sur un homme bien portant en apparence, mais qui avait eu, on l'a su depuis, un chancre induré trois mois auparavant. Ces deux soldats ont eu des chancres aux bras ; or, il a été bien reconnu qu'ils n'avaient rien eu avant. Les soldats n'ont rien de caché pour leur médecin-major, et assurément celui-ci l'aurait su, si l'un d'eux eût été malade avant la vaccination. Et d'ailleurs, ici nous retombons toujours dans les mêmes improbabilités. Où se manifestent les accidents syphilitiques ? Au bras. Singulier siége, vraiment. Il faudrait, en vérité, vouloir torturer les faits à plaisir, pour admettre que deux soldats — notez qu'ils sont deux — aient été prendre l'un et l'autre la vérole par le bras.

Encore une femme, encore des soldats, qu'à la rigueur ils aient pu contracter des chancres au bras, bien que ce soit de la dernière invraisemblance, soit, je l'admettrai, si l'on veut à la rigueur. Mais, des enfants ! admettra-t-on aussi que cela soit possible? Or, on connaît le fait du confrère si malheureusement et si injustement condamné pour avoir vacciné six enfants, tous affectés de vérole après la vaccination. Et les faits de Cerioli? Je sais bien qu'on peut dire qu'ils manquent de détails suffisamment précis. Mais rappelez-vous que les faits sont ici au nombre de soixante-quatre. Pourra-t-on dire qu'ils sont tous le résultat d'une infection clandestine?

Mais M. Depaul l'a dit avec raison : les faits de ce genre sont excessivement rares. Pour ma part, j'ai eu pendant longtemps des enfants dans mon service ; je n'ai jamais vu une seule fois, sauf le fait de la jeune femme dont il a été question, la syphilis transmise par la vaccination. M. Depaul vous en a dit autant ; ni M. Bousquet, ni Husson n'en ont vu davantage. — Mais, Messieurs, quand M. Ricord a dit que les accidents secondaires ne se transmettaient pas, il avait bien des raisons pour émettre une pareille proposition ; c'est qu'en effet la transmission des accidents secondaires est extrêmement rare. Mais autant elle est rare dans les circonstances générales ordinaires, autant elle devient commune, au contraire, dans des circonstances particulières, comme celles qui se présentent, par exemple, entre nourrices et nourrissons. Ici il y a des conditions toutes spéciales qui concourent à donner à la contagion une puissance excessive et tout à fait exceptionnelle. L'état de fluxion et d'érection du mamelon, la succion exercée par la bouche de l'enfant, le contact si intime et souvent si prolongé dans lequel se trouvent ces parties, tout, en effet, contribue à multiplier et à porter à leur plus haute puissance toutes les conditions de la contagion.

Il se passe parfois des faits bien étranges, et qui semblent faits vraiment pour déjouer tous les raisonnements. Ne se rappelle-t-on pas ce fait cité par M. Ricord dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu, de ce juif qui avait communiqué la vérole à tous les enfants qu'il avait circoncis ? Voilà des faits qui sont d'une importance immense. Que démontrent-ils, si ce n'est qu'il se développe quelquefois, sous l'influence de causes qui nous échappent, des aptitudes virulentes extraordinaires, et de la part des sujets contaminés une réceptivité parfois étrange.

Je me rappelle, il y a déjà de longues années de cela, qu'avec mon honorable collègue M. Leblanc, nous faisions des recherches au clos d'équarissage sur des chevaux morveux ; nous ignorions alors que la morve pût se transmettre à l'homme ; nous nous sommes fait des piqûres innombrables, et il ne nous est jamais rien survenu de fâcheux ni à l'un ni à l'autre. Aujourd'hui, je l'avoue, je ne serais pas aussi rassuré et je ne recommencerais pas volontiers ces expériences. Je crois que M. Leblanc ne serait pas plus disposé que moi à recommencer. (M. Leblanc fait un signe d'assentiment.)

Je pourrais citer de nombreux exemples des différences considérables de réceptivité. Voyez un troupeau au milieu duquel règne la clavelée. Pourquoi tels moutons résistent-ils indéfiniment à la contagion, tandis que d'autres la subissent avec une extrême facilité !

Pour la syphilis, M. Viennois cherche à expliquer sa transmissibilité par la vaccine en admettant que la présence du sang mêlé au virus-vaccin est la condition expresse de cette transmission. Cela est commode à dire. Mais comment expliquer alors que les cas de transmission soient si rares relativement au nombre incalculable de cas dans lesquels ont fait saigner les pustules en inoculant? Il n'est pas possible que dans le grand nombre d'enfants qu'on apporte tous les jours à l'Académie pour donner du vaccin, il n'y en ait pas de temps en temps de vérolés, sans qu'on ait le moyen de s'en assurer. Et cependant inocule-t-on souvent la syphilis ? non. On voit donc bien que l'idée de M. Viennois ne donne pas encore une explication suffisante du fait. Le vaccin garde donc parfaitement dans tous les cas son autonomie.

Un exemple. M. Frémy fait vacciner deux enfants qui avaient déjà

les prodromes de la variole. Il laisse se développer et marcher parallèlement les deux éruptions ; et alors que ces deux enfants étaient en pleine infection variolique, il recueille sur eux du virus-vaccin qu'il inocule à d'autres enfants ; il ne donne à ceux-ci que la vaccine. Je ne veux pas dire qu'on ne puisse, dans quelques cas, en agissant ainsi, inoculer peut-être la variole ; pour moi, je ne voudrais pas m'y exposer ; mais il est certain que ce fait prouve l'indépendance réciproque des deux contagions.

Le rapport de M. Depaul fait peur. On craint qu'il n'inspire des appréhensions et des défiances sur la vaccine. La vaccine a résisté à de bien autres méfaits dont elle est coupable, sans compter tous ceux qu'on a mis gratuitement sur son compte. Nous n'hésitons pas, quand, la variole règne dans les services d'acccouchements, à vacciner les enfants dès leur naissance, bien que nous sachions que la vaccine à cet âge peut donner lieu quelquefois chez eux à des érysipèles presque toujours mortels, mais nous le faisons parce que nous savons que la variole enlèverait 19 enfants sur 20.

Comment devrons-nous nous y prendre pour empêcher la transmission de la syphilis ? Eviter de vacciner avec le vaccin recueilli sur un enfant syphilitique ? Sans doute, cela est très-simple. Mais savons-nous toujours si les enfants sont ou non syphilitiques ? Non. Que faire alors ? Dans la pratique civile nous faisons ce que nous voulons, parce que là nous pouvons tenir les enfants en charte privée et attendre le moment opportun pour les vacciner. Nous savons que la syphilis congénitale en général se développe dans le cours du premier mois de la vie. (Signe de dénégation de M. Ricord.)

Je dis en général, je sais qu'il y a des exceptions. Eh bien, lorsqu'un enfant de trois mois est sain, nous lui empruntons en toute assurance le vaccin, parce que nous avons les plus grandes probabilités possibles qu'il est en dehors de toute influence syphilitique, en nous fondant sur la presque universalité des cas. Mais dans les hôpitaux il n'en est pas de même. Là, nous ne pouvons pas toujours attendre, et nous n'avons toujours ni le choix des sujets, ni le choix du temps.

En résumé, je conclus en disant que j'adopte pleinement les conclusions du rapport de M. Depaul, et que j'appuie le renvoi de ce rapport au ministre.

— Il est cinq heures, la séance est levée.

Arrêté du Ministre de l'instruction publique, relatif au concours d'admission à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris.

Le ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique,

Vu le décret du 3 décembre 1864 ;

Vu l'article 2 du règlement du 12 avril 1823 ;

Vu l'arrêté du 3 avril 1840 ;

Vu le règlement du 4 août 1859 ;

Vu l'arrêté du 23 août 1862 ;

Vu les propositions de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris et le rapport de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

ART. 1er. Le nombre des élèves de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris est fixé à soixante-quinze.

ART. 2. Ces élèves sont nommés au concours et répartis également en trois sections ou années.

Ils sont admis gratuitement à des conférences, à des manipulations, expérimentations et exercices pratiques sur toutes les branches de l'enseignement médical, ainsi qu'aux dissections et manœuvres opératoires, pour lesquelles ils sont réunis, dans un pavillon distinct, sous la direction d'un prosecteur.

ART. 3. Le concours d'admission dans la section de première année est ouvert à tout étudiant inscrit, aspirant au doctorat, qui aura subi avec succès dans la session précédente le deuxième examen de fin d'année.

Les élèves des deux premières sections subissent, à la fin de chaque année, un concours, à la suite duquel ils peuvent être autorisés à passer de première en deuxième année, ou de deuxième en troisième année.

Les vacances survenues dans la section de deuxième année sont comblées à la suite d'un concours auquel est admis tout étudiant inscrit, aspirant au doctorat, ayant subi avec succès, dans la session précédente, le troisième examen de fin d'année. Les vacances survenues dans la section de troisième année ne sont point comblées, c'est-à-dire qu'il n'y a point d'admission directe dans cette section.

ART. 4. Les élèves de la section de troisième année sont appelés, à la fin de cette année, à subir un concours, à la suite duquel sont désignés, d'une part, ceux qui sont autorisés à conserver le titre d'élèves de l'Ecole pratique, et, d'autre part, ceux qui sont admis à concourir pour les prix.

ART. 5. Durant le cours de chacune des trois années, les élèves de l'Ecole pratique sont soumis à un certain nombre d'épreuves, soit orales, soit écrites, dont les résultats sont combinés avec ceux du concours de fin d'année pour le classement des élèves de chaque section par ordre de mérite. Les noms de ceux qui ont obtenu les premiers rangs sont proclamés dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

Un règlement intérieur, fixant la nature des épreuves dont il s'agit, ainsi que l'organisation des conférences, manipulations et exercices de l'Ecole pratique, sera ultérieurement soumis, par le doyen de la Faculté, à l'approbation du ministre de l'instruction publique.

ART. 6. Les divers concours d'admission, de sortie et des prix, ont tous lieu à la fin de l'année scolaire. Il n'est rien modifié à la forme actuelle de ces concours, non plus qu'au nombre et à la nature des épreuves dont ils se composent.

ART. 7. Les élèves autorisés à concourir pour les prix ont la faculté de se présenter à ce concours, soit au moment même de leur sortie de l'Ecole pratique, soit à la fin de l'une des deux années qui suivent, sous la seule réserve de ne s'y présenter qu'une fois et de n'avoir pas encore subi la thèse de docteur.

Pendant la durée de ce délai, ces élèves sont admis à continuer de suivre les exercices et conférences de l'Ecole pratique.

ART. 8. Les élèves de l'Ecole pratique ont seuls le droit d'être présentés pour les emplois d'aide ou de préparateur des différents cours de la Faculté.

ART. 9. Sont et demeurent abrogées les dispositions des arrêtés et règlements antérieurs, contraires au présent arrêté.

Fait à Paris, le 10 janvier 1865. V. DURUY.

La médecine et la presse médicale parisiennes viennent de faire une perte des plus douloureuses. M. le docteur Debout, rédacteur en chef du *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, vient de succomber aux progrès d'une maladie qui le minait depuis longtemps et qui avait déjà plusieurs fois inspiré de vives alarmes à ses nombreux amis.

La presse médicale, dans laquelle M. Debout occupait un rang très-distingué, et la Société de chirurgie, dont il était un des membres les plus zélés et les plus actifs, diront plus tard les services qu'il a rendus à la science, et les excellents souvenirs qu'il laissera dans la mémoire de ses confrères. Nous nous bornons pour aujourd'hui à exprimer les vifs regrets que nous cause sa mort prématurée.

Nous croyons devoir prévenir nos lecteurs que le corps de M. Debout devant être transporté dans un caveau de famille, loin de Paris, il n'y aura point de service d'inhumation. On sera prévenu plus tard du service funèbre qui aura lieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels sont maintenus en exercice, jusqu'au 1er janvier 1866, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Soubeiran, pour la botanique ; Grassi, pour la physique ; Lutz, pour la chimie organique.

— M. le docteur Goux est nommé médecin du lycée impérial d'Agen, en remplacement de M. le docteur Cassius, décédé.

— M. le docteur Guérineau est nommé médecin du lycée impérial de Poitiers.

M. le docteur Robert est nommé médecin adjoint du lycée impérial de Poitiers.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance à la Faculté de médecine (salle des thèses) le vendredi 27 janvier.

Ordre du jour :

1° Observation sur un cas de tubercules de l'ovaire avec ascite, par M. Douënel, interne des hôpitaux.

2° Observation sur un cas de bronchite chronique compliquée d'insuffisance tricuspide, par M. le docteur Gouraud.

3° Travail sur quelques cas de varioles graves, par M. le docteur Proust.

4° Hystérie compliquée de chorée, par M. le docteur Baudot.

Les séances sont publiques et auront lieu à huit heures du soir.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera, le lundi 30 janvier, des cours et conférences préparatoires au deuxième et au quatrième examen du doctorat.

On s'inscrit chez M. Regnard, 50, rue des Ecoles, de 2 à 3 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement, par M. le docteur PERRET, ancien interne de la Maternité à Paris, etc. Grand in-8° de 88 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1865, chez A. Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Histoire naturelle et médicale des nouveaux médicaments introduits dans la thérapeutique depuis 1830 jusqu'à nos jours, par M. Victor GUIBERT, docteur ès sciences naturelles, ouvrage couronné (médaille d'or) par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, Deuxième édition revue et augmentée. Un fort volume. Prix : 10 fr. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, éditeur, place de l'École de médecine.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie Trois séries de cinq volumes chacune. Prix de chaque série : 35 fr. Le cinquieme volume de la troisième série vient de paraître, Prix : 7 fr. — Paris, 1864, J. B. Baillière et fils, éditeurs.

Histoire de la médecine et des doctrines médicales, leçons faites à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine en 1862, 1863 et 1864, par M. le Dr E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, et médecin de l'hôpital des Enfants malades. Un vol. in-8° de 544 pages. Prix : 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole de Médecine, 17.

Traité de l'érysipèle, par M. le docteur A. DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. Prix : 3 fr. 50. — Paris, chez A. Delahaye, éditeur, place de l'Ecole de Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Grâce à l'exactitude que s'impose M. Gallard dans ses fonctions de rapporteur de la commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, nous avons pu depuis quelque temps exposer au mois le mois, et à bref délai, la physionomie et les caractères principaux des maladies dominantes pendant la précédente période mensuelle. La ponctualité du rapporteur a pris notre propre exactitude en défaut, et nous avons aujourd'hui à réparer un petit retard et à rendre compte à la fois du rapport du mois de novembre et de celui de décembre.

Les phlegmasies des voies respiratoires ont été les maladies dominantes de ces deux derniers mois. En novembre, les bronchites ont été nombreuses et avec prédominance de la forme catarrhale. Les pneumonies, moins fréquentes que dans le mois précédent, et bénignes généralement chez les adultes, se sont montrées beaucoup plus graves chez les vieillards et les enfants, chez qui elles ont plus particulièrement revêtu la forme de broncho-pneumonies. En décembre, elles sont devenues plus fréquentes et généralement plus graves. Elles se sont montrées le plus souvent compliquées d'un état catarrhal, qui a dû influer sur cette plus grande gravité. Déjà, pendant le mois de novembre, on avait constaté cette prédominance catarrhale.

Il semblerait, d'après M. le rapporteur, que c'est par extension de la phlegmasie des bronches au tissu pulmonaire que se sont produites la plupart des pneumonies du mois de décembre. M. Empis a particulièrement insisté sur cette circonstance, il a signalé, notamment chez les malades atteints de pneumonie dans son service, un état général de prostration, de la céphalalgie, des symptômes gastro-intestinaux, nausées, ballonnement du ventre, diarrhée, et de la bronchite généralisée, une éruption d'herpès labialis et l'état peu fibrineux et peu couenneux du sang chez ceux qui ont été saignés. M. Gubler a constaté la complication ictérique chez deux malades. Parmi les particularités indépendantes de ce caractère général, qui est comme le cachet de la constitution médicale actuelle, nous devons mentionner quatre cas de pneumonie avec délire alcoolique, dont deux observés pendant le mois de novembre, dans le service de M. Grisolle à l'Hôtel-Dieu, et deux traités à l'hôpital Saint-Antoine pendant le mois de décembre, l'un par M. Bucquoy et l'autre par M. Gallard. Malgré ces sérieuses complications, la mort a été l'exception et la guérison la règle.

Les rhumatismes, tout en continuant à être fréquents en novembre, ont offert peu de gravité; le chiffre des décès pour l'ensemble des hôpitaux a été de 2 seulement pour 309 guérisons. En décembre, ils se sont maintenus à peu près dans la même proportion. Sur 6 cas du service de M. Grisolle, 2 se sont compliqués d'endocardite et 1 de péricardite; sur 5 rhumatisants, M. Gubler a vu une fois les symptômes d'endocardite précéder de deux jours l'apparition des douleurs articulaires et musculaires.

Les coqueluches, qui s'étaient montrées communes en septembre et en octobre, ont diminué notablement de fréquence au mois de novembre, au point de n'être plus comptées que comme faits exceptionnels, et elles ont continué à devenir de plus en plus rares en décembre.

Il en est de même pour les fièvres typhoïdes. Déjà moins fréquentes et moins graves en novembre que dans le mois précédent, elles ont été très-rares dans tous les services pendant le mois de décembre. Mais si la fièvre typhoïde s'est fait remarquer par sa rareté et sa bénignité à Paris pendant cette période de temps, il n'en a pas été de même partout. On a signalé récemment plusieurs épidémies plus ou moins graves à Lorient, à Quimper, à Limoges et dans quelques autres localités. Nous aurons à y revenir.

Les fièvres éruptives ont été rares pendant les deux mois, même dans les hôpitaux d'enfants. Les varioles cependant n'ont pas laissé que de présenter une certaine gravité. Nous trouvons, en effet, pour le mois de novembre, 102 cas, 90 guérisons et 12 décès, dont 6 à l'hôpital des Enfants malades. Le mois de décembre est moins chargé, surtout parmi les enfants; mais il y a eu encore quelques décès. Ces varioles, à la gravité près de quelques-unes, n'ont présenté aucun caractère particulier.

Les rougeoles, qui s'étaient montrées en certain nombre en novembre, dans les hôpitaux d'enfants et notamment à l'hospice des Enfants-Assistés, ont été très-rares en décembre. Il en a été de même des scarlatines. M. Bouvier, à l'hôpital des Enfants, en a observé 3 cas seulement; mais l'un d'eux s'est terminé inopinément par la mort, sans qu'on ait trouvé à l'autopsie de lésion anatomique qui ait pu rendre compte de cette mort subite. Il en a été de même dans un cas observé par M. N. Guillot à la Charité. La scarlatine avec endocardite s'est terminée par la mort, sans que l'autopsie ait donné l'explication de cette terminaison. On sait, du reste, que ces morts rapides pendant la scarlatine ou à sa suite, sans lésion anatomique appréciable, ne sont pas très-rares.

Parmi les maladies qui ont prédominé pendant le mois de novembre, le rapport de la commission a signalé un assez grand nombre d'érysipèles graves. On en a compté 97 cas, dont 20 suivis de mort. Les plus sérieux ont été ceux qui se sont produits dans la convalescence ou pendant le cours d'autres maladies. Ils ont diminué sensiblement de fréquence en décembre.

M. Bucquoy avait remarqué dans le courant du mois de novembre, tant dans sa clientèle privée que dans les divers services dont il a été chargé au Bureau central ou dans les hôpitaux, une fréquence tout à fait insolite de cas de zona. Quelques-uns de ses collègues en ont également mentionné plusieurs exemples. Pour le mois de décembre, il n'en a été signalé qu'un seul cas observé par M. Bergeron à l'hôpital Sainte-Eugénie. Y a-t-il lieu de voir là l'expression d'une influence pathogénique spéciale et l'un des caractères de la constitution médicale régnante, ou le fait d'une simple coïncidence? Nous manquons de renseignements assez précis sur ces cas pour nous permettre de nous prononcer à cet égard.

Le croup a continué à sévir avec une assez grande gravité pendant les mois de novembre et décembre. Dans le mois de novembre on a compté, pour l'ensemble des hôpitaux, 34 cas de croup, dont 13 suivis de guérison et 21 terminés par la mort; et en décembre, le même chiffre 34, dont 8 guérisons seulement et 26 décès. C'est à l'hôpital Sainte-Eugénie surtout que la maladie a sévi avec le plus d'intensité. On y a compté 8 décès sur 9 cas en novembre. On y a signalé aussi 4 cas de diphthérite généralisée, suivis de mort. En décembre, sur 5 cas de croup, dans le même hôpital, tous opérés, 1 seul a guéri. A l'hôpital des Enfants malades, M. Bouvier a eu 6 cas de croup opérés, dont 2 guéris et 4 morts. On voit que le croup et la diphthérite continuent à prélever un impôt très-lourd sur l'enfance.

Deux nouveaux cas d'urémie.

L'histoire de l'empoisonnement urémique, sur laquelle les travaux modernes ont jeté tant de lumières, laisse encore plusieurs points obscurs à éclaircir. Pour nous en tenir ici à la simple expression phénoménale, et sans entrer dans la question de savoir quel est en particulier l'élément de l'urine qui produit les accidents désignés sous le nom d'urémie, ou si c'est à tel ou tel ou à plusieurs d'entre eux qu'il faut les attribuer, nous rappellerons seulement que l'urémie peut se manifester dans des conditions assez variées et sous des formes assez diverses, pour en rendre une description générale assez difficile. Le regrettable Aran, dans d'excellentes leçons sur ce sujet publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1860 (nos des 14 et 19 juin), a montré par plusieurs exemples très-frappants, que l'empoisonnement urémique pouvait manifester son action sur l'organisme de deux manières bien différentes : tantôt d'une manière aiguë, rapide; tantôt d'une manière lente ou chronique. Il a distingué, en outre, dans la forme aiguë plusieurs des manifestations symptomatiques différentes, qui lui ont fait admettre plusieurs formes ou variétés, telles que la forme comateuse, la forme convulsive intermittente, la forme délirante.

M. le docteur A. Fournier a communiqué récemment à la Société médicale des hôpitaux deux exemples d'urémie à marche aiguë, qui paraissent se rattacher, comme on le verra, à la forme convulsive. Ces deux faits présentent, d'ailleurs, un assez grand intérêt à divers points de vue, pour que nous croyions devoir en reproduire ici une analyse détaillée, d'après la relation publiée par l'*Union médicale*.

BIBLIOGRAPHIE.

Conférences de clinique médicale faites à la Pitié (1861-1862), par J. BÉHIER, professeur de pathologie interne à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié; recueillies par MM. MENJAUD et PROUST, chefs de clinique de la Faculté, et revues par J. Béhier. — Erysipèle; Rétrécissement de l'œsophage; Pneumonie; Pneumothorax; Maladies des femmes en couches (1).

Les professeurs de clinique commencent généralement leurs leçons par un exposé dans lequel ils cherchent à définir ce qui constitue la clinique pure et vraie, et à montrer avec grand soin les limites qui séparent la pathologie de la clinique. Nous avouons que ces divisions nous ont toujours paru un peu artificielles; vouloir faire de la maladie une abstraction que l'on étudie dans les traités de pathologie, et du malade une autre abstraction que l'on étudie en dehors des secours apportés par la pathologie, nous paraît grossir singulièrement des différences réelles, mais qui sont loin d'être aussi considérables.

La clinique est une science d'application, et, par cela même, il faut qu'elle emprunte à toutes les autres sciences ce qu'elle peut détourner à son profit. « Soyez sûrs, dit M. le professeur Béhier, que vos études cliniques seront d'autant plus fructueuses, que votre esprit les abordera plus orné de notions scientifiques. » Nous en sommes convaincu, et nous devons savoir gré à M. Béhier d'avoir été chercher son bien partout où il a pu le trouver, dans la pathologie et les sciences dites accessoires.

Faire de la clinique et faire de la pathologie, c'est étudier la médecine à deux points de vue différents; mais isoler la maladie et le malade, est impossible dans l'un et dans l'autre. Il suffit d'ailleurs de lire les ouvrages de clinique pour voir que les auteurs pèchent dans cette division bien plus par l'intention que par le fait. Après avoir isolé leur malade, ils l'entourent bientôt dans la discussion de toutes les lumières qu'ils peuvent emprunter aux études de pathologie pure, et ce n'est pas à nous à nous plaindre du résultat qui nous fournit des ouvrages comme ceux que nous avons entre les mains.

Dans le livre que M. Béhier vient de publier, il étudie successivement l'érysipèle, les rétrécissements de l'œsophage, la pneumonie, le pneumothorax et les maladies des femmes en couches. Chacun de ces articles a pour ainsi dire sa physionomie personnelle; l'auteur a modifié son plan chaque fois que la netteté y gagnait, et nous trouvons à côté de considérations cliniques sur l'érysipèle une étude du rétrécissement de l'œsophage qui est une véritable monographie.

Nous ne pouvons ici que signaler quelques points qui nous ont paru particulièrement intéressants. Dans le chapitre de l'érysipèle, les quelques pages que M. Béhier a consacrées à la valeur du délire, valeur qu'il cherche à déterminer par l'étude de ce qui se passe dans les brûlures un peu étendues, nous semblent parfaitement rendre compte des phénomènes observés. Quant à l'érysipèle du pharynx, son existence est incontestable, et souvent des érysipèles de la face sont sortis sous nos yeux par les orifices cutanés, succédant à une angine pharyngée; mais nous pensons aussi que d'abord l'érysipèle ne peut occuper que les téguments cutanés et muqueux, et que, parmi ces derniers, le seul dont l'existence soit cliniquement démontrée est celui du pharynx.

Mais à propos de l'érysipèle, il est une question qui, bien que doctrinale, n'en intéresse pas moins le clinicien, et nous regrettons beaucoup de ne pas l'avoir vu aborder : c'est la contagion. Nous aurions vivement désiré que M. Béhier eût discuté avec la sévérité et la netteté qui caractérisent ses expositions un sujet qui nous semble capital. Pour nous, qui croyons avoir assisté à des faits de contagion observés, il est vrai, dans des salles de chirurgie, c'est-à-dire chez des sujets prédisposés par des plaies, nous aurions voulu savoir ce que l'expérience de M. Béhier lui a enseigné à cet égard. Nous espérons qu'un autre sujet lui paraîtra plus favorable pour élucider dans la série des leçons qui nécessairement succéderont à ces premières, la question de la contagion, que nous reconnaissons très-confuse.

Quelques faits d'observation personnelle ont donné l'occasion à M. Béhier de se livrer à des recherches très-étendues sur le rétrécissement de l'œsophage, et c'est appuyé sur cent soixante et une observations, qu'il a présenté les remarques extrêmement curieuses qui font de ce chapitre une clinique fort instructive sur le sujet. Nous signalerons surtout à l'attention des lecteurs le mode de terminaison de ces rétrécissements par des perforations dans la trachée, les bronches, les plèvres, l'aorte, etc.

Nous connaissions déjà par le *Traité de pathologie interne* les principales opinions de M. le professeur Béhier sur la pneumonie. Nous les retrouvons ici exposées dans quelques pages, brièvement, formant une sorte de base sur laquelle sont appuyées toutes les remarques cliniques que contiennent les chapitres suivants. Les auditeurs se trouvent ainsi « munis de données qui leur permettent de voir ». Faisant une excursion sur le domaine chirurgical, M. Béhier expose quelques exemples de pneumonies traumatiques et insiste sur la forme insidieuse du début, dans lequel le frisson manque quelquefois

(1) Paris, chez P. Asselin, libraire, place de l'Ecole de Médecine. — 1864. Un vol. de 702 pages. Prix; 9 fr.

Une femme âgée de trente-cinq ans, de complexion robuste, entre à l'hôpital Beaujon le 28 juillet 1863 pour un état de malaise qui dure depuis trois mois. Elle se plaint de courbature, d'inappétence et de migraines ; sa face est pâle et anémiée, sa langue saburrale ; elle n'a point de fièvre. Sous l'influence d'un vomitif, suivi de l'administration de toniques, une amélioration légère se produit, mais pour quelques jours seulement. La malade reste pâle, elle est sans appétit, se plaint de maux de tête, et accuse une faiblesse générale et un sentiment particulier d'accablement. Point de paralysie, mais les mouvements sont lents et pénibles, l'intelligence elle-même participe à cette espèce de torpeur ; la malade, dont les réponses sont nettes et précises d'ailleurs, semble parler à regret, et son attention se fatigue facilement. Cet état d'accablement se traduit encore par l'expression apathique de la face, une somnolence habituelle et un décubitus dorsal continu. La sensibilité, sans être anéantie sur aucun point, est partout légèrement obtuse et comme engourdie. On observe en outre ; une inappétence persistante, des vomissements de matières aqueuses ou bilieuses, qui ont lieu surtout le matin à jeun, des hoquets fréquents, une céphalalgie continue. L'urine, peu abondante, est pâle, décolorée ; on y constate une proportion très-minime d'albumine. — Le traitement tonique est continué.

L'idée d'urémie, qui s'était déjà présentée à l'esprit de M. Fournier, fut confirmée bientôt par les symptômes suivants, qui vinrent s'ajouter à l'état que nous venons d'exposer :

Vers le 12 septembre, début d'un léger œdème des membres inférieurs, persistant les jours suivants, mais sans s'accroître. La langue, un peu sèche les jours précédents, est devenue râpeuse, noirâtre, fendillée, comme celle des typhiques. On est frappé d'une odeur extrêmement fétide qu'exhale la malade, odeur nauséuse, rappelant celle des matières vomies, mais non ammoniacales toutefois.

Le 13, deux nouveaux symptômes surviennent : un subdélirium nocturne et des convulsions. Après une nuit agitée pendant laquelle elle a eu des visions et a prononcé quelques paroles incohérentes, la malade a été prise d'une forte attaque d'éclampsie pendant la visite même.

Une médication révulsive énergique est aussitôt mise en usage, mais sans succès. La malade ne reprend qu'imparfaitement connaissance ; elle reste somnolente dans la journée, elle prononce quelques paroles sans suite, son pouls et la respiration s'accélèrent. — Le soir, elle tombe dans le coma, les extrémités se refroidissent, la face devient cyanosée, les pupilles se rétrécissent, les membres tombent dans la résolution. Cet état se continue le lendemain, et la malade succombe dans l'après-midi du 14.

A l'autopsie, tous les organes sont trouvés sains, à l'exception des reins, dans lesquels on constate une dégénérescence graisseuse avec atrophie. Les deux reins sont, en effet, considérablement diminués de volume, le gauche surtout. L'atrophie porte notamment sur la substance corticale, devenue tout à fait blanche et graisseuse ; des dépôts de graisse disséminés çà et là remplaçaient la plus grande partie du parenchyme de l'organe.

— La deuxième malade est une femme de quarante-deux ans, entrée le 12 septembre dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Monneret, suppléé alors par M. Fournier. Cette femme était affectée d'un cancer utérin dont le début paraissait remonter à neuf ou dix mois.

Jusqu'au 20 septembre, il ne s'était rien manifesté d'étranger à la marche habituelle du cancer utérin, lorsque, à cette époque, la malade fit remarquer qu'elle urinait à peine depuis quelques jours. Elle n'urinait en effet que la valeur d'un verre à bordeaux environ dans les vingt-quatre heures.

Du 20 au 26, cette proportion s'abaissa encore d'une façon notable ; elle descendit à trois, puis à deux cuillerées à bouche tout au plus.

Du 26 au 28, elles se supprimèrent complétement.

Le 28, deux cuillerées furent rendues.

Enfin le 29, jour de la mort, anurie absolue.

Voici quels sont les principaux phénomènes morbides qui se sont manifestés à dater du jour où l'excrétion urinaire a commencé à diminuer.

Ce furent d'abord des épistaxis répétées dans les quinze derniers jours. La malade en eut cinq du 20 au 26 ; le 27, elle en eut trois ; le 28 et le 29 elle saignait presque à chaque instant. Puis des vomissements se répétant également avec une grande opiniâtreté. Ces vomissements, d'abord assez rares, devinrent plus fréquents vers la fin de septembre ; ils finirent par se répéter plusieurs fois par jour, et la malade en vint à rendre à peu près tout ce qu'elle prenait. En même temps on constatait : une inappétence absolue, accroissement de la débilité générale, pâleur excessive du teint, faiblesse du pouls, apparition d'un léger œdème de la face dorsale des mains.

Vers le 20 septembre, augmentation légère de l'œdème des membres inférieurs ; métrorrhagie assez abondante le 28. Enfin le 29, la mort survint brusquement, sans avoir été précédée de convulsions et sans agonie.

Comme dans le cas précédent, l'autopsie démontra l'intégrité absolue des grands viscères. L'appareil génito-urinaire présentait les lésions suivantes : cancer utérin ayant envahi le vagin et la vessie ; oblitération de l'uretère droit à son embouchure vésicale ; lésions consécutives d'hydronéphrose ; dégénérescence graisseuse très-avancée du rein gauche.

M. A. Fournier voit dans ces deux faits le résultat de l'intoxication urémique. Voici comment il justifie cette interprétation :

D'abord, sur ces deux malades, les fonctions rénales ont été entravées au point même d'être presque complétement abolies, ainsi que cela ressort de la réduction considérable de la quantité des urines, allant même, dans le deuxième cas, jusqu'à l'absence complète, de l'altération profonde que ce liquide avait subie, des désorganisations graves de l'appareil uropoïétique constatées à l'autopsie, et enfin des symptômes observés, qui sont précisément ceux que la physiologie et la clinique assignent à la suppression des fonctions rénales ; vomissements répétés, torpeur générale, hébétude intellectuelle, céphalée, convulsions éclamptiques, coma, hémorrhagies, etc., suivis d'une mort rapide.

Comparés aux observations d'urémie que possède déjà la science, voici ce que ces deux faits présentent de particulier :

1° Au point de vue des lésions, on remarque tout d'abord deux points importants : intégrité absolue du cerveau, intégrité de la muqueuse gastro-intestinale.

Pour le cerveau, M. Fournier fait une remarque judicieuse et qui a son importance, eu égard à une question capitale dans l'histoire de l'urémie.

On sait, dit-il, que bon nombre d'auteurs ont voulu expliquer les accidents nerveux de l'urémie par des lésions diverses des centres nerveux, telles que congestion méningée ou cérébrale, œdème du cerveau, infiltration des membranes, hydropisie ventriculaire, état anémique de l'encéphale, etc. ; pour d'autres, au contraire, les symptômes sont tout à fait indépendants des lésions, le plus souvent même il n'existe pas de lésions, tout est dans l'altération du sang, dans l'intoxication ; telle est notamment l'opinion de M. Sée. Or, les deux faits observés par M. Fournier témoignent en faveur de cette dernière opinion ; le cerveau, comme on a pu le voir, était dans un état parfait d'intégrité dans les deux cas.

La muqueuse gastro-intestinale était tout aussi intacte que le cerveau, nouveau témoignage à opposer aussi à l'opinion des auteurs qui ont cru voir une relation entre les lésions de cette membrane et l'urémie.

M. Fournier n'a constaté non plus, dans ces deux faits, ni la coloration violette du sang, signalée comme à peu près constante par Frerichs et Braun, dans les cas d'urémie, soit spontanée, soit artificielle, ni l'odeur ammoniacale dont ont parlé d'autres observateurs.

2° Quant aux symptômes, on a vu que ces deux malades avaient présenté à un degré très-caractéristique l'ensemble de ceux qui sont considérés comme constituant le fond commun de la plupart des cas d'urémie, — deux exceptés, toutefois ; la céphalée, qui a manqué chez la seconde malade, et les accidents du côté de la vision, qui ont fait défaut dans les deux cas.

Chez les deux malades, les troubles de la fonction uropoïétique ont été assez tranchés dès le début de la maladie pour servir d'indice prémonitoire. Chez la première, en effet, ce fut ce signe qui mit sur la voie du diagnostic ; chez la seconde, il fut encore bien plus accusé, puisqu'il dégénéra, comme on l'a vu, en une anurie absolue qui persista jusqu'à la fin.

Dans le premier cas, les urines contenaient un nuage à peine appréciable d'albumine ; dans le second, l'albumine faisait complétement défaut ; particularité d'autant plus digne d'attention, comme le fait remarquer M. Fournier, qu'on a laissé accréditer l'erreur qui fait de l'albuminurie la compagne obligée de l'urémie.

M. Fournier signale un point important, c'est la décoloration et l'aspect aqueux de l'urine, caractère d'une grande valeur dans l'espèce.

Deux symptômes enfin lui ont paru dignes d'attention ; c'est d'abord cet état tout particulier de langueur et d'anéantissement que présentait la première malade. Ce sont, en second lieu, les épistaxis qui se produisirent d'une façon si caractéristique chez la seconde malade, et qui avaient déjà été signalées par MM. les docteurs Rayer et Todd, comme se rattachant à l'urémie. Ce serait donc un symptôme à ajouter à l'histoire symptomatologique de l'urémie.

Une dernière mention est relative au caractère insidieux de la maladie et à son mode de terminaison. Nous rappellerons ici l'observation remarquable citée dans les leçons d'Aran, que nous avons rappelées plus haut, celle de cette femme atteinte d'un cancer utérin, qui tomba tout à coup comme frappée d'apoplexie, et chez laquelle on constata, à l'autopsie, une oblitération complète par compression des deux uretères.

Polype épithélio-glandulaire de la fosse nasale et de l'orbite à droite. — Ablation après incision de la narine et tamponnement de l'ouverture nasale postérieure.

Un homme de cinquante-huit ans vient de quitter les salles de M. Gosselin, à la Pitié, guéri d'une opération complexe pour l'ablation d'un de ces polypes mous, mais non muqueux, saignants, que nos prédécesseurs ont nommés fongueux, charnus, vasculaires, et que l'anatomie pathologique moderne a montré être composés de cellules épithéliales, de culs-de-sac glandulaires, avec des vaisseaux abondants, de la matière amorphe, et une certaine proportion de tissu conjonctif.

La tumeur, déjà arrachée deux fois par un chirurgien distingué d'Aurillac, M. le docteur Rames, s'était reproduite, et avait, en se développant détruit les parois interne et antérieure de la fosse nasale droite, en sorte qu'il y avait un peu d'exophthalmie et que la tumeur proéminait sous la peau au niveau de la racine du nez.

Cette progression de l'accroissement, la réplétion complète de la fosse nasale, les hémorrhagies fréquentes et abondantes qui ont déjà notablement affaibli le malade, indiquent une nouvelle opération, et, pour être plus sûr de tout enlever, M. Gosselin se décide à ouvrir une voie large vers les insertions du polype. Comme celui-ci ne s'avance pas du tout dans le pharynx et n'obstrue même pas l'orifice nasal postérieur, comme son développement en avant autorise à penser que les implantations sont en avant et en haut sur le squelette même de la fosse nasale, comme d'ailleurs une partie de ce squelette a été détruite au niveau de la racine du nez, M. Gosselin n'hésite pas à ouvrir a

---

ou ne vient que fort tard. De plus, même alors que ces pneumonies sont étendues, les phénomènes fébriles sont d'ordinaire peu intenses, et le pronostic de la maladie, bien que subordonné à la gravité des lésions traumatiques, plus favorable que dans les pneumonies dites spontanées.

Dans celles-ci, le siége ne paraît pas à M. Béhier influer d'une façon spéciale sur le développement du délire, les pneumonies du sommet ne lui semblent pas plus graves que celles de la base, alors, bien entendu, qu'elles n'entourent pas des productions tuberculeuses. Les assertions émises à propos des complications cérébrales dans les pneumonies du sommet lui servent d'occasion pour discuter les causes du délire dans cette affection ; au premier rang il place et il faut placer l'alcoolisme. Le délire, ainsi qu'à M. le professeur Grisolle, ne semble pas plus fréquent à M. Béhier dans les pneumonies du sommet que dans celles qui ont un autre siége.

Après avoir établi d'autres propositions importantes sur la coïncidence de l'ictère, la fréquence relative de la pneumonie dans les deux poumons, etc., M. Béhier passe en revue les principales complications.

A propos de la pleurésie, il discute la cause physique de la production de l'égophonie et conclut contre l'opinion de Landouzy. Comme M. Béhier, nous ne croyons pas à la théorie de Landouzy. Si l'égophonie persiste après que l'on a pratiqué la thoracenthèse, c'est que la plèvre n'est pas vide. On sait, en effet, avec quelle rapidité se développent les fausses membranes. Il suffit d'un ou deux jours dans les cas de phlegmasies franches des séreuses pour qu'elles se recouvrent de fausses membranes déjà assez solides pour pouvoir mettre obstacle au développement complet du poumon. C'est un point fort important à connaître quand il s'agit de poser les indications de la thoracenthèse. M. Siredey l'a parfaitement établi dans un récent travail publié dans les *Archives*.

Nous ne pouvons suivre M. Béhier dans tous les conseils qu'il donne à ses élèves ; les considérations qu'il émet sur l'influence de la pneumonie sur le développement de la péricardite, et sur celle des affections du cœur anciennes sur les pneumonies sont très-intéressantes. M. Béhier ne recule pas d'ailleurs devant les aveux : ses erreurs de diagnostic sont exposées à côté de ses succès ; on voit que de ses errements il a su tirer des enseignements, et il cherche à les faire pénétrer dans l'esprit de ses élèves. D'ailleurs, dans tout l'article, les signes principaux de la maladie, leur valeur diagnostique et pronostique, et surtout leur signification au point de vue du traitement à instituer, sont la préoccupation du professeur. De son enseignement il résulte qu'il n'y a pas de traitement de la pneumonie, que les saignées, le tartre stibié, l'alcool et l'expectation sont, suivant les malades, les meilleurs ou les plus dangereux des agents thérapeutiques.

Le chapitre qui est consacré au pneumothorax est peut-être moins intéressant au point de vue thérapeutique ; il n'en est pas moins riche en enseignements pour le clinicien, car celui-ci quand il ne peut guérir doit savoir ce qui arrivera, et comment son malade guérira ou périra. Il est toutefois un signe du pneumothorax que nous avons été étonné de ne pas voir signalé, que nous croyons plus vulgarisé.

Il nous a été enseigné par notre regretté maître Aran, et nous avons pu en constater la réalité. Quand un pneumo-thorax se fait chez un individu, la partie de la peau qui correspond à l'épanchement de l'air dans la plèvre est frappée d'analgésie, et cela dans une étendue très-sensiblement correspondante. Ce fait est assez curieux, et nous le trouvons noté six fois sur neuf cas de pneumothorax où nous l'avons cherché.

Tout le monde sait que depuis plusieurs années les maladies des femmes en couches ont été l'objet des travaux de M. Béhier : l'anatomie pathologique et le traitement surtout ont fait le sujet de plusieurs communications importantes. L'expérience du professeur se trouve tout entière dans la partie de l'ouvrage qui est consacrée à cette étude. Ses opinions sur la nature de ces maladies sont exposées avec l'entrain d'une conviction profonde ; nous n'avons pas autorité pour juger le débat, nos opinions ne s'appuient que sur l'autorité de maîtres respectés. M. Béhier nous a enseigné avec assez d'insistance à ne croire que ce que nous voyons nous-mêmes, pour que nous soyons excusable de réserver toute appréciation. Nous dirons toutefois que nous regrettons que l'attention du professeur ne se soit pas tournée du côté de la cause première sous l'influence de laquelle se développent ces épidémies : là encore nous aurions eu profit à connaître le résultat de son expérience.

En résumé, ce livre, où les conseils succèdent aux conseils, et cela à propos de chaque cas, échappe à l'analyse. Disons seulement que l'on sent dans toutes ces parties la préoccupation du médecin qui veut être utile, et qui désire que ses élèves le soient. Nous sommes convaincus que ce but sera atteint, et que plus d'un étudiant, devenu médecin, ira rechercher dans les pages que nous venons de lire d'utiles et de bons conseils.

Chacun connaît la netteté d'exposition des ouvrages de M. Béhier ; que MM. Menjaud et Proust reçoivent nos félicitations, ils ont su conserver à l'œuvre de leur maître cette allure décidée et un peu sévère qui caractérise ses travaux antérieurs.

P. BROUARDEL.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. André MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Asselin, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

avant. Une première incision verticale est conduite de la racine du nez vers la partie antérieure de la narine; une seconde, transversale, partant du même point que la précédente, est conduite jusqu'au grand angle de l'œil. L'os du nez est coupé verticalement avec la pince de Liston, puis rejeté en dehors avec une partie de la branche montante du maxillaire, qu'il suffit de renverser avec force pour la briser. Le chirurgien amène ainsi en dehors un large lambeau contenant une partie des os nasal et maxillaire, conformément aux indications toutes modernes de la résection temporaire (Bœckel, traduction de l'ouvrage de Heyfelder). Le chirurgien peut alors introduire aisément tantôt ses doigts seuls, tantôt ses doigts et des pinces à pansement pour arracher toute la masse polypeuse, terminer cette opération par le râclage avec une rugine de toute la surface de la lame criblée sur laquelle avait lieu la plus grande partie de l'implantation, et constater avec plaisir que cette lame criblée n'était pas détruite; la cavité crânienne ne serait pas mise par l'opération en contact avec l'air.

L'un des détails les plus importants de cette opération, c'est que le chirurgien, pour éviter les inconvénients de la chute du sang dans le pharynx, a commencé par mettre, au moyen de la sonde de Belloc, un gros tampon obturant l'orifice postérieur de la fosse nasale. De cette façon, le malade n'a pas avalé une goutte de sang, et n'a pas été à chaque instant obligé de cracher et de projeter le sang pendant l'expiration, ce qui a rendu la manœuvre plus facile et plus prompte.

Les points de suture métallique qui ont maintenu le lambeau osseux et cutané ont amené une réunion immédiate parfaite. Aucun accident n'est survenu; le nez a repris sa forme naturelle, et le malade est sorti paraissant bien guéri, mais exposé aux chances de récidive que présentent trop souvent les tumeurs de ce genre.

PARALYSIE ATROPHIQUE DE L'ENFANCE.

Par M. le docteur LABORDE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Une lettre de M. Duchenne (de Boulogne) fils (*Gazette des Hôpitaux* du 29 décembre 1864) contient plusieurs inexactitudes qui me concernent trop directement pour que je ne me fasse pas un devoir de les relever.

J'avoue d'abord toute ma surprise en présence du langage que tient aujourd'hui M. Duchenne fils, lorsque, il y a peu de temps, M. Duchenne père me déclarait spontanément qu'il regrettait beaucoup les différences qui existent entre ma description et celle de son fils, relativement aux mêmes faits; *qu'il avait été mal renseigné* (1), et qu'il s'empresserait d'y remédier dans le tirage à part du travail de son fils publié dans les *Archives...* » M. Duchenne se proposait, entre autres choses, de rétablir, par un *erratum*, les véritables noms et numéros de la salle (Saint-Paul, n° 7, au lieu de Saint-Louis, n° 8,) où était couché le petit malade qui fait l'objet de mon observation XXVI et de l'observation XXII de M. Duchenne fils; et ce n'est pas chose indifférente que de réparer le double emploi dans un temps où l'on a quelque tendance à compter les faits plutôt qu'à les peser.

Si je faisais de la question soulevée entre M. Duchenne fils et moi une étroite question personnelle, l'aveu qui précède suffirait pour la trancher, et je n'aurais rien à ajouter. Mais ce débat touche à quelque chose de plus sérieux : la vérité et la science y sont intéressées.

Il y a dans la lettre de M. Duchenne fils plusieurs intentions : une première est de soulever contre moi une question d'antériorité en faveur de M. Cornil. Je regrette bien sincèrement que cet excellent collègue ne puisse bénéficier de cette faveur; mais comme s'il avait prévu qu'elle pourrait lui être trop gratuitement accordée un jour (ce dont M. Cornil n'a certes pas besoin), il a pris en quelque sorte le soin de la repousser lui-même d'avance. Voici les réflexions dont M. Cornil a fait suivre sa communication à la Société de biologie :

« L'exemple que nous venons de donner d'une lésion médullaire dans la paralysie infantile est le premier fait de ce genre qui *ait été publié*; mais il n'est pas le seul qui ait été observé jusqu'à présent; *au commencement de l'année* 1863, un enfant, atteint de cette affection, est mort dans le service de M. Roger, à l'hôpital des Enfants malades; mon excellent collègue M. Laborde, qui avait pris l'observation clinique du malade (2), m'a remis la moelle pour en faire l'examen, et j'ai trouvé dans les faisceaux antérieurs une plus grande quantité qu'à l'état normal de corpuscules du tissu conjonctif, etc. »

J'ajouterai que le fait de M. Cornil se rapporte à une femme âgée de quarante-neuf ans, paralysée depuis l'enfance, ce qui ne veut pas dire, selon moi, qu'elle fût affectée en réalité de la maladie dite *paralysie de l'enfance*; ce fait n'en a pas moins une très-grande importance, et je n'ai pas manqué de la faire ressortir dans mon travail (p. 129).

M. Duchenne fils s'efforce ensuite de montrer qu'il n'y a pas de divergences entre nous; c'est là une intention excellente. Je ne demanderais pas mieux; malheureusement M. Duchenne s'y prend un peu tard, et nos textes contredisent le rapprochement. Il est évident que je n'ai pas eu l'avantage d'être lu par M. Duchenne fils, autrement il n'eût pas affirmé tant de choses que dément chaque ligne de ma description. Ne pouvant tout rappeler ici, je citerai seulement quelques points. Relativement à la moelle épinière, par exemple, M. Duchenne dit : « Prolifération abondante de tissu conjonctif. » Je n'ai pas observé cela, et par conséquent je ne pouvais le noter. L'altération, selon moi, avait surtout pour siége la pie-mère rachidienne, et la substance nerveuse périphérique et superficielle en contact avec celle-ci; M. Duchenne fils ne dit pas un mot de ce siége particulier, qui, à part sa réalité, avait une certaine importance pathogénique, et il déclare les méninges à peu près *saines*; — ultra-vascularisations, épanchement de corpuscules d'exsudation en très-grand nombre (corpuscules de Gluge et non amyloïdes) entre les éléments de la substance nerveuse, refoulés, dissociés, fragmentés, raréfiés, etc., telle est l'altération que j'ai rencontrée; rien de semblable dans M. Duchenne fils. Il prétend que nous différons seulement sur la *quantité* de corpuscules amyloïdes trouvés dans les points malades; pour lui, il y avait production « *en nombre considérable* » de ces corpuscules; de mon côté, voici ce que j'ai écrit à ce sujet : « Nulle part nous n'avons rencontré de corpuscules amyloïdes *en nombre plus que normal* (cela veut dire quelques-uns à peine).

Je le demande, où est l'accord en tout cela? M. Duchenne fils n'a pas, dit-il, examiné les mêmes points que moi. Je lui en demande pardon, j'ai partagé avec lui la moelle épinière en question en la divisant en fragments identiques pris dans toutes les régions; d'ailleurs, ne cite-t-il pas, comme moi, particulièrement la région cervicale et la région lombaire?

M. Duchenne fils a eu cependant une occasion bien favorable de se rencontrer avec moi et de voir ce que j'ai vu : ne me suis-je pas mis, quand il l'a désiré, à sa disposition pour lui montrer mes préparations sous mon microscope? Je regrette sincèrement aujourd'hui de n'avoir pas en même temps accédé au vif désir de M. Duchenne père de photographier ces mêmes préparations; une image fidèle en eût été conservée (on connaît à cet égard le remarquable talent artistique de M. Duchenne), et elle n'eût pas dès lors couru le risque d'être, avec les meilleures intentions du reste, modifiée. Mais à ce mal, je connais un remède : j'ai encore là mes préparations, et, mieux que cela, la moelle elle-même parfaitement conservée; je la tiens à la disposition de quiconque voudra se convaincre de quel côté est l'erreur, car il est évident que l'un de nous se trompe.

Pour ce qui est des muscles, il y a, je m'empresse d'en convenir, un peu plus d'accord entre M. Duchenne fils et moi; nous nous rapprochons même assez sur *quelques points* pour que j'aie cru, qu'il me le pardonne, me reconnaître dans sa description des *trois premiers degrés* des altérations musculaires. M. Duchenne fils donne de cette rencontre une explication très-simple : « L'examen des muscles était, dit-il, des plus faciles. » Je déclare humblement que cet examen n'a pas eu pour moi les facilités dont parle M. Duchenne; il a exigé une attention minutieuse, et de longues recherches pour permettre de bien déterminer et la nature et le processus de l'altération. Quelle que soit l'explication de M. Duchenne fils, elle ne saurait me faire oublier qu'au moment où je poursuivais cette étude, sur le désir exprimé par M. Duchenne père, avec lequel j'avais alors, sans les rechercher, des relations fréquentes, et, je l'avoue, très-agréables, j'ai décrit à ce confrère, en les dessinant sous ses yeux, les lésions que j'avais recherchées dans les muscles; qu'au mois d'avril 1864 (trois mois avant la publication du travail de M. Duchenne fils), je faisais part du résultat de mes recherches à mes collègues de la Société anatomique; que peu de jours après, ce résultat, remis par moi-même, sur la demande indirecte qui m'en avait été faite, à un de mes bons amis, interne à l'hôpital des Enfants (dont il serait difficile de récuser le témoignage), ce résultat, dis-je, était textuellement débité dans une leçon clinique à laquelle assistaient MM. Duchenne père et fils : certes, c'était leur droit; mais il advint que ces recherches furent attribuées dans cette même leçon non pas à leur véritable auteur, mais à M. Duchenne.

Donc nous sommes à peu près d'accord, M. Duchenne fils et moi, sur les trois premiers degrés; mais tout accord cesse au quatrième.

« 4° *Transformation des granulations amorphes en vésicules adipeuses*, » dit M. Duchenne (*loco citato*, p. 204). Je dirai ici peu de chose de cette curieuse transformation en elle-même, que peu de micrographes connaissent, je crois; M. Duchenne s'abrite, il est vrai, sous l'autorité de Virchow; j'ai un profond respect pour cette autorité, mais je me verrais forcé de ne pas m'y soumettre si l'illustre professeur avait émis une pareille assertion à propos de la maladie qui nous occupe : vainement je l'ai cherchée dans ses écrits. Mais voyons la prétendue transformation dans le cas particulier dont il s'agit. C'est là une « interprétation » que j'émets, dit M. Duchenne fils : interprétation de quoi? Où et quand avez-vous vu cette transformation se produire? A quoi vous répondez : Elle se serait faite si le malade n'était pas mort sitôt....

Je demande quel est le malade qui pour vous ne mourra pas toujours trop tôt?

Au risque d'être hérétique en micrographie, je vous accorde que cette transformation est possible; pour cela, il vous faut nécessairement des granulations amorphes; il vous les faut si bien que vous en faites mettre dans un cas où il n'y en avait pas du tout (1) par M. Henri Roger, qui sera très-fâché sans doute de servir à son insu de sauf-conduit à cette création. Or, dans le fait dont il s'agit (obs. XXVI de ma thèse, XXII de M. Duchenne), il n'y a plus trace de granulations à la dernière phase de l'altération; je l'ai dit et montré par un dessin : » Au degré ultime de l'altération non-seulement toute trace de tissu musculaire a disparu, mais encore le *composé granuleux lui-même n'existe plus, comme si son rôle était accompli.....* » (P. 133 et fig. 6). Dès lors, sans granulations, comment expliquer la transformation?

Je reconnais tout l'embarras que les faits dont il s'agit créaient à M. Duchenne fils en présence du titre donné par son père à la maladie : *Paralysie atrophique graisseuse.....* mais *magis amica veritas....*

(1) Je rappellerai, s'il y tient, à M. Duchenne la source où il a puisé ces renseignements inexacts et de seconde main.

(2) C'est l'observation (XXV) rapportée dans ma thèse, p. 104.

(1) Voyez ma thèse, p. 108 : *Etat des muscles.* — *Arch.*, loco citato, p. 206.

A PROPOS DU CONGRÈS DE LYON

et des mariages consanguins.

Par M. le docteur V. REVILLOUT.

C'est bien peu de chose que la priorité, lorsqu'il s'agit de science, et surtout de science médicale.

Aussi sommes-nous toujours heureux de voir nos propres observations corroborées par celles d'autrui. En apprenant que M. le docteur Voisin avait remis aux deux Académies de médecine et des sciences une note sur la population du bourg de Batz considérée au point de vue des mariages consanguins, nous nous sommes félicités de la coïncidence qui lui faisait apporter des chiffres à l'appui de nos assertions, et nous l'en remercions de grand cœur.

Ce n'est donc en aucune manière pour rien diminuer au mérite de ce médecin distingué que nous revenons aujourd'hui sur une question que nous avions volontairement omise, comme nous concernant de trop près, dans notre compte rendu du congrès médical qui s'est tenu à Lyon en septembre dernier.

Lorsqu'on y discuta les mariages consanguins, pour en faire admettre l'innocuité au milieu de bonnes conditions hygiéniques et en l'absence de toute affection héréditaire, nous avons insisté particulièrement sur l'histoire du bourg de Batz et des marais salants qui l'environnent.

Nous avons décrit ces mâles et belles populations de paludiers qui constituent une race à part, ne s'unissant jamais avec les Bretons de la terre ferme et se croyant d'une origine différente. Leur type, en effet, est différent, ainsi que leur idiome; ils sont grands et bruns, au lieu d'être blonds et de taille moyenne; leurs femmes, plus petites que les hommes, mais solides et carrées de formes, ne ressemblent en rien aux pâles et délicates Guérandaises.

Au bourg de Batz, les mariages consanguins sont déjà très-fréquents; mais ils deviennent tout à fait la règle dans les hameaux perdus au milieu des marais salants. Là, des habitants en petit nombre, s'unissant presque toujours entre eux, ne font pour bien dire qu'une seule famille; toutes causes d'erreurs y sont presque impossibles, car les femmes restent dans leurs marais, où les étrangers ne pénètrent guère; et cependant il serait difficile de trouver de plus beaux hommes et de plus fière allure.

Les vices de conformation y sont rares, et spécialement la surdi-mutité, car, après une étude de neuf ans, continuée avec la plus grande attention tant par mon père que par moi, nous ne connaissions dans tout ce pays qu'un seul muet, encore n'était-il pas sourd. Quelquefois, dans le premier âge, on trouve des traces d'un lymphatisme qui disparaît généralement lorsque le bambin est assez fort pour se hucher sur le cheval sans bride avec lequel il doit transporter toujours au galop le sel attendu par les navires.

Nous avons raconté quels étaient les médiocres salaires de ces paludiers, et leur sobriété excessive et forcée : conditions plutôt défavorables, mais heureusement contre-balancées par l'exercice, au sein d'une atmosphère éminemment chargée d'émanations marines.

Après la séance du Congrès, plusieurs confrères ont bien voulu nous dire que cette partie de notre discours les avait frappés de manière à modifier leurs anciennes convictions. Nous le rappelons, afin que la statistique présentée par M. Voisin, bien que ne s'appliquant pas à tout l'ensemble des populations qui furent l'objet de nos études, aille, dans l'esprit de nos confrères, effacer jusqu'au moindre doute sur les faits avancés par nous.

Reste encore un second exemple que nous avons également cité, et pour lequel nous faisons appel à tous les médecins placés de manière à pouvoir dresser une statistique.

Il existe dans le Forez, entre Bourges et Saint-Amand, un village exclusivement habité par les descendants d'anciens étrangers prisonniers de guerre, des Irlandais, dit-on, établis là par un roi de France. Ils se marient toujours entre eux, et vivent du commerce des fruits que leurs vergers produisent, et qu'ils vont vendre sur tous les marchés de la province. Les Foëratins, comme on les nomme, tous issus de mariages plus ou moins consanguins, formaient une des plus belles races de France lorsque mon père les observa, il y a quelque trente ou quarante ans.

Ce serait nous rendre un service réel que de fournir à leur sujet des chiffres actuels et détaillés.

MOYEN TRÈS-SIMPLE DE PRATIQUER DES IRRIGATIONS

dans le pharynx chez les enfants.

Par M. GUERSANT.

Les enfants, pour la plupart, ne savent pas se gargariser; il

y a même des adultes qui ne sont pas plus habiles. On peut aussi remarquer en se gargarisant soi-même que le plus ordinairement le liquide ne va pas jusqu'aux amygdales, et qu'il n'agit pas aussi bien qu'on doit le désirer. Il faut encore remarquer que dans les cas d'inflammations très-intenses de l'arrière-gorge les malades ont beaucoup de peine à ouvrir la bouche, et qu'ils peuvent à peine desserrer les dents; c'est pour ces cas, et surtout pour les enfants, que dans les angines tonsillaires simples ou intenses, dans les abcès des amygdales, dans les stomatites pseudo-membraneuses, dans les angines couenneuses ou gangréneuses, ou même dans des angines chroniques granuleuses ou autres, M. Guersant a cru utile de faire des injections, ou mieux des irrigations dans la gorge. Comme il faut toujours se servir d'une seringue ou d'un irrigateur qu'on a chez soi, ou qu'on se procure facilement, il ne s'agissait que d'avoir une canule convenable pour déprimer la langue et faire jaillir le liquide dans les différents points de la gorge. Les canules de gomme ordinaires ne dépriment pas la langue, et peuvent être mordues et brisées par les enfants.

L'auteur a fait construire un instrument qu'il appelle *canule abaisse-langue ;* après avoir essayé plusieurs métaux, sur l'avis de M. Charrière, il s'est fixé à le faire en bronze aluminium; ce mélange a l'avantage de ne pas être altéré par les eaux sulfureuses qu'on peut employer en certains cas, pour les amygdalites chroniques, par exemple : il a la forme de l'extrémité d'un manche de cuiller; il est légèrement courbé, a environ 12 à 15 centimètres de long; il est épais de 5 millimètres et creux dans toute son étendue; l'extrémité destinée à abaisser la langue a sur sa circonférence et sur sa convexité un certain nombre de petits trous comme ceux d'un arrosoir. A l'autre extrémité existe un véritable bout de canule qui peut s'ajouter au conduit en caoutchouc d'un irrigateur, ou même d'une seringue. Une fois fixé, et l'appareil étant rempli du liquide qu'on veut injecter, on place sous le menton une cuvette pour recevoir le liquide qui retombe de la bouche; on penche légèrement la tête du malade en arrière, on abaisse la langue comme pour examiner l'arrière-bouche, on fait partir le liquide très-doucement, afin qu'il tombe d'abord lentement dans la bouche, puis graduellement avec plus de force, afin qu'il produise une véritable irrigation. (*Bull. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er décembre 1864. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;*

2° Le *Bulletin médical du nord de la France;*

3° L'*Association médicale*;

4° L'*Art dentaire*.

— **M. LE PRÉSIDENT** lit une lettre de M. Magne, secrétaire général de la Société, qui donne sa démission de cette fonction, et sollicite le titre de membre honoraire.

— **M. LE Dr BENI-BARDE** adresse à M. le président de la Société une observation de paraplégie réflexe survenue à la suite d'une spermatorrhée, et une lettre par laquelle il sollicite le titre de membre titulaire. (MM. Mallez et Legrand du Saulle.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. COURSSERANT lit la note suivante :

Extirpation du cartilage tarse. — *Première malade.* La présence à la paupière supérieure de cils surnuméraires nombreux, et la direction vicieuse d'un grand nombre de cils primitifs, entretenaient depuis six ans une ophthalmie des plus violentes, qui ne permettaient à la malade de se livrer à aucun travail.

Le récit de cette jeune fille, âgée de vingt-deux ans, ayant fait connaître l'insuccès complet de plusieurs opérations déjà pratiquées dans le but de remédier à un tel état de choses, j'ai extirpé toute la partie antérieure du tarse, dans l'étendue de 3 à 4 millimètres, à partir du bord libre. Ce dernier, depuis ce moment, est dépourvu de cils, et sa régularité est telle, qu'on ne saurait y reconnaître la trace de l'opération ci-dessus mentionnée.

En pareille circonstance, feu le professeur Gerdy enleva avec des ciseaux toute la partie de la paupière qui recèle les bulbes ciliaires. Je doute cependant que par ce procédé on puisse obtenir des conditions aussi avantageuses que celles qui ont été réalisées dans le cas présent.

Greffe musculo-oculaire. — *Deuxième malade.* Cette malade, âgée de trente ans, prétend avoir subi quatre ténotomies oculaires (une sur l'œil gauche, trois sur l'œil droit). La première avait pour but de remédier à un strabisme divergent à gauche. Dans une de ces opérations, le tendon du muscle droit supérieur de l'œil droit ayant été coupé à son insertion antérieure, il en résulta un strabisme en bas avec une diplopie d'autant plus difficile à corriger que le globe oculaire avait perdu plus de la moitié de l'étendue de ses mouvements en haut.

Aller à la recherche du muscle droit supérieur, l'isoler entièrement de l'enveloppe cellulo-fibreuse dans laquelle il s'était retiré, et avec laquelle il avait contracté des adhérences, puis un fil ayant été passé dans le bout antérieur du muscle et sous les fibres les plus superficielles de la sclérotique, maintenir, à l'aide d'un nœud, attachés et fixés l'un à l'autre, le muscle et le globe oculaire, tel fut le premier temps de cette opération longue et délicate.

D'un autre côté, pour éviter tout tiraillement entre les parties réunies, un fil passé sous le tendon du droit inférieur permit de placer le droit supérieur dans le plus grand relâchement possible, en faisant basculer le globe en haut et en le maintenant dans cette position forcée tout le temps nécessaire à la consolidation de la greffe musculo-oculaire.

Vers la fin du quatrième jour ce fil fut retiré, le gonflement chémotique de la conjonctive bulbaire et des douleurs assez vives faisant craindre un processus inflammatoire dans les membranes externes. Le fil supérieur, dont l'élimination fut confiée à la nature, fut trouvé le dixième jour tout détaché sur la cornée.

Les membres de la Société peuvent constater *de visu* que les mouvements du globe en haut sont rétablis dans toute leur plénitude et dans toute leur intégrité. Néanmoins, la diplopie persiste encore à un degré marqué. Toutefois, l'opération est de date trop récente pour qu'il soit permis de se prononcer en ce moment d'une manière absolue sur la persistance ou sur la disparition ultérieure de cette anomalie de la vision.

N. B. Le tendon du muscle précédemment coupé ne s'était en aucun point inséré sur le globe; quelques filaments, quelques tractus cellulo-fibreux partis de l'extrémité antérieure de la gaîne, les uns réunis à la sclérotique, les autres se perdant dans la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival, étaient les seuls intermédiaires par lesquels les contractions du droit supérieur pouvaient encore imprimer au globe oculaire quelques mouvements bornés en haut. Pendant l'opération, on a pu constater une atrophie marquée du muscle et la pâleur de son tissu, comparativement à la coloration du muscle grand oblique, que la dissection avait mis à nu pendant les recherches longues et minutieuses consacrées à celle du muscle droit supérieur, rétracté et caché dans la partie profonde de la cavité orbitaire.

La greffe du muscle droit supérieur présente quelques difficultés particulières inhérentes à sa position et à celle de la paupière supérieure. Cette dernière, en effet, tombant et s'appuyant par son bord libre sur le fil inférieur destiné à porter et à faire basculer l'œil en haut d'une manière permanente, établit une complication sérieuse pour le pansement et pour la marche ultérieure de l'opération.

Je me propose de présenter plus tard quelques considérations pratiques sur cette question des greffes oculaires, dont un médecin français, M. Jules Guérin, a le premier enrichi le domaine de l'intervention chirurgicale appelée à remédier à quelques déviations consécutives à la ténotomie oculaire.

Le secrétaire annuel, Dr Dupuy, D.-M. P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins du département de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle dimanche prochain 29 janvier, à deux heures très-précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Velpeau.

Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte rendu de l'année 1864 par le secrétaire général;

2° L'élection d'un président et de deux vice-présidents;

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

— M. Félix Voisin, médecin chef des aliénés de Bicêtre, vice-président de la Société médico-psychologique de Paris, ouvre au Cercle des sociétés savantes, 3, quai Malaquais, un cours public de philosophie pratique.

La première leçon aura lieu mardi 31 janvier à trois heures. Les leçons suivantes auront lieu les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure.

Programme du cours : Quelles sont les facultés que nous avons reçues de la nature?

Quelles sont les facultés de l'homme animal?

Quelles sont les facultés de l'homme moral?

Quelles sont les facultés de l'homme intellectuel?

Quel doit être l'emploi de ces diverses facultés, tant pour celui qui nous les a donnés que pour nous-mêmes, pour nos semblables et pour le milieu au sein duquel nous sommes appelés à en dérouler les activités?

Une philosophie positive peut seule désormais parler à la raison des peuples.

— M. le docteur Revillout commencera le lundi 30 janvier à huit heures du soir, à l'Ecole pratique (amphithéâtre n° 3), un cours public sur les affections nerveuses, et le continuera, à la même heure, les jeudis et lundis suivants.

Cette année, après une récapitulation rapide des sujets traités pendant les deux années précédentes, il reprendra l'histoire des affections nerveuses, par l'étude des paralysies diphthéritiques.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 1er février, à huit heures précises du soir, à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Discussion sur la question du délire aigu des phthisiques, par M. le docteur B. de la Grandière;

3° De l'iridectomie et de ses indications; procédé opératoire sûr et facile, par M. le docteur Coursserant;

4° D'une nouvelle forme de sonde, imaginée principalement pour déplacer les calculs fixes, par M. le docteur Aug. Mercier;

5° Communications diverses, par MM. Girault, Koffmann.

Le Directeur, Dr E. Le Sueur.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1865. (38e ANNÉE.) N° 13. — MARDI 31 JANVIER 1865.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue de l'Université, 8,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 JANVIER 1865.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

INTRODUCTION (1).

Nous reprenons aujourd'hui, pour la terminer, l'analyse de l'Introduction du *Dictionnaire encyclopédique*. Nous l'avons laissée au moment où son auteur arrive aux questions de doctrine et de philosophie. Nous approchions de la fin de cette Introduction non sans quelque surprise de voir le petit nombre de pages réservées pour l'exposé des principes qui devaient présider à la partie philosophique du *Dictionnaire*, et pour l'appréciation du rôle qu'ont joué les doctrines dans le passé de la médecine et de l'influence qu'elles exercent encore sur son présent. On va en voir la raison.

« La philosophie, dit M. Dechambre, comprend deux choses: les méthodes et les doctrines. La méthodologie sera traitée dans ses rapports multiples avec la science médicale.... Quant aux doctrines, nous le disons tout de suite, franchement et résolûment, aucune d'elles ne servira de drapeau au *Dictionnaire encyclopédique*. »

Voilà une déclaration nette et qui ne laisse place à aucune équivoque. Comment M. Dechambre justifie-t-il cette sorte d'ostracisme à l'égard des doctrines? Il en donne une double raison. La première, qui pourrait, comme il le dit lui-même, dispenser de toutes les autres, est l'impossibilité. « Il n'existe pas actuellement, du moins près de nous, une seule doctrine médicale autour de laquelle on parvienne à réunir le nombre de collaborateurs suffisant pour l'exécution de l'œuvre.... La confusion est dans le camp des vitalistes; leurs adversaires n'entendent pas tous l'organisme de la même manière, et les organo-vitalistes ne s'accordent naturellement ni avec les uns ni avec les autres. »

La deuxième raison se déduit assez naturellement de la première.

« Nous sommes parfaitement convaincus, poursuit M. Dechambre, qu'une logomanie invétérée, pleine d'illusions et de malentendus, entre pour une forte part dans les dissidences, et que, sur beaucoup de points essentiels, il s'agit moins, au fond, de savoir ce que sont les choses que de savoir comment on les appellera. La médecine s'est toujours trouvée mal à l'aise dans le moule des systèmes; aujourd'hui elle le fait éclater de toutes parts en le surchargeant coup sur coup d'apports imprévus. On l'accuse quelquefois de répandre autour d'elle et en elle la confusion; non, elle met le désordre seulement où était un ordre artificiel. En réalité, elle prépare les éléments d'une conciliation. Non sans doute qu'on doive attendre d'elle d'éteindre toute contestation sur les conditions fondamentales et primordiales de la vie; mais elle ira si loin dans la connaissance des phénomènes vitaux et de leurs rapports, qu'elle rendra l'objet de la contestation aussi inutile à l'intelligence de la médecine théorique et de la médecine pratique que l'est l'essence de l'affinité à l'intelligence des lois de la chimie et de l'astronomie. Que restera-t-il en pâture aux disputes? La raison de l'unité organique, la nature du principe formateur et conservateur; problème qui tourmentera éternellement les philosophes, mais dont le médecin physiologiste, pathologiste et thérapeutiste, apprendra à se passer.... »

M. Dechambre déclare, en conséquence, que la direction du Dictionnaire n'affichera pas de système. Toutefois, comme les systèmes appartiennent à l'histoire de la médecine, il leur sera fait, dans le Dictionnaire, la part convenable. Mais, à défaut de système, il espère pouvoir nous donner mieux. Voici en quels termes il résume l'engagement qu'il prend au nom de la rédaction:

« Nous avons beaucoup parlé de l'esprit moderne de la science médicale; nous avons médit des doctrines; croit-on que nous soyons pour cela disposés à faire table rase du passé? A Dieu ne plaise! Non, par bonheur, l'engouement théorique a été moins fort que l'observation, et la bibliothèque médicale est riche de documents impérissables. Loin de les condamner à l'oubli, nous reprocherions plus volontiers à notre génération médicale de la trop négliger. Les théories mêmes, quoique leur influence ait été, en somme, pernicieuse, ont été presque toujours des épées à deux tranchants, ravageant d'un côté, ouvrant de l'autre des horizons nouveaux. Et puis, à côté d'elles, en dépit d'elles, la clinique a continué son œuvre, s'appliquant à pénétrer la caractéristique générale et spéciale des maladies, leur étiologie, leurs corrélations, leur marche naturelle, etc...

» Nous acceptons et préconisons cette médecine traditionnelle, parce qu'elle constitue un empirisme supérieur qui offre des assises communes à toute construction scientifique et qui peut immédiatement constituer une médecine pratique. »

Si nous avons réussi à résumer avec clarté les points principaux de cette introduction, chacun doit être à même maintenant de nous aider à en faire ressortir l'esprit et la portée.

Mais avant de juger, revenons un instant en arrière et redonnons à notre analyse son premier caractère collectif, essayons de déduire d'une rapide comparaison des deux introductions, celle du *Dictionnaire encyclopédique* et celle du *Dictionnaire pratique*, la caractéristique des tendances scientifiques actuelles.

Nous constatons d'abord dans les deux introductions un même sentiment de la situation et des besoins scientifiques du moment, une appréciation également juste de la valeur des méthodes de recherches et de l'esprit d'investigation moderne, un même hommage rendu aux progrès dont la médecine est redevable aux applications des sciences physico-chimiques et à l'expérimentation physiologique, — avec cette seule différence toutefois que ce que M. Jaccoud se borne à énoncer, M. Dechambre le démontre par des développements et des exemples qui donnent à son programme un caractère mieux défini.

Là cesse leur ressemblance. Une dissidence marquée les sépare au point de vue doctrinal. Tandis que M. Dechambre, comme on vient de le voir, après un coup d'œil rapidement jeté sur les doctrines, se déclarant peu satisfait de toutes, les repousse toutes également et proclame une sorte de neutralité qui ne lui laisse plus de place que sur le terrain de l'empirisme, M. Jaccoud, au contraire, pour qui cette position eût semblé peut-être plus naturelle en raison même du caractère et du but de l'œuvre qu'il dirige, termine son Introduction par une profession de foi catégorique en faveur du spiritualisme, annonçant ouvertement et avec une certaine solennité, au nom de la rédaction, l'intention de combattre les prétentions du positivisme qui tend à envahir tous les jours de plus en plus le domaine de la médecine. Il y a là, qu'on nous permette de le dire, comme une sorte d'inconséquence, une sorte d'antinomie, qui a déjà frappé plusieurs esprits.

D'une part, en effet, après avoir indiqué clairement le sens pratique de l'œuvre, et précisé nettement les limites qu'on entend lui donner, après avoir dit expressément qu'on n'emprunterait aux questions physiologiques que les points de vue par lesquels elles s'éloignent des abstractions scientifiques, on semble exprimer l'espoir, sinon la promesse formelle, qu'il sortira de l'ensemble de cette œuvre une synthèse dans laquelle il sera tenu compte, dans une égale mesure, et des leçons de l'antiquité et des progrès de notre époque, que l'on s'efforcera de concilier en les résumant dans la formule de la doctrine la plus générale et la plus largement compréhensive.

Nous sommes loin assurément de vouloir blâmer une aussi légitime aspiration; nous ne dissimulerons même pas nos sympathies pour une aussi louable entreprise et pour l'esprit qui l'a inspirée. Mais cette prétention était-elle bien là à sa place? Dans un dictionnaire d'où tous les mots de philosophie seront exclus, où la psychologie n'aura que faire, et où la physiologie elle-même ne figurera que par ses rapports pratiques avec la médecine, où la pathologie et l'art médical seront seuls en cause, était-il bien nécessaire d'enrégimenter sous le drapeau du spiritualisme des soldats parmi lesquels on pourrait bien apercevoir d'avance quelques futurs réfractaires? La profession de foi de M. Jaccoud restera probablement individuelle, elle aura à coup sûr dans sa bouche une valeur que nous nous garderons de contester, mais il est douteux qu'elle engage bien sérieusement ses collaborateurs.

De l'autre part, que voyons-nous? Placé à la tête d'une phalange d'écrivains qui ont accepté la difficile tâche de présenter dans un cadre sans limites précises le bilan actuel de toutes les connaissances qui constituent le vaste ensemble des sciences médicales, M. Dechambre ne se trouvait-il pas plutôt dans l'obligation de prendre sur son compte l'initiative d'une direction doctrinale que s'est assez gratuitement octroyée M. Jaccoud? C'est là une grave question. M. Dechambre devait-il, pouvait-il, posant comme prémisses la formule d'un dogmatisme quelconque, dicter à chacun de ses collaborateurs le mot d'ordre doctrinal et, engageant d'avance les convictions, n'accepter comme valables que les articles écrits dans le sens et l'esprit d'une parfaite orthodoxie? Cette manière de faire eût pu plaire assurément à quelques esprits, et elle était bien digne de tenter une intelligence élevée, mais eût-elle satisfait également la masse des médecins qui, à tort ou à raison, demanderont moins au Dictionnaire encyclopédique une direction doctrinale qu'un exposé fidèle et exact de l'état actuel de la science et des opinions sur tous les sujets afférents à la médecine. Nul doute que M. Dechambre se soit posé la question avant de s'arrêter au parti qu'il a cru devoir prendre. Ce n'est certainement ni oubli ni lacune de sa part, ni inconscience de l'importance et de l'étendue des devoirs que lui imposait sa position, s'il n'a point donné à son Introduction un caractère doctrinal, ou plutôt s'il l'a fait d'une manière négative. C'est après y avoir mûrement réfléchi et de parti parfaitement délibéré, qu'il s'est récusé à cet égard.

Pénétré du genre particulier d'utilité que doit avoir par-dessus tout un dictionnaire, œuvre essentiellement actuelle et destinée à représenter, j'ai presque dit à photographier, l'esprit de l'époque où elle paraît, il s'est placé en face de la science contemporaine, il en a consulté de tous côtés les échos, et il a vu à côté d'une indifférence assez générale pour les doctrines, qui est comme un aveu implicite de leur insuffisance, une activité et une ardeur extrêmes pour l'observation et l'expérimentation, une tendance de plus en plus manifeste à substituer de toutes parts à la recherche si souvent décevante du *pourquoi* des choses, celle du *comment*, et à l'étude des causes celle des lois, à épuiser en quelque sorte l'étude de l'élément physique des phénomènes physiologiques et morbides que les doctrines anciennes, plus particulièrement préoccupées du point de vue dynamique, semblent nous avoir léguée presque intacte, à compléter la notion anatomique par la notion fonctionnelle, et à engager la pathologie dans la voie physiologique et expérimentale. Et il a réflété dans une rapide et vivante esquisse les traits principaux de cette physionomie caractéristique de la science médicale actuelle, dont les articles du *Dictionnaire* auront plus tard à compléter le tableau.

Est-ce à dire que M. Dechambre se soit laissé absorber par la contemplation du fait brut, qu'il se soit attelé au char du positivisme ou laissé séduire par les promesses d'un futur iatrochimisme qui a toujours été le rêve favori de quelques esprits peu préparés à l'analyse complexe des questions biologiques? Non, sans doute; M. Dechambre a donné trop de preuves de jugement et de prudence dans les discussions scientifiques, pour qu'on ait à craindre de sa part de semblables entraînements, et il est trop familiarisé avec la pratique de la médecine pour avoir méconnu tout ce que la pathologie offre journellement à l'esprit du praticien de phénomènes à jamais irréductibles aux lois comme aux procédés de la physique, de la chimie ou des autres sciences de laboratoire.

Nous n'en voudrions d'autres preuves, à ne les prendre que dans l'Introduction, que la courte mais substantielle page dans laquelle il rappelle les titres du passé et tout ce que la science actuelle doit à la tradition sur laquelle reposent presque tout entières les plus solides notions de la médecine pratique. On ne fait plus, Dieu merci, de révolution médicale tous les jours, et nous savons ce que coûtent les systèmes de table rase. Ce n'est qu'en appuyant solidement un pied sur le passé qu'on peut avancer de l'autre avec assurance dans la voie de l'avenir.

Le caractère de l'Introduction du *Dictionnaire encyclopédique* est donc, en résumé, une sorte d'inventaire sommaire de ce que notre époque médicale a ajouté et ajoute tous les jours aux produits de l'expérience séculaire, avec une réserve, excessive peut-être, il faut bien le dire, à l'égard des doctrines qui, si elles ont égaré quelquefois les esprits, sont loin d'être restées étrangères aux acquisitions et aux véritables progrès de la médecine.

Cette réserve, d'ailleurs, en admettant qu'elle puisse lui être imputée à blâme, aura du moins cet avantage, en ne liant aucun des collaborateurs, de laisser pleine et entière latitude à ceux d'entre eux qui seront chargés de faire l'histoire des parties dogmatiques et doctrinales de la science, et d'apprécier la part respective qui leur revient dans l'histoire générale des progrès et des vicissitudes de la médecine. — Dr Brochin.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 24 janvier.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Deux observations de pachyméningite.

(Néo-membranes de la dure-mère: hémorrhagies méningées.)

Par M. A. REGNARD, interne des hôpitaux.

La question des néo-membranes de la dure-mère est à l'ordre

du jour ? elle n'est pas complétement élucidée, car les faits sont relativement peu nombreux. Par contre, le raisonnement et les théories sont faciles ; ils encombrent la science, qui de plus en plus tend à les rejeter au second plan. Actuellement la parole est aux faits ; les deux suivants ne nous paraissent pas dépourvus d'éloquence ; c'est ce qui nous engage à les publier.

Obs. I. — *Chorée généralisée. Absence de renseignements. Attaque subite : coma ; résolution ; mort. — Néo-membrane de la dure-mère à droite et à gauche. Épanchement sanguin de 140 grammes dans l'épaisseur de la néo-membrane du côté gauche.*

Henriette R..., âgée de cinquante-huit ans, entrée le 14 octobre 1864 à la Salpêtrière.

On n'a pu se procurer aucun renseignement sur le compte de cette femme. Elle est atteinte d'une chorée généralisée des plus intenses : incapable de rester une seconde immobile, tous ses mouvements sont pervertis par les convulsions ; veut-elle parler, tout son corps entre en branle y compris les muscles des lèvres, et la parole devient presque impossible ; pour se diriger, elle porte devant elle une chaise qui lui sert comme de lest et sans laquelle elle ne peut que se livrer à la marche la plus désordonnée, incapable d'atteindre un but.

L'analgésie est générale. Quant à l'intelligence, elle est considérablement affaiblie, mais sans incohérence : il est impossible d'attacher aucune importance aux renseignements que donne la malade, dont les autres fonctions s'accomplissent d'ailleurs régulièrement.

Le 23 novembre, au matin, elle se plaint de la tête, et reste couchée ; elle s'assoupit. A trois heures, on vient chercher l'interne de garde, qui la trouve avec une hémiplégie complète du côté droit, la respiration stertoreuse en un mot offrant tous les signes d'une forte hémorrhagie cérébrale. — Sangsues derrière les oreilles ; drastiques.

Le 24, à la visite, nous trouvons la malade dans un état de résolution complète et de coma avec stertor, état dans lequel elle est restée plongée jusqu'à sa mort, arrivée seulement le surlendemain 26 novembre, à cinq heures du soir, c'est-à-dire soixante-douze heures environ après le début de l'attaque.

Autopsie (trente-six heures après la mort). — Rigidité cadavérique.

La voûte crânienne enlevée, on voit à gauche la dure-mère soulevée en une vaste poche saillante, surtout à la partie antérieure, et ne retombant pas en arrière. Rien de semblable à droite. Les sinus sont turgescents.

De cette poche incisée, il s'écoule en abondance du sang pur et vermeil, dont on peut recueillir et peser 140 grammes, y compris un caillot de 12 à 15 grammes, caillot rouge et mou, nageant dans le liquide : 30 grammes de sang au moins ont été perdus.

La dure-mère enlevée, voici ce qu'on observe à sa face interne :

A gauche (côté de l'épanchement), elle est tapissée dans toute son étendue par une néo-membrane, sous laquelle il est facile de glisser la lame d'un scalpel, néo-membrane assez résistante et couverte d'arborisations et injections nombreuses ; vers le milieu de la face convexe de l'hémisphère, elle fournit, en dédoublant, un feuillet également résistant qui formait la paroi inférieure de l'épanchement, et qui va rejoindre la dure-mère au niveau de l'apophyse crista-galli.

A droite, existe une néo-membrane, presque en tous points semblable, également dédoublée en forme de kyste, mais à cavité virtuelle et ne renfermant aucun épanchement.

Le microscope confirme dans ces diverses productions l'existence de vaisseaux nombreux et volumineux, déjà constatés à l'œil nu.

L'arachnoïde et la pie-mère ont la consistance et l'épaisseur normales ; du côté de l'épanchement et à son niveau, elles offrent une couleur rougeâtre due à l'imbibition, et ne présentent d'ailleurs aucune adhérence pas plus avec la poche qu'avec la surface cérébrale. A droite, elles sont tout à fait normales.

Le poids de l'encéphale se répartit ainsi :

Hémisphère droit	480
— gauche	420
Cervelet, isthme	175
	1,000

L'hémisphère gauche, comprimé, est effilé en pointe à sa partie antérieure.

Tout l'encéphale est fortement congestionné.

Cette observation me paraît être le pendant et pour ainsi dire le complément de celle qu'ont publiée MM. Charcot et Vulpian dans leur remarquable mémoire sur les néo-membranes de la dure-mère (*Gazette hebdomadaire*, 1860). La netteté de l'exposition, la précision des détails anatomiques et microscopiques dans leur travail, sont fort heureusement, dans le cas qui me concerne, suppléées par l'intensité des phénomènes et l'énormité des lésions.

En effet, il est clair que l'hémorrhagie a pris sa source dans les néo-membranes existant antérieurement, quelle que soit soit d'ailleurs leur origine, et cela pour plusieurs raisons :

1° J'ai pu constater de la façon la plus évidente que cet énorme épanchement sanguin était contenu dans la poche parfaitement distincte formée par le dédoublement de la néo-membrane ;

2° Le temps écoulé entre le début de l'attaque et la mort (soixante-douze heures) ne permettait guère la formation d'une toile assez résistante pour soutenir sans se rompre 140 grammes de sang ;

3° Mais surtout la présence, sur l'hémisphère opposé, d'une néo-membrane également dédoublée, résistante, analogue à celle qui contient le sang, ne peut guère laisser de doute sur la préexistence de cette dernière.

Quant au mode de formation de ces néo-membranes, cette observation n'apprend absolument rien ; il n'en est pas de même de la suivante.

Obs. II. — *Démence sénile. Phénomènes congestifs ; contracture ; torpeur ; coma ; mort. Hémorrhagie méningée ; néo-membrane de la dure-mère : ramollissement cérébral.*

A... (Caroline), femme S..., âgée de soixante-six ans, est entrée le 22 septembre 1864 à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger.

Cette femme a joui toute sa vie d'une santé robuste. Elle a eu douze grossesses régulières ; dix de ses enfants vivent encore. Jamais elle n'a fait d'excès d'aucun genre ; mais elle a mené la vie laborieuse et pénible des femmes du peuple.

Actuellement, et depuis deux ou trois mois, elle offre les signes d'une démence sénile simple : affaiblissement des facultés, perte de la mémoire, pleurnicheries, etc. ; elle est gâteuse.

Ajoutons qu'il y a dix-huit mois elle a été prise d'une hémiplégie incomplète du côté droit, sans autres phénomènes graves, hémiplégie qui a disparu sans laisser de traces au bout du quatrième mois.

Le 5 septembre, elle paraît plus affaissée que d'habitude, se plaint de souffrir de la tête. — Huile de ricin et croton, 2 gouttes.

Le 8, on la trouve plongée dans une torpeur voisine du coma ; anesthésie ; contracture facile à vaincre des membres supérieurs ; elle est pelotonnée sur elle-même, mâchonne, et on parvient difficilement à la réveiller.

Elle reste à peu près dans le même état, qui va peu à peu s'empirant, jusqu'au 14 septembre au matin, où la mort vient insensiblement terminer la scène.

Autopsie le 13 septembre, trente heures après la mort.

Rigidité cadavérique encore appréciable ; commencement de putréfaction à l'abdomen.

Le crâne est peut-être un peu augmenté d'épaisseur, éburné dans presque toute son étendue.

La dure-mère présente extérieurement l'aspect normal. A l'incision, il s'échappe de chaque côté une certaine quantité de sang presque pur, rouge foncé, dont on parvient à recueillir et à peser 70 grammes ; on peut évaluer, sans exagération, le poids total de l'épanchement de 80 à 90 grammes.

A droite, la face interne de la dure-mère est recouverte par une néo-membrane extrêmement mince, fragile, semée de plaques rouges et de petits caillots adhérents.

A gauche, on retrouve çà et là les traces d'une membrane analogue ; mais sur l'hémisphère, on aperçoit comme une sorte de caillot aplati, consistant, et qu'il est aisé de reconnaître, après examen, pour une néo-membrane sanguinolente évidemment détachée de la dure-mère.

L'arachnoïde est lisse, et laisse voir par transparence les vaisseaux de la pie-mère distendus et gorgés de sang, et çà et là des ecchymoses dues à de petites ruptures vasculaires.

D'ailleurs, ces membranes s'enlèvent aisément et n'adhèrent nulle part au cerveau.

L'encéphale pèse 1,165 grammes, ainsi répartis :

Rein droit	520 grammes.
— gauche	470 —
Cervelet, isthme	175 —
	1,165 grammes.

Le cerveau présente des modifications importantes quant à l'aspect et à la consistance ; la substance blanche est tellement congestionnée que la couleur normale est remplacée par une teinte rose foncée, tirant sur le gris ; la substance grise présente la même congestion intense, ainsi que le cervelet, la protubérance et le bulbe.

Quant à la consistance, d'une façon générale elle est diminuée ; mais au niveau des parois ventriculaires, et surtout à gauche, les parties attenant à la couche optique et au lobe occipital sont le siége d'un véritable ramollissement. La substance cérébrale s'en va en bouillie.

Les artères cérébrales moyennes des deux côtés étaient fortement athéromateuses, et celle du côté gauche paraissait presque complétement obturée au niveau de son épanouissement en branches multiples.

Les autres viscères étaient sains, à l'exception du cœur, présentant une hypertrophie assez notable du ventricule gauche.

Examen microscopique. — L'examen de la néo-membrane a été fait avec tout le soin possible, et M. Vulpian, avec sa bienveillance ordinaire, a constaté lui-même les résultats suivants :

La néo-membrane paraît constituée, par places, par un simple dépôt amorphe ; dans presque toute son étendue, elle est parfaitement organisée, montrant des cellules et noyaux nombreux et quelques fibrilles.

Les vaisseaux sanguins y sont surtout développés d'une façon remarquable ; ils apparaissent irréguliers, bifurqués çà et là, quelques-uns comme variqueux, et un grand nombre offrent de $0^m,03$ à $0^m,04$ centièmes de millimètre de diamètre ; leur structure est celle des plus fins capillaires ; une seule tunique amorphe, et çà et là, clairsemés, des noyaux transparents, elliptiques, suivant l'axe du vaisseau.

On distingue les globules sanguins et un certain nombre de globules blancs dans leur calibre ; autour, et çà et là, des dépôts nombreux d'hématoïdine sous forme de granules bruns.

Ainsi, voilà d'une part un épanchement de sang relativement considérable dans la cavité de l'arachnoïde (vieux style). M. Lancereaux, en effet, donne comme extrêmes les chiffres de 50 à 60 grammes, et nous en avons au moins 80 ; ce sang d'ailleurs est encore liquide.

D'autre part, sur la face interne de la dure-mère, une néomembrane extrêmement menue et fragile, mais renfermant en grand nombre des vaisseaux de $0^m,03$ à $0^m,04$ de diamètre ; et ces vaisseaux, qui ont le volume des fines artérioles, ont la structure des plus fines capillaires ; de sorte que c'est contre des parois aussi fragiles que s'exerce l'effort d'une quantité de sang relativement considérable.

On croit donc pouvoir conclure, sans paraître se livrer aux écarts d'une imagination déréglée, que cette hémorrhagie méningée provient de la néo-membrane préexistante ; de plus, l'état antérieur de la malade, les phénomènes congestifs déclarés huit jours avant la mort, la congestion intense de l'encéphale et des membranes, l'état hypertrophique du cœur, tout tend à démontrer l'existence d'une irritation antérieure des centres nerveux, irritation qui s'est traduite sur la dure-mère par la production de la néo-membrane, cause de l'hémorrhagie.

D'où le nom de *pachy-méningite* qui nous paraît devoir être employé avantageusement pour désigner, dans le plus grand nombre des cas, la succession de ces phénomènes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Triquet.

Des engelures aux oreilles.

On appelle engelure un gonflement rougeâtre, quelquefois aigu et douloureux, plus souvent chronique et indolent, qui affecte particulièrement la peau des extrémités, telles que les mains, les pieds, le nez, les joues et les oreilles.

C'est sous ce dernier point de vue que les considérations suivantes intéresseront le praticien. D'ailleurs, c'est une actualité ; car, par cette saison froide, j'ai eu l'occasion d'en observer un grand nombre d'exemples chez des enfants et même chez des sujets plus avancés en âge.

L'affection est bien loin d'être toujours simple et uniquement constituée par l'engorgement du tégument qui recouvre le pavillon de l'oreille et principalement le lobule. L'inflammation peut s'étendre dans le conduit auditif et déterminer des phlyctènes ordinairement larges. Ces phlyctènes peuvent compromettre la membrane du tympan, pénétrer dans la caisse, donner naissance à un catarrhe difficile à guérir et amener consécutivement une altération de l'ouïe.

Causes. — On rencontre les engelures chez les enfants faibles, lymphatiques, et surtout plus ou moins scrofuleux, chez ceux qu'on élève avec mollesse et au milieu du luxe et de la richesse, et chez ceux aussi qui manquent habituellement des choses les plus nécessaires à la vie, d'une bonne nourriture, de vêtements chauds. C'est assez dire qu'on rencontre les engelures aux oreilles chez des malades appartenant à toutes les classes de la société. Cette égalité des riches et des pauvres devant la même maladie ne doit pas surprendre, puisqu'elle n'est le plus souvent qu'une des formes larvées par lesquelles se manifeste la diathèse strumeuse chez les jeunes sujets, et sous ce dernier point de vue, les riches ne sont pas mieux partagés que les pauvres. J'ajouterai encore, comme corollaire, que des observations nombreuses m'ont démontré dans ces cas l'influence de l'hérédité d'une manière incontestable.

De ces causes, qu'on peut appeler prédisposantes, il faut rapprocher comme causes efficientes l'action du froid, de l'humidité, de la saison. Ainsi c'est en hiver et au commencement du printemps qu'on observe le plus souvent les engelures de l'oreille dans leur période aiguë ; mais une fois développées, elles peuvent durer indéfiniment pendant toutes les saisons avec des stades d'augment et de rémission : c'est l'état chronique. J'ai même en ce moment sous les yeux un malade de quarante ans qui porte encore sur le lobule de l'oreille gauche et sous forme de lamelles brunes, ou plutôt d'écailles épidermiques, des traces d'engelures dont l'apparition remonte à ses plus jeunes années.

Chose remarquable, ses enfants, au nombre de quatre, en sont également atteints et seulement aux oreilles ; les autres parties du corps, où on les voit habituellement, en sont tout à fait exemptes.

Symptômes. — Il est certain que les engelures à l'oreille peuvent présenter deux formes :

1° La forme bénigne ;

2° La forme maligne (scrofulide cutanée).

Dans la première forme, les engelures à l'oreille consistent en un simple gonflement de l'auricule et plus spécialement du lobule, des replis de l'hélix, de l'anthélix et du tragus. Ce gonflement est très-superficiel, diffus, peu résistant, avec une légère rougeur, et un sentiment de prurit ou de démangeaison presque incoercible qui invite les malades à se gratter, surtout quand les parties atteintes sont exposées à l'action de la chaleur. La rougeur dans ce cas se borne à une légère teinte qui rappelle tout à fait celle de la *laque carminée*, et si le malade est une jeune personne ou une femme coquette, on pourrait croire qu'elle a l'habitude de se peindre le visage. Mais en pressant très-légèrement la surface rosée de l'engelure, limitée à un point quelconque de l'oreille (ou de la joue), on rectifie bientôt cette erreur, car on voit le sang disparaître sous la pulpe du doigt explorateur, et la douleur se fait sentir en même temps à l'endroit comprimé. Telle est la forme légère des engelures à l'oreille.

Dans la forme grave ou maligne, la rougeur est franche, légitime ; l'oreille est luisante, comme la peau dans le phlegmon ; la rougeur peut aussi devenir violacée, noirâtre, et parfois une petite plaque gangréneuse apparaît. La tuméfaction est toujours considérable, et l'oreille ressemble alors à une espèce de *tomate* ; les replis et les rainures ont disparu plus ou moins complétement, et l'oreille offre l'aspect d'une masse de chair informe appliquée sur la tempe. Des vésicules toujours larges et discrètes, ou, mieux, de grandes phlyctènes apparaissent dans un grand nombre de cas et à cette période de la maladie ; elles ne se bornent point à soulever l'épiderme par la sérosité brune et même noirâtre qu'elles contiennent ; le corps muqueux du derme est très-fréquemment atteint et mis à nu par un travail ulcératif, qui peut lui-même s'étendre au tissu cellulaire sous-jacent.

Chez les sujets éminemment scrofuleux, on observe aussi dans les mêmes circonstances un véritable phagédénisme qui peut compromettre plus ou moins complétement la structure délicate de l'organe en s'étendant au conduit auditif et jusqu'à la membrane du tympan.

Dans ces cas, la suppuration est ichoreuse et abondante ; l'odeur en est fétide ; des croûtes se forment sur les surfaces ulcérées ; elles ne tardent pas à se fendiller soit spontanément, soit sous l'influence du grattage que les malades exercent avec leurs doigts ; la sérosité s'écoule de nouveau mêlée de sang, puis de

nouvelles croûtes, et ainsi de suite, si l'art n'intervient avec des moyens convenables.

A l'âge de la puberté, il n'est pas très-rare que la guérison ait lieu naturellement dans la forme légère, moins souvent dans la forme grave ou maligne; toutefois, ce n'est là qu'une heureuse exception, sur laquelle on aurait tort de compter.

Un praticien prudent exposera aux parents les dangers d'une longue temporisation, en raison surtout des complications qui peuvent survenir du côté des parties profondes de l'oreille, la surdité devenant alors inévitable.

Les symptômes physiologiques sont la chaleur âcre et mordante, qui force les malades à se gratter; la douleur quelquefois légère, parfois atroce, au point de priver les enfants de sommeil; enfin, les malades accusent des battements dans toute l'oreille, des bourdonnements, et quand l'affection a envahi le conduit auditif, la cloison et même la caisse, on comprend que la surdité doit apparaître à des degrés variés et se montrer rebelle à la thérapeutique.

J'ai souvent été consulté pour des enfants malheureusement devenus sourds dans de telles circonstances, et plus d'une fois d'une manière irremédiable.

Le *diagnostic* ne présente pas de sérieuses difficultés dans les cas simples et dans la forme légère.

Avec un peu d'attention, on distinguera aisément l'engelure de l'oreille de l'érysipèle; mais dans la forme grave ou maligne, on pourra hésiter entre un *ecthyma cachectique* ou syphilitique, surtout si l'on est consulté à la période où l'oreille présente des croûtes noirâtres et des ulcérations serpigineuses et phagédéniques. L'idée de syphilis pourra donc s'offrir à l'esprit du praticien et le jeter pour quelques instants dans une grande incertitude et une étrange perplexité.

Pourtant, ces cas difficiles ne sont pas communs, et je n'en ai jamais rencontré, bien que j'aie vu des engelures très-graves aux oreilles de malades vivant à la campagne ou à la ville; mais comme un cas pour être rare n'en est pas moins toujours à craindre, voici sur quelles considérations le diagnostic différentiel devrait être établi :

En ce qui concerne l'ecthyma cachectique, comme c'est une affection qui attaque exclusivement les vieillards, et que les engelures sont une maladie de l'enfance et de la jeunesse, l'hésitation ne sera pas longue. Mais l'ecthyma syphilitique de l'oreille commande plus de réserve. Comme c'est un symptôme secondaire ou de vérole confirmée, l'histoire des antécédents du malade fournira au praticien la plus vive lumière; toute l'habitude du corps sera examinée avec soin, principalement l'état de la gorge, du cuir chevelu, de la peau, etc.; et si c'est un ecthyma syphilitique et non une engelure maligne que le malade porte à l'oreille, on trouvera certainement d'autres traces de *syphilis* (tubercules muqueux dans la gorge, des syphilides dans les cheveux, et l'engorgement des ganglions postérieurs du cou).

Dans l'espèce, ce signe aura une grande valeur, car les engelures de l'oreille ne causent l'engorgement (comme la scrofule dont elles dépendent) que des glandes lymphatiques parotidiennes et sous-maxillaires. Enfin, dans ce dernier cas, on trouvera d'autres indices de scrofule chez le malade, et surtout des engelures aux mains, aux pieds, etc.

L'âge fournira aussi de précieux éléments de diagnostic; si c'est un enfant, par exemple, le doute ne sera guère permis, et en outre, dans les deux cas, il sera le plus souvent possible de constater d'autres engelures, aux joues, au nez, aux mains, surtout aux pieds, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer.

Les commémoratifs seront également interrogés ainsi que les circonstances de l'hérédité, non-seulement chez le père et la mère, mais encore chez les ascendants à un ou plusieurs degrés, et si le malade avait eu déjà à une autre époque une affection semblable, il faudrait y attacher une grande importance.

Pronostic. — Il ne présente aucune gravité dans la forme légère; mais dans l'engelure maligne, et quand le travail destructeur s'est étendu au conduit auditif, à la cloison et à la caisse, la gravité dépend de ces complications, de la chronicité de la maladie, et surtout de la diathèse scrofuleuse plus ou moins prononcée du sujet, de l'âge, du milieu dans lequel il est placé, etc.

Traitement. — Il comprend les trois facteurs suivants :

1° Traiter l'état général lymphatique, ultra-lymphatique et même scrofuleux;

2° Modifier l'état local;

3° Remédier aux complications.

1° *Traiter l'état général.* — En première ligne, nous n'hésitons pas à placer l'huile de foie de morue, qui nous a parfaitement réussi; viennent ensuite les iodures, que nous faisons dissoudre de préférence dans le sirop d'écorces d'orange; puis un bon régime : viande grillée, pain grillé, un peu de vin pur.

Chez les jeunes filles, à l'époque de la puberté, il y aura une indication importante à remplir : favoriser l'évacuation menstruelle, en régulariser le retour périodique. Ici les préparations dites martiales trouveront leur utile emploi, par exemple, le vin Chalybé, surtout quand on peut lui donner pour excipient du xérès vieux ou du madère de bonne provenance.

2° *Traiter l'état local.* — Les modificateurs locaux comprennent un grand nombre de moyens. Ainsi, quand il y a de la douleur, une grande tuméfaction avec rougeur du pavillon de l'oreille, quelques mouchetures pratiquées avec la lancette sur les grosses veines qui se dessinent en relief sur le pavillon, nous ont merveilleusement réussi; chez les personnes timides, une ou deux sangsues, placées en arrière du pavillon et au point d'émergence du tronc veineux commun aux veines auriculaires, m'a aussi donné de bons résultats.

Dans les cas légers, on néglige les sangsues et les mouchetures, et l'on a recours d'emblée aux divers agents modificateurs; le plus utile est l'alcool à 70 ou 80 degrés; on en imbibe des compresses avec lesquelles on recouvre l'oreille. Viennent ensuite les embrocations tièdes avec le baume de Fioraventi et la teinture de benjoin. La pommade suivante nous a été très-utile :

Axonge lavée à l'eau de roses. . .	ãã 5 grammes.
Blanc de baleine.	
Beurre de cacao.	
Cire vierge.	8 grammes.
Huile de lis purifiée, Q. S.	

Faire dissoudre au bain-marie en consistance sirupeuse.

Ajoutez :

Sous-borate de soude.	10 grammes.
Alcool à 80 degrés.	20 —

Laissez refroidir.

Pour oindre l'oreille malade trois fois par jour, on fait tiédir au bain-marie.

Quand les phlyctènes apparaissent, il faut badigeonner l'oreille trois ou quatre fois par jour avec l'alcool pur ou la teinture de benjoin, que l'on porte à l'aide d'un pinceau de poil de chameau, puis recouvrir les surfaces malades avec un petit linge de toile fine fenêtrée sur lequel on étend une couche de la pommade précédente.

Comme adjuvant, matin et soir, on étuvera toute l'oreille avec une décoction tiède de feuilles de noyer ou de mélilot.

Dans la période où les croûtes et les ulcérations ont remplacé les phlyctènes, quelques cataplasmes de fécule de pommes de terre sont d'une incontestable utilité. Puis, les croûtes une fois tombées, on pansera les ulcérations de la manière suivante :

Trois fois par jour elles seront lavées soigneusement avec du vin aromatique tiède et à la faveur d'une petite éponge très-fine et très-propre.

Ensuite, elles seront recouvertes avec un linge fenêtré enduit de l'onguent préparé selon la formule :

Baume d'Arcœus.	15 grammes.
Jaunes d'œufs, n° 2.	
Teinture d'aloès.	1 gramme.
Extrait thébaïque.	10 centigr.

3° Quant aux complications, telles que glandes cervicales, otite *externe* ou *interne*, myringite, perforation du tympan, otorrhée chronique, ce ne sont, à vrai dire, que des manifestations confirmées du catarrhe ou de la scrofule, et nous y renvoyons le lecteur (voir *Leçons cliniques*, p. 50).

OBSERVATION DE SÉQUESTRE ENKYSTÉ

simulant un polype de la conjonctive.

Par M. le docteur CAMPARAN (de Saint-Gaudens).

Le 15 décembre s'est présentée dans mon cabinet une forte jeune fille de vingt ans, habitant et travaillant aux champs, d'une robuste constitution, et n'ayant jamais été malade. Dans les premiers jours d'août elle avait reçu à la figure un coup de pied d'un jeune poulain qu'elle ramenait du pacage. Le coup avait porté surtout sur le nez et sur l'arcade orbitaire qui avaient protégé l'œil. Le nez fut déchiré sur la ligne médiane dans une longueur de 2 centimètres environ; il ne sortit pas d'esquille; on ne s'aperçut même pas que les os propres fussent endommagés. L'officier de santé de l'endroit prescrivit des compresses cératées, abandonna la malade qui en fut quitte pour un épanchement dans le tissu cellulaire de la paupière supérieure et une suppuration de quelques jours de la petite plaie.

Cependant, vers le 15 septembre, il commença à se déclarer un léger prurit vers la conjonctive qui double la paupière supérieure, puis une légère conjonctivite qui augmenta tous les jours. L'inflammation envahit le bord libre de la paupière supérieure qui s'indura et augmenta de volume d'une façon notable, en même temps qu'elle prenait une teinte légèrement rosée. L'œil devint le siége de légères douleurs d'abord, plus intenses ensuite, et enfin on vit apparaître une petite tumeur soulevant la paupière, augmentant tous les jours jusqu'à ce qu'elle s'interposât entre le bord libre et empêchât l'occlusion de ces voiles membraneux. Il va sans dire que l'œil tout entier s'enflamma et qu'une violente conjonctivite se déclara rapidement. La malade était dans cet état lorsqu'elle se présenta à moi. Après avoir examiné l'organe et avoir constaté la parfaite intégrité des milieux de l'œil, je crus devoir reporter à la présence de la tumeur tous les désordres externes qu'on remarqua.

Cette tumeur se présentait sous l'aspect suivant :

Elle avait la forme exacte d'une poire dont la petite extrémité venait s'implanter au-dessus du cartilage tarse, vers le centre de la face interne de la paupière supérieure. Elle présentait la grosseur d'un gros haricot, rouge, vasculaire, saignant assez aisément. Je crus avoir affaire à un polype et je me proposai de l'enlever séance tenante. La malade ayant accepté l'opération, je relevais la paupière et j'excisais le pédicule aussi près que possible de la paroi d'implantation, une petite artère donna un jet de sang, qui s'arrêta rapidement sous l'influence d'attouchements avec le nitrate d'argent, que je promenai très-légèrement sur toutes les surfaces enflammées de la conjonctive. Quand j'examinai la tumeur, quel fut mon étonnement de la trouver formée par une poche renfermant une petite esquille d'os d'environ 3 millimètres carrés, parfaitement blanche et s'énucléant avec la plus grande facilité!

C'était un cas rare sinon unique. Il est difficile de l'expliquer. Comment, en effet, cette petite esquille, venant certainement des os propres du nez, où elle avait une voie ouverte pour être expulsée au dehors par la petite plaie des parties molles, s'était-elle engagée entre la muqueuse et la peau de la paupière, y avait cheminé et séjourné pendant plus de quatre mois sans y déterminer d'abcès?

La tumeur serait-elle tombée d'elle-même ou aurait-elle continué à croître? son aspect et sa vitalité sembleraient donner raison à la dernière hypothèse. Il y aurait donc eu dans ce cas excès de puissance dans l'économie ou dans la nature médicatrice; on ne saurait à cet égard rien affirmer.

J'ai revu la malade, qui est parfaitement guérie; son œil n'a conservé aucune gêne dans l'exercice de ses fonctions.

EXPÉRIENCES

propres à faire connaître le moment où fonctionne la rate.

Par MM. A. ESTOR et C. SAINTPIERRE.

(Note présentée par M. Bernard à l'Académie des sciences.)

Depuis les belles recherches de M. Cl. Bernard, les physiologistes savent que le fonctionnement des glandes coïncide avec une accélération du cours du sang. Poursuivant nos recherches sur les gaz du sang, nous avons pensé que la rutilance et l'oxygénation du sang veineux pouvaient nous guider pour la détermination de l'instant où fonctionnent certaines glandes dont la physiologie est encore obscure. C'est d'après ce principe que nous avons entrepris au sujet de la rate les expériences suivantes :

Nos expériences ont été faites d'après la méthode de M. Claude Bernard, en déplaçant les gaz du sang par l'oxyde de carbone. Nous avons employé des canules en T pour éviter la stase sanguine, avec les précautions que nous avons signalées dans un travail antérieur (voir *Journal de physiologie*, juillet 1864). Nous nous sommes toujours servis de notre nouvel appareil à doser les gaz du sang, dont nous avons donné la description dans une précédente note. Nos résultats sont corrigés de la température et de la pression.

Les expériences consignées dans notre mémoire ont porté successivement sur le sang artériel et sur le sang veineux de la rate, chez des chiens tantôt en digestion, tantôt à jeun, et nous sommes arrivés à ce résultat que, tandis que la quantité d'oxygène contenue dans le sang artériel splénique est sensiblement constante, la quantité d'oxygène contenue dans le sang veineux splénique varie du simple au double.

Nous avons même réussi à varier l'expérience sur un même animal, c'est-à-dire que, après avoir trouvé 11,69 d'oxygène dans le sang de la veine splénique d'un chien à jeun depuis vingt heures, nous avons injecté du lait dans l'estomac. Aussitôt après l'injection, nous avons constaté, outre les modifications de volume, de couleur et de consistance de la rate, que le sang de la veine splénique ne contenait plus que 7,26 d'oxygène.

Des recherches consignées dans notre mémoire, nous concluons :

1° Les principes posés par M. Cl. Bernard sur les qualités différentes du sang veineux des glandes, à l'état de fonctionnement ou de repos, peuvent servir à déterminer l'instant où fonctionnent les glandes dont la physionomie est encore à faire.

2° Nous avons vu dans nos expériences les quantités d'oxygène contenues dans le sang veineux de la rate augmenter du simple au double pendant l'abstinence.

Nous concluons donc que la rate fonctionne en alternant avec l'estomac.

OBSERVATION D'OBSTRUCTION INTESTINALE.

Par M. le professeur LAYCOCK.

W. S..., âgé de quarante-six ans, cordonnier : depuis plusieurs semaines, garde-robes tantôt de caractère normal, tantôt dures et ovillées. Apparition subite d'une douleur vive au niveau de l'ombilic; constipation opiniâtre; vomissements bilieux abondants, mais jamais stercoraux; hoquet; quantité des urines aussi abondantes qu'autrefois. L'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum permet de constater un obstacle à une hauteur de 7 pouces. Distension énorme de l'abdomen; sonorité tympanique qui remonte jusqu'au niveau de la quatrième côte. Ponction du cœcum avec un gros trocart pour évacuer les gaz. Le cœcum est fixé au moyen d'un fil à la paroi abdominale. Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale. Ce n'est qu'après avoir incisé l'intestin que l'on découvrit un rétrécissement situé à l'orifice supérieur du rectum. Ce rétrécissement était tellement considérable que l'eau n'y passait que goutte à goutte. Hypertrophie très-grande de toutes les tuniques intestinales au niveau et au-dessus du rétrécissement; rien de spécifique dans la lésion, qui s'était probablement développée sous l'influence d'une inflammation chronique.

Dans ce cas plusieurs raisons firent diagnostiquer un rétrécissement inflammatoire vers la fin du canal intestinal. Tout d'abord le malade déclara que depuis un ou deux mois ses garde-robes étaient formées de petites masses dures, recouvertes de mucus; de plus, en même temps que le colon, énormément dilaté, refoulait le poumon jusqu'à la quatrième côte, les lavements étaient rejetés aussitôt après avoir été administrés. L'abondance des urines prouvait encore que le siége de l'obstruction n'était pas à la partie supérieure de l'intestin, car généralement, lorsqu'il en est ainsi, l'urine diminue notablement de quantité.

Il existait néanmoins une circonstance qui était contraire à l'hypothèse d'un rétrécissement, à savoir le début subit de la douleur; ce mode de début est un signe presque caractéristique

du volvulus. Il est possible qu'à ce moment l'intestin ait subi une sorte de torsion.

D'après M. Laycock, la douleur ombilicale n'implique point forcément une affection des parties sous-jacentes ; on l'observe dans beaucoup d'autres cas, et toute douleur intra-abdominale peut très-bien n'être rapportée qu'à l'ombilic. Ce serait un phénomène analogue à la douleur apportée à l'extrémité de la verge dans les cas de calculs vésicaux, etc.

La paracentèse du cœcum, pratiquée chez ce malade, peut être tentée dans les cas de tympanite extrême. Elle n'entraîne point, en général, de suites fâcheuses, et elle soulage immédiatement. Si l'on avait fait la gastrotomie dans ce cas, il eût été impossible de trouver le siége réel de l'obstruction, puisque, à l'autopsie, ce ne fut qu'après l'incision de l'intestin qu'on le découvrit. (*Med. Times and Gaz. med.*)

ARTHRITE FONGUEUSE AVEC TRAJETS FISTULEUX.

Liqueur de Villate.

Un jeune homme, aux lésions multiples du tissu osseux, fut admis dans les salles de M. Nélaton, et devait y subir la résection du coude pour une arthrite fongueuse de cette jointure. De nombreuses fistules existaient dans ce point, et le stylet y constatait partout la dénudation des os.

Chargé du service à cette époque, M. Houël, avant de recourir à une opération grave, employa les injections avec la liqueur de Villate, non-seulement dans les trajets fistuleux, mais dans l'intérieur même de l'articulation.

Or, cette médication réussit à merveille. Sous son influence, les symptômes locaux s'amendèrent rapidement, et finalement, le malade a pu quitter l'hôpital en conservant son coude.

Dans ce cas, M. Houël employa une formule que M. Nélaton a définitivement adoptée, et dont il ne saurait trop recommander, dit-il, l'usage aux praticiens :

Acide acétique . . . . 100 grammes.
Sulfate de cuivre . . . . 10 —
— de zinc . . . . 10 —
Acétate de plomb . . . . 5 —

Il se fait un précipité considérable qu'il faut mélanger par agitation avec la partie liquide avant de procéder à l'injection. (*Journ. de médecine et chirurgie pratiques.*)

DU SOUFRE EN NATURE CONTRE LES ACCIDENTS SATURNINS.

Le *Bulletin de thérapeutique* rapporte que M. Guibout, ayant récemment dans son service de l'hôpital Saint-Louis deux malades atteints de colique de plomb, les a guéris par un moyen très-simple. Après avoir vainement employé chez eux le traitement de la Charité et la limonade sulfurique, ce médecin se borna, sur la proposition de M. Lutz, pharmacien de l'hôpital, à leur prescrire la mixture suivante :

Fleur de soufre . . . . 16 grammes.
Miel . . . . Q. S.

à prendre dans la journée. Au bout de quelques jours de ce traitement, les coliques avaient disparu dans les deux cas.

L'efficacité de cet agent s'explique par la double propriété que possède le soufre d'agir comme purgatif et comme neutralisant direct du plomb. (*Journ. de méd.* et de *chir. prat.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. DE PIETRA-SANTA adresse, à l'occasion d'une communication récente de **M. SCHNEPP** concernant l'influence des altitudes sur la phthisie pulmonaire, une réclamation de priorité.

Les recherches que je poursuis depuis plusieurs années aux Eaux-Bonnes mêmes, dit M. de Pietra-Santa, m'ont permis d'élucider avant M. Schnepp cette importante question. Les notes que j'ai présentées à l'Académie en font foi.

Cette réclamation est renvoyée à l'examen des commissaires désignés pour la communication de M. Schnepp : MM. Rayer, Bernard et Cloquet.

— **M. JACQUART**, qui avait précédemment présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur la valeur de l'os épactal, comme caractère de race en anthropologie, adresse, pour se conformer à une des conditions du concours, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

(Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. JOSAT** adresse une note concernant le résultat du ses recherches *sur la marche décroissante de la fièvre typhoïde à Paris*, recherches dont ses fonctions d'inspecteur du service de la vérification des décès lui faisaient un devoir.

(Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Serres, Rayer et Cloquet.)

— La commission chargée de recueillir les souscriptions pour la statue qui doit être élevée à Dupuytren annonce qu'afin de donner à cette manifestation un caractère plus imposant, elle a décidé qu'un appel serait particulièrement adressé à tous les corps savants.

Une liste sera ouverte à cet effet au secrétariat de l'Instiut, et les sommes recueillies seront transmises à la personne indiquée dans cette circulaire comme remplissant les fonctions de trésorier.

— **M. VERRIER** prie l'Académie de vouloir bien lui désigner des commissaires auxquels il soumettra ses procédés pour le redressement des courbures de la colonne vertébrale.

M. VELPEAU, désigné avec M. Jobert de Lamballe comme membre de cette commission, demande que l'auteur fasse, au préalable, connaître ses procédés dans un mémoire suffisamment détaillé.

— A quatre heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JANVIER 1865.

Sur l'action du goudron de houille et de ses dérivés ; par M. Edm. CORNE.

Au moment où l'attention de l'Académie a été de nouveau appelée sur l'application de l'acide phénique à la thérapeutique des plaies gangréneuses ou de mauvaises nature, il me sera peut-être permis de rappeler que j'ai été le premier, en 1859, à proposer pour cet usage l'emploi du coaltar, qui doit ses propriétés antiputrides à cet acide et à quelques autres des principes immédiats qui y sont contenus. C'est l'observation de ces propriétés, en faisant des recherches dans une autre voie, qui m'y avait conduit. A la suite du retentissement qu'eurent, à cette époque, les essais faits à Paris et à l'armée d'Italie avec la poudre désinfectante à laquelle mon nom est resté attaché, de nombreuses recherches furent entreprises pour tirer parti du principe que j'avais posé. Il en est résulté divers perfectionnements dans l'emploi des propriétés modificatrices du goudron de houille sur les plaies, propriétés dont j'avais le premier constaté l'heureuse action. Je suis bien loin de méconnaître l'importance et le mérite de tous ces efforts, dont l'efficacité ne peut plus être contestée maintenant ; mais j'ai le droit, ce me semble, de les considérer comme une conséquence de mes travaux, comme des pas faits sur la voie que j'ai ouverte à la thérapeutique.

De mon côté, je ne suis point resté inactif sur cette même voie. Après avoir constaté les effets du coaltar appliqué sur les plaies au moyen des divers véhicules que je lui avais trouvés dans mes recherches antérieures, j'ai voulu me rendre compte de l'action de ses composants pris isolément, et le principal objet de cette courte note est de signaler les bons effets de l'un d'eux, qui ont été méconnus. Je veux parler de la benzine, à titre d'agent antiseptique et modificateur des plaies ou trajets fistuleux de mauvaise nature.

Dans un ouvrage récent sur l'acide phénique, à propos des dérivés du coaltar qui pourraient être choisis, il est dit ceci : « La benzine est à peu près insoluble dans l'eau. Son odeur est pénétrante. Elle est très-irritante et d'un maniement difficile. Ce n'est donc pas elle qu'il faut prendre. » Des observations, qui remontent à plusieurs années, m'ont appris que, mélangée aux huiles fixes en diverses proportions, la benzine exerce au contraire une action antiseptique très-énergique et devient très-facile à manier.

Dans un mémoire ultérieur, je ferai connaître ces proportions et le mode d'emploi du mélange d'huile et de benzine, en appuyant son efficacité sur des observations dont plusieurs, d'après mes indications, ont été recueillies par mon voisin, M. le docteur Gipoulon.

(Commissaires : MM. Andral, Rayer et Jobert, de Lamballe.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons le vif regret d'apprendre que M. Eugène Panthin, interne des hôpitaux dans le service de M. le docteur Guérin, vient de succomber aux suites d'une piqûre anatomique qu'il s'était faite en pratiquant une autopsie. M. E. Panthin avait été nommé interne au dernier concours ; il a succombé hier 29 janvier. Encore une nouvelle victime qui vient grossir le martyrologe déjà si nombreux de notre science.

— La Société des sciences médicales vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865. Ont été élus :

Président, M. Mallez ; *vice-président*, M. de Soyre ; *secrétaire général*, M. Alix ; *secrétaire*, M. Prat ; *trésorier*, M. Boutin.

— L'ordre du jour de la séance de la Société de médecine pratique du 2 février, est composé de la manière suivante :

1° L'aphasie, étudiée au point de vue médico-légal, par M. le docteur Legrand Dusaulle ;

2° Communications diverses.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu, cette année, le jeudi gras 23 février, dans les salons de Lemardelay, rue Richelieu, 100, à six heures et demie précises.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

On s'inscrit chez l'interne en médecine économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou chez l'un des membres de la commission permanente, M. le docteur Piogey, rue des Martyrs, 28, et M. le docteur Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42.

— L'observation de *Névralgie du nerf lingual*, insérée dans notre numéro du 17 janvier, est due à notre très-honorable collaborateur M. le docteur Deneffe (de Gand), et non à M. le docteur Naffe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France ; par M. le docteur Félix ROUBAUD, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Pougues. — 17e année, 1865. — Prix pour toute la France : 4 fr.

L'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France* comprend le recueil complet de la législation médicale et pharmaceutique, et celle des établissements sanitaires et de bienfaisance ; la nomenclature de toutes les places médicales et pharmaceutiques dépendant du gouvernement ; la désignation des Sociétés de médecine et de pharmacie de la France ; le personnel des Facultés, des Ecoles de pharmacie, des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

La liste nominative divisée par départements, arrondissements, cantons et communes de tous les médecins et pharmaciens de la France et de l'Algérie, etc., etc. — Un fort volume in-12 de plus de 400 pages, imprimé avec des caractères neufs. Prix : 4 fr. — Aux bureaux de la *France médicale*, rue de la Monnaie, 13.

Traité des maladies vénériennes, par M. le Dr Edmond LANGLEBERT, Fort vol. in-8°. Prix net : 7 fr. — Paris, chez Savy, libraire, rue Hautefeuille, 24.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance a été partagée entre plusieurs communications intéressantes et la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale. Nous nous bornerons à indiquer ici l'objet de quelques-unes de ces communications, étant dans l'impossibilité de les reproduire aujourd'hui.

La première est la présentation qui a été faite par M. Robin d'un spéculum laryngien imaginé par M. le docteur Labordette, de Lisieux, instrument très-simple et qui pourra être d'une très-grande utilité pratique, si, nonobstant la dimension un peu effrayante, il est d'une application aussi facile que nous l'ont affirmé quelques membres de l'Académie, qui en ont fait l'essai sur eux-mêmes et sur autrui.

La deuxième communication a trait à l'objet de la discussion actuellement pendante devant l'Académie. C'est une lettre de M. le Dr Auzias-Turenne qui relate deux nouveaux cas de transmission de la syphilis par la vaccine observée par un médecin de province qui lui en a communiqué tous les détails, et qui rappelle des expériences de Boëck tendant à démontrer que ce serait à tort que l'on voudrait considérer le sang comme l'unique agent de la contagion dans les syphilis *ex vaccina*. Ces documents constituent une contribution au débat actuel dont il sera utile de tenir compte.

La troisième communication est un acte de candidature. M. Bergeron a donné lecture du résumé d'un travail sur la fabrication et l'emploi des couleurs d'aniline, envisagés au point de vue de la pathologie et de l'hygiène industrielles, de la police médicale et de la médecine légale. L'auteur ne s'est occupé dans cette lecture que de la question de pathogénie. L'influence pathogénique des diverses manipulations que comporte la fabrication de l'aniline et des couleurs qui en dérivent paraît se résumer, pour la plus grande généralité des cas, dans les symptômes ou plutôt les apparences d'une chloro-anémie, c'est-à-dire une simple décoloration des globules du sang, plutôt qu'une altération réelle et une diminution de leur proportion. Nous publierons, du reste, un petit extrait de ce travail, qui en donnera une idée beaucoup plus complète que cette simple indication.

L'Académie, après avoir entendu ces diverses communications, plus une série de rapports de M. H. Roger sur les remèdes secrets, a repris la discussion à l'ordre du jour. M. Depaul a commencé sa réplique à M. Ricord. On sait que M. Depaul, quand il prend une cause à partie, soit qu'il ait à se défendre ou qu'il prenne l'offensive, ne ménage ni le temps, ni les arguments, tant qu'il lui semble qu'il puisse y avoir encore un point qui n'ait pas été parfaitement éclairci. On ne s'étonnera donc pas qu'une séance ne lui ait pas suffi pour épuiser son argumentation. C'est lui qui ouvrira encore la séance prochaine, et il ne dépendra certainement pas de lui, si la question n'est pas complétement élucidée, quand il descendra de la tribune. — Dr Brochin.

Nous informons nos lecteurs que le tirage à part de la discussion sur l'hygiène des hôpitaux à la Société de chirurgie vient de paraître à la librairie Victor Masson. La *Gazette des hôpitaux* a déjà exprimé son opinion sur la valeur de cet important travail, dont nos lecteurs ont eu d'ailleurs les prémices dans les comptes rendus de la Société de chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Cours complémentaire d'aliénation mentale. — M. LASÈGUE.

Du Suicide.

(Leçons recueillies et rédigées par M. le Dr A. FAURE.)

M. Lasègue, dans son Cours sur l'aliénation mentale, a consacré dernièrement quelques leçons au suicide. Ces leçons faites par un homme, à l'observation duquel, en raison de sa position, il se présente chaque jour un si grand nombre de faits, et qui d'ailleurs sait si bien observer, ont présenté le plus grand intérêt. J'ai pensé qu'il serait regrettable que leur enseignement se limitât seulement aux auditeurs du cours, et je me suis proposé de reproduire l'impression qui m'est restée des données principales.

Il y a, dit M. Lasègue, deux classes de mélancoliques, les uns se croient persécutés : ils ont des hallucinations de l'ouïe ou de la vue, ils ne se suicident pas; chez les autres, la mélancolie est caractérisée par un état incessant d'inquiétude et d'anxiété, ils sont sous le coup d'une angoisse indispensable, c'est chez eux que la mort volontaire est fréquente.

I. Le médecin n'envisage le suicide ni au point de vue de la loi, ni à celui de la religion, ni à celui de la morale : il ne voit ni un attentat, ni un abandon, quelles que soient les causes apparentes. Il n'y a là qu'un individu déchu des conditions physiologiques normales : pour lui enfin, le suicide n'est qu'un symptôme, pas autre chose.

Quand un individu attente à ses jours, on fait un procès-verbal et l'on y assigne comme cause probable du fait quelque malheur, quelque événement fâcheux survenu dans les derniers jours du suicidé. D'après un certain nombre de ces procès-verbaux on institue une statistique, et c'est ainsi que l'on prouve que dans une série déterminée de morts volontaires, il y en a tant pour des chagrins d'amour, tant pour mauvaises affaires, tant pour la mort d'un objet aimé, tant pour pertes au jeu, tant pour causes *diverses*.

De la sorte il semblerait qu'il est ordinaire qu'un individu, qui se trouve d'ailleurs dans des conditions morales normales, venant tout à coup à éprouver un violent chagrin, mette fin à ses jours immédiatement; il semblerait, dis-je, qu'il y a entre le suicide et tel ou tel événement un si grand rapport de causalité que l'on doit considérer le coup de pistolet du suicidé comme une riposte immédiate au coup du destin. Une telle manière de voir était trop séduisante pour n'être pas accueillie avec faveur. Quoi de plus saisissant en effet? Un homme s'est tué. On se rappelle qu'il a eu récemment un grand chagrin; n'est-il pas clair que ce chagrin est la cause de sa détermination désespérée, que son suicide est le résultat de la commotion violente qu'il a reçue? En public, on appelle le suicide une lâcheté, mais il semble qu'en particulier l'homme ne soit pas étonné qu'un homme réponde par un coup hardi à une insulte du sort : au nom de la société outragée par la désertion de l'un de ses membres, on crie à l'opprobre, mais dans son for intérieur chacun trouve que le suicidé a montré du caractère...

Assurément c'était une grande tâche que de dépouiller de toute grandeur, de réduire à l'état d'un infirme, ou d'un malade, cet être que l'on se représente généralement comme répondant par un geste superbe, d'un front plein de fierté, à l'attaque des dieux; tel est pourtant le résultat auquel a conduit l'observation. Ces leçons, où M. Lasègue s'écartait à dessein de toute conception abstraite, pour ne rester que sur la ligne exactement, scrupuleusement, tangible de l'observation terre à terre, ces leçons qui ne s'adressaient qu'à des médecins, il est fâcheux qu'elles n'aient été recueillies que par des médecins. Le philosophe y eût trouvé des mots pour confondre l'orgueilleux imbécile ou pour relever la conscience un instant ébranlée, et celui qui se sent prêt à défaillir se fût redressé d'un seul coup, ne fût-ce que par crainte, du moment qu'il n'était plus sublime, de devenir ridicule.

A propos de ce mot ridicule, il faut s'expliquer. Pour le médecin, et surtout pour le médecin aliéniste il n'y a pas d'homme ridicule, pas plus qu'il n'y a d'homme criminel; cela n'empêche pas qu'il n'y ait des actes ridicules et des actions criminelles. Quand on entre dans un établissement d'aliénés, le cœur se serre à la vue de tant de misères, on est pris d'un irrésistible sentiment de sympathie pour ces malheureux qui sont tombés si bas, mais toute cette sympathie ne ferait pas qu'on puisse trouver autrement que ridicules, ces accoutrements bizarres, ces gestes désordonnés, ces discours absurdes des aliénés. De même, quand par la diversité de nos attributions nous devons examiner certains criminels, avec tout le monde nous sommes pleins d'horreur pour leurs forfaits; mais comme médecins, ne savons-nous pas que ces êtres ont subi le plus souvent dans leurs instincts les conséquences d'une organisation dont ils n'étaient pas les auteurs? La société juge au nom de son intérêt; nous ne voyons que l'état physiologique. Le criminel, que la société en fasse ce qu'elle voudra, pour nous, c'est un individu inférieur ou incomplet, relativement du moins; il a montré, dit-on, dans la perpétration de son crime une profondeur de vue, une habileté étonnantes, cela ne nous surprend pas, nous en rencontrons tous les jours autant chez des fous avérés. En un mot, dans notre appréciation à l'égard de ceux que leurs défectuosités morales ont fait mettre en dehors de la société

DE LA CIRCONCISION EN ALGÉRIE

La Providence
Sait mieux ce qu'il nous faut que nous.
LA FONTAINE.

On sait que les Israélites pratiquent la circoncision (*khettana*) chez tous leurs enfants mâles et sur les adultes qui embrassent leur religion.

Cette opération est en quelque sorte pour eux le sacrement du baptême et le caractère distinctif de leur secte, dont le stigmate est à tout jamais indélébile. Jésus-Christ, ce fils de Dieu fait homme, fut soumis lui-même à l'épreuve de la circoncision, et la religion catholique fête le premier jour de l'an cette époque mémorable de sa vie.

Cette pratique fut mise à exécution pour la première fois par Abraham, sur sa propre personne, à l'âge de cinquante ans. Dieu la lui prescrivit comme sceau de l'alliance qu'il voulait faire avec ce digne et vénérable patriarche. Jésus-Christ abandonna bientôt cette coutume ainsi que ses disciples, mais les Juifs la respectèrent. Ils la pratiquent encore aujourd'hui, ainsi que les Musulmans, avec cette différence toutefois que ces derniers pour qui elle est obligatoire, ne l'exécutent qu'à l'âge de cinq à huit ans.

Elle est facultative pour la mahométane et s'appelle *khifad*. Elle consiste à exciser le clitoris ou les petites lèvres qui chez la femme arabe prennent généralement des proportions extraordinaires. Toutefois nous ferons remarquer que les indigènes algériens *n'excisent* pas leurs femmes.

Le prophète ne parle cependant pas de la posthotomie; au contraire, il condamne pour ainsi dire cette opération, puisqu'il dit qu'au jugement dernier les hommes ressusciteront *nus* et *incirconcis;* néanmoins le musulmanisme en fait une obligation tellement inévitable, que le témoignage judiciaire de celui qui n'est pas circoncis est inacceptable.

Du reste, les autorités musulmanes ont diversement interprété la circoncision. Lors de l'expédition d'Égypte, les *cheicks* de la grande mosquée proposèrent à Bonaparte de musulmaniser son armée, mais le grand général objecta la circoncision et la prohibition de boire du vin, deux conditions auxquelles ne souscrirait jamais le soldat français. C'est alors que les *ulémas* et les *muphtis*, après des discussions fort vives, rendirent un *fétam* par lequel ils déclarèrent que la circoncision n'était pas indispensable pour être musulman.

Lorsque Moïse prescrivit la circoncision à son peuple, chez tous les enfants mâles, il n'eut probablement d'autre but qu'une simple mesure de propreté.

De nos jours, des praticiens, qui figurent au premier rang de la médecine contemporaine, n'ont pas vu seulement dans la loi de Moïse une mesure hygiénique; ils ont pénétré plus au cœur de la question, et la considérant surtout au point de vue médico-chirurgical, étude qui n'avait pas encore été faite jusqu'à notre époque, ils ont démontré qu'elle était éminemment prophylactique et que le vice congénial qu'on appelle le phymosis des nouveau-nés donne souvent lieu à des phénomènes morbides qu'il serait trop long d'énumérer ici, et pour l'étude desquels nous renvoyons à l'intéressant Mémoire que le docteur L. Fleury a lu dans la séance de l'Académie de médecine du 28 octobre 1851.

Un autre praticien envisageant le sujet qui nous occupe principalement au point de vue moral, et considérant que le phymosis congénial donne souvent lieu à des habitudes déplorables (l'onanisme) chez les enfants, a été jusqu'à demander à l'Académie de médecine s'il n'y aurait pas lieu de prendre des mesures pour empêcher les causes de ce honteux penchant, et il a indiqué la circoncision comme cure radicale et moyen prophylactique de cette flétrissante passion.

Nous ne pouvons que louer les bonnes intentions et les généreux sentiments qui ont déterminé notre savant confrère à faire une pareille demande à l'Académie, mais nous pensons que dans un excès de sollicitude morale il a un peu trop exagéré les dangers du phymosis congénial; ses craintes, selon nous, sont outrées et il a trop généralisé, car s'il est vrai que quelques enfants dénaturés, porteurs de ce vice de naissance, s'adonnent à la masturbation, nous croyons qu'il faut accuser la mauvaise éducation, les mauvais exemples et les écarts d'une imagination trop précoce, plutôt qu'une action spéciale localisée dans un centimètre ou deux de prépuce, et ce ne sera pas bien certainement l'excision d'un petit lambeau de peau qui déshéritera la pensée et ses mille aiguillons du pouvoir de stimuler les parties sexuelles de leur influence.

Toutefois, nous nous plaisons à reconnaître que d'une manière générale, dans les cas de phymosis congénial, la circoncision est utile, non point uniquement au point de vue moral, mais surtout pour obvier aux divers phénomènes morbides que peut engendrer ce défaut de conformation, à la gêne qu'il apporte dans l'acte du coït et à la stérilité qui peut en être le résultat. Le docteur Cohen nous dit en effet (Thèse inaugurale sur la circoncision) : « Nous sommes porté à croire, d'après nos connaissances physiologiques actuelles et d'après des auteurs recommandables, que la fécondité chez les Juifs doit être

nous devons apporter les mêmes sentiments qu'au lit des malades : quand nous sommes appelés à traiter un individu atteint de variole confluente, sa vue nous inspire, comme à tout le monde, un épouvantable dégoût, mais pour cela oublions-nous qu'il a droit à notre plus grande sollicitude? Quand nous parlons du ridicule qui se rattache au suicide, nous parlons, cela est donc bien entendu, des maniés, des gestes de l'individu. Quant à celui-ci, il est pour nous ce que sont les malades, l'objet de notre commisération...

Pour étudier *médicalement* le suicide il faut, au lieu de recueillir des anecdotes dramatisées à dessein, procéder comme nous le faisons dans l'étude des maladies et appuyer nos conclusions sur des observations vraies. Le suicidé une fois mort n'appartient plus à notre examen. Celui qui a survécu, honteux de l'insuccès de son entreprise, inquiet du lendemain, fournit les matériaux d'une enquête scientifique que complètent les parents et amis.

Bien loin d'être le fait d'une détermination subite, le suicide est presque toujours préparé de longue main. Comme les maladies, la tendance au suicide a ses débuts insidieux, sa durée, ses temps d'arrêt, ses rémissions, enfin sa crise. Le sujet après avoir été tourmenté longtemps, appelle en quelque sorte avec ferveur le moment de la délivrance. Aussi cette catastrophe qui détermine en apparence un si violent désespoir, est-elle peut-être pour lui bien plutôt une chance heureuse, un bienfait du ciel; elle l'autorise à mettre enfin à exécution ce projet caressé depuis si longtemps; elle justifiera aux yeux du monde, une action que la morale et les lois sociales condamnent; bien plus, elle lui donnera le relief d'un martyre des destinées humaines.

Certes il n'était pas nouveau de dire que des gens ont une propension marquée au suicide; il n'est personne qui ne connaisse des histoires de ce genre, depuis celle des dandys attaqués du spleen jusqu'à celle de ces malheureux qui renouvellent leurs tentatives tous les quinze jours. Mais ce qui l'est peut-être, c'est de voir affirmer par un homme, aussi autorisé, que dans ces cas mêmes où le suicide est le plus inopiné, ce n'est jamais que le résultat d'une disposition antérieure spéciale, d'une préparation.

Ainsi, voici un individu, qui aux yeux de tous, nage au sein des félicités humaines, il est riche, il est bien portant, considéré; sa famille est pour lui une source de joies sans nuages. Cet homme tout à coup se tue. En considérant les circonstances de ce suicide, en rapprochant son instantanéité de son manque absolu de raison, on trouve que ce ne peut être qu'un acte d'aliénation mentale déclarée subitement. Certainement, dit M. Lasègue, il y a des cas où le suicide est la conséquence d'un état d'exaltation cérébrale; mais ici ce n'est pas cela. Bien loin d'être surexcité, cet individu était déprimé; on ne saurait dire ce qu'il y a eu d'hésitation en lui. Sa tranquillité extérieure voilait un monde de souffrances. Il s'occupait encore de ses affaires; c'était pour tromper les yeux sur son état réel; les siens étaient pleins de tendresse, il en était fatigué, en lui-même; il s'en était séparé depuis longtemps. Enfin, depuis bien des mois il n'y avait plus pour lui de consolation et de repos que dans cette pensée qu'il ne dépendait que de sa volonté, au bout du compte, de se soustraire d'un seul coup à tant de misères.

En effet, si vous vous livrez à une enquête, vous ne tardez pas à acquérir la preuve qu'il y a eu là une longue préméditation. Vous apprendrez que cet homme si heureux avait fréquemment des absences, qu'il ne vivait plus comme autrefois, qu'il avait des idées incompréhensibles, qu'il prenait plaisir à faire jouer la batterie d'une arme à feu, à éprouver le tranchant d'un couteau ou d'un rasoir, à faire des nœuds coulants à une corde, on se rappelait enfin qu'il avait souvent des plaisanteries équivoques sur la mort, etc. Toutefois, même dans de telles conditions, il ne faut pas croire que ce soit avec résolution que le suicidé en arrive à son fait; l'indécision était la maladie, l'action n'est que la conséquence d'un élan passager : un instant plus tôt ou plus tard peut-être n'eût-elle pas eu lieu. Pour un grand nombre, c'est un verre de vin de plus que d'habitude, qui est la vraie raison du dénoûment d'un si long drame.

C'est à tort que le suicide est représenté comme un fait en rapport nécessaire avec une cause déterminée : l'idée germe, l'excitation commande et le suicide s'accomplit.

On me parlait un jour, dit M. Lasègue, des changements survenus dans le caractère de M.***; j'interrogeai et je ne tardai pas à acquérir la conviction qu'il y avait dans sa tristesse anxieuse quelque chose de menaçant. Au bout de quelques jours, je dus conseiller, exiger même l'internement dans une maison de santé. Un tel avis à propos d'un homme aimé de tous, plein d'intelligence, qui n'était pas disposé à avouer son état, et qui mettait tous ses efforts à le dissimuler, ne pouvait guère être accepté facilement. J'éprouvai une vive résistance. La décision semblait au moins prématurée, elle était cruelle. J'insistai au nom d'un malheur imminent. Tout ce que je pus obtenir, c'est que le lendemain à une heure, on se résignerait à le laisser emmener sous ma responsabilité, jusque-là on devait exercer une surveillance sans relâche. Le lendemain à onze heures du matin, trompant la sollicitude de sa famille, il montait à sa chambre; si courte qu'ait été son absence, on s'en inquiète, on court, on frappe à sa porte, et pendant qu'on essaie vainement de l'ouvrir, il se fait sauter la cervelle.

Quelquefois, chose bien plus étrange, c'est par une recrudescence d'activité que le moment de crise s'est prononcé. C'est dans ces cas que l'on est trop souvent appelé à reconnaître combien est grande l'erreur de faire reposer la sanité d'esprit sur l'absence de propos absurdes. Derrière l'apparente raison du langage se cache le délire des actions.

Un homme est dans les affaires, ses opérations deviennent mauvaises, il subit successivement des pertes considérables, il est à la veille de sa ruine, il en éprouve un violent chagrin; un jour il se tue. Trop souvent dans de telles circonstances ceux qui entourent le suicidé commettent une erreur contre laquelle devra se mettre en garde le médecin : on attribue son suicide aux malheurs qu'il a éprouvés. En y regardant de près on verrait que ces malheurs ne sont eux-mêmes que la conséquence de la perturbation d'esprit à laquelle il était en proie.

Certains individus ont supporté impunément de graves afflictions : un jour ils se tuent à propos d'une contrariété futile. Est-ce que cette contrariété futile a pris à leurs yeux plus d'importance que la cause d'affliction véritable? Non. En réalité la cause futile et l'affliction ne jouent pour lui qu'un rôle bien sacrifié; sa résolution d'en finir était arrêtée bien avant.

COURS D'OPÉRATIONS

POUR LES MALADIES DE L'ŒIL

Par M. le Dr A. Desmarres, fils.

De la Cataracte.

Considérations générales. — Nous distinguons deux espèces de cataractes, la cataracte simple et la cataracte compliquée.

La cataracte simple est constituée par l'opacification du cristallin.

Elle se rencontre à tous les âges, chez l'enfant, chez l'adulte, chez le vieillard. Comme c'est chez ce dernier qu'on l'observe le plus fréquemment, nous commencerons par l'étude de la cataracte chez le vieillard.

La cataracte chez le vieillard se présente sous quatre formes. Elle est molle, — dure, — mixte, — à noyau flottant.

Cette dernière variété est connue depuis peu de temps et nécessite un mode particulier d'opération.

Toutes les autres espèces, quelles qu'elles soient, se rapportent à ces quatre variétés.

Deux ordres de symptômes caractérisent l'opacification du cristallin : ce sont les symptômes généraux et les symptômes anatomiques.

A. Les symptômes généraux sont fournis :

1° par les habitudes, — 2° par les attitudes.

Quand un individu est affecté de cataracte, il a une physionomie toute particulière et telle qu'à distance on pourrait facilement porter un diagnostic. Il ne peut supporter la lumière, tient le menton penché vers le sternum, les sourcils contractés, les muscles du front plissés, etc. D'après cette attitude on pourrait peut-être de prime abord hésiter entre une cataracte ou une amaurose. Mais en y réfléchissant, on se rappellera que l'amaurotique n'a pas la même attitude. Il a la tête penchée en arrière, les muscles du front sont effacés, les sourcils tirés; il recherche la lumière, ne porte ni lunettes, ni casquette à longue visière.

Pourquoi cela?

C'est que l'individu affecté de cataracte perçoit la lumière, mais la vision ne peut se faire, puisque le cristallin est opaque. La rétine est saine, elle est sensible, mais il n'y a pas d'image possible dans le fond de l'œil. Il fuit donc la lumière parce qu'elle le gêne.

Le contraire a lieu chez l'amaurotique. Le cristallin est sain, les rayons lumineux le traversent, mais il n'y a pas d'image sur la rétine qui est malade, qui ne perçoit rien, qui est insensible, et cette insensibilité lui permet au contraire de rechercher la lumière.

B. Les symptômes anatomiques sont fournis par :

1° La formation des trois images;

2° La coloration du champ pupillaire;

3° L'examen ophthalmoscopique.

1° La formation des trois images est un symptôme connu depuis longtemps et sur lequel nous ne nous arrêterons pas.

2° La coloration du champ pupillaire suffit pour indiquer l'âge de la cataracte.

Quand la coloration est d'un *blanc uniforme*, la cataracte est molle; elle a demandé pour se développer un temps relativement court; deux ans au plus. Quand la coloration est plus sombre au centre de la lentille et qu'elle devient plus claire vers la périphérie, la cataracte est dure; la durée est plus longue, quatre, cinq, six ans et plus.

3° L'examen ophthalmoscopique rend de grands services; mais ici c'est plutôt l'éclairage oblique qui indique s'il y a des opacités dans les couches corticales de la partie profonde, comme chez les myopes, ou dans les couches corticales superficielles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

La cataracte *molle* débute rapidement; la chambre antérieure est diminuée et l'iris est chassé en avant. La pupille est contractée parce que le malade craint la lumière qui irrite la rétine. On observe des stries, des étoiles à la surface du cristallin. Dans tout le champ pupillaire on trouve une couleur blanche uniforme.

La cataracte *dure* a une marche lente; elle débute du centre à la périphérie, par conséquent la coloration est plus foncée au centre qu'à la périphérie. La pupille est dilatée et la chambre antérieure normale.

La cataracte *mixte* rentre dans ces deux variétés.

La cataracte *noire* est une variété des cataractes dures, et la cataracte qu'on appelle *phosphatique* appartient à la classe des cataractes congénitales, au point de vue du traitement et dont nous nous occuperons plus tard.

La quatrième espèce est constituée par les cataractes à *noyau flottant*. Dans cette espèce, la pupille est parfaitement blanche; mais à la partie inférieure on rencontre un arc de cercle jaune à convexité supérieure situé à la partie inférieure de la pupille. Si l'on agite le malade, le noyau se déplace en conséquence.

Cette cataracte a une durée longue; sa coloration, comme nous venons de le voir, est facile à modifier par suite des mouvements qu'on imprime au malade : la pupille est dilatée et la chambre antérieure normale.

Des procédés opératoires. — Le meilleur procédé et le seul applicable aux trois espèces de cataracte, molle, dure, mixte, est la kératotomie supérieure.

Les cataractes phosphatique et à noyau flottant réclament des procédés spéciaux.

Les *contre indications* sont locales ou générales.

Les contre indications locales consistent dans toutes les maladies des parties externes de l'œil, telles que ectropion, tumeur lacrymale, affections anciennes des paupières, ptérygion, etc.

Les contre indications générales consistent dans les maladies du cœur, dans le diabète, dans l'albuminurie, dans le catarrhe pulmonaire (à cause des quintes de toux), dans le grand âge, dans certaines affections cérébrales, l'alcoolisme, etc.

PRÉCAUTIONS.

Il existe des précautions à prendre pour ne pas compromettre le succès de l'opération. Ainsi on fera supprimer l'usage du tabac à priser, car s'il fait éternuer il détermine des secousses fâcheuses. Y a-t-il des précautions médicales à prendre? faut-il saigner? faut-il purger ceux que l'on va opérer? Non; c'est complétement inutile. Le plus souvent, on opère séance tenante les gens qui viennent de la campagne.

Quelle position fera-t-on prendre au malade? sera-t-il sur un lit, sur une chaise? Non; car cette position serait gênante pour l'aide. On le placera sur un tabouret; car de cette façon l'aide peut suivre tous les mouvements du malade.

Le tabouret sera plus bas que la chaise de l'opérateur, afin que celui-ci soit plus libre de ses mouvements. Il est bon quelquefois de fixer les pieds du patient à l'aide d'une serviette, pour qu'il ne se serve pas de ses pieds comme d'un point d'appui pour se porter en arrière et résister à l'opérateur.

L'aide a pour mission de tenir les paupières écartées, consacrant une main pour chaque paupière, afin que le champ de section soit mis à découvert. Il ne doit pas comprimer l'œil, et il prendra ses points d'appui sur les parties osseuses. Il faut que l'aide sache comprendre son rôle et ne cherche pas à voir faire l'opération.

---

attribuée à l'ablation du prépuce qui rend l'acte du coït susceptible de fécondité en permettant librement la sortie de la liqueur séminale qu'un trop long prépuce pourrait arrêter. » En outre, Philon prétend que cette opération facilite la génération; que les nations chez qui elle est en faveur sont plus fécondes et plus populeuses que les autres.

La posthotomie n'est pas seulement une précaution hygiénique pour les Juifs, elle est en même temps une cérémonie religieuse. C'est une de ces solennités dont le hasard nous a fait le témoin que nous venons décrire. Nous avons pensé qu'on nous saurait gré de peindre une cérémonie qui ne manque pas d'originalité, surtout chez des israélites d'Afrique qui représentent le type juif par excellence, tant par le costume primitif qu'ils ont conservé que par ce cachet spécial dont ils ont gardé l'empreinte et qui est inhérent à leur race.

Les juifs arabes observent leur religion avec peut-être plus de régularité que leurs frères d'Europe, aussi bannissent-ils avec le plus grand soin de leurs rites habituels les personnes étrangères à leur secte et qu'ils flétrissent du nom injurieux de *roumis* (infidèles).

Je fus appelé en 1859 à donner mes soins à une jeune accouchée appartenant à une puissante famille israélite algérienne. Quand vint l'époque de la circoncision, je m'enquis auprès du chef de la maison s'il n'y aurait pas possibilité, tout en ne blessant pas les us et coutumes de sa religion bien entendu, de me faire assister à une cérémonie toute nouvelle pour moi, et qui devait m'offrir un double intérêt et comme homme de l'art et comme curieux.

On tint conseil, et les avis de la famille furent partagés. Les membres les plus jeunes, qui avaient déjà une teinte de civilisation, ne voyaient pas grand inconvénient dans ma présence, mais les grands-parents, imbus de leurs préjugés séculaires et ne voyant en ma présence qu'un bel et bon *roumi*, ne partageaient pas tout à fait cette manière de voir, aussi fallut-il toute l'autorité du chef de la famille pour me délivrer un sauf-conduit.

Le jour convenu, c'est-à-dire le huitième après la naissance de l'enfant (cette date est invariable, à moins que la localité ne possède pas de rabbin apte à pratiquer la circoncision), je suis introduit dans un appartement où se trouvent réunis un grand nombre de coreligionnaires du pays qui sont tous invités de droit. Je vais m'asseoir dans le coin le plus obscur de la chambre et je tâche de me dissimuler de mon mieux, afin de ne pas blesser par ma présence les yeux des fidèles et de ne pas trop exciter leur curiosité.

L'un des invités distribue à chaque assistant une branche de myrte en signe de réjouissance sans doute et comme symbole de la candide innocence du jeune être que l'on va sacrifier. Arrivé devant moi, le dispensateur de la cérémonie s'arrête tout court, et d'un œil scrutateur il interroge la société pour savoir s'il doit m'honorer d'un de ces emblèmes. Sur l'invitation du chef de la maison, il m'en offre un que je m'empresse d'accepter le plus gracieusement possible.

Alors commence le chant des prières (*ladane*). — Si jamais dans ma vie j'ai regretté de ne pas connaître la musique, c'est bien certainement dans cette circonstance, car je pourrais donner à mes lecteurs une bien originale description de cet incroyable carillon, mélange de beau, de laid, de sons graves, stridents, et peut-être de mélodie!... — Il faut donc renoncer à décrire cette scène musicale; qu'on sache cependant que mon tympan fut effroyablement mutilé par tous ces sons discordants et qui me portaient parfois à rire involontairement, mais c'était le cas ou jamais de garder un sérieux hippocratique.

Après vingt minutes environ de ce menuet à la fois burlesque et agaçant, on passe dans une pièce voisine où se trouve dressée une table ronde richement parée de tapis aux couleurs resplendissantes et bariolées, et littéralement chargée de gâteaux de toute espèce. Le miel (*âcel*), le beurre (*zebda*), les dattes (*tamr*) et l'essence de roses (*âtre*), constituent la base essentielle de ces diverses préparations exécutées généralement par les membres de la famille.

Des flacons aux peintures voyantes contiennent pour la plupart de l'anisette arabe (*araqui*), qui n'est pas autre chose que le produit de la distillation des fruits secs du ficus (*kermouss*) et des semences d'anis (*sanoudj*). — Ce sont les juifs qui fabriquent cette liqueur enivrante : ils en ont pour ainsi dire le monopole. L'appareil au moyen duquel ils obtiennent ce liquide est trop primitif pour que nous n'en disions pas un mot en passant.

Après avoir fait macérer des figues sèches et des fruits d'anis dans une certaine quantité d'eau (*el-mâ*) pendant quinze ou vingt jours, on verse le tout dans un vase quelconque (le plus souvent, c'est une casserole en fer battu, *stele*,) sur lequel on adapte un second vase renversé de même dimension que le premier et qu'on lute au moyen d'une terre argileuse. Sur un des côtés du vase supérieur on pratique une ouverture à laquelle on adapte un tube en roseau (*kssobe*) qu'on lute également et qui conduit à un récipient en terre cuite reposant sur un bain d'eau froide. On chauffe, on porte le tout à l'ébullition et la distillation s'opère de cette manière. Inutile de dire que lorsqu'on chauffe trop fort, le feu prend bien vite au frêle tube conducteur, mais à part cette imperfection entre bien d'autres, cet appareil, réduit à la plus simple expression, ainsi qu'on vient de le voir, constitue un véritable alambic. Du reste, si mes souvenirs sont exacts,

HÉMIPLÉGIE FACIALE

Guérison rapide par l'électricité.

Par M. le Dr F. Moriau, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le 5 novembre 1864, je suis consulté chez moi, à huit heures du soir, par Mlle D..., couturière à Uzès. Cette malade, âgée de vingt-six ans, brune, d'une constitution fortement sanguine, se présente dans un état d'excitation et d'inquiétude extrême. C'est au milieu de pleurs que la consultante m'apprend que la veille au soir, sortant de l'église, elle fut surprise par la pluie, et que fortement mouillée avant d'arriver à son domicile, elle ressentit de violents frissons qui, néanmoins, disparurent sous l'influence des vêtements chauds et d'une douce température. Elle se coucha sans rien ressentir d'anormal, et s'endormit aussi calme qu'à l'ordinaire. Le matin, en s'éveillant, elle fut étonnée de voir que ses règles étaient arrêtées (elles en étaient au troisième jour et coulaient habituellement cinq jours); son étonnement devint de l'inquiétude lorsqu'elle vit, en s'habillant, que son œil gauche se fermait complétement et que sa bouche grimaçait. Elle se rendit à sa journée; mais, tout en travaillant, il lui sembla que son cou augmentait de volume et que la partie gauche de la face obéissait mal à sa volonté. Le soir, en se regardant à la glace, elle vit son œil gauche gros et rouge, sa paupière restait involontairement renversée, sa bouche grimaçait, et c'est alors qu'elle vint toute effrayée me demander de la guérir.

Dès le premier examen, il me fut facile de porter le diagnostic de l'affection que j'avais à observer : *absence de rides transversales du côté gauche du front, sourcil gauche pendant, œil saillant et injecté, paupière inférieure légèrement renversée en dehors, épiphora, joue flasque, aile du nez immobile...,* tous les signes pathognomoniques de la paralysie de la septième paire étaient manifestes.

En interrogeant la malade, je reçus d'elle des réponses qui confirmèrent de plus en plus mon jugement. Ainsi, elle me dit que la sensibilité est la même du côté gauche et du côté droit, mais qu'il lui est impossible de mouvoir la paupière inférieure, les lèvres et la joue du côté gauche; qu'elle ne peut ni siffler ni prononcer distinctement les lettres *o, p, b*; d'autre part, la langue n'est point déviée, le pouls est normal.

Le diagnostic bien sûrement posé, il nous restait à choisir entre les divers traitements préconisés dans l'affection qui nous occupe.

La cause première de la paralysie était évidemment le froid qui avait entraîné la suppression des règles. Cette considération, jointe à la coloration de la face et à une augmentation notable du volume de la région mastoïdienne du côté gauche, nous portent à conseiller une émission sanguine locale.

7 novembre. Huit sangsues à la région mastoïdienne gauche. — Deux pédiluves sinapisés.

8 *novembre*. Diminution de la tension dans la région du cou. — Augmentation de la déviation des traits. — Pédiluves. — Frictions sur le front, la joue et le cou, du côté malade, avec l'alcool camphré.

9 *novembre*. Même état : la paralysie a encore augmenté. — Dix sangsues, loco dolenti. — Pédiluves.

10, 11, 12 *novembre*. La continuation des frictions alcooliques et des pédiluves n'amène aucune amélioration.

12 *novembre*. Première séance d'électrisation de la partie malade (appareil de Morin); cette séance dure un quart d'heure. Nous obtenons la contraction de tous les muscles paralysés.

13 *novembre*. Amélioration sensible. — La malade a ressenti des secousses dans les parties électrisées la veille; l'œil se ferme un peu. — Séance de douze minutes.

14 *novembre*. L'œil se ferme complétement. — La narine gauche se mobilise. — Séance d'un quart d'heure.

15 *novembre*. La commissure labiale se relève, l'œil s'ouvre et se ferme à volonté, l'épiphora n'existe plus. — Séance d'un quart d'heure.

16 *novembre*. Au repos, la paralysie n'est plus sensible; elle ne le devient que quand la malade veut rire. — Séance d'un quart d'heure.

17 *novembre*. Guérison complète, cessation de tout traitement.

6 *décembre*. Les règles ont apparu à l'époque ordinaire; elles coulent abondamment. — Aucune trace de paralysie n'existe.

Ainsi, voilà un cas de paralysie venu à la suite d'un refroidissement et de la suppression d'une hémorrhagie naturelle dans lequel les émissions sanguines ont aggravé le mal, et que dix séances d'électrisation ont suffi à guérir. La promptitude avec laquelle le traitement galvanique a produit une amélioration sensible et la guérison m'a semblé digne d'être signalée.

ALBUMINURIES PRODUITES PAR L'ARSENIC

Par M. le Dr Gallavardin (de Lyon).

L'année dernière, dans la *Gazette des Hôpitaux*, p. 271, M. le docteur P. Meilhar relatait l'observation d'une *albuminurie à la suite d'un eczéma généralisé*.

En relisant attentivement cet article, j'ai pensé que notre confrère d'Argentat aurait pu l'intituler : *Eczéma généralisé et albuminurie produits par l'acide arsénieux.*

En effet, la femme M..., sujet de l'observation, ne présentait une éruption eczémateuse que sur la face dorsale des mains lorsque, le 1er janvier 1864, elle commença à boire deux cuillerées par jour de la liqueur suivante :

Acide arsénieux....	5 centigrammes.
Eau...............	600 grammes.

Elle prit ce médicament jusqu'au 17 janvier, c'est-à-dire pendant 16 jours.

Or, c'est après l'ingestion répétée de ce remède que la femme M... présenta une éruption eczémateuse généralisée, de la fièvre, du larmoiement, de l'anorexie, des crampes d'estomac : tous symptômes qui peuvent être produits par l'acide arsénieux, comme l'a démontré le professeur Imbert-Gourbeyre dans ses publications sur l'arsenic. Il me paraît donc inutile d'insister sur ce point.

La femme M... continua néanmoins sa potion d'acide arsénieux, en prenant seulement une cuillerée par jour jusqu'au 24 janvier. A ce moment apparaissent les divers symptômes de l'albuminurie qui, le 8 février, était déjà complétement guérie.

Or, il n'est pas étonnant que la femme M... ait présenté de l'albuminurie après avoir pris pendant 23 jours de l'acide arsénieux; car il n'est point rare de voir les diverses préparations d'arsenic produire de l'albuminurie, des urines sanglantes et les lésions albuminuriques des reins, non-seulement chez l'homme, mais encore chez les animaux. Pour le démontrer, il me suffit de citer quelques exemples de ce fait, entre autres :

1° L'observation de Schindler (*Journal fuer chirurgie von Graefe und Walther*, 1838);

2° L'observation de Tacherines, chimiste du XVIIIe siècle;

3° L'observation d'O'Reilly (Dublin Journal, *et Archives générales de médecine*, 1842);

4° L'observation de Paterson (*Archives générales de médecine*, nov. 1848);

5° L'observation du professeur Vogel (*Archiv. fuer Wissenschaft Heilkunde*, 1853);

6° L'observation du professeur Christison (*Edimburg med. Journal*, 1856);

7° Les six expérimentations faites sur des chats par le docteur Quaglio, de Munich (*Allgemeine Horn. Zeitung*, 1858);

8° Les observations d'urine sanglante à la suite de l'empoisonnement arsenical faites par Caels (XVIIIe siècle) et par Orfila;

9° L'observation du docteur Müller (*Wien. med. Worhenschrift*, 1860).

Ces observations ont été rapportées, quelques-unes *in extenso*, d'abord par le professeur Imbert-Gourbeyre (*Du traitement de la maladie de Bright par l'arsenic*, 1863) et ensuite par le docteur Auguste Ollivier, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris (*Essai sur les albuminuries produites par l'élimination des substances toxiques*, 1863).

Il me paraît donc très-probable que l'acide arsénieux a produit, à part l'eczéma primitif des mains, tous les symptômes présentés par la femme M..., y compris les phénomènes thoraciques (œdème pulmonaire, toux, dyspnée) qui peuvent survenir après l'ingestion de l'arsenic, d'après le professeur Imbert-Gourbeyre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 janvier 1865. — Présidence de M. Richet.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale* de Strasbourg. — Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. — Les *Archives générales de médecine*.

— MM. Béraud et Richard adressent leur démission.

— M. Larrey présente au nom de M. Beurdy, médecin-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Batna (Algérie), une observation intitulée : *Calcul de l'urèthre*, extraction par le périnée, guérison; avec trois figures de grandeur naturelle. (Commissaires : MM. Chassaignac, Boinet et Dolbeau.)

— M. Follin présente au nom de M. le docteur Pize (de Montélimart), candidat au titre de membre correspondant, une observation intitulée : *Fistule vésico-vaginale considérable datant de neuf ans*, opérée en 1856 par l'ancienne méthode, récidivée et opérée avec succès par la méthode de M. Marion-Sims modifiée.

COMMUNICATION.

Du traitement des hernies étranglées. — L'opium et les purgatifs après l'opération.

M. Verneuil communique les observations de deux cas intéressants de hernies étranglées. Dans l'une, il s'agit d'une dame d'une belle constitution et d'une bonne santé, âgée environ de 40 ans, qui, portant depuis quelques années une hernie crurale droite assez irrégulièrement contenue par un bandage, vit tout à coup se produire les symptômes d'étranglement : douleur subite dans l'aine, anxiété, face grippée, refroidissement et vomissements incoercibles. Des tentatives assez prolongées de taxis furent faites, sans succès, par le médecin habituel. M. Verneuil, arrivé le lendemain à midi auprès de la malade (15 heures après le début de l'étranglement), se décida immédiatement pour l'opération à cause de la gravité des accidents.

La première partie de l'opération n'offrit rien de particulier, mais quand il fallut débrider, l'anneau était si serré que M. Verneuil ne put introduire aucun corps conducteur; le débridement dut être fait directement avec le bistouri dans une étendue de deux ou trois millimètres, puis complété en haut et en dedans. L'intestin amené au dehors, du liquide intestinal commença à sourdre par une très-petite plaie située au niveau de l'étranglement. Cette anse d'intestin était fortement congestionnée. M. Verneuil fit alors deux points de suture par le procédé Lembert, c'est-à-dire en faisant passer les fils entre la couche musculeuse et la couche muqueuse. L'intestin fut alors réduit avec le soin de maintenir la partie suturée au niveau de l'anneau, près la face profonde de la paroi abdominale. Une amélioration notable se manifesta aussitôt. A cause des conditions particulières de l'intestin, M. Verneuil, au lieu d'administrer un purgatif après l'opération, prescrivit sept centigrammes d'opium. L'éréthisme tomba et tout alla bien.

Une des ligatures se détacha le neuvième jour et l'autre le vingt-neuvième. La plaie était alors presque cicatrisée, et quelques jours plus tard la guérison était complète.

En terminant, M. Verneuil dit qu'il croit devoir attribuer une partie du succès obtenu d'une part au mode de suture; d'autre part à l'opium administré après l'opération.

L'autre cas communiqué par M. Verneuil est relatif à un homme de 78 ans qui avait trois hernies, deux inguinales et une ombilicale, qu'il maintenait d'une façon assez irrégulière. Le 24 décembre 1864, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, une des hernies inguinales sortit plus volumineuse que d'habitude et on ne put pas la réduire. M. Verneuil fut alors appelé à trois heures du matin. Une première tentative de taxis était restée sans succès, j'en fis une deuxième pendant dix-huit minutes, après avoir soumis le malade aux inhalations de chloroforme. La hernie ne bougea pas. Le malade fut alors plongé dans un bain, et à neuf heures du matin une troisième tentative de quarante minutes de taxis resta également sans résultat. La tumeur de l'aine avait le volume des deux poings. Le malade prétendait que les deux tiers supérieurs de cette tumeur étaient formés par une hydrocèle ancienne. J'avais peine à croire à un étranglement véritable à cause du volume de la hernie et la grandeur de l'anneau. Cependant les coliques étaient violentes; en remontant vers le collet du sac on sentait un pédicule du volume du pouce. Les accidents augmentant toujours, je me décidai à opérer. Je fis une incision sur le collet du sac et alors je vis que le point rétréci était au niveau même de l'anneau inguinal externe. J'incisai au-dessous, puis je débridai. Une anse de l'intestin grêle se présenta alors au-devant de l'épiploon; il était, ainsi que le mésentère, d'un rouge foncé, tirant sur le noir. Du reste, point d'étranglement par le collet du sac. Je vis alors que la tumeur tout entière était réellement une hernie composée d'une anse d'intestin grêle, d'une portion de l'S iliaque du côlon et d'une vingtaine d'appendices graisseux de l'épiploon; la coloration de l'intestin grêle était toute différente de celle du gros intestin. De plus, le sac contenait un grand verre de sérosité. Il n'y avait pas d'hydro-

---

je crois savoir que l'alambic nous vient des Arabes, puisque ce sont leurs alchimistes qui ont découvert le moyen de séparer l'alcool (*el kohol*) des matières fermentées. Rhazès en parle le premier en 940.

Cet extrait alcoolique, cette anisette, puisqu'il faut l'appeler par son nom, figure généralement sur la table des juifs algériens dans toutes les occasions solennelles. On la boit quelquefois pure, mais le plus souvent on la mélange avec un peu d'eau, afin d'en atténuer les funestes effets, quand on en fait des libations par trop copieuses, ce qui n'est pas aussi rare qu'on pourrait bien le croire. Et cependant la législation juive défend l'usage des spiritueux, tels que l'absinthe, le cognac, etc., excepté le vin (*cherab*) que les *croyants* sont autorisés à boire, pourvu qu'il ait été récolté et préparé par leurs propres mains. Or, comme la vigne n'a pas encore bien prospéré en Afrique, il en résulte que les vrais fidèles boivent journellement de l'eau et conservent le peu de vin qu'ils possèdent pour les fêtes de Pâques; mais, il faut bien le dire, il en est un bon nombre qui ne sont pas tout à fait aussi scrupuleux en cet endroit et qui ne s'abstiennent pas aussi longtemps de ce généreux liquide. Le fruit défendu est une si bonne chose !... Et Noé lui-même n'a-t-il pas été la première victime de sa précieuse découverte !... — Soyons donc indulgents sur ce point et reprenons le fil de notre narration.

Les verres, les assiettes, les tasses à café, tout en un mot est littéralement doré sur tranche, et l'on voit aisément qu'on a visé au plus grand effet possible. Du reste, le caractère arabe, chez le juif comme chez le musulman, est essentiellement empreint d'un double cachet d'orgueil et d'ostentation. Le riche comme le pauvre recherche avec le plus grand empressement toutes les occasions d'étaler ce qu'il a de plus brillant; il le montre avec la vanité la plus affectée, croyant sans doute en imposer aux infidèles. Il aime par excellence, comme il se complaît à le dire lui-même avec une jactance *parfois* insolente, à faire de la *fantazia*, et se trouve le plus heureux des mortels quand il voit qu'il a produit un certain effet; peu lui importe le reste; aussi pourrait-on dire de lui, avec beaucoup de vérité, ce que l'on a déjà dit de l'Italien : *Habit de velours, ventre de son.*

Dans un coin de l'appartement se voit un fauteuil à grand renfort de guirlandes et de soieries aux couleurs flamboyantes, surmonté de coussins au bariolage le plus bizarre et représentant des arabesques fort variées. Enfin, un tabouret également orné de satin rouge guilloché termine l'appareil qui doit servir de chaise curule au père de l'enfant.

Ce dernier, les épaules recouvertes d'une magnifique écharpe blanche à franges d'or, vient prendre place sur un siége avec toute la gravité que comporte la situation; mais, avant de s'asseoir, il donne une certaine somme qui doit être distribuée aux coreligionnaires nécessiteux.

Sur ce, les chants recommencent de plus belle et toujours sur le même diapason. Les femmes, qui sont restées pendant tout ce temps dans une pièce voisine, en compagnie de l'accouchée et revêtues de leurs plus belles parures dont la chachaïa (1) forme un des plus beaux ornements, exhalent de leurs poitrines les cris les plus perçants qu'elles peuvent y puiser et tapotent (*zgarite*) en même temps sur leurs bouches, ce qui produit un ramage des plus singuliers. C'est ainsi qu'en Algérie le beau sexe témoigne son allégresse dans toutes les réjouissances.

(1) Espèce de bonnet grec surmontant le sommet de la tête, orné de pierres précieuses ou de pièces de monnaie, avec une chaîne (*selsela*) qui forme la jugulaire et tombe parfois jusqu'au sommet de la poitrine.

Quelques instants après, l'enfant, ceint de vêtements somptueux aux plus riches broderies, est présenté par la grand'mère, femme d'une obésité remarquable, et qui, par conséquent, doit être considérée comme une fort jolie femme, car la polysarcie chez le peuple arabe est regardée comme un titre de grande beauté; tant il est vrai de dire que des goûts et des couleurs il ne faut pas discuter.

Le circonciseur (*thabar*), à l'adresse duquel nous glisserons quelques mots en passant, saisit sans autre forme de procès le pauvre petit être et le place sur les genoux du père, qui, dans cette pénible circonstance, remplit les fonctions de parrain, ainsi le veut l'usage.

Imaginez-vous un homme de petite taille, maigre, âgé d'environ soixante ans, à barbe blanche, longue et sale, typographié par la petite vérole (*barboucha*), n'y voyant que d'un œil (*aour*), et vous aurez une idée quoique bien imparfaite du vénérable sacrificateur. Il se tient majestueux en face du jeune patient; à côté de lui, deux aides, à figure assez intelligente, tiennent, l'un une assiette pleine de cendres, l'autre un plateau surmonté d'un verre d'eau fortement aromatisée et d'un flacon contenant de la poudre de corail (*gabra metaa el mordjenne*). Quelques bandelettes de toile fine, enduites d'huile d'olives (*zit-hhalou*), un couteau à manche d'argent de forme assez bizarre, et deux instruments ayant beaucoup de ressemblance avec une lyre, complètent l'appareil chirurgical.

Dr Tarneau.

cèle. La première partie de la réduction fut facile, mais quand je voulus faire rentrer le gros intestin et les masses épiploïques, cela me fut impossible, quoique j'eusse détruit les adhérences que j'avais rencontrées. La tension de l'abdomen était telle qu'il fallut renoncer à terminer la réduction. Alors je me décidai à reporter le gros intestin dans le vaste sac formé par le scrotum. Je maintins le tout au moyen de sutures faites sur presque toute la plaie.

Après la troisième tentative de taxis, le malade ne se réveilla qu'incomplètement. Il répondit cependant aux questions, mais pour retomber immédiatement dans une espèce de demi-sommeil. La mort survint trente et quelques heures après l'opération, sans que rien de nouveau se soit produit du côté du ventre.

En résumé, dit M. Verneuil, les points essentiels de cette observation sont:

1° La réalité d'un étranglement par l'anneau fibreux inguinal externe;

2° L'irréductibilité de la hernie;

3° La coloration différente de l'intestin grêle et du gros intestin.

M. LEFORT. Les bons effets obtenus par M. Verneuil de l'emploi de l'opium après l'opération des hernies étranglées ne m'étonnent pas. J'y ai eu recours dans quatre cas et toujours les malades s'en sont bien trouvés. Cette pratique, qui consiste à remplacer les purgatifs par l'opium dans le traitement consécutif des hernies étranglées, commence à se généraliser, surtout à l'étranger, et je ne doute pas qu'avant peu il ne soit plus communément accepté en France.

Dans l'un des quatre cas auxquels je faisais allusion tout à l'heure, il s'agissait d'une femme de 40 ans qui avait subi, sans succès, des tentatives multiples de taxis. Il existait chez elle deux tumeurs : l'une occupait la place ordinaire des hernies crurales, l'autre de forme irrégulière, probablement épiploïque, était située plus haut vers le pli inguinal. J'administrai après l'opération un centigramme d'opium par heure. La malade resta cinq jours sans aller à la garde-robe, ce qui ne l'empêcha pas de guérir parfaitement.

Dans un autre cas, la malade resta sept jours sans aller à la garde-robe et elle guérit aussi très-bien.

Je crois que l'opium, dans ces cas, ne rend pas seulement service en calmant tous les phénomènes généraux, mais aussi en diminuant les accidents nerveux réflexes causés par le pincement intestinal.

Dans les cas d'ouverture de l'intestin, soit par la gangrène, soit par l'instrument, l'opium rend encore évidemment de très-grands services. Il est également utile en produisant l'immobilité des parties enflammées. Je crois donc que l'opium doit être préféré aux purgatifs après les opérations de hernies étranglées.

M. DÉSORMEAUX. Je ne sais si la pratique qui consiste à substituer l'opium aux purgatifs, après l'opération de la hernie étranglée, appartient à la chirurgie étrangère, mais je puis affirmer que M. Letenneur (de Nantes) a recours à ce moyen depuis longues années. Je l'ai moi-même employé souvent. Je ne saurais pourtant pas dire aujourd'hui quelle est la méthode qu'il faut préférer à l'autre, car j'ai souvent aussi eu recours aux purgatifs, et j'en ai tiré de bons effets. Peut-être, au lieu d'être exclusif, vaudrait-il mieux chercher à déterminer les indications particulières de chacune de ces méthodes.

M. CHASSAIGNAC. Sur quoi le débridement a-t-il porté dans le cas de hernie crurale?

M. VERNEUIL. J'ai débridé directement en haut sur l'anneau fibreux.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que le débridement efficace ne se fait jamais sans qu'on ait coupé les anneaux fibreux. C'est là un fait que je tenais à faire ressortir. Je n'ai presque jamais vu l'étranglement causé par le *fascia crebriformis*.

Depuis longtemps, à la Société de chirurgie, il a été question de l'opium comme moyen de traitement consécutif à l'opération dans les hernies étranglées; et cependant je n'ai pas encore osé renoncer aux purgatifs, parce que je trouve en eux un moyen de me convaincre de la perméabilité du tube digestif. Je ne vois que deux contre-indications : la perforation ou la gangrène de l'intestin.

M. DEMARQUAY. Voilà dix ans que je donne l'opium au lieu des purgatifs. J'ai trouvé cette pratique établie à la maison de santé par mon honorable prédécesseur M. Monod, qui la tenait de M. Beurdy.

Cette manière de faire m'a toujours paru utile. En général, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent l'opération, les malades vont à la garde-robe spontanément et sans qu'il soit nécessaire de leur donner de purgatif. L'opium a, d'ailleurs, l'avantage de calmer l'éréthisme de l'estomac. Je n'ai pas fait de statistique; mais je puis affirmer que cette méthode réussit mieux que celle qui consiste à administrer des purgatifs.

M. LEFORT. Je ne crois pas qu'une évacuation alvine soit nécessaire pour prouver que tout est rentré dans l'ordre; il suffit de voir cesser les accidents généraux causés par l'étranglement.

M. CHASSAIGNAC. En administrant l'opium, si on a affaire à une hernie mal réduite, on ne peut être averti qu'un certain temps après l'opération; tandis qu'on le sait presque immédiatement en donnant un purgatif, et alors on peut agir de nouveau avant que les accidents inflammatoires soient au-dessus des ressources de l'art.

M. LARREY. Je serais disposé à me ranger à l'avis de M. Chassaignac. Quoi qu'il en soit, je crois devoir à la mémoire de Dupuytren de dire que ce grand chirurgien était partisan de l'opium; or, M. Monod a, je crois, été son interne.

M. VERNEUIL. Je suis aujourd'hui revenu de l'opinion que j'avais autrefois sur la nécessité des purgatifs; cependant je ne crois pas, comme MM. Lefort et Demarquay, qu'il faille toujours les proscrire. Ainsi, par exemple, quand l'intestin est distendu par des liquides et des gaz, je crois utile de le débarrasser de ces matières au moyen d'un purgatif. Nous en avons la preuve dans le soulagement et le bien-être apportés par cette évacuation, dans les circonstances malheureuses où l'on est obligé de pratiquer l'anus artificiel.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas nécessaire de purger pour savoir si le cours des matières est rétabli. En effet, les accidents généraux persistent, malgré l'opium, si l'étranglement persiste. D'ailleurs, s'il ne s'agit que d'évacuer l'intestin, je préfère donner simplement des lavements laxatifs.

M. VERNEUIL. Faut-il donner l'opium en cas de péritonite avec ballonnement?

M. DEMARQUAY. Dans ces cas même, l'opium est préférable aux purgatifs, parce que si les vomissements persistent après l'emploi des purgatifs, on ne sait pas à quoi les attribuer, aux purgatifs ou aux accidents d'étranglement.

M. LEFORT insiste sur ce que vient de dire M. Demarquay en réponse à M. Chassaignac, et il ajoute : L'étranglement n'agit pas seulement, ni même principalement, par l'obstacle au cours des matières. Sa principale action consiste surtout dans l'irritation portée sur les nerfs de l'intestin.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas la prétention de juger ici la question en litige, je veux seulement donner le résumé d'une observation recueillie il y a quelques années. Un malade opéré par moi était allé à la selle après l'opération; néanmoins, voulant me soumettre au précepte généralement donné, on prescrivit une bouteille d'eau de sedlitz. Le malade mourut. Je ne veux pas dire que la mort ne serait pas survenue sans cela, mais depuis cette époque je ne donne plus de vrais purgatifs et me contente de faire prendre quelques grammes d'huile de ricin.

Dans les cas de péritonite déjà existante, je crois qu'il faut surtout donner de l'opium. Cette manière de faire a, entre autres avantages, celui de permettre de nourrir immédiatement.

M. MARJOLIN demande à ses collègues s'ils ont complétement abandonné la saignée dans les cas de hernies étranglées compliquées de péritonite. Ce qu'il a vu le porte à penser que ce moyen ramène souvent l'action de l'intestin quand celui-ci a été paralysé par l'étranglement.

M. CHASSAIGNAC. Je ne veux pas faire la guerre à l'opium; mais si je préfère les purgatifs, c'est parce qu'ils m'aident à vaincre la paresse intestinale, surtout dans les cas où une dilatation, souvent énorme, de l'anse située au-dessus de l'étranglement, a augmenté encore la paralysie produite par l'étranglement lui-même. J'ajouterai, maintenant, qu'en disant hernie étranglée, nous ne savons pas toujours ce dont nous parlons. Pour moi, il n'y a étranglement que quand il y a eu rejet de matières intestinales par la bouche.

De cette difficulté dans la détermination précise des faits, il résulte un vague extrême, parce qu'on agit dans des circonstances très-différentes les unes des autres. Il y a là des éléments de confusion très-fâcheuse, qui rendront toujours les conclusions difficiles.

M. BROCA. M. Verneuil a constaté l'étranglement par l'anneau fibreux; M. Chassaignac croit que c'est la règle. Pour ma part, je regarde cette opinion comme exagérée, et même, je dis plus, si on voulait établir des proportions exactes, on trouverait un résultat précisément opposé à celui signalé par M. Chassaignac. Je ne veux pas nier la possibilité de faits semblables, mais ce seront toujours des faits exceptionnels.

M. Broca rappelle, en terminant, les longs débats qui ont eu lieu depuis une vingtaine d'années sur ce point de pathogénie herniaire. Un grand nombre de fois, des commissions d'anatomistes des plus compétents, Bérard, M. Deville, M. Denonvilliers et beaucoup d'autres, se réunirent pour constater sur le cadavre le siége précis de l'étranglement, et jamais ces commissions n'ont pu retrouver l'étranglement par les anneaux fibrenx; toujours, au contraire, on acquérait la conviction qu'il avait son siége soit au collet du sac, soit encore plus souvent au niveau d'un des trous du *fascia crebriformis*.

M. Broca ajoute que, il y a quelques années, M. Chassaignac ayant annoncé un cas d'étranglement par l'anneau fibreux chez un malade qui avait succombé, une commission, dont M. Broca faisait partie, se transporta à l'école pratique pour constater le fait. L'examen attentif démontra que M. Chassaignac s'était trompé, et, sur sa demande, l'observation ne fut pas publiée.

M. RICHET confirme les détails donnés par M. Broca et exprime le regret qu'autrefois il n'ait pas été donné suite à la discussion soulevée à ce sujet par M. Chassaignac.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 18 janvier 1865, M. Walther, second médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, a été promu au grade de premier médecin en chef de la marine dans le service colonial.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle de distribution de prix le 6 février prochain, à deux heures, au palais de l'Institut, sous la présidence de M. le général Morin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie, leçons faites à l'hôpital Necker, par M. A. J. DÉSORMEAUX, chirurgien de l'hôpital Necker, membre de la Société de chirurgie et de la Société anatomique de Paris. In-8° de 186 pages, avec 3 planches et 10 figures. Prix, 4 fr. 50. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Société de chirurgie de Paris. Discussion sur l'hygiène et la salubrité des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 140 pages. Prix, 2 fr. 50 c. — Paris, 1865, chez Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Recherches statistiques sur les accidents produits par l'accès épileptique.

L'épilepsie ne présente pas seulement un très-grand intérêt pour le pathologiste par l'étude de tous les phénomènes inhérents à la maladie elle-même; elle intéresse encore, non moins directement, le praticien par le nombre et la gravité des accidents qui en sont si souvent la suite et qui réclament de sa part, indépendamment des soins immédiats, une attentive surveillance et des mesures prophylactiques. Les traités et mémoires spéciaux sont pleins de relations des accidents de toute sorte auxquels sont exposés les épileptiques, tels que contusions, ecchymoses, plaies, fractures, luxations, hémorrhagies, etc. On peut consulter notamment avec fruit sur ce sujet le chapitre particulier que lui a consacré M. Delasiauve dans son excellent ouvrage sur l'épilepsie. Néanmoins, il y a beaucoup à apprendre encore à cet égard, tant est vaste le champ de l'imprévu en fait d'accidents de cette nature. Aussi croyons-nous utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques-uns des résultats qui ressortent d'un travail statistique que viennent de publier sur ce sujet, dans la *Gazette hebdomadaire*, MM. Jules Rengade et Léon Raynaud, internes provisoires des hôpitaux. Placés dans un asile qui renferme environ trois cents malades atteints d'épilepsie (Bicêtre) et frappés de la fréquence et de la gravité des accidents qu'ils ont eu l'occasion d'observer à la suite des accès, ces deux laborieux jeunes gens se sont livrés à des recherches statistiques qui leur ont fourni, à côté des résultats confirmatifs de ce que l'on savait déjà, quelques particularités peu connues et qui nous ont paru mériter d'être signalées. Voici quelques faits que nous empruntons à leur travail.

La statistique de MM. Rengade et Raynaud est basée sur l'observation de trois cent seize épileptiques entrés à Bicêtre dans un laps de temps de six années.

Du premier tableau qu'ils ont dressé, il résulte que deux malades sur trois environ sont exposés aux divers accidents occasionnés par les accès, et qu'il n'en est que quatre sur cent chez lesquels ces accidents soient sans importance.

Un deuxième tableau montre le peu de gravité des lésions dues à l'accès épileptique, chez un petit nombre de malades qui semblent avoir été privilégiés à cet égard.

Un troisième tableau, le plus considérable, comprend tous les accidents observés sur deux cents malades chez lesquels les accès ont été compliqués d'accidents sérieux plus ou moins graves.

Voici l'analyse succincte des divers accidents exposés dans ce tableau.

Cent soixante-sept malades sur deux cents, ont présenté des contusions, des ecchymoses ou des plaies.

Les contusions et plaies à la tête sont, de beaucoup, les plus nombreuses et les plus graves; puis viennent celles des membres que l'on observe surtout au niveau des grandes articulations : coude, épaule, genou, etc. Celles du dos, de la poitrine et de l'abdomen sont plus rares. Six ou sept malades seulement en ont offert des exemples.

Les ecchymoses ont été quelquefois très-étendues, et le sang épanché ne se résorbant pas toujours, il en est résulté chez quelques malades des décollements considérables de la peau et des suppurations opiniâtres.

Les plaies, comme les ecchymoses, ont abondé à la tête, et sur les parties saillantes des articulations; elles se sont montrées fort graves dans les cas où elles ont été repétées sur le même point, à cause de la dénudation continuelle et des contusions directes auxquelles les surfaces osseuses sont alors exposées.

Soixante-dix individus environ sur deux cents, sont sujets à se mordre la langue, les lèvres ou les joues pendant les accès. Peu profondes chez quelques-uns, ces morsures ont été très-graves chez d'autres; un malade s'est coupé la lèvre inférieure, deux autres se mordent si fréquemment la langue qu'elle est couverte de cicatrices. Deux épileptiques se mordent profondément les bras et les doigts et mordent quelquefois aussi les personnes qui cherchent à les maintenir pendant la crise.

Les brûlures communes chez les épileptiques qui vivent de la vie privée, sont beaucoup plus rares à Bicêtre, où les mêmes occasions n'existent pas. Il en est de même, du reste, pour quelques autres accidents que la surveillance et la promiscuité avec un grand nombre d'autres malades rendent beaucoup moins fréquents que dans l'intérieur des familles ou dans la vie privée.

Les fractures et les luxations, très-communes, comme on le pense bien, présentent rarement des particularités à signaler, si ce n'est la fréquence de leur reproduction chez le même sujet, surtout pour les luxations. Chez quatre épileptiques les luxations de l'épaule se sont répétées plusieurs fois. Un malade a eu l'épaule luxée à quatre reprises différentes, et la dernière fois les tentatives de réduction ont été infructueuses. Chez un autre malade la même luxation s'est reproduite six fois, et plus souvent encore chez un troisième. La réduction du reste, dans ces cas, est aussi facile que le déplacement. Ce dernier remet très-souvent lui-même son épaule luxée.

Presque tous les accidents de nature nerveuse occasionnés par l'accès d'épilepsie ou les violentes congestions qu'il détermine sont des hémiplégies. Ces hémiplégies affectent surtout le côté droit. — On a déjà vu que beaucoup d'épileptiques tombent toujours de la même manière et sur le même point. On verra plus loin plusieurs exemples d'unee sorte de prédilection pour le côté droit dans un grand nombre de chutes ou d'autres accidents épileptiques.

Les complications névropathiques ont frappé vingt-neuf malades.

Pour les hémorrhagies, MM. Rengade et Raynaud ont fait deux grandes divisions. Les hémorrhagies traumatiques compliquant les contusions et les plaies produites par la chute, et les hémorrhagies non traumatiques ou spontanées déterminées par la crise nerveuse elle-même. Ces dernières comprennent ces pétéchies accompagnées de gonflement à la face et au cou, regardées comme très-fréquentes par beaucoup d'auteurs, et que nos deux observateurs n'ont rencontrées que trois fois. Dans cette même division, ils placent, en le rapprochant des cas semblables observés par M. J. Parrot, un cas d'hématidrose par la paume des mains et les organes génitaux observé sur un malade; les hémoptysies consécutives constatées par eux deux fois, et ces congestions cérébrales et méningitiques auxquelles presque tous les épileptiques sont sujets, et qu'ils n'ont recueillies que lorsqu'elles étaient nombreuses ou violentes et partant véritablement dangereuses. Elles ont présenté ces caractères chez vingt-sept malades.

La mort est ordinairement causée par une forte congestion cérébrale ou méningitique, déterminée le plus souvent par une série de violents accès. C'est de cette manière qu'elle a frappé six malades. Le dernier, dont la mort était récente lors de la publication de ces recherches, était un jeune enfant qu'une série d'accès, comme il en avait parfois, avait rendu depuis longtemps hémiplégique. Il avait imprudemment mis le feu à ses vêtements en jouant avec des allumettes. La vive frayeur qu'il en éprouva, et sans doute aussi les troubles occasionnés par la brûlure elle-même, donnèrent lieu à une série de violents accès qui se terminèrent par l'asphyxie et la mort.

La congestion et la violence des accès n'ont pas été les seules causes de la mort; dans quelques circonstances elle a été produite par une asphyxie toute mécanique dépendant du lieu où se trouvaient les malades au moment de l'accès. Les épileptiques qui y sont exposés sont ceux dont les attaques, d'une intensité même médiocre, ont lieu pendant la nuit, ou ceux qui tombent la face en avant sur des oreillers, sur de la terre fraîchement remuée ou tout autre corps dans lequel le visage peut s'enfoncer avec facilité. Ne pouvant, par défaut d'intelligence ou de volonté, se soustraire à cette position fatale, la mort est alors produite par l'occlusion des voies respiratoires. Ce genre d'asphyxie s'est présenté chez quatre malades.

Parmi les accidents divers, MM. Rengade et Raynaud signalent un cas d'empoisonnement par le tabac qui a eu lieu dans des circonstances assez étranges, mais qui ne sont pas rares chez les épileptiques.

Un malade venait d'introduire dans sa bouche une énorme *chiqué*, lorsqu'il fut subitement pris d'un violent accès. Au milieu des convulsions, le tabac, qui n'avait encore subi qu'une mastication légère, fut avalé, mais, fort heureusement pour le malade, gagna le pharynx et l'œsophage au lieu de pénétrer

---

DE LA CIRCONCISION EN ALGÉRIE (1),

Notre rabbin défait rapidement les langes de l'enfant : il exerce en même temps quelques légères frictions sur le corps du pénis (*zobe*), afin, je le présume, d'exciter l'érectibilité de cet organe et, partant, de faciliter l'excision du prépuce (*djelda*). Au même instant, il tire à lui la partie qu'il doit amputer, et l'introduit brusquement dans la rainure d'un instrument qui est, à quelque chose près, identique au dos des sondes cannelées dont nous nous servons pour pratiquer l'opération du *filet* chez les nouveau-nés.

Cet instrument, qui remplit en quelque sorte l'office d'une guillotine, est confié à l'un des aides. Alors l'opérateur, qui n'a pas lâché le prépuce, s'arme du couteau qu'il est obligé de saisir par le dos, attendu que la lame joue dans la charnière du manche comme le ferait un rasoir, et cherche à couper tant bien que mal l'organe qui est emprisonné dans la rainure du premier instrument. Mais, oh! malheur.... la lame, dont la trempe et la confection laissent beaucoup à désirer, est impuissante à trancher un objet qui aurait dû être enlevé d'un seul trait.

L'enfant pousse aussitôt des cris perçants que lui arrache l'exquise sensibilité du réseau nerveux prépucial; mais ces cris sont immédiatement étouffés par les chants de la religieuse assemblée.

Le circonciseur, loin de s'émouvoir de ce malencontreux incident, conserve le plus grand sang-froid, et, avec un calme digne de nos plus habiles opérateurs, il cherche à terminer de son mieux, mais il ne fait que meurtrir la peau à chaque coup de couteau.

Je ne puis réprimer un mouvement d'impatience et de pitié pour ce pauvre petit être que l'on martyrise, et je sors instinctivement de ma trousse un bistouri de Charrière fraîchement repassé; je le présente au rabbin sans m'inquiéter s'il l'acceptera ou le refusera. Le père de l'enfant, comprenant sans doute, d'après ma démarche, que l'opération ne se faisait pas suivant les préceptes de l'art, apostrophe notre opérateur de la façon la plus véhémente, et lui intime l'ordre de continuer avec mon bistouri. L'instrument du *roumi* fit merveille, et le prépuce fut enlevé d'un seul coup, à la grande satisfaction de toute l'assistance, qui recommence ses chants avec un véritable acharnement.

Mais ne perdons pas de vue le vénérable opérateur qui se jette à corps perdu sur la verge du jeune sacrifié, l'introduit dans sa bouche à différentes reprises et rejette chaque fois, dans l'assiette de cendres que lui présente son aide, le sang qu'il a humé avec la plus grande précipitation. Il prend quelques gorgées d'eau aromatisée qu'il projette immédiatement après s'en être rincé la bouche.

Ceci fait, il déchire la muqueuse prépuciale jusqu'à la base du gland avec le simple secours des ongles, ainsi le veut la loi de Moïse (1): puis il rabat les lambeaux sur les surfaces saignantes. Cette manœuvre fut exécutée avec assez peu de dextérité. Faut-il accuser l'inhabileté de l'opérateur? Plutôt que d'infliger un pareil reproche à ce vénérable vieillard, nous préférons incriminer la disproportion notoire qui existe entre les doigts du rabbin et l'exiguïté des surfaces sur lesquelles il opère.

Nous arrivons au troisième et dernier temps de l'opération, le pansement de la plaie. Une première bandelette, enduite d'huile d'olive, est appliquée sur la base du gland; une deuxième bandelette, de forme ronde et percée d'une ouverture à son centre, est placée sur le gland lui-même, afin de rendre la mixtion facile; une troisième bandelette surmonte et soutient le tout. Disons enfin qu'avant de faire l'application des diverses pièces du pansement on saupoudre les parties saignantes avec de la poussière de corail, comme hémostatique sans doute.

L'opération est terminée. L'impatiente assemblée est au comble de la joie, puisqu'elle compte un enfant d'Israël de plus; aussi témoigne-t-elle sa satisfaction par les clameurs et les hourras les plus frénétiques. Bientôt les convives sont à table, et chacun fait fonctionner de son mieux ses masséters; et Dieu sait s'ils s'acquittent bien de la chose, car si le Juif, semblable en cela du reste à l'Arabe, mange peu d'ordinaire, il sait, à l'occasion, se dédommager, et ne se fait pas scrupule d'ingurgiter au besoin des masses considérables de comestibles, kouskoussou ou autres, avec une goinfrerie dégoûtante. Aussi, il faut le dire, cette sobriété, dont on a tant parlé dans les récits des voyageurs, et que l'on se plaît tant à reconnaître à l'Arabe, n'existe chez lui qu'à l'état de vertu de nécessité.

Désirant donner au chef de la famille un témoignage de ma reconnaissance pour sa gracieuse obligeance à mon égard, je le priai d'accepter comme souvenir le bistouri qui avait eu les honneurs du sacrifice et qu'il conservera, m'a-t-il dit, comme un précieux talisman.

Quant au traitement qu'on a fait suivre à l'enfant, nous ne pouvons en rendre compte, attendu qu'il ne nous a pas été permis d'en suivre les phases diverses; mais, d'après les informations que nous avons recueillies, il résulte que les souffrances ne durent guère que deux ou trois jours, et que le septième tout est rentré dans l'ordre normal. Le

(1) Fin. — Voir le numéro du 2 février.

(1) En 1843, le consistoire de Paris a supprimé la succion de la plaie par le *mohhel* (circonciseur). On a demandé aussi la suppression de la dilacération par les ongles (1844). En Allemagne, il s'est formé parmi les Juifs une secte qui a renoncé à la pratique de la circoncision, depuis quelques années.

dans le larynx. La crise terminée, il se releva sans présenter plus de stupeur ni d'abattement qu'après ses attaques habituelles; mais quelques heures après il ressentit du malaise, de la pesanteur de tête, des nausées; le pouls était faible, les pupilles dilatées; il y avait de l'amblyopie... L'empoisonnement ne parut pas douteux, et un éméto-cathartique fut administré sur-le-champ. Une heure et demie plus tard, plusieurs vomissements amenèrent l'expulsion du tabac avalé; dès lors les accidents cessèrent, et en quelques heures le malade fut rétabli.

Chez beaucoup d'épileptiques, à chaque nouvelle chute, c'est toujours le même point du corps qui heurte le premier le sol. Dix-huit malades ont présenté cette remarquable particularité. Sur ces dix-huit malades, six tombent toujours sur le côté droit, tandis que deux seulement tombent toujours sur le côté gauche. Des dix autres, trois se frappent aux coudes ou aux genoux, des deux côtés indistinctement; deux tombent continuellement sur le dos, un sur le front, un sur le sommet de la tête, un autre sur l'occiput, un autre sur le nez, un dernier enfin sur le menton. Cette circonstance de la répétition fréquente des accidents sur le même point, explique comment il n'est pas rare de voir chez les épileptiques la cicatrisation des plaies traîner en longueur et s'accompagner de cicatrices difformes. Les contusions répétées sur le coude ont amené chez un malade la formation d'un hygroma de la bourse séreuse sous-tricipitale, et la constance des chutes sur l'épaule a produit chez un autre un grand nombre de luxations de cette articulation.

Il nous resterait à exposer quelques-unes des observations que MM. Rengade et Raynaud ont faites relativement aux diverses influences qui agissent sur le nombre, la nature et la gravité des accidents, et à parler du traitement. Ce sera pour la prochaine *Revue*.

De la dilatation temporaire du canal nasal par la méthode dite de Bowmann.

A notre époque où les travaux étrangers prennent une importance singulière, il n'est pas sans intérêt de rechercher quelles sont les nouveautés véritables que les traductions des livres anglais ou allemands ont introduites chez nous.

M. Guépin, de Nantes, vient d'adresser au *Journal de médecine de Bordeaux* une série d'observations de maladies du sac et du canal lacrymal qui ont été traitées par la méthode de Bowmann, et il en tire cette conclusion que la dilatation du canal lacrymal, comme la dilatation de l'urèthre, ne peuvent avoir une efficacité réelle que si la dilatation est longtemps continuée après le rétablissement du canal. « Pourquoi, dit l'auteur, ceux qui ont un canal nasal rebelle ne se passeraient-ils pas une sonde tous les huit jours? » Au point de vue des résultats et des conséquences thérapeutiques qui en ont été tirés, les observations de M. Guépin ne laissent rien à désirer. Mais là n'est pas toute la question, voyons ce que nos modernes entendent par la méthode de Bowmann.

Cette méthode consiste à fendre le conduit lacrymal supérieur, à pénétrer dans le sac lacrymal, puis à introduire par l'ouverture ainsi obtenue une série de sondes ou stylets métalliques de grosseur progressive, et classés par numéros. On introduit une sonde dans le canal nasal, on la laisse en place quelques minutes ou plusieurs heures et on la remplace par une autre sonde plus grosse. Et déjà des modifications ont été apportées au manuel opératoire. M. Weber (1) a proposé de dilater avec une sonde de gomme, rendue rigide par un mandrin. M. Guépin a laissé les sondes d'argent à demeure. Enfin, à l'aide de stylets d'argent creux on a pu joindre les avantages des injections à ceux de la dilatation.

(1) Weber, *Archiv für Augenheilkunde*, 1861, t. VIII. A. 1., p. 94.

Avant M. Bowmann on connaissait le procédé de J. L. Petit désigné sous le nom de dilatation temporaire. Voici ce que disait J. L. Petit : « Je fais une incision au sac lacrymal, j'y introduis une sonde cannelée, je la pousse dans la narine, et par ce moyen je débouche le canal. La cannelure de cette sonde me sert à conduire, dans la voie qu'elle vient de tracer, une bougie avec laquelle je tiens ce canal ouvert. Je change tous les jours cette bougie; j'en cesse l'usage quand je crois que la surface interne du canal est bien cicatrisée. Alors les larmes reprennent leur cours et la plaie extérieure se réunit en deux ou trois jours (1). » Beer et Mackensie ont adopté cette méthode, et M. Desmarres en a figuré les instruments et le manuel opératoire dans son traité des maladies des yeux.

Travers employait, pour rétablir le passage libre dans le canal nasal, des sondes métalliques en argent ayant environ cinq pouces de longueur, soit quinze centimètres, de volume différent, aplaties par une de leurs extrémités et légèrement renflées à l'autre. « Dans beaucoup de cas où la maladie est récente et dans les cas où le rétrécissement n'a pas encore acquis un grand degré de force, on obtient, dit Travers, une guérison complète par trois ou quatre introductions de la sonde jusque dans la narine, à l'intervalle d'un ou deux jours (2). » Dans un bon nombre de cas, Travers introduisait les stylets par un des points lacrymaux.

Travers laissait aussi quelquefois ses stylets en place pendant vingt-quatre heures. Enfin il avait aussi l'habitude de faire des injections dans le canal les jours où il n'introduisait pas la sonde.

On le voit, la méthode ou pour parler plus justement le procédé de Bowmann est celui de Jean-Louis Petit et de Travers qui, lui aussi, avait pris modèle sur l'auteur français du XVIII[e] siècle.

Un seul point diffère dans l'exécution des procédés anglais et allemands de Bowmann et Weber, la division préalable du conduit lacrymal supérieur. Et dans cette pratique on retrouve quelque chose d'analogue à la fois à l'ouverture du sac de J. L. Petit, et au cathétérisme par des points lacrymaux de Travers. Il y a là une toute petite modification, dont la seule utilité est de conduire plus facilement le chirurgien dans le sac lacrymal et d'entretenir une ouverture du sac plus longtemps persistante. Toutes autres particularités du procédé ont été faites par Anel, Travers, après que J. L. Petit eut institué la méthode.

Polypes de la Vessie.

M. Potain, médecin de l'hôpital Saint-Antoine a présenté à la société anatomique une pièce intéressante, dont voici l'histoire :

Elle avait été recueillie chez un vieillard qui avait succombé à la suite de diverses hémorrhagies cérébrales successives.

A plusieurs reprises le malade avait eu des hématuries.

La vessie examinée se présentait dans l'état suivant : sa surface interne, très-injectée, offrait une coloration violacée très-intense. Sur la paroi postérieure à gauche, existait une petite tumeur du volume d'une noix, molasse, fongueuse, recouverte par une masse grisâtre de phosphates calcaires. On voyait à côté plusieurs petites tumeurs fongueuses recouvertes de plaques calcaires et présentant à l'œil nu un aspect chevelu. Cette tumeur, suivant M. Potain, ressemblait à des polypes fongueux, et il la rapprochait de certaines tumeurs fongueuses de la vessie qu'il avait vu précédemment à la société anatomique et qui s'étaient rencontrées chez des sujets atteints de cancer généralisé.

(1) Ces lignes sont tirées du *Traité des opérations* de Garengeot, t. II, p. 81; édition de 1748.

(2) Travers, *Synopsis of disease of the eye*, p. 369 et suivantes. London, 1820.

Les polypes de la vessie sont des affections très-rares et elles offrent des difficultés considérables dans leur diagnostic. Dans le fait observé par M. Potain, il n'y avait eu que des hématuries. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a pas de moyen certain de préciser la nature de la tumeur à moins de l'avoir sentie par le cathétérisme, et cela est toujours difficile. Cependant, en procédant par voie d'exclusion, dans le cas où l'on aurait senti une tumeur de la vessie, on devrait éliminer l'idée d'un cancer toutes les fois qu'il y aurait des hématuries sans fétidité de l'urine. On sait en effet que l'un des caractères du fongus ou cancer de la vessie est une odeur cadavéreuse de l'urine, au moins après que les hématuries ont duré un certain temps. On repousserait l'idée de varices du col de la vessie, en considérant les antécédants du malade et l'état des veines des parties voisines de la vessie. Si le malade n'avait pas eu de cystite, s'il n'avait aucune trace d'hémorrhoïdes ni de varices des veines du pénis, on serait autorisé à croire que l'hématurie a son origine dans un polype de la vessie.

La science possède plusieurs observations de polypes de la vessie. Mais aucune n'est bien authentique, si ce n'est une observation de M. Hélie publiée dans les bulletins de la Société anatomique en 1838, l'une des mines les plus riches que possède la science, disons-le en passant. Il s'agissait en effet dans ce cas, comme dans le fait cité plus haut, d'une végétation molle, pulpeuse, demi transparente, pédiculée et vasculaire. Elle s'était développée assez rapidement.

Toutes les muqueuses peuvent être l'origine de polypes, la vessie ne saurait faire exception. Les deux faits cités ici et ceux qui leur ont été comparés ont comblé une lacune dans les cadres anatomo-pathologiques.

TRAITEMENT DES SYPHILIDES MALIGNES PRÉCOCES,

Par M. Dubuc.

Prendre le matin une pilule de proto-iodure de mercure de 25 milligrammes, ou une pilule de Sédillot ou de Dupuytren, ou une cuillerée à bouche de la liqueur de Van Swieten.

Le soir, prendre du sirop d'iodure de potassium à doses croissantes, de manière à représenter 2, 3 ou 4 grammes d'iodure de potassium par vingt-quatre heures.

Associer les topiques astringents et antiseptiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une note en allemand sur les trichines et les moyens de s'en préserver, envoyée par le gouvernement saxon, avec une copie du rapport adressé sur ce travail au comité consultatif d'hygiène, par M. le docteur Baumes. (M. Delpech, rapporteur);

2° Des rapports sur le service médical de l'hôpital thermal de Vichy, par M. A. Durand (de Lunel), et de Hammam Meskoutin (Algérie), par M. le docteur Deslongchamps. (Commission des eaux minérales);

3° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Amiot (de Baumes), Yvonnot (de Blois), et comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges, des Bouches-du-Rhône et de l'Aube. (Commission des épidémies);

4° Un mémoire sur les revaccinations, par M. le docteur Jobert, (de Guyonvelle). (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

1° MM. Gallard, Hillairet et de Pietra Santa se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène;

---

résultat est généralement satisfaisant; la cicatrice n'est point vicieuse, et l'aspect du pénis n'a rien qui choque la vue.

Nous n'entrerons pas dans de plus longs détails sur le manuel opératoire que nous venons de décrire, cela nous entraînerait dans des considérations beaucoup trop longues et qui outre-passeraient notre but. Toutefois, nous ne voulons pas clore ce travail sans dire qu'elle est notre appréciation sur l'instrument que nous avons décrit et que nous appellerons, si l'on veut bien nous le permettre, pince-prépuce (*teucala*).

Cet instrument, que nous n'avons trouvé décrit dans aucun ouvrage, nous semble réunir de fort bonnes conditions pour l'opération du phymosis des nouveau-nés, surtout entre les mains de gens étrangers à l'anatomie; il met, en effet, le circonciseur le plus maladroit dans l'impossibilité de léser le gland, avantage immense selon nous, car l'on aurait très-probablement des accidents à regretter, si des rabbins ineptes pratiquaient la circoncision avec le seul secours des doigts et d'un couteau bien effilé, attendu qu'à cette époque de la vie le gland est encore à l'état rudimentaire, et qu'on le sent à peine sous les téguments formés par le prépuce : un novice pourrait parfaitement comprendre ces deux organes dans une même section, ce qui s'est déjà vu en Algérie, à Batna notamment.

Telle est notre courte appréciation sur ce curieux instrument; le lecteur fera le reste et jugera à son tour.

Les Arabes algériens ne pratiquent pas la circoncision de la même manière que les juifs; cependant il existe quelques localités où juifs et musulmans la pratiquent de la même façon.

N'ayant pas vu pratiquer la posthotomie sur des Arabes de l'intérieur, nous sommes forcé d'emprunter la description qui va suivre à l'excellent ouvrage de M. le docteur Bertherand sur *la médecine et l'hygiène des Arabes*. Ces divers procédés sont trop curieux et présentent trop d'intérêt au point de vue opératoire pour qu'ils ne trouvent pas place dans cet article :

« Pour circoncire, l'opérateur (*thabar*), après avoir préparé une grande gamelle en bois (*djefna*) remplie de sable pour recevoir le sang, se place sous un *haïck* (grande pièce de toile), avec un ou deux assistants, dont l'un tient l'enfant les cuisses bien écartées. Le *thabar* ramène le prépuce en avant le plus possible et le lie fortement avec un fil ordinaire contre le gland. Il prend aussitôt un disque de bois (*oueurgha*) un peu plus fort et plus large qu'une pièce de cinq francs et au centre duquel existe un trou circulaire. C'est à travers cette ouverture que le *thabar* passe d'abord le fil, puis tout le prépuce fortement lié. En un clin d'œil il presse fortement le disque contre le gland, tire légèrement le fil pour tendre le prépuce et détournant habilement l'attention de l'enfant en lui faisant regarder le plafond, un objet quelconque, il profite de ce moment pour couper le *djelda* (prépuce) à l'aide de forts ciseaux, quelquefois avec un rasoir, le plus souvent avec le couteau arabe courbé et si bien effilé. Un des assistants présente alors un œuf frais, ouvert avant l'opération, et dans lequel est entièrement plongée la verge de l'opéré.

« Au bout de deux ou trois minutes, le *thabar* couvre la plaie avec de la poudre fine de feuilles d'*aghar* (thuya articulé), à titre d'hémostatique sans doute, et entoure la verge d'une petite bande ou d'un morceau de chiffon. Le jeune enfant est couché sur le dos et doit rester plusieurs jours dans cette position autant que possible. L'opérateur le visite pendant sept jours. La première fois, il enduit la plaie avec un mélange de beurre chaud et de grains pilés de *séroual* (cyprès). Les jours suivants, il fait un pansement consistant en cataplasmes d'oignons, de *chiah'* (*absinthium judaicum*) et de beurre pilés ensemble, dans le but de prévenir et de diminuer la suppuration. Si, à la septième visite, la plaie n'est pas entièrement guérie, l'opéré doit prendre un bain de verge dans du sable bien chaud.

« Quand le *djelda* a été séparé par le *thabar*, un des assistants l'enveloppe aussitôt dans un chiffon. Après l'opération, ce morceau de prépuce est déposé et abandonné sur un objet quelconque, soit un arbre, soit un palmier (*makhla*), dans un endroit quelconque, un jardin, soit par exemple sur un animal, un bœuf, etc., et le père du circoncis lui fait cadeau de l'objet, de la propriété ou de l'animal sur lequel le *djelda* a été placé. Cette pratique est en honneur dans sud. »

Le docteur Nogués (*Thèse inaugurale*, Paris, 1851, page 39), a décrit le procédé suivant, duquel il a été témoin chez les Arabes « L'appareil consiste en deux bouts de ficelle ordinaire et un couteau commun, mais bien effilé. L'opérateur saisit avec le pouce et l'index de chaque main le limbe du prépuce qu'il attire fortement à lui en s'assurant que la muqueuse ne reste point en arrière de la peau. Un aide fait alors avec un des morceaux de ficelle un nœud qui rase le sommet du gland. Un second nœud est fait de la même façon un peu en avant du premier et l'opérateur coupe d'un seul coup de couteau entre les deux; le premier nœud engourdit la sensibilité au point de rendre l'opération presque indolore; tous deux s'opposent au glissement de la muqueuse, qui est divisée d'une manière très-nette et au même niveau que la peau. L'opérateur a dans une coquille d'œuf un mélange fait avec la cendre de laurier-rose, de feuilles de lentisque pilées et du miel, il en recouvre la plaie, après avoir renversé la portion de muqueuse restante et il abandonne à la nature le soin de la réunion. »

Tels sont les procédés divers employés par les indigènes algériens pour pratiquer la posthotomie. Ils varient, comme on le voit, d'après les localités et sont probablement aussi nombreux que ceux que possède la chirurgie française.

2° M. J. Charrière présente une nouvelle clef à dents de l'invention de M. Ritouret, de Périgueux.

Cette clef, que l'inventeur appelle Clef-Ritouret, est destinée à l'extraction des dents présentant les plus grandes difficultés. Cet instrument est composé d'une tringle mobile qui se meut librement dans un tube pratiqué dans le corps même de la tige de la clef; à l'extrémité de cette tringle est adapté le crochet qui sert à l'extraction des dents. C'est au moyen d'un bouton vissé à l'autre extrémité, et qui glisse dans une petite rainure, que le doigt de l'opérateur promène le crochet et qu'il le fait arriver à l'endroit de la bouche où il doit opérer. Pour donner à l'instrument, avec cette mobilité, toute la force qu'il comporte, la tringle est munie d'un petit talon dit à queue d'aronde, qui va à coulisse dans le panneton où est ménagé une seconde petite rainure, plus deux crochets qui, par leur forme oblique, permettent d'aller plus loin;

3° M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre de M. H. Roger, secrétaire de la commission centrale pour l'érection de la statue de Laënnec, qui sollicite le concours de l'Académie et la prie de vouloir bien ouvrir une souscription dans ses bureaux;

4° *Transmission de la syphilis par la vaccine.*

— M. AUZIAS TURENNE adresse sur ce sujet la lettre suivante dont M. le secrétaire donne lecture :

« J'ai l'honneur de transmettre à l'Académie les documents qui suivent, à titre de contribution au débat actuel.

« I. OBSERVATIONS. — 1° Voici deux faits dont je dois la communication à un confrère de province, honorable et instruit. Ce qu'il rapporte s'est passé dans un chef-lieu de sous-préfecture. La pièce originale est à la disposition de l'Académie.

« Deux dames âgées de trente à trente et un ans, assez bien douées « par la nature et désireuses de ne rien perdre de leurs avantages, « prièrent une sage-femme de les revacciner. Celle-ci pratiqua la pe- « tite opération, en prenant le vaccin sur un enfant de Paris, en nour- « rice dans la localité. Du sang coula, dit-on, des piqûres de l'enfant « et de celles des deux dames.

« Au bout d'un mois à cinq semaines, une de ces dames, voyant « que ses boutons ne se cicatrisaient pas, me pria de l'examiner. Je « constatai au bras gauche une ulcération violacée, profonde, d'un « centimètre de diamètre, à bords inégaux et renversés. Cette ulcé- « ration était recouverte d'une croûte assez épaisse, qui, au dire de « la malade, se renouvelait de temps en temps. Le bras droit offrait « deux ulcérations moins profondes, mais ayant les mêmes caractères. « Les ganglions axillaires et cervicaux étaient engorgés. Il y avait des « douleurs nocturnes. Bientôt une roséole cuivrée se répandit par tout « le corps. Cependant l'ulcération, qui avait conservé sa teinte vio- « lacée, commençait à se cicatriser. »

« L'auteur note que les parties sexuelles et que les ganglions de l'aine étaient exempts de toute lésion, mais que plus tard il apparut une plaque muqueuse au périnée. Il donne ensuite des détails sur le traitement et sur ses résultats.

« La seconde dame attendit plus longtemps avant que de se décider à consulter le médecin. Mêmes accidents aux bras que chez la première. Plus tard, ulcérations aux amygdales, roséole, et, deux mois après l'inoculation vaccinale, quelques ulcérations superficielles aux organes génitaux.

« L'observateur, médecin des maris, s'est assuré qu'aucun d'eux ne portait de traces de syphilis; il leur a prudemment conseillé l'abstention de rapports conjugaux.

« Le vaccinifère ayant été rendu à ses parents à Paris, n'a pu être examiné.

« Une troisième personne, soumise à la vaccination en même temps que ces dames, n'a pas voulu montrer ses bras, et a répondu évasivement à toutes les questions qu'on lui a faites. Il s'agit peut-être, dit le narrateur, d'un troisième accident tenu secret.

2° J'ai publié dans le *Courrier médical* du 30 mai 1863, entre autres faits, la relation d'un enfant, dont la matière d'une pustule vaccinale de onze jours avait transmis la syphilis, tandis que la lymphe de la même vésico-pustule, recueillie trois jours plus tôt, avait pu être inoculée sans danger à deux enfants.

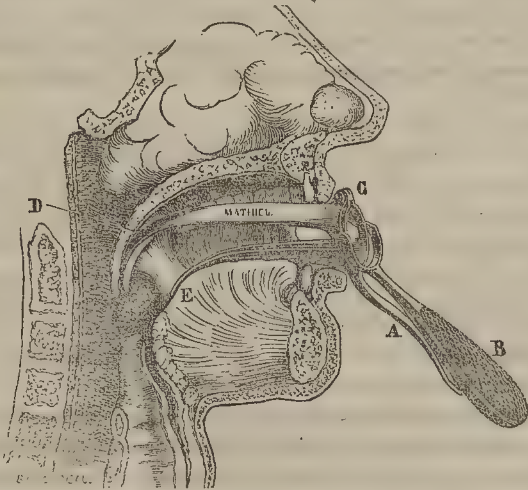
« II. EXPÉRIENCES. — 1° Le professeur Boëck a écrit à l'Académie des sciences le 18 août 1856 :

« ..... Dans la syphilisation des enfants, j'ai souvent fait un mé- « lange de la matière syphilitique avec du vaccin, et je n'ai obtenu « que des pustules syphilitiques. Quelques jours plus tard, j'inoculais « le même enfant avec du vaccin sans mélange, et j'obtenais les pus- « tules vaccinales les mieux caractérisées..... »

« Je rapporte ce texte qu'on a allégué à tort, ce me semble, à l'appui de l'opinion de ceux qui considèrent le sang comme l'unique agent de la contagion dans les *syphilis ex vacciná*.

« 2° A une date beaucoup plus récente, le même expérimentateur habile a vacciné un enfant atteint de syphilis héréditaire. Le vaccin, recueilli ensuite sur cet enfant, a été soigneusement mélangé à son propre sang et inoculé dans cet état à deux *spédalsques* exempts de syphilis et déjà vaccinés dans leur enfance. Chez un seul de ces derniers, une vaccine régulière se développa; mais chez aucun des deux, — ils ont été longtemps surveillés et le sont encore, — la syphilis n'a été le résultat de l'inoculation. »

Speculum laryngien. — M. ROBIN présente, au nom de M. Labordette, de Lisieux, un instrument de son invention, destiné à l'exploration du larynx. Il dépose sur le bureau, en même temps que l'instrument, la note explicative suivante :



Les cas fréquents d'angine laryngée chez les enfants, leur terminaison trop souvent malheureuse, m'ont donné à regretter de ne pouvoir disposer de moyens autres que ceux auxquels j'avais eu recours. Mal secondé par les aides qui entourent la malade, il est presque impossible pour le chirurgien de province de faire ce qui peut être fait dans les hôpitaux. Les moyens pour explorer le larynx peuvent être employés quelquefois chez les adultes, mais jamais ou presque jamais chez les enfants. Appelés souvent à une période avancée du croup, nous ne pouvons que faire la trachéotomie, et cette opération ne donne pas toujours des résultats heureux. C'est sous l'influence de ces idées que j'ai conçu la pensée de l'instrument que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie. Un speculum bivalve, s'ouvrant transversalement, comme celui de M. Cusco, mais prenant son point d'appui en haut de la valve fixe ou supérieure, d'où un mouvement excentrique et de bascule sur lequel nous allons revenir.

La valve postérieure disposée en courbe, de façon à prendre le voile du palais et à descendre plus ou moins profondément dans le pharynx; la valve inférieure plus courte, devant s'arrêter à la base de la langue qu'elle déprime en avant par le mouvement de bascule dont nous avons parlé, doit faire faire saillie à l'épiglotte. Voici quel était le plan de l'instrument que j'ai confié aux soins habiles de M. Mathieu. J'ai l'extrême satisfaction d'avoir réussi au-delà, je l'avoue, de mes espérances. Je craignais les nausées, l'impossibilité de laisser cet instrument, d'un assez fort volume, dans l'arrière-gorge. Mes essais sur une douzaine de sujets m'ont tous donné les résultats suivants.

L'instrument introduit dans la bouche est poussé aussi avant que possible. La branche postérieure, descendue dans le pharynx, sert de point d'appui. C'est alors que l'on abaisse la langue sans difficulté en faisant manœuvrer la valve antérieure qui laisse immédiatement apercevoir l'orifice béant du larynx. Pas de nausées. Nous avons pu en venir successivement à regarder l'épiglotte sur cinq ou six personnes; mes confrères les docteurs Levillain, Vauquelin et Notta, de Lisieux, ont pu constater la facilité avec laquelle on voyait le larynx ouvert. Il se réfléchit d'ailleurs dans le miroir placé au-dessus de lui à la partie interne de la branche descendante de l'instrument.

On pourra donc sans difficulté, dès le début de l'affection croupale, voir la partie affectée et y porter un écouvillon et les caustiques. Je ne passerai pas en revue les divers cas pour lesquels le spéculum laryngien devra être utile; ce sera, je pense, tous ceux qui nécessiteront l'usage d'instruments devant agir sur le larynx; car on peut laisser le spéculum longtemps en place et les parois si contractiles de l'arrière-gorge ne seront pas touchées par les instruments introduits qui arriveront directement et sûrement dans le larynx à travers ce tube solide. Inutile d'ajouter que le volume de l'instrument varie suivant l'âge des sujets chez lesquels on l'emploie.

Je serai mille fois heureux si des mains plus habiles que les miennes veulent bien, par l'usage de mon instrument, donner la mesure réelle de sa valeur, et si j'ai pu apporter un moyen de guérir et de faciliter le traitement des affections du larynx.

La note et l'instrument sont renvoyés à l'examen de M. Gosselin.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. Martinenq, un travail relatif à la question qui est actuellement l'objet de la discussion. L'auteur donne son assentiment à l'opinion de ceux qui soutiennent la transmissibilité de la syphilis par la vaccine.

— M. LARREY offre en hommage à l'Académie, au nom de M. Richet, un ouvrage sur les anévrysmes. C'est, dit-il, une monographie qui est digne d'être placée à côté de celle de M. Broca.

— M. VELPEAU a reçu d'une personne de Nantes une lettre dans laquelle on l'informe qu'un habitant du Croisic, marin parti il y a deux ans pour le Mexique à bord de la *Meuse* qui a perdu 104 marins de la fièvre jaune, rentré il y a dix-huit mois dans ses foyers, a été pris, il y a quelques semaines, de la fièvre jaune, à laquelle il a succombé. Le fait est affirmé par des médecins de Nantes connus de tous et dont le témoignage ne peut être suspecté.

M. Mélier est invité à prendre connaissance de cette lettre.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. H. ROGER, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur des demandes d'application des décrets. Les conclusions négatives sont mises aux voix et adoptées sans opposition.

LECTURE.

Fabrication et emploi des couleurs d'aniline au point de vue hygiénique. — M. BERGERON, candidat pour la section d'hygiène, donne lecture du résumé d'un travail sur la fabrication et l'emploi des couleurs d'aniline, envisagés au point de vue de la pathologie et de l'hygiène industrielles, de la police médicale et de la médecine légale; il ne s'occupe dans la présente communication que de la question de pathologie, qui peut être ainsi résumée :

La fabrication de l'aniline et des couleurs qui en dérivent (rouge et bleu de Fuchsine) comprend une succession d'opérations complexes dans lesquelles se produisent ou sont mises en œuvre des substances très-diverses, dont les unes sont inoffensives, tandis que les autres exercent sur la santé des ouvriers une influence plus ou moins fâcheuse. Ainsi les vapeurs de benzine, peu concentrées d'ailleurs dans les fabriques d'aniline, et les vapeurs d'acide acétique paraissent être sans action; les vapeurs rutilantes d'acide hypoazotique, au contraire, et le fait est connu depuis longtemps, donnent lieu parfois à des accidents d'intoxication portant sur les voies respiratoires.

Quant aux émanations de nitro-benzine et d'aniline, elles déterminent des troubles fonctionnels très-variés : du côté des voies digestives, ce sont des symptômes fréquents, mais peu durables et toujours peu sérieux, de gastricité; du côté des centres nerveux, des céphalées et des vertiges, qui disparaissent en général après quelques semaines d'apprentissage; des syncopes, et enfin des phénomènes beaucoup plus graves, mais tout à fait exceptionnels, de coma compliqué parfois de délire et de mouvements convulsifs; il résulte d'ailleurs d'expériences répétées souvent sur les animaux, et à l'aide desquelles l'auteur a pu reproduire en les exagérant quelques-uns des accidents observés chez les ouvriers, que la nitro-benzine agit comme un véritable stupéfiant, et que l'aniline, au contraire, est un excitant énergique du système musculaire.

Ces deux substances peuvent encore produire un certain degré d'analgésie des membres supérieurs, et par exception, paraît-il, de la paralysie musculaire localisée; mais les expériences faites sur les animaux, dans des conditions aussi analogues que possible à celles où se trouvent les ouvriers, n'ont jamais reproduit ce dernier fait morbide.

L'aniline et la nitro-benzine ne paraissent exercer aucune action spéciale sur les fonctions génitales, qui participent seulement chez quelques ouvriers de l'état de langueur de tout l'organisme qu'amènent à la longue les vapeurs carburées.

Mais un effet constant des émanations d'aniline et de nitro-benzine est de donner à tous les ouvriers un aspect anémique incompatible en apparence avec la dépense de forces que nécessite leur travail; aussi ce remarquable contraste démontrerait-il à lui seul qu'il ne s'agit pas ici d'une véritable chloro-anémie si l'absence de palpitations et de souffle cardiaque ou artériel, si surtout la rapidité avec laquelle la décoloration des tissus se produit, et la rapidité non moins grande avec laquelle les couleurs normales reparaissent, ne concouraient à prouver que dans ce cas l'altération du sang ne peut être bien profonde, et ne doit certainement pas se caractériser anatomiquement par une diminution de la proportion des globules; il y aurait donc là, en définitive, simple décoloration des globules du sang, soit effet direct de l'action des carbures incessamment mis en contact avec ce liquide par les voies respiratoires, soit résultat indirect d'une diminution de la proportion d'oxygène dans l'air que les ouvriers respirent, sinon du déplacement de ce gaz par les vapeurs carburées, et peut-être modification consécutive dans la forme des globules, que le microscope montre d'ailleurs un peu déprimés et sans tendance à se grouper en piles (ce dernier fait est surtout marqué chez les animaux). Plus tard une véritable chloro-anémie peut survenir avec tout son cortége de symptômes caractéristiques.

Les seuls accidents qui, dans la fabrication des couleurs d'aniline, puissent être rapportés à l'arsenic, que l'on y emploie en quantité considérable, sont les éruptions vésiculo-pustuleuses, et les ulcérations déjà signalées tant de fois à propos des industries dans lesquelles sont mis en œuvre les composés arsenicaux. (Renvoyé à la section.)

Discussion sur la syphilis vaccinale.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la transmission de la syphilis par la vaccine.

La parole est à M. Depaul.

M. DEPAUL. L'Académie connaît maintenant le travail que je lui ai soumis; elle sait si tout le bruit que l'on a fait à ce sujet était fondé, si j'ai été aussi révolutionnaire qu'on a bien voulu le dire. Ai-je fait autre chose, en discutant certaines doctrines, qu'user de mon droit? Ce droit, j'en userai encore.

On a dit : Vous allez effrayer les populations. Mon rapport aurait fait beaucoup moins de bruit s'il avait suivi sa marche ordinaire. Si aujourd'hui la question a franchi les limites de cette enceinte, ce n'est pas à moi qu'il faut s'en prendre.

Ceci dit, je reprends la discussion.

Mon contradicteur, M. Ricord, a usé d'une très-grande habileté dans cette discussion. Il y a un point de fait qui domine toute la question : La syphilis peut-elle être transmise par la vaccine? Voilà toute la question. Viennent ensuite des corollaires. M. Ricord, en avocat habile, est venu, à côté du point principal du débat, évoquer devant vous un fantôme; il m'a représenté comme venant jeter de la déconsidération sur la vaccine. Cela est très-adroit, mais ne peut avoir d'effet qu'auprès des personnes qui ne connaissent pas la question. Il vous a dit encore : Prenez-y garde, il y a là-dessous un grave danger pour les médecins dont la responsabilité est sérieusement engagée. Rappelez-vous le procès Hubner. La vérité avant tout. Cette responsabilité, dont il nous fait un épouvantail, ne m'effraie guère; quand on est dans la vérité, on n'a rien à craindre des tribunaux.

On m'a fait un autre reproche, on a cherché à vous émouvoir. Est-

---

C'est ici le lieu de se demander quel peut avoir été le but de cette pratique; bien des suppositions ont été faites à ce sujet, mais celle qui nous semble le plus plausible, c'est qu'elle a été créée par mesure de propreté, afin de prévenir les funestes conséquences de certaines inflammations de l'organe viril, telles que posthites, balano-posthites, etc., et de s'opposer à l'aggravation des accidents déterminés par la syphilis, dont l'origine se perd dans la nuit des temps, quoi qu'en disent certains syphiliographes modernes.

Quoi qu'il en soit, nous croyons que les défenseurs de la circoncision ont singulièrement exagéré les inconvénients inhérents aux dimensions ordinaires du prépuce et à sa disposition normale; aussi, pour terminer, nous dirons que la posthotomie religieuse ne nous semble pas une opération naturelle sous plusieurs points de vue. Il n'est pas admissible en effet qu'un organe aussi délicat que le prépuce, et dont la physiologie explique du reste les fonctions essentiellement utiles, ait été créé par celui dont l'univers admire sans cesse les harmonieuses combinaisons, sans un but d'utilité, et somme toute : *De pelle humanâ agitur*, et ce n'est pas en martyrisant mal à propos les gens que vous les rendrez moins vicieux.

Cultivez plutôt les facultés morales, occupez la paresse à l'aide du travail, soignez l'intelligence au moyen de l'instruction, développez les intérêts de l'industrie, et partant vous préviendrez les écarts de l'imagination des masses; mais, au nom du ciel! ne cherchez pas à refaire l'œuvre de la nature, cette mère prévoyante et féconde. *Natura non facit saltus*, et n'oublions jamais que :

Dieu fait bien ce qu'il fait.

Dr TARNEAU.

il bien convenable, a-t-on dit, de discuter les opinions d'un collègue dans un rapport destiné à être mis sous les yeux du ministre? Mais y a-t-il une discussion possible si l'on ne peut examiner les opinions de ses collègues? Il y a deux hommes dans M. Ricord, l'homme privé et le savant; l'homme privé, je le respecte; mais le savant peut être discuté, et je le discute. Il faut que notre collègue trouve sa cause bien mauvaise pour qu'il craigne ainsi de voir examiner ses doctrines à la tribune. Mais n'a-t-il pas entendu dans la dernière séance son ami M. Trousseau lui opposer les mêmes arguments? M. Ricord s'est montré tel qu'il devait être dans cette discussion, c'est-à-dire gêné, embarrassé ; il voudrait mettre des bornes à la science, parce qu'il se sent arrêté lui-même. Mais on ne met pas ainsi des entraves au progrès. La volonté de M. Ricord n'y peut rien.

Je replace la discussion sur son véritable terrain. La syphilis peut-elle être transmise par la vaccine? Y a-t-il des mesures à prendre pour prévenir cette transmission? Est-ce par les observations que M. Ricord a cherché à combattre les propositions du rapport? Non. Il n'a parlé que de deux ou trois observations seulement ; il s'est surtout appuyé sur les opinions des auteurs ; il a cité Husson, Moreau, M. Bousquet, M. Rayer, M. Rostan, l'enquête anglaise, etc. Mais que prouvent ces témoignages? C'était l'opinion générale de l'époque de ne point croire à la transmissibilité de la syphilis par la vaccine. Que peut prouver la fameuse enquête anglaise contre des faits qu'on ne connaissait pas alors et qui se sont produits depuis? Aux questions qui leur ont été adressées, MM. Moreau, Rayer et Rostan ont répondu qu'ils ne pensaient pas que la syphilis pût être transmise par cette voie, qu'ils ne l'avaient jamais vu; mais ni moi non plus, je n'en avais pas vu d'exemple encore à cette époque. Un pareil document est aujourd'hui sans valeur en présence des faits que nous possédons.

M. Ricord est le seul aujourd'hui qui résiste à l'évidence des faits. Ses élèves se rendent tous. J'engage M. Ricord à lire ce qu'a écrit l'un d'eux, M. Diday, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon*.

J'arrive au nœud de la question. Sait-on ce qui a chagriné M. Ricord dans mon rapport? J'ai parlé de doctrines qui avaient obscurci la lumière. M. Ricord ne peut pas supporter qu'on attaque ses doctrines. Lors de la discussion sur la syphilisation, il m'a reproché aussi mon intervention extra-doctrinale. Il faut cependant bien que les doctrines soient examinées ici. La question de la transmission de la syphilis par la vaccine et la doctrine syphiliographique sont inséparables. Je demande donc à l'Académie la permission de faire une petite excursion sur les doctrines de M. Ricord.

Voici ce qu'il disait en 1838 dans son *Traité des maladies vénériennes* :

« Le virus modifié par l'absorption veineuse ne peut transmettre la maladie que par voie d'hérédité seulement. » Plus tard, en 1856, dans ses *Lettres sur la syphilis*, il écrivait : « Ne me demandez rien sur la vaccine comme moyen de propagation de la syphilis. La vaccine a ses ennemis comme tout le monde.... On peut bien l'accuser de transmettre la syphilis, mais vous connaissez les déplorables et ridicules observations.... Le vaccin ne transmet que la vaccine. » Et dans ses *Leçons sur le chancre* : « Le chancre naît du chancre et peut seul le produire. La vérole naît du chancre et ne reconnaît pas d'autre origine. Le chancre est à la vérole ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie, etc. » Puis, en 1859, dans ses annotations du *Traité de la maladie vénérienne de Hunter* : « Comme Hunter, je crois que les enfants ne peuvent transmettre que l'accident primitif (le chancre) contracté soit en naissant, soit après la naissance. »

La discussion de l'Académie sur le rapport de M. Gibert relatif à la transmission des accidents secondaires a été, on se le rappelle, pour M. Ricord l'occasion d'un premier aveu et de sa conversion aux doctrines nouvelles. Il a dit dans cette séance (le 31 mai 1859) qu'il était toujours resté à cet égard dans une sage réserve. « Je ne nie pas, dit-il, la possibilité de la contagion des accidents secondaires. » Mais il n'accorde rien de plus. Les expériences de M. Gibert ne lui semblent pas assez précises au point de vue de la médecine légale. Pressé par ses adversaires, M. Ricord s'exprime ainsi : « Aujourd'hui ces expériences ont été faites, je ne puis m'élever contre elles. Toutefois j'attendrai pour avoir une conviction sans réserve à cet égard que mes observations personnelles me l'imposent. » Mais comme il a déclaré en même temps qu'il n'imiterait jamais l'exemple de M. Gibert, qu'il ne ferait pas d'expériences sur l'homme sain, il en résulte qu'il peut se passer longtemps avant que sa conviction soit complète.

Puis arrive la malade de M. Trousseau. Voici en quels termes s'est exprimé M. Ricord à son sujet dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu : « Jusqu'à ce jour la plaque muqueuse seule a été inoculée. C'est l'accident le plus voisin du chancre qui peut se transformer en plaque muqueuse. Vous voyez que jusqu'à cette heure les inoculations de sang syphilitique sont restées sans résultat, et que les prétendus résultats sont entachés d'erreur. Quant à la syphilis vaccinale, il est impossible de poser des conclusions absolues, etc. » Puis il ajoutait : « Des faits nouveaux viennent de se produire dont la portée sera peut-être immense. Attendons. » Attendre! quoi? que les faits deviennent plus nombreux? Et il terminait par un immense point d'interrogation. Plus tard cet *immense* point d'interrogation est devenu un *grand* point d'interrogation, et plus tard encore un point d'interrogation seulement. Mais pourquoi attendre? pourquoi ce point d'interrogation? N'est-ce pas M. Ricord qui devrait marcher le premier, et nous diriger dans cette voie de recherche et de progrès? S'il l'avait fait, la position serait bien meilleure aujourd'hui. Il ne l'a pas fait, sa doctrine lui échappe.

Je veux maintenant rappeler très-succinctement les faits, afin que l'on juge si M. Ricord est dans le vrai lorsqu'il nie. Il ne faut pas qu'il vienne aujourd'hui nous dire qu'il ne nie pas, qu'il attend des observations. Il y a des observations et des expériences tout autant qu'il en faut pour se convaincre, sans aller chercher des exemples fournis par les rapports sexuels, les rapports inévitables qui ont lieu entre nourrissons et nourrices ne mettent-ils pas hors de doute la transmission des accidents secondaires? Et n'est-ce pas au fond la même chose que la transmission ait lieu par l'intermédiaire d'une nourrice ou par une lancette?

Comment se fait cette transmission? Est-ce par l'intermédiaire de la sérosité vaccinale ou par le sang? Ici je suis dans le doute. Mais il y a une question générale qui domine la question spéciale. N'est-il pas reconnu aujourd'hui que la plupart des maladies virulentes s'inoculent par le sang? C'est admis du moins pour la clavelée, pour le sang de rate, pour la pneumonie des bêtes bovines, pour la morve, pour la rage même, quoi qu'en dise M. Bouley. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la syphilis? Les observations à l'appui ne manquent pas ; on les connaît. Des expériences directes ont été faites qui démontrent également le fait. M. Ricord a contesté dans le temps les expériences de Wallace, celles de l'anonyme du Palatinat, mais contestera-t-il l'expérience de Pallizzari? Celle-là n'est pas contestable, ou il n'y a pas alors un seul fait dans la science qui soit démontré.

Eh bien! les faits de syphilis vaccinale sont tout aussi évidents. M. Ricord a traité très-légèrement les faits de ce genre; il s'est borné à en citer 2 ou 3. On sait aujourd'hui combien ils se sont multipliés. Mais d'ailleurs la question n'est pas là. N'y en eût-il qu'un, pourvu qu'il fût bien établi, il suffirait pour faire crouler la doctrine de M. Ricord. Il n'a parlé que d'un seul fait de Cerioli, mais il y en a deux : ils sont tout aussi démonstratifs l'un que l'autre, mais le second surtout est tout à fait irrécusable. Les faits de Rivalta, M. Ricord n'en voulait pas, sous le prétexte qu'on ne savait rien de l'enfant vaccinifère. Mais l'observation a été complétée depuis, et l'on a su que l'enfant Chiabrera avait eu la syphilis peu de temps auparavant.

Quant au fait de l'Hôtel-Dieu, je n'ai rien à en dire après ce qu'en a dit M. Trousseau. Et les faits de M. Lecoq, je ne sais non plus ce qu'on pourrait leur objecter.

Est-ce là tout? Non. J'ai parlé dans mon rapport de quatorze faits; or on sait que dans ces quatorze faits il en est plusieurs où il est question d'un très-grand nombre d'enfants contaminés, tels, par exemple, que le fait de Cerioli, où il s'agit de soixante enfants ; celui de Rivalta, où ils sont plus nombreux encore. Il y en a bien d'autres encore : le fait de Galligo, par exemple, rapporté en 1860 dans la *Gazette hebdomadaire;* celui de Maronne, rapporté dans l'*Imparziale* de Florence. Voici encore d'autres observations, que j'appellerai des observations à démonstration double, parce que le même enfant a infecté tout à la fois sa nourrice et d'autres enfants auxquels il a fourni le vaccin. Tel est le cas de Viani, rapporté dans la *Gazette médicale de Paris* de 1859. M. Rodet vient de publier un fait tout semblable dans la *Gazette médicale de Lyon* du mois de janvier. Ai-je besoin enfin de vous rappeler les faits de M. Chassaignac et de M. Hérard qui sont consignés dans vos *Bulletins?* J'en ai dit assez pour qu'il soit bien établi pour tout le monde qu'il ne faut pas dire, comme M. Ricord, que la transmission de la syphilis par la vaccine est possible, mais bien qu'il faut dire : elle est certaine.

Je demande à l'Académie la permission de renvoyer ce qu'il me reste à dire à la séance prochaine.

— Il est cinq heures un quart, la séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques, actuellement vacante près l'École de médecine de Toulouse, est fixé au 1er avril 1865. Le registre d'inscription sera clos le 15 mars.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. le Dr Albert Lemarchand. Cet honorable confrère, ancien interne des hôpitaux de Paris, a succombé, le 28 janvier, à une fièvre typhoïde, contractée dans l'exercice de sa profession.

Sa mort, — il n'était âgé que de vingt-huit ans, — excitera les plus vifs regrets chez les nombreux amis de Paris qu'il venait à peine de quitter, pour exercer la médecine dans sa ville natale.

— Le banquet annuel de l'Internat en médecine aura lieu le jeudi gras 23 février, à 6 heures et demie précises chez Lemardelay, 100, rue de Richelieu. Le prix de la souscription est de 15 francs. On est prié de verser le montant de la cotisation dans chaque hôpital, entre les mains de l'interne économe de la salle de garde, ou bien de le remettre à MM. Piogey, rue des Martyrs, 28, et Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, membres de la commission permanente.

— M. le Dr Léon Marchand, aide d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, commencera son cours de botanique médicale le mardi 7 février, de une heure à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 4 de l'École pratique, et il le continuera les mardi et samedi de chaque semaine.

Ce cours comprendra deux parties : dans la première, le professeur étudiera l'organographie, l'organogénie et la physiologie végétales; dans la seconde, il traitera des classifications et des plantes usitées en médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question des vins plâtrés touche de trop près à l'hygiène pour que nos lecteurs ne lisent point avec intérêt les conclusions d'un mémoire publié sur ce sujet par MM. Bussy et Buignet. Nous regrettons, devant l'exiguité de nos colonnes, de ne pouvoir reproduire en entier ce travail.

Nous ne pouvons aujourd'hui que signaler quelques communications. M. Matteucci au nom de M. Gorini présentait un nouveau mode de conservation des cadavres. M. Robinet prouvait que les Parisiens ne boivent que de l'eau de Marne. M. Lambron étudiait de son côté l'électricité développée dans les eaux sulfureuses de Bagnères de Luchon.

Nous aurons à revenir sur plusieurs de ces points en un jour plus favorable et moins frappé par la *grippe*. — Dr E. Le Sourd.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Rétrécissement de l'urèthre chez une femme.

(Observation recueillie par M. BOUCHER, interne du service.)

Les rétrécissements de l'urèthre sont très-rares chez la femme. Cette rareté d'une affection aussi fréquente chez l'homme est sous la dépendance de causes anatomiques qui l'expliquent facilement : d'abord la largeur de l'urèthre beaucoup plus considérable que chez l'homme, et sa facile dilatation ; en second lieu sa longueur beaucoup moindre, puisqu'elle ne dépasse pas 34 millimètres. Nécessairement nous parlons ici des rétrécissements proprement dits, des rétrécissements fibreux, et non pas de ces diminutions du calibre de l'urèthe produites soit par un polype développé dans son intérieur, soit par une tumeur ayant son siége dans les parties voisines.

Les auteurs, tout en admettant la possibilité des rétrécissements fibreux, ne rapportent pas d'exemples de rétrécissements de l'urèthre chez la femme. Ainsi Ducamp, Chopart, Leroy d'Étiolles, M. Civiale et M. Philipps sont muets à cet égard.

Voici un cas bien constaté de rétrécissement double de l'urèthre, présentant la plus grande analogie avec les rétrécissements observés chez l'homme ; s'accompagnant, comme cela se voit habituellement chez celui-ci, d'une véritable cystite du col, et probablement aussi causé par une uréthrite, cause la plus ordinaire des rétrécissements chez l'homme.

Eugénie D..., âgée de trente-deux ans, est entrée à la Maison municipale de santé le 26 février 1864. C'est en 1856 qu'elle s'est aperçue pour la première fois de troubles dans sa miction. Depuis longtemps déjà, elle était sujette à une leucorrhée abondante symptomatique d'ulcérations du col de l'utérus, pour lesquelles elle subit plusieurs cautérisations qui amenèrent une amélioration sensible. A-t-elle eu à cette époque une blennorrhagie ? La malade ne dit rien à cet égard, sans cependant en nier la possibilité.

Elle s'aperçut que son jet d'urine était moins volumineux que normalement. Elle avait des envies fréquentes d'uriner ; bientôt l'urine ne sortit plus que goutte à goutte et après certains efforts. Cependant la malade n'éprouvait aucune douleur en urinant. Un médecin consulté crut d'abord à un polype de l'urèthre ; puis, l'ayant sondée, il constata, nous dit la malade, la présence d'un rétrécissement, et la traita par la dilatation progressive. Après six semaines de traitement, la malade urinait normalement, et pendant sept ans elle demeura sans souffrir et sans s'apercevoir de troubles dans sa miction.

En avril 1864, les accidents reparaissent avec une nouvelle intensité. La malade était toujours sujette à de la leucorrhée, qui amenait une irritation assez vive aux organes génitaux externes. La miction devint difficile, et s'accompagna cette fois de cuisson et d'une douleur assez vive dans le canal. Les envies d'uriner sont fréquentes ; l'urine sort en petite quantité et goutte à goutte. Par moments la malade est dans l'impossibilité complète d'uriner, et ce n'est quelquefois qu'après plusieurs heures qu'elle parvient à rendre une petite quantité d'urine. En même temps, la malade éprouve de la pesanteur et quelquefois une douleur assez vive dans la région hypogastrique. Un médecin consulté alors attribua ces accidents à une névralgie de l'urèthre, et traita surtout la leucorrhée et l'état général. La malade, du reste, paraît en effet nerveuse et facilement irritable.

Elle entre à la Maison de santé le 26 décembre accusant tous les symptômes mentionnés plus haut. On pratique le cathétérisme avec une bougie à olive de très-petit calibre, et on reconnaît facilement l'existence de deux rétrécissements assez épais et assez durs siégeant l'un à la partie antérieure de l'urèthre, au niveau même de son orifice antérieur, l'autre à sa partie postérieure, au niveau du col de la vessie, c'est-à-dire aux deux points qui sont normalement les plus étroits de l'urèthre. Le passage de la sonde cause une certaine douleur au niveau de chaque rétrécissement.

Les urines sont troubles, légèrement rougeâtres, et laissent déposer une quantité considérable de mucopus. On soumet la malade à l'usage journalier des bains, aux tisanes rafraîchissantes, et sous l'influence de ce traitement les accidents du côté de la vessie s'amendent considérablement. Les urines ne contiennent plus de sang et deviennent de moins en moins chargées de mucosités.

En même temps, on attaque directement les rétrécissements en les soumettant à la dilatation progressive, et c'est surtout à cela qu'il faut attribuer l'amendement des symptômes vésicaux et le meilleur état des urines.

Chaque jour la malade garde la sonde pendant quatre, cinq et même six heures.

Aujourd'hui (10 janvier 1865) le rétrécissement est beaucoup moins sensible ; la miction, quoique encore difficile, se fait un peu mieux. L'urine sort en petite quantité, mais non plus goutte à goutte, et n'exige plus pour son excrétion les mêmes efforts qu'auparavant. Par moments cependant la malade se plaint encore d'une douleur spontanée et assez vive dans l'urèthre, douleur quelquefois lancinante, ce qui pourrait faire supposer qu'il y a là un élément névralgique, puisque nous avons affaire à une femme très-nerveuse, et que l'élément inflammatoire semble entièrement dissipé.

On augmente progressivement le calibre des sondes, et aujourd'hui on introduit facilement et presque sans douleur une sonde en gomme élastique grosse comme une sonde de trousse, du n° 16 à 18 de la filière Charrière.

SIMILITUDE DE LA RAGE SPONTANÉE DES ANIMAUX

Avec une folie de l'ordre instinctif.

Par M. le Dr P. BERTHIER, médecin en chef des Asiles d'aliénés de Bourg (Ain).

Le 8 août dernier, M. le docteur Girard de Cailleux résumait, à l'Académie de médecine, un mémoire intitulé : « De la rage, considérée comme maladie se développant spontanément chez l'homme sous la forme d'une variété du délire aigu fébrile », et concluait sinon à l'identité, au moins à l'analogie de ces deux affections.

Cette doctrine, non-seulement souleva de vives clameurs, mais fut qualifiée d'assertion étrange, de monstrueuse assimilation.

Sans m'associer complétement à l'opinion de l'éminent spécialiste, je pense qu'elle a été opportunément émise, parce qu'elle sera le point de départ d'une étude comparative qui éclairera la question en litige en aidant à découvrir, dans la pathologie animale, la loi d'unité morbide et la théorie des analogues entrevues par Geoffroy Saint-Hilaire, mais posées par de Blainville pour la race humaine.

Car si ma pratique ne me permet pas d'affirmer que le délire aigu et la rage sont similaires, au moins m'autorise-t-elle à présumer que la rage animale a son analogue dans l'homme aliéné, et que la rage humaine pourrait bien être une espèce de folie.

Oui, le mot est prononcé, je ne le retire point.

C'est le sort de toutes les nouveautés d'exciter l'étonnement et la récrimination.

Pourtant, est-ce une nouveauté ? Non, et je vais essayer de le prouver.

Eudémus Thémison, le chef de la secte des méthodistes, qui vivait aux premières années de l'ère chrétienne, prétend que la mélancolie et l'hydrophobie sont une. *Ayant été atteint de cette dernière maladie, il en parle à bon escient.*

Cælius Aurelianus débute par cette phrase au chapitre XII : « Similes sunt hydrophobicæ passioni phrenitis, mania, quam nos furorem, sive insaniam dixerimus. Sed hæc discernuntur, siquidem plus in maniacis caput patiatur, — in phrenitis verò etiam fibres sequantur, — in hydrophobicis verò plus stomachus; et sine febribus esse perspiciatur, et acuta atque cœleris passio. Mania verò etiam tarda frequentiùs inveniatur. »

Félix Plater, auteur du XVIe siècle, considère l'hydrophobie comme une espèce de manie, qu'il décrit dans son chapitre : *De mentis alienatione.*

Théophile Bonnet, cent ans plus tard (*Sepulchretum anatomicum*, sect. 8), à propos de quelques observations d'hydrophobie, met celle-ci au nombre des variétés de la manie et place les dissections des hydrophobes à la suite de celles des maniaques.

Morgagni partage cette manière de voir, dans sa huitième lettre : « Attendu que l'hydrophobie est souvent accompagnée de délire mélancolique, ou d'un délire qui tient à la fois de la mélancolie et de la manie, ou même du délire maniaque. »

CLIMATOLOGIE DES STATIONS HIVERNALES

DU MIDI DE LA FRANCE,

(Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton.)

Par le Dr de VALCOURT (1).

Il est à remarquer que, depuis une quinzaine d'années, les stations hivernales ont acquis le privilége d'attirer l'attention et de défrayer la verve des simples narrateurs ou des écrivains de l'ordre scientifique. L'impulsion donnée autrefois par Clarck, Taylor, Carrière, se continue et se propage ; j'ajoute surtout qu'elle se poursuit dans la bonne voie, c'est-à-dire dans le sens des observations précises et des applications raisonnées. S'il était besoin d'un nouveau témoignage en faveur de ce progrès, il faudrait le prendre dans la thèse inaugurale que M. Th. de Valcourt vient de soutenir sur la climatologie des stations du midi de la France. Cette thèse, louée avec un certain éclat par le doyen de la Faculté de Paris, est devenue un livre, et ce livre, je n'en doute pas, sera accueilli comme a été accueillie la thèse elle-même.

Le lot choisi par M. de Valcourt se compose de régions connues depuis longtemps et souvent décrites déjà, mais décrites sur un mode peut-être un peu trop uniforme. On peut trouver, en effet, pour ce qui est de la topographie pure, que les auteurs qui se succèdent semblent emboîter le pas et marcher tous *en file indienne* sur la même piste. Il faut dire pourtant, à leur décharge, que Pau, Cannes, Nice, Menton, etc., offrent toujours aux yeux la même image, et que pour décrire leur site ou leur configuration, il est bien difficile d'imprimer à la plume des allures nouvelles ou de créer des surprises de vues et de couleurs.

Pour intéresser les lecteurs par de la nouveauté, il faudrait les conduire vers les régions qui réclament, elles aussi, leur part de la faveur publique. Parmi ces régions, il en est un certain nombre qui doivent à la persistance et aux artifices de la réclame une renommée flamboyante, mais incapable de se soutenir longtemps, car il est bien difficile à un sac vide de rester debout. Pour d'autres, et celles-là d'un vrai mérite, on paraît avoir montré jusqu'à ce jour trop d'indifférence ou de dédain ; c'est à tort, en effet, qu'elles se trouvent mentionnées dans quelques écrits, aussi sèchement que dans un procès-verbal

J'ai étudié jadis, avec une scrupuleuse attention, le vallon de Montbollo (Amélie-les-Bains), le village du Cannet (près de Cannes), San-Remo (au delà de Menton), et j'ai trouvé à ces différents sites une supériorité réelle sur la plupart de nos stations hivernales.

En cherchant à bien préciser les qualités climatériques du midi de la France, M. de Valcourt a dirigé ses investigations principalement sur les parties encore obscures ou mal interprétées des études faites avant lui. Sa fonction a été d'examiner et de rectifier, de substituer la stricte vérité aux tableaux de l'imagination. En cela, il a suivi la méthode essentiellement raisonnable, qui consiste à ne se faire une opinion qu'après avoir recueilli les faits et les avoir rapprochés avec discernement. Voici, entre autres, un exemple de cette façon d'expertise.

On sait que le climat de Pau a été diversement apprécié par les médecins et par les malades eux-mêmes. Instruit par ses impressions personnelles, renseigné en outre par les documents météorologiques que lui ont fournis MM. Weill et Ottley, deux observateurs d'une entière indépendance, M. de Valcourt, se dégageant ainsi des traditions équivoques, est parvenu à nous montrer, pièces en main, que la station béarnaise n'a point la douceur constante qu'on lui attribue ni les âpretés fâcheuses qu'on lui reproche. Grâce à l'impartialité qui le guide dans tous ses jugements, il ne laisse plus rien substituer de vague ni d'incertain dans les aptitudes spéciales du climat de cette localité, rien de ce qui porte au delà ou à côté du vrai.

Quand il s'agit de déterminer la température moyenne d'une zone climatérique quelconque, l'usage est de consulter les instruments destinés à mesurer la chaleur atmosphérique, et de s'en rapporter aux indications qu'ils fournissent : c'est le procédé suivi par les physiciens ; c'est aussi la recette qu'emploient les médecins adonnés à l'étude de la météorologie. Il est permis cependant, sans que ce doive être la règle, de n'avoir point une entière confiance dans les résultats de cette opération, puisqu'on les trouve souvent en désaccord pour une même localité et surtout pour une même ville.

M. le docteur Lubanski m'a grondé, sur un ton amical, il est vrai, d'avoir qualifié « d'œuvres fantasques les données statistiques recueillies jusqu'à présent sur les stations méridionales. » J'aime à croire que M. Lubanski se montrerait moins offensé d'un sentiment dont je ne me déprends pas encore, s'il avait sous les yeux l'étrange collection des relevés thermométriques que je me suis procurés, au sujet des différents sites du bassin de la Méditerranée hantés par nos malades. Il verrait que, contre toute vraisemblance, et en opposition avec les

(1) Un volume in-8°, prix, 3 fr. Paris, 1865. Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Maret, chirurgien de Dijon, exprimant le même avis, rapporte dans le tome 1er des Mémoires de l'Académie de cette ville le cas d'une servante qui, poursuivie par un jeune homme au temps de ses règles, vit cette évacuation cesser et fut prise aussitôt d'accidents hydrophobiques, dont elle mourut trois jours après : fureur, délire violent, horreur pour les liquides, puis pour les solides, enfin convulsions.

B. de Sauvages, au siècle précédent, range l'hydrophobie dans sa huitième classe, qui se compose des folies. « On peut en assigner plusieurs sortes, dit-il; la canine, la maniaque, la démonomaniaque. »

Ph. Pinel, plus près de nous, écrit dans le tome III de la 6e édition de sa *Nosographie :* « L'hydrophobie avait été placée dans ma première édition parmi les maladies spasmodiques; mais un examen plus approfondi me la fait rapporter aux vésanies, à cause des nombreuses affinités qu'elle manifeste dans ses accès avec la fureur maniaque sans délire, et dans ses intervalles de calme avec une mélancolie profonde. »

F.-E. Foderé (*Traité du délire*, 1817, tome II, page 4) se sert de ces propres termes : « La rage est pour le chien, ce qu'est la folie pour l'homme. Elle voile son instinct, elle le ramène à l'état sauvage. La folie, pareillement, voile la raison de l'homme et lui fait perdre tous les avantages qu'il a retirés de l'état social en le ramenant sous le domaine de la nature brute. »

Ainsi, pour Thémison, F. Plater, Th. Bonet, Morgagni, Maret, Sauvages, Ph. Pinel, Foderé, la rage est une folie, à laquelle diverses épithètes ou dénominations ont été données, selon l'époque où vivaient ces illustres devanciers et les nomenclatures adoptées par leur science.

Et Cœlius Aurelianus ne voit d'autre différence entre la rage et une variété de la folie que le degré de leur durée.

Voilà certes des autorités fort respectables, et peut-être en trouverais-je d'autres si j'avais à ma disposition les trésors bibliographiques dont disposent les grandes cités.

Donc, plus de doute. L'idée émise par M. Girard de Cailleux, celle que j'émets à mon tour, n'est pas plus étrange qu'elle n'est nouvelle.

Or, quelle en est la valeur?

Un mal défini est à moitié connu.

Qu'est-ce que la rage? Une névrose, qui produit la perversion des instincts conservateurs et pousse ses victimes à léser qui les approche, en même temps qu'elle les oblige de se priver d'aliments particulièrement liquides.

Eh bien, il est des insensés à qui s'applique parfaitement cette définition. De même que le chien, aveuglé dans son instinct et son intellectivité, perd tout attachement envers son maître et se porte à des actes féroces pour satisfaire à cette perversion, des aliénés, sous l'influence d'une aberration de l'instinct et de la raison, se livrent à des voies de fait soudaines et irréfléchies, telles que la morsure et la répulsion pour la nourriture. L'un et l'autre éprouvent des modes convulsifs à la gorge et dans les membres, ont de l'écume à la bouche, plus ou moins visiblement. L'un et l'autre subissent des accès périodiques, et, dans les intervalles, tombent dans la stupeur ou une profonde prostration. L'un et l'autre enfin (et c'est là que je ne suis pas complétement d'accord avec M. le docteur Girard) sont parfois exempts de fièvre. Cette complication, du moins, ne m'a pas été toujours démontrée.

Puisque la rage animale a son pendant en aliénation, qu'est-ce alors qui différencie les délires rabiques quant à leur pronostic et à leur terminaison?

Ce sont leur source, leur nature.

L'hydrophobie des diverses espèces offre presque toujours un ensemble analogue de symptômes. Mais l'une, la rage proprement dite, est issue d'un virus mortel; l'autre, la folie rabiforme, est issue d'une des mille causes qui engendrent les névroses. Un narcotique violent détermine parfois la même manie qu'un chagrin; l'un conduit à la mort, l'autre cède au traitement. C'est conclure logiquement qu'il y a des rages essentielles et des rages symptômatiques. Ces affections, qui revêtent un masque commun, sont cependant dissemblables d'origine, de marche et d'effet.

En analysant le mal qui nous occupe, on y rencontre deux éléments fondamentaux; l'un, psychique, constitué par la perte du libre arbitre; l'autre matériel, constitué par l'état nerveux.

Toute folie en est composée.

Nous sommes donc forcés de classer la rage, avec F. Plater, Sauvages, Ph. Pinel, Foderé, etc., parmi les vésanies, en raison de leurs similitudes phénoménales.

Seulement, nous établirons cette distinction de la rage spécifique et de la rage nerveuse, comme on établit une distinction entre le délire causé par le mercure, la belladone, l'alcool, une chûte, et le délire causé par la joie, la tristesse, la peur, l'ambition.

La rage, traumatique ou spontanée, sera dorénavant pour nous une folie de l'ordre instinctif, telle que l'a caractérisée Ph. Pinel, sur le même pied que les folies ébrieuse, imitative, sitophobique, homicide, suicide. Mais l'une sera généralement mortelle et les autres généralement guérissables; la première exigera une médication spécifique, les secondes relèveront de la méthode naturelle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1865. — M. Decaisne, président.

MM. BUSSY ET BUIGNET lisent un mémoire sur l'*Action réciproque de la crème de tartre et du sulfate de chaux pour servir à l'étude des vins plâtrés.*

Nous reproduisons les conclusions de ce travail :

1° Dans les conditions où nous avons opéré, c'est-à-dire en agissant au sein d'un liquide formé d'eau et d'alcool dans les proportions qui rappellent la composition moyenne du vin, le sulfate de chaux décompose la crème de tartre, sans que le degré d'acidité de la dissolution soit modifié, 1 équivalent d'acide sulfurique remplaçant 1 équivalent d'acide tartrique dans cette dissolution.

2° La réaction a lieu entre 1 équivalent de crème de tartre et 1 équivalent de sulfate de chaux. Si l'on ajoute une plus forte proportion de ce dernier sel, l'excès ne prend aucune part à la réaction : on le retrouve inaltéré, partie à l'état de solution dans le liquide, partie à l'état insoluble dans le dépôt.

3° L'équivalent de sulfate de chaux qui prend part à la réaction est entièrement décomposé : toute sa chaux est changée en tartrate neutre, dont la plus grande partie se précipite; tout son acide sulfurique passe en dissolution dans la liqueur.

4° Après la réaction des deux sels, la liqueur renferme 1 équivalent de potasse, 1 équivalent d'acide sulfurique et 1 équivalent d'acide tartrique, c'est-à-dire les éléments de 1/2 équivalent de crème de tartre et de 1/2 équivalent de bisulfate de potasse. En d'autres termes, la crème de tartre perd la moitié de son acide tartrique, remplacé par une quantité équivalente d'acide sulfurique. Cet acide sulfurique paraît exister dans la liqueur à l'état de bisulfate de potasse représentant 1/2 équivalent de sulfate neutre, plus 1/2 équivalent d'acide sulfurique.

5° Dans le plâtrage du vin, soit à la cuve, soit sur le vin lui-même, on est autorisé à penser que les choses se passent d'une manière analogue entre la crème de tartre du vin et le sulfate de chaux ajouté, sous la réserve, toutefois, des modifications que peut introduire dans les résultats la pureté plus ou moins grande des matériaux employés.

Ainsi, avec du sulfate de chaux chargé de carbonate, comme le plâtre de Paris, on saturerait nécessairement une portion des acides libres du vin, et, en poussant le plâtrage à l'excès, on n'aurait dans la liqueur que du sulfate neutre de potasse; mais un semblable liquide, dépourvu de toute acidité, ne saurait plus être considéré comme du vin.

Enfin, il y aurait aussi à examiner l'influence que peuvent exercer certains éléments du vin lui-même, la matière colorante, les acides libres, etc. Insister davantage en ce moment serait excéder le cadre que nous nous sommes tracé, qui était d'examiner la réaction en elle-même, dégagée de tout ce qui pourrait la compliquer dans son application pratique au plâtrage du vin.

— **M. MATTEUCCI** adresse une lettre sur les *Résultats obtenus par* M. Gorini *d'un procédé de son invention pour la conservation des cadavres.*

L'Académie des sciences de Turin a approuvé tout dernièrement un rapport qui lui a été fait sur un travail de M. Gorini, de Lodi, rapport rédigé, au nom d'une commission, par le professeur de Filippi, à la suite d'expériences et d'études comparatives qui ont duré depuis le commencement de l'été jusqu'au mois de novembre.

Il s'agissait d'un de ces procédés de conservation et momification des cadavres.

Ce qui a particulièrement intéressé la commission et qui forme pour elle une véritable découverte susceptible d'une application utile à l'étude de l'anatomie pratique, c'est la conservation des cadavres à cet usage. Je traduis un paragraphe du rapport de la commission :

« Les cadavres conservés par le procédé Gorini restent pendant quelques mois avec la consistance naturelle, n'ayant d'autre odeur que celle qu'ils avaient au moment de la préparation. Dans cet état ils peuvent toujours servir pour la dissection anatomique. Après quelque temps, au lieu de se putréfier, ils se dessèchent et se momifient; mais, même dans cet état, il n'y a qu'à les plonger pendant quelque temps dans un bain d'eau pour les voir reprendre la mollesse primitive. Les viscères, les vaisseaux sanguins, les muscles, les nerfs se conservent très-bien, et on peut les isoler jusque dans leurs dernières ramifications. Ces cadavres ainsi ramollis peuvent encore se dessécher en les remettant à l'air, et après reprendre les qualités primitives, étant plongés de nouveau dans un bain d'eau ordinaire. Ces alternatives peuvent se répéter autant de fois qu'on veut sans que jamais la putréfaction se manifeste. »

— **M. BOURGUET**, à l'occasion d'une communication récente sur l'utilisation du limon de certaines eaux pour l'assainissement des marais, adresse une note manuscrite et un mémoire imprimé « sur le colmatage au point de vue de l'hygiène et de l'agriculture. » (Commissaires, MM. Boussingault, Cloquet.)

— **M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE** approuve le jour proposé par l'Académie pour sa séance publique annuelle, qui aura lieu le lundi 5 février.

— **M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE**, par une lettre en date du 28 janvier, autorise l'Académie à prélever sur les fonds disponibles la somme demandée pour compléter le montant des deux prix de physiologie expérimentale de 1864.

Quelle eau boivent les Parisiens? — M. **ROBINET** lit l'extrait suivant :

On avait fait depuis longtemps la remarque que la Seine et la Marne, en traversant Paris, forment deux courants distincts et qui ne se confondent qu'à une assez grande distance ; mais ce phénomène avait été peu étudié. Je l'ai examiné par les procédés de l'hydrotimétrie et j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Les deux eaux traversent Paris sans se mélanger de manière à faire disparaître leurs caractères chimiques particuliers; en sorte qu'on retrouve à très-peu de chose près le titre hydrotimétrique de la Seine dans le courant de la rive gauche, et le titre de la Marne sur la rive droite. On peut constater jusqu'à 6 degrés hydrotimétriques de différence entre les deux courants.

2° Ce n'est qu'après avoir franchi le circuit ou coude formé par le fleuve devant Meudon et Sèvres, que les eaux sont suffisamment mélangées pour qu'on leur trouve le même titre à quelque place qu'on les puise.

3° En se plaçant sur la passerelle de Constantine, par exemple, et puisant de l'eau à différentes places, on voit le titre hydrotimétrique s'élever successivement du titre de l'eau de Seine *pure*, prise à Ivry, jusqu'au titre de la Marne *pure*, recueillie à Charenton, c'est-à-dire l'une et l'autre en amont du confluent,

4° Prenant pour bases d'un calcul très-simple les titres hydrotimétriques de la Seine et de la Marne *pures*, et celui du mélange parfait des deux eaux, à Saint-Cloud par exemple, on peut en déduire dans quelles proportions les deux eaux concourent à la formation du fleuve en aval du confluent.

5° Examinant ensuite sur quels points du fleuve est puisée l'eau destinée aux services publics, je ferai remarquer que les anciennes machines du pont Neuf et du pont au Change, aujourd'hui disparues, étaient établies sur le courant de la rive droite, et que la pompe à feu de Chaillot puise elle-même dans ce courant; d'où l'on conclut nécessairement que l'eau distribuée jadis par ces machines, et celle qu'élève encore la machine de Chaillot, n'était et n'est autre que de l'eau de la Marne, mêlée d'une faible proportion d'eau de la Seine.

6° L'établissement des eaux clarifiées du quai des Célestins, qui prend son eau dans le petit bras de la rive droite, n'opère que sur de l'eau de la Marne presque pure.

L'épreuve hydrotimétrique appliquée à ces différentes eaux ne laisse aucun doute à cet égard.

---

tableaux de Schow, de Mahelman, etc., chacune de ces stations est représentée comme une vraie succursale du paradis terrestre. Dans un tableau synoptique, résumé de recherches laborieuses, M. de Valcourt est parvenu à noter la température, non de chaque mois, mais de chaque jour et presque de chaque heure pendant la saison d'hiver à Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice et Menton. C'est là, sans contredit, une des parties les plus méritoires du livre que j'analyse. Mais l'auteur, qu'inspire le soupçon des causes nombreuses par lesquelles l'exactitude manque souvent aux indications du thermomètre, a cherché ailleurs ses garanties, une base plus stable pour la classification des climats locaux. Cette base et ces garanties lui étant offertes par la Flore de chaque contrée, il a préféré ce genre d'information à ce que peuvent apprendre les instruments thermographiques, et il a sagement fait.

L'ouvrage publié par M. de Valcourt paraîtra peut-être incomplet, en ce qu'il n'y est point fait mention de quelques localités de la France méridionale, dont il a pu être parlé ailleurs ou autrefois. L'omission est ici entièrement volontaire, parce que l'auteur s'est proposé d'écrire dans l'intérêt des malades et non dans celui des spéculateurs.

Champouillon.

LE DICTIONNAIRE DE NYSTEN

REFONDU PAR E. LITTRÉ ET CH. ROBIN.

Nous recevons communication de la *Préface* qui doit paraître en tête de la *Douzième édition* du *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire, d'après le plan suivi par* Nysten, *refondu par* E. Littré *et* Ch. Robin, et nous croyons que nos lecteurs seront heureux de connaître l'histoire, le plan et le but de ce livre.

Il y aura bientôt soixante ans que parut pour la première fois ce *Dictionnaire de médecine*, devenu classique par un succès de onze éditions ; en 1806, il était signé du nom de Joseph Capuron. En 1810, seconde édition par J. Capuron en collaboration avec P. H. Nysten; en 1814, nouvelle édition, la troisième (quoiqu'elle ne portât pas cette mention), avec le nom de Nysten seulement. Puis, après la mort de Nysten, survenue le 3 mars 1818, six éditions se succèdent, constamment tenues au courant des progrès de la science et de l'art par des savants distingués, qui ont tous apporté à ce *Dictionnaire* le tribut de leurs connaissances spéciales et de leur expérience personnelle et qui lui ont imprimé le cachet de leur profonde et laborieuse érudition ; ce sont : MM. I. Bricheteau, Ossian Henry, J. Briand, A. J. L. Jourdan, et surtout J. Simon Chaudé, dont le nom n'a jamais figuré comme celui d'un auteur sur le titre du *Dictionnaire*, mais qui néanmoins a été pour ce livre plus qu'un éditeur, et à qui, déjà en 1814, Nysten se plaisait à rendre hommage pour le concours qu'il lui avait prêté. L'édition de 1847 est la dernière à laquelle contribua M. Chaudé.

En 1855, le progrès incessant et rapide des sciences médicales ne permettait plus que l'on se contentât d'une révision : il en fallut venir à une refonte générale. MM. E. Littré et Ch. Robin s'en sont chargés et ils ont continué leur travail pour la onzième édition qui parut en 1858, et pour la douzième qui paraît en ce moment.

Dans ces révisions successives et dans cette refonte générale, le texte primitif de Nysten a disparu, mais le nom demeure cependant, en mémoire de celui qui avait su s'approprier le plan suivi par Capuron, et conservé par ses continuateurs; il demeure surtout parce que Nysten n'est plus ainsi un nom propre d'auteur, mais bien un titre de livre : on dit un *Nysten* comme on dit un *Calepin*, un *Barrème*, un *Buffon* (L. Peisse).

Ce Dictionnaire donne le moyen de comprendre toutes les locutions usitées dans les sciences médicales et facilite la lecture des auteurs anciens et modernes : il permet, par la multitude de ses articles et par toutes les indications topiques qu'ils fournissent à l'occasion de chaque mot, d'éviter des recherches dont l'érudition la plus vaste ne saurait aujourd'hui se dispenser. Mais ce n'est pas seulement un vocabulaire, une liste de mots accompagnée d'explications succinctes : il est descriptif non moins qu'explicatif; il forme une encyclopédie complète présentant, à cause de la rapidité avec laquelle les éditions se succèdent, un tableau exact de la science. C'est ainsi qu'il peut servir à la fois de vade-mecum au praticien et au savant, de mémorial au maître et à l'élève, de guide à tous ceux qui désirent, au milieu de la diffusion actuelle des sciences, ne pas rester étrangers à ce mouvement.

Voilà le but que se sont proposé d'atteindre les auteurs de ce Dictionnaire, qui, dans son universalité, embrasse l'ensemble des connaissances qui de loin ou de près se rattachent à l'art de guérir.

Avec un cadre aussi vaste, assujetti à l'ordre alphabétique, il semblait difficile de subordonner la rédaction du Dictionnaire à des idées philosophiques sur l'étude des sciences en général et de la médecine en particulier : cependant il était important qu'une philosophie, par un lien secret, réunît les parties éparses. Grâce à la notion qui de la

Du reste, l'expérience, qui dure depuis si longtemps, de l'usage de cette eau, permet d'affirmer que l'eau de la Marne n'est pas moins bonne que celle de la Seine, et que c'est bien à tort qu'on voudrait s'appuyer sur des différences de quelques degrés hydrotimétriques, pour attribuer à l'une d'elles des qualités ou des défauts que n'aurait pas l'autre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 janvier 1865. — Présidence de M. Broca.

M. RICHET, président sortant, s'exprime ainsi :

Chers collègues,

L'année dernière, j'ai inauguré ma présidence par des paroles de gratitude et des remerciements ; c'est encore par là que je veux terminer aujourd'hui.

Jamais peut-être je n'ai mieux compris que maintenant, après une année d'expériences, il est vrai, quelles sont les grandes qualités nécessaires pour diriger d'une manière digne et utile les importants débats d'une Société comme la nôtre ; mais je dois le dire, et cela sans fausse humilité, à aucun moment je ne me suis fait illusion sur mon insuffisance ; j'ai toujours beaucoup plus compté sur vous, sur votre modération, sur votre bienveillance, que sur moi-même. Aussi c'est le cœur pénétré de reconnaissance que je quitte le poste éminent où m'avait élevé votre confiance, pour y appeler un collègue dont nous avons tous appris à connaître et à apprécier dans d'autres non moins importantes fonctions, l'intelligence, l'activité et le dévouement.

M. BROCA, en prenant place au fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Au moment de monter au fauteuil de la présidence, où vos suffrages m'ont appelé, je dois d'abord vous exprimer toute ma reconnaissance pour un si grand honneur. Soyez sûrs que je ferai tous mes efforts pour marcher sur les traces de ceux qui m'ont précédé.

Il y a une vingtaine d'années, lorsque la Société, toute récente, avait encore besoin de se faire connaître, elle choisissait pour président celui de ses membres qui, par l'éclat de son nom et par sa position éminente, pouvait le mieux concourir à sa renommée.

Devenue aujourd'hui célèbre par ses propres travaux, elle peut se passer de cet appui personnel. Loin qu'elle ait à se grandir par le choix de son président, c'est elle, au contraire, qui maintenant fait rejaillir sur lui, par la confiance qu'elle lui témoigne, l'estime dont elle est entourée ; elle dispose ainsi d'une haute récompense en faveur de ceux qui l'ont servie avec zèle.

C'est à ce titre seulement, Messieurs, que vous avez pu songer à moi. Vous avez voulu donner un témoignage de satisfaction à votre ancien secrétaire général, et cette pensée redouble encore le prix que j'attache à vos suffrages.

Mon honorable prédécesseur vous a montré, dans son rapport sur la situation de la Société, que vous êtes dans une période de prospérité toujours croissante, et l'intéressant compte rendu du secrétaire sortant, M. Trélat, a fourni la preuve que, pendant l'année qui vient de s'écouler, vous avez payé un large tribut à la science. C'est à ses fruits qu'on juge l'arbre ; il est donc bien certain que la Société de chirurgie est engagée dans une bonne voie. Toutefois, la satisfaction que nous en éprouvons ne doit pas nous empêcher de chercher s'il n'y aurait pas quelque chose à changer dans nos habitudes, pour augmenter encore l'utilité de nos travaux.

Depuis quelques années, les communications et les discussions ont acquis une importance dont nous devons nous féliciter ; mais vous me permettrez peut-être de vous faire remarquer que les rapports sont devenus plus rares qu'autrefois. Depuis que l'élection des membres correspondants a lieu au scrutin de liste, à la suite d'un rapport collectif, depuis que la lecture préalable des rapports individuels a cessé d'être une formalité indispensable, les rapporteurs, ne craignant plus de nuire, par leurs retards, au succès des candidats, ont laissé quelque peu refroidir leur zèle, que ne stimule plus le sentiment de la confraternité. Il arrive donc fréquemment que les candidats sont élus avant que les rapporteurs aient rempli leur tâche, et comme à partir de ce moment ils deviennent nos collègues, les convenances aussi bien que le règlement s'opposent à ce qu'il soit fait un rapport sur leurs travaux. Il en résulte deux inconvénients sérieux. La Société est privée d'un des meilleurs moyens de se renseigner sur la valeur de ses candidats, et elle y perd, en outre, l'avantage d'entendre les réflexions scientifiques des rapporteurs, car les rapports ne renferment pas seulement des appréciations personnelles sur le mérite des candidats ; le plus souvent, vous le savez, ce sont de véritables mémoires, et plusieurs de ceux que vous avez publiés peuvent être rangés au nombre des œuvres les plus importants de la Société.

Gardez-vous de croire, d'après cela, que je regrette l'ancienne réglementation. Les motifs d'équité qui vous ont décidés à l'abroger conservent toute leur force. Il ne faut pas que le succès d'une candidature soit exclusivement subordonné à la bonne volonté d'un seul homme ; il ne faut pas que la négligence d'un commissaire puisse empêcher indéfiniment la Société de s'adjoindre un candidat éminent. La réglementation actuelle est donc fondée sur la justice, et ce n'est pas moi qui vous conseillerai de la modifier. Mais il dépend de nous de concilier tous les intérêts, et d'ajouter aux bénéfices de l'ordre de choses actuels ceux de l'ancien ordre de choses. Cessons de considérer comme facultatifs et accessoires les rapports dont nous sommes chargés ; prouvons que nous sommes capables de les faire sans y être contraint par une nécessité urgente. L'intérêt de nos séances s'en accroîtra, et les communications qui nous sont adressées par des confrères étrangers à la Société deviendront de plus en plus nombreuses, car personne n'ignore que le désir légitime d'obtenir un rapport est un des principaux motifs qui décident les chirurgiens à nous envoyer la relation des faits les plus importants de leur pratique.

Permettez-moi donc, messieurs et chers collègues, d'inviter les rapporteurs à redoubler de zèle. C'est le seul vœu que j'aie à émettre, et j'ai la confiance que vous voudrez bien le prendre en bonne part.

CORRESPONDANCE.

MM. Després et Tilliaux, chirurgiens du bureau central, écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire vacante.

— M. le docteur J. Ehrmann, de Mulhouse, candidat à la place de membre correspondant, adresse une note sur l'*iridectomie,* et un travail sur l'*uranoplastie* et la *stomatoplastie.* (Commission : MM. Trélat, Verneuil et Foucher.)

— M. Bassaget adresse un travail manuscrit sur l'hygiène des hôpitaux. (Commission : MM. Lefort, Danyau, Trélat.)

— MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, adressent un nouveau modèle de la seringue de Pravaz, permettant de mesurer régulièrement la quantité de liquide injecté et d'adapter les ajutages de la seringue d'Anel.

— M. le professeur Longmore, député inspecteur général, fait hommage de son *Manuel d'instruction, pour les chirurgiens d'armée, sur l'examen de la vue chez les recrues.*

— M. le docteur Snellen, d'Utrecht, adresse son *Modèle des types d'imprimerie pour mesurer la portée de la vue.*

— M. Larrey fait hommage de la part de MM. Mitchell et Keen de leur *Traité sur les blessures des nerfs.*

— M. Giraldès présente au nom de M. Uytterhoeven, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Bruxelles :

1° Un volume intitulé : *Notice sur l'hôpital Saint-Jean ;*

2° Un volume de mélanges de chirurgie, d'ophthalmologie et d'hygiène publique ;

3° Une brochure sur la meilleure manière d'extraire la pierre de la vessie ;

4° Deux brochures sur l'hygiène hospitalière ;

5° Quatre brochures sur les moyens de secourir les blessés sur le champ de bataille.

Il demande à la Société de vouloir bien le placer sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger.

A propos du procès verbal :

M. HUGUIER demande la parole pour faire valoir ses droits à la priorité d'un procédé opératoire destiné à remédier à l'ankylose de la mâchoire inférieure.

Dans le compte-rendu général de M. Trélat s'est glissée une petite erreur, dit-il. M. le rapporteur attribue à M. Boinet un procédé qui ne lui appartient pas, comme le prouve la lecture de nos bulletins. (*Bulletins* de 1863, p. 310, 311 et 312).

Après cette citation, M. Huguier revient avec détails sur les différents temps de son procédé dont l'idée essentielle consiste à enlever l'*angle* de la mâchoire et non pas seulement un triangle d'une portion quelconque du maxillaire inférieur. De cette façon, il évite plus facilement la récidive de l'ankylose tout en causant moins de difformité. Il trouve à ce procédé un dernier avantage, c'est d'être applicable même aux cas où il y aurait ankylose double, car en enlevant les deux angles du maxillaire inférieur, la partie moyenne pourrait recouvrer sa mobilité.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Huguier de me fournir l'occasion de rectifier une erreur involontaire, il suffira de remplacer le nom de M. Boinet par celui de M. Huguier. Mais je ferai cependant remarquer à notre honorable collègue que l'erreur n'est pas aussi grande qu'il veut bien le dire, car, nulle part, dans mon compte rendu, il n'est question du procédé de M. Boinet. J'ai simplement parlé d'un succès de M. Boinet et non d'un procédé ; cela m'eût été bien difficile, puisque je n'ai pas dit comment ce succès avait été obtenu.

M. BOINET. Tous ces malentendus sont faciles à expliquer. La jeune malade, qui avait été adressée par moi à M. Huguier, fut opérée une première fois par la section simple qui resta sans succès. Un peu plus tard, M. Verneuil ayant entretenu la Société du procédé d'Esmarck et Rizzoli, nous formâmes le projet de pratiquer une nouvelle opération que nous fîmes en commun, M. Huguier, M. Verneuil et moi. Cette fois, un triangle osseux et non l'angle de la mâchoire fut enlevé. Cette opération fut suivie de succès, et toutes les fois que j'en ai parlé, je n'ai jamais manqué de citer M. Huguier et M. Verneuil. Je n'ai donc jamais eu l'intention de m'attribuer quoi que ce soit.

M. VERNEUIL. Je crains que M. Huguier ne s'exagère le petit degré d'injustice qui aurait pu lui être fait. Car partout, dans la thèse de M. Mathé, dans la *Gazette hebdomadaire*, partout il est dit, la malade de M. Boinet, le procédé de M. Huguier.

Il y a dans ce procédé deux choses : une conception théorique, une opération pratiquée. La conception théorique consiste à fixer à l'avance un point précis du maxillaire pour l'excision qui doit être faite. Dans le procédé d'Esmarck et Rizzoli, au contraire, on enlève un triangle osseux là où l'on peut, la place varie suivant les cas. Or, il faut bien ne pas oublier que la conception de M. Huguier n'est exécutable qu'autant que les cicatrices ne répondent pas à l'angle de la mâchoire. Du reste, Messieurs, conformément à ce que j'ai soutenu autrefois sur l'efficacité de la section simple, accompagnée et suivie de certaines pratiques, je suis encore prêt à le soutenir aujourd'hui. J'espère prouver ce que j'avance dans le rapport que je compte lire prochainement à la Société sur un fait de ce genre, adressé par M. Hergott de Strasbourg. Quant à l'application que M. Huguier espère qu'on pourrait faire de son procédé aux cas d'ankylose double, je ne la crois pas réalisable utilement, ou le menton tomberait ou l'ankylose se reproduirait.

M. HUGUIER. Je n'ai jamais pensé que mon procédé puisse s'appliquer à tous les cas ; quant à l'abaissement du menton, je crois qu'il serait évité par l'action des muscles de la face qui suffiraient à maintenir la mâchoire inférieure. En supposant d'ailleurs que la bouche ne se fermât pas complétement, cela vaudrait encore mieux que de ne pas pouvoir l'ouvrir.

M. VERNEUIL. Les muscles signalés par M. Huguier pourraient peut-être bien s'opposer à la chute du maxillaire inférieur, mais ils ne pourraient certainement pas servir à la mastication.

Cet incident terminé, M. Chassaignac demande que la question de l'étranglement par les anneaux soit mise à l'ordre du jour pour la prochaine séance.

La Société, consultée, décide qu'il sera fait suivant le désir de M. Chassaignac.

PRÉSENTATION.

Appareil prothétique destiné à parer à l'avortement des membres.

M. DE BEAUFORT présente un jeune homme né avec une anomalie de la main gauche. C'est un cas d'ectrodactylie, où le métacarpe et le pouce sont enfermés dans une poche de peau qui permet cependant au pouce de se fléchir d'une manière sensible. Le poignet exécute complètement les mouvements de pronation et de supination.

En faisant confectionner par M. Fichot, une main artificielle, M. de Beaufort a eu recours à son principe de doigts rigides et de pouce mobile, principe dont il a présenté des modèles à la Société de chirurgie, le 28 novembre 1855 et le 3 mars 1858 (1).

La simplicité de cette invention a le double avantage d'empêcher toute déperdition de force dans la préhension des objets, et d'établir un bon marché sans précédent en orthopédie.

L'inventeur a fait creuser, dans une de ses mains artificielles, une cavité pour recevoir la main rudimentaire ; une couverture en cuir embrasse la surface dorsale de la main ; deux languettes rattachent la main artificielle à un bracelet qui entoure le poignet.

Une corde de traction attachée au pouce, glisse dans une passe fixée au bracelet, ainsi que dans une autre passe d'un second bracelet qui prend le bras à la hauteur du coude.

La corde de traction se termine sur une embrasse qui contourne l'épaule droite.

Un mouvement du bras, ou même un simple renversement du poignet, suffit pour produire le mouvement du pouce, en surmontant la

(1) Le compte rendu de 1855 ayant été fautif à cet égard, rectification a été faite en 1858.

---

pathologie fait un cas particulier de la biologie ; grâce à la notion d'un ordre plus élevé qui, rangeant les sciences abstraites suivant une hiérarchie ascendante de complication (Mathématique, Astronomie, Physique, Chimie, Biologie et Histoire ou Science sociale ou Sociologie), donne l'enchaînement du savoir humain, il a été possible d'établir une unité réelle et profonde dans l'œuvre entière ; il a de plus été possible d'éviter le double écueil, soit d'admettre implicitement des principes qui émanent de systèmes différents et se contredisent, soit de renoncer misérablement à toute idée générale, à toute doctrine supérieure.

Ensemble cohérent et logique, ce *Dictionnaire* comprend les sciences accessoires ou mieux auxiliaires qui forment la base et le fondement de la biologie : c'est la physique et la chimie dont les renouvellements, opérés pendant ces dernières années sur des portions considérables de leur système, ont été analysés en détail ; c'est l'histoire naturelle qui a reçu d'amples développements, surtout au point de vue de ses relations, soit avec la physiologie, soit avec la pathologie, soit avec la pharmacie.

L'anatomie comparée, l'anatomie générale, normale et morbide, la physiologie générale et la pathologie générale, enrichies, depuis peu, de notions nombreuses et importantes qui en raison de leur nouveauté sont encore peu répandues, ont pris, pour cela même, une place considérable ; c'est pour cela aussi que l'emploi du microscope, avec ses applications fécondes et pourtant parfois controversées, a été l'objet d'une critique judicieuse.

Quant à la médecine et à la chirurgie proprement dites, on trouve pour chaque organe ses usages et ses maladies ; pour chaque appareil ses fonctions ; pour chaque maladie ses causes, ses symptômes, sa nature, sa marche et son traitement ; pour chaque médicament son origine, son mode de préparation, ses caractères distinctifs, ses propriétés et ses doses ; pour chaque instrument ou appareil sa construction, ses applications, son manuel opératoire.

L'hygiène et la salubrité publiques, qui attirent de plus en plus l'attention générale, n'ont pas été omises.

Enfin une place a été faite aux facultés morales et intellectuelles, cette part si importante de la physiologie cérébrale, et à quelques renseignements sur l'histoire de la médecine et sur la pathologie historique.

L'art médical et la médecine vétérinaire s'éclairant et se complétant mutuellement par les rapprochements et les comparaisons que fait naître leur étroite liaison, la médecine comparée a reçu des développements en rapport avec l'intérêt qui s'attache à son étude ; l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, l'hygiène, l'élève des animaux domestiques, la zootechnie et la jurisprudence vétérinaire sont devenues l'objet d'articles spéciaux qui seront consultés avec fruit et pour lesquels de précieux matériaux ont été puisés dans le *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaire* par Hurtrel d'Arboval.

Dans cette *Douzième édition*, nombre d'articles ont été complétés ou améliorés ; nombre d'autres ont été rédigés à nouveau ou ajoutés pour des faits et des objets de découverte récente, ou omis dans les éditions précédentes, et même dans la plupart des dictionnaires.

Quant aux figures qui rendent l'intelligence du texte plus facile et permettent d'abréger les descriptions tout en donnant des choses une idée nette et précise, elles ont été multipliées à dessein.

L'addition des articles nouveaux et des figures nouvelles permet d'offrir la description et la représentation du plus grand nombre des découvertes modernes, et c'est ainsi que ce *Dictionnaire de médecine* ne vieillit pas, tout ancien qu'il est.

La langue médicale, qui, dans sa composition première, est presque toute grecque, n'a cessé, suivant les besoins d'un néologisme inévitable, de recourir à cette source. Mais, en bien des circonstances, ce néologisme s'est fourvoyé, tantôt fabriquant des mots sans nécessité pour ne plus parler et écrire français qu'en grec, comme disait déjà Capuron en 1806 ; tantôt formant des mots qui violent les lois de l'analogie ; tantôt adoptant une orthographe incorrecte. Tout rectifier serait impossible, car l'usage, même vicieux, par cela seul qu'il est l'usage, impose de grands ménagements. Toutefois, des corrections ont été introduites, des analogies étymologiques ou grammaticales ont été rétablies : le bon langage et l'orthographe correcte sont, en tout état de cause, d'utiles auxiliaires de l'instruction et de la pensée.

Une addition qui sera justement appréciée, c'est la synonymie latine, grecque, allemande, anglaise, italienne et espagnole, qui, avec les six glossaires contenant les mots principaux de la langue médicale dans chacun de ces idiomes, fait de ce Dictionnaire un dictionnaire polyglotte.

---

résistance d'un ressort en caoutchouc qui tend à le maintenir pressé contre l'index et le médius.

Le jour même où ce jeune homme fut muni de l'appareil, il put s'en servir avec facilité, levant un poids d'un kilogramme, etc.

Cette main artificielle dont la simplicité est extrême, n'est susceptible d'aucun dérangement; son prix de revient est de quelques francs seulement.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Ostéite du grand trochanter ayant simulé une coxalgie.

M. MARJOLIN. La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de la Société m'a paru d'autant plus intéressante, que je crois ce cas assez rare, et qu'au point de vue du diagnostic il peut induire en erreur; c'est, au reste, le premier fait de ce genre que j'ai été à même d'observer depuis bientôt onze ans dans un service d'enfants.

Le 19 décembre 1864, la nommée Victorine F..., âgée de treize ans, non réglée, en apparence d'une assez forte constitution, occupée au rude métier de chiffonnière, se présente à la consultation, se plaignant de souffrir depuis plusieurs jours de la hanche et de la cuisse du côté gauche. Elle n'avait pas fait de chute; mais habituellement elle portait de ce côté un panier assez lourd, ce qui la fatiguait beaucoup. Elle ne pouvait marcher sans souffrir et sans boiter; la jambe était un peu dans la demi-flexion.

Le 20 décembre, je constatai à la visite ces mêmes signes; seulement, comme la déformation soit de l'aine, soit du pli de la fesse, était très-peu prononcée, malgré sa claudication très-marquée et une douleur qui augmentait toutes les fois que par suite de la pression sur le grand trochanter on cherchait à refouler la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, MM. Leroy et Meuriot, internes du service, conçurent quelques doutes sur l'existence d'une coxalgie. L'enfant étant trop fatiguée pour supporter un plus long examen, je remis au jour suivant à établir d'une manière plus précise la position de la cuisse par rapport au bassin, et à examiner complétement quelles étaient l'étendue et la nature des mouvements.

Je me contentai de prescrire un bain, l'immobilisation des deux membres abdominaux, et l'application d'un cataplasme émollient sur la hanche.

Le lendemain malheureusement et les jours suivants nous ne pûmes pas examiner de nouveau la hanche, une nouvelle complication très-grave étant survenue.

A dater du 21 décembre jusqu'au 16 janvier, l'enfant passa par une série d'accidents des plus graves résultant d'une fièvre typhoïde. De temps à autre l'affection nous laissait quelques lueurs d'espérance; mais la perspective de la convalescence était encore bien triste, car nous aurions été très-probablement contraints, aussitôt que l'état général l'eût permis, de pratiquer l'amputation de la jambe gauche à cause d'une suppuration de l'articulation tibio-tarsienne gauche qui avait détruit toutes les parties molles environnantes, et avait établi une large communication avec les surfaces articulaires profondément altérées. Enfin, par suite d'une large eschare de 12 à 15 centimètres, le sacrum se trouvait entièrement dénudé, et, comme si tant de complications étaient insuffisantes, un vaste abcès occupant les deux tiers supérieurs et externes de la cuisse gauche survint vers les derniers jours.

Malgré une suppuration aussi abondante et aussi généralisée, l'enfant résista longtemps, et ce ne fut que dans les derniers jours qu'il survint des frissons et des sueurs. A tous ces accidents, j'opposai le quinquina, le sulfate de quinine et l'alcoolature d'aconit, les lotions toniques, et les pansements avec la poudre de charbon et de quinquina, mais rien ne put arrêter les progrès de la maladie, et l'enfant succomba le 16 janvier.

Pendant tout ce temps, jamais notre attention ne fut entièrement détournée de l'affection primitive; seulement, en voyant, d'une part, la suppuration de l'articulation tibio-tarsienne et la vaste collection purulente survenue à la cuisse, je crus qu'il ne s'agissait pas seulement ici d'une coxalgie aiguë, mais plutôt d'une ostéo-myélite de la partie supérieure du fémur avec tendance à se généraliser sur d'autres points du système osseux. L'autopsie me démontra que je m'étais trompé, qu'il n'y avait eu qu'une ostéite suppurée du grand trochanter sans que le reste du fémur fût atteint; l'articulation coxo-fémorale était parfaitement saine, et il a semblé que l'inflammation du tissu osseux s'était tout à fait limitée au grand trochanter, qui était le point de départ de l'abcès mentionné. L'examen de l'articulation tibio-tarsienne nous démontra que non-seulement l'état des parties molles n'aurait pas permis de conserver le pied, mais l'ostéite suppurée avait envahi toute la partie inférieure du tibia et du péroné à plus de 2 centimètres au-dessus du cartilage épiphysaire.

A quel genre d'affection avions-nous eu affaire? Évidemment, puisque l'articulation coxo-fémorale était saine, il ne s'agissait pas d'une coxalgie proprement dite; mais je crois que d'après les signes qu'il nous a été possible de saisir avant la manifestation de la fièvre typhoïde, bien des praticiens auraient conclu, comme nous, à l'existence d'une coxalgie. J'ajouterai comme complément que, malgré les frissons et les sueurs survenus dans les derniers jours, malgré les nombreux et vastes foyers de suppuration disséminés sur plusieurs régions éloignées, nous n'avons pas trouvé d'abcès métastatiques dans les poumons.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît fort important. En effet, les erreurs qui consistent à prendre les maladies de la partie supérieure du fémur pour des coxalgies sont faciles et communes. On peut expliquer ainsi certains succès d'appareil à réduction dans la croyance des cas où la luxation n'existait réellement pas. M. Chassaignac ajoute qu'au moyen de l'anesthésie chloroformique on peut sortir d'embarras.

Dans le cas de coxalgie véritable, la roideur et la difficulté du mouvement persistent pendant l'anesthésie. On retrouve, au contraire, la mobilité quand le trochanter seul est malade.

M. VERNEUIL. La pièce présentée par M. Marjolin est très-intéressante au point de vue du diagnostic de la coxalgie. Je demanderai à notre collègue si, pendant la vie, on a pu constater la possibilité d'imprimer au membre des mouvements d'*abduction* sans transmettre de mouvement au bassin.

M. MARJOLIN. Je répondrai tout de suite à M. Verneuil que les accidents typhoïdes ne m'ont pas permis de me livrer à cet examen. Je dirai seulement qu'il ne faudrait pas donner trop d'importance à ce signe, surtout dans le diagnostic des coxalgies commençantes.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le Secrétaire annuel,
Hipp. BLOT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

123. De l'alimentation et de la diète dans les maladies aiguës, par M. Vacher.
124. Essai sur les fractures du crâne, par M. F. Chauvel.
125. Des polypes naso-pharyngiens et de leur traitement, par M. Robin Massé.
126. Quelques mots sur les calculs vésicaux. Indication et contre-indication de la lithotritie, par M. Alessandresco.
127. Des hémorrhagies utérines qui se manifestent pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement, par M. Minder.
128. Quelques considérations sur la pratique de la médecine, par M. Mioche.
129. Des omphalocèles congénitales, par M. A. J. Planque.
130. De l'extraction linéaire, par M. Bauzon.
131. Recherches sur les résultats fournis par les procédés d'Esmarck et de Rizzoli, par M. Mathé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels de Saint-Ostinde, à Nogaro, M. Cazes (Léon), docteur en médecine;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Bourges, M. Lhomme, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Besançon, M. Sauderet, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels de Beaume-les-Dames, M. Amiot, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Tours, M. Crozat (Hippolyte), président actuel;

De la Société de secours mutuels, dite Association générale des médecins de France, à Paris, M. le docteur Rayer, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Poitiers, M. Bonnet père, docteur en médecine, professeur à l'École préparatoire en médecine, en remplacement de M. Barilleau;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Limoges, M. Bardinet, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels, dite des Amis de l'ordre, à Cézy, M. Benoît, docteur en médecine, président actuel.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Oré, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de physiologie à ladite école.

— M. Tinel, professeur suppléant d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école.

— M. Homery est nommé préparateur des cours d'histoire naturelle à l'école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, en remplacement de M. Guihal, démissionnaire.

— M. Renoult est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Rapp, démissionnaire.

— Le Dr Stœss, qui pratiqua le premier en France la section du tendon d'Achille, vient de mourir à Strasbourg dans un âge avancé.

— La mort vient d'enlever dans la force de l'âge M. le Dr Dietz, maire de la commune de Westhoffen (Bas-Rhin).

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Les consultations de Mme de Sévigné, par le docteur P. MÉNIÈRE, agrégé de la Faculté et médecin de l'Institut impérial des sourds-muets. 1 vol. gr. in-8° de 145 pages. Prix : 3 fr. — Paris, 1865, Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par M. le docteur P. GARNIER, rédacteur de l'*Union médicale*, précédé d'une Introduction par M. le docteur AMÉDÉE LATOUR, première année, 1864. 1 vol. in-18 de 500 pages. Prix : 5 fr. — Paris, 1865, Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées, par le docteur BERNADET, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine, etc. 1 vol. in-8° de 112 pages. Prix : 2 fr. 25 c. *franco*. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 9 FÉVRIER 1865. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la syphilis vaccinale marche sans avancer beaucoup. Après les développements que M. Depaul a donnés de vive voix à son rapport, après l'exposé des réserves faites par MM. Ricord et Blot, et le témoignage apporté par M. Trousseau, la discussion nous paraissait complète; tout ce qu'on y a ajouté et ce qu'on peut y ajouter encore n'est plus qu'incident.

Les faits invoqués dans le rapport sont-ils, oui ou non, des exemples de transmission de la syphilis par la vaccine? S'ils ne sont pas tous probants au même point, en est-il au moins parmi eux qui mettent hors de doute la possibilité de cette transmission. « Le fait est-il? » en un mot. Oui, personne ne le conteste. Là est le point important. On pourra épiloguer à l'infini sur le plus ou moins de probabilité de quelques observations et se rejeter de part et d'autre les doutes et les négations. Cela n'ajoutera ou n'enlèvera rien à la valeur du fait.

Mais ce fait touche à des points importants d'une doctrine vivement attaquée et non moins vivement défendue. *Inde iræ.* Et de là aussi une discussion incidente qui pourra bien, si on laisse aller les choses à leur courant naturel, devenir à son tour l'objet principal du débat. Les doctrines de M. Ricord ont été mises en cause. Il a été lui-même personnellement attaqué dans sa manière d'argumenter et de présenter ses moyens de défense. Il était dans son droit de se défendre de nouveau, comme dans son devoir de porter dans ce débat, sur une question aussi grave et aussi délicate, le tribut de son expérience. C'est ce qu'il a fait une première fois dans un discours écrit, mesuré et sagement pondéré dans toutes ses parties, et hier encore dans une improvisation vive, pressante, animée, où il a retrouvé toute sa verve accoutumée. Nous nous garderons donc de nous plaindre de son intervention. Mais nous avons bien le droit de nous demander si cette discussion incidente était bien utile en ce moment, si elle avancera beaucoup la solution de la question principale. Ce n'est pas la doctrine de M. Ricord qui jettera de la lumière sur le fait du débat, c'est ce fait, au contraire, qui éclaire lui-même quelques points obscurs, douteux ou erronés de cette doctrine. L'important est donc de vider la question de fait. La discussion de doctrine pourrait sans inconvénient être ajournée. Ce qu'il importe d'établir pour le moment n'a ni à en bénéficier ni à en souffrir. M. Depaul a présenté hier des conclusions qui résument tous les points essentiels du débat. C'est sur ces conclusions exclusivement que nous voudrions voir concentrer désormais la discussion, — après toutefois que M. Ricord aura terminé sa seconde argumentation.

Il a été fait au commencement de la séance plusieurs présentations d'une certaine importance. Nous signalerons notamment : le mémoire de MM. Ferdinand Martin et Collineau sur la coxalgie, qui vient d'obtenir l'un des prix de médecine à l'Académie des sciences; l'annuaire pharmaceutique de M. Reveil pour l'année 1865, qui contient comme tous les ans un exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, etc., plus un rapport sur les modifications à introduire dans la loi de Germinal an XI concernant la législation pharmaceutique. Nous signalerons enfin la présentation d'un nouveau pulvérisateur très-ingénieux de notre confrère M. le docteur Sales-Girons, et celle d'un appareil respiratoire destiné au sauvetage ou à l'exercice de certaines professions insalubres, qui nous paraît destiné par sa simplicité et par la facilité de son maniement à rendre de très-grands services. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Molluscum éléphantiasique.

Énorme tumeur, en forme de manteau, recouvrant les deux tiers du tronc. — Déformations du squelette. — Troubles dans les fonctions circulatoires, respiratoires et digestives. — Opération. — Mort. — Autopsie : Hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-dermique; courbures anormales de la colonne vertébrales. — Lésions diverses des organes.

(Observation recueillie par M. CHEDEVERGNE, interne du service.)

Le nommé Chenailler (Prudent), âgé de 28 ans, vannier, entre à l'hôpital des Cliniques le 29 novembre 1864. Il porte sur le dos une énorme tumeur dont il réclame l'ablation.

L'origine de cette tumeur date de 15 ou 16 ans. Elle est née à la région postérieure du cou, au niveau de la 4e ou de la 5e vertèbre cervicale sur une petite saillie cutanée congénitale semblable à plusieurs autres de même espèce que le malade nous offre encore sur la surface du corps. On remarque, en effet, sur différents points du tronc des tubercules de la grosseur d'une noisette, mais conoïdes et déprimés supérieurement. M. le docteur Titon, qui connaît Chenailler depuis longtemps, et qui a observé des productions analogues sur le père de ce dernier, les caractérise du nom d'îlots lipômateux, ce sont des molluscums.

Suivant les expressions mêmes de M. Titon, la tumeur se présentait il y a environ huit ans « sous l'apparence d'une saillie lipômateuse, qui avait le volume, la forme (sauf la régularité) et la consistance du sein d'un garçon adulte bien portant. » Elle se développa peu à peu jusque vers 1858; alors elle pouvait déjà être ramenée sur la tête qu'elle arrivait à recouvrir en partie. Depuis quelques mois elle a pris un accroissement considérable, et elle est parvenue au volume où nous la trouvons aujourd'hui.

C'est un gigantesque pli de la peau qui s'étale comme un manteau mince en avant, épais en arrière sur la moitié droite antérieure du thorax, l'épaule droite et le bras droit, la partie postérieure du tronc, du col au sacrum. Cette sorte de revêtement bizarre est rattaché à la racine du cou par un pédicule, qui s'étend de l'angle interne et supérieur de l'omoplate gauche à la fossette sus-sternale en passant sur l'épaule droite. Toutes ses dimensions sont beaucoup plus considérables en arrière qu'en avant. Ce pédicule, s'il est permis de donner ce nom à une pareille masse, mesure en hauteur tout l'espace compris entre la 5e cervicale et la 10e dorsale. Le bord postérieur est à peu près rectiligne, il va directement de l'omoplate gauche à l'articulation sacro-iliaque du même côté. Son bord antérieur, qui est le plus court, se termine par un angle arrondi et un renflement qui le sépare du bord inférieur. Ce bord inférieur, le plus long de tous, n'est pas droit, mais sinueux, il n'est pas uniforme, mais il présente des saillies et des dépressions qui simulent assez bien les plis d'un manteau. Horizontal dans sa première partie, il est très-oblique de haut en bas et de droite à gauche, depuis le bras jusqu'au sacrum. A la face externe de la tumeur, la peau nous offre à considérer deux portions distinctes, dont la ligne de démarcation suivrait l'axe du membre supérieur. Elles ont des caractères physiques très-différents : celle du segment antérieur a l'apparence normale, mais on remarque au-dessous d'elle de grosses veines qui la soulèvent, ou plutôt de larges sinus du diamètre du doigt indicateur qui remontent vers le cou et communiquent largement avec les vaisseaux de cette région, plus dilatés que d'habitude. Au-dessus de la clavicule se rencontrent des ganglions nombreux et très-mobiles qui roulent facilement sous la main; ils sont du volume d'une grosse noisette. On sent à travers la peau de petits cordons cylindriques qui semblent s'y rendre. Celle du segment postérieur a une forme et un aspect tout à fait caractéristiques et qui rappellent à première vue la physionomie de l'éléphantiasis des Arabes. De loin elle paraît tachetée et a quelque rapport avec l'enveloppe tégumentaire de certains animaux. De près on reconnaît qu'elle est parsemée de trous profonds, d'où sortent des poils, séparés par des saillies mamelonnées; elle est chagrinée comme la peau de l'orange. Cette face présente en outre à sa partie inférieure, vers l'angle de terminaison, quelques écailles d'un centimètre carré de largeur chacune. Vers son milieu et en bas, on y remarque deux plis transversaux qui la divisent en trois étages. En haut, derrière le cou, se voient deux renflements gros chacun comme la moitié d'un œuf de poule qui occupent symétriquement les côtés de la ligne médiane. Ils sont d'autant plus apparents que le col est extrêmement tuméfié en ce point, par suite de déplacements multiples qui se sont établis dans les vertèbres et en particulier par le fait de la formation d'une courbure à convexité postérieure dans la section cervicale de la colonne. Le cou, devenu volumineux, présentant des dépressions et des saillies plus ou moins considérables, offre tout à fait l'aspect léonin.

Les poils dont nous parlions tout à l'heure, assez abondants en haut, y sont surtout très-longs et pour la plupart peuvent être regardés comme de véritables cheveux. En effet, les bulbes des cheveux ont été entraînés de leur siége habituel avec la peau, qui a subi une locomotion très-étendue, nécessitée par le poids toujours croissant de la masse, et sont arrivés ainsi avec elle jusqu'au milieu du dos.

La face interne de la tumeur, c'est-à-dire celle qui est en contact avec le tronc, est bien différente de la face extérieure, le tégument qui la constitue paraît avoir conservé des caractères normaux. La suite de l'examen confirme, en effet, cette manière de voir.

Cette masse, très-épaisse (1) dans toute sa portion dorsale qui est énorme, ferme, compacte, résistante, est très-vasculaire. Outre les grosses veines que nous y avons signalées, il est évident qu'il y existe un réseau très-riche de petits vaisseaux et de capillaires. Elle a en effet une coloration rosée et même rouge-brun à certains moments; sous l'influence de l'application du doigt, le sang reflue de la partie et il se produit au point comprimé une dépression blanche. Sa température est normale; mais elle est frappée de troubles profonds dans sa sensibilité. Toute la surface de peau qui a perdu sa physionomie or-

(1) Dans la partie la plus volumineuse de la tumeur, il n'y a pas moins de quinze centimètres d'une surface tégumentaire à la surface tégumentaire opposée.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal. Sa structure, ses fonctions et ses maladies, par J. LUYS, médecin des hôpitaux de Paris; avec atlas de 40 planches lithographiées (1).

Si l'on faisait le compte exact de tous les livres qui ont été publiés depuis quelques années, on trouverait que les plus gros ouvrages sont des traductions étrangères. Nous ne voulons certes pas blâmer plus qu'il ne le faut cette tendance, mais il est facile de se rappeler que nos pères ont déjà vu une époque semblable il y a quarante ans, à ce moment où les contemporains de Dupuytren et des grandes figures médicales du temps leur cherchaient des rivaux même dans les pays les plus lointains. Nos anciens, l'on s'en souvient aussi, ont avoué qu'à cette période il y a eu dans la médecine française une sorte de repos dont ils se sont un peu accusés.

Un tel souvenir serait sans doute peu flatteur pour les hommes de notre temps si le retour de leurs prédécesseurs vers les grands travaux ne présageait une recrudescence d'ardeur chez nos modernes. Il y a aussi des exceptions aux tendances actuelles, il est des travailleurs qui lisent les auteurs étrangers et ne les traduisent pas, et qui réservent leur plume pour des ouvrages originaux. Nous avons entretenu nos lecteurs il n'y a pas un an du livre de M. Marey. Nous en analysons aujourd'hui un autre de M. Luys, où, comme dans celui du premier auteur, il y a de la vraie science *indigène* et des recherches nouvelles.

(1) Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

La première partie du livre de M. Luys traite de la structure intime de la moelle, du cervelet et du cerveau. Dans une pareille étude, l'analyse est impossible; il nous faudrait mettre sous les yeux du lecteur quelques-unes des remarquables planches qui ont été dessinées d'après des préparations anatomiques de M. Luys. Il nous suffira de donner en résumé le résultat des recherches de l'auteur et les lois qui ont été posées, surtout pour ce qui touche la disposition des tubes nerveux qui composent la moelle, le cerveau et le cervelet.

Tous les nerfs, quel que soit leur rôle, sont composés de tubes se rendant à une cellule nerveuse. Les nerfs crâniens comme les nerfs rachidiens, avant de se perdre dans les parties centrales de l'axe, passent par un noyau de substance grise composé de grosses et de petites cellules, réunies par un amas plexiforme de tubes nerveux fins; l'étude des nerfs acoustiques et optiques à cet égard est remplie d'intérêt. L'entrecroisement des fibres de la moelle, des pédoncules cérébelleux, outre un système de fibres commissurantes, réunissent entre elles toutes les parties du cerveau et de la moelle, non-seulement les moitiés latérales, mais encore les moitiés antérieures et postérieures. Le cervelet est un organe surajouté à l'axe cérébro-rachidien, un noyau d'innervation excentrique, relié à l'axe nerveux par des pédoncules qui se rendent à deux systèmes d'olives, l'un qui existe sur le bulbe, l'autre qui occupe le centre, la protubérance annulaire, et les fibres des pédoncules descendent dans la moelle, ou remontent se perdre dans le corps strié.

Toutes les parties de l'axe nerveux ont des fibres qui se dirigent vers deux centres, la couche optique et le corps strié; la couche optique se compose de quatre noyaux de substance grise avec lesquels sont en connexion des fibres sensitives périphériques amenées par la moelle et les nerfs sensoriels, et les fibres qui mettent en rapport la couche optique et les circonvolutions cérébrales; le corps strié est un centre auquel se joignent les fibres de la moelle, les fibres provenant de l'olive supérieure, et des fibres émanées de la couche corticale du cerveau.

Telles sont les principales dispositions qui ressortent des dissections et des préparations de M. Luys. Et comme point de comparaison, l'auteur a étudié la disposition anatomique de l'encéphale chez les animaux, et il a montré comment, en suivant l'échelle des êtres, en suivant la dégradation des organisations on trouverait, jusque dans les espèces les plus inférieures, le corps strié et la couche optique, c'est-à-dire les deux grands centres nerveux qui sont le foyer de l'innervation.

La substance grise des circonvolutions cérébrales a été examinée avec le plus grand soin. Voici ce qu'en dit M. Luys : Cette partie de l'encéphale est composée de cellules de diverses grandeurs. Les fibres sensitives se réunissent à de petites cellules qui sont situées tout à fait à la périphérie. Plus près de la substance blanche se trouve une rangée de grosses cellules d'où partent des fibres qui se rendent au corps strié et qui sont des fibres motrices; les circonvo-

dinaire, est atteinte d'*anesthésie* et reste *insensible* aux divers excitants, comme la chaleur, le froid, etc.

On ne peut soulever cette masse pendant quelques instants sans éprouver rapidement une fatigue insupportable. Quelle doit être celle du malheureux qui l'a constamment attachée à lui; elle est d'autant plus grande que la longueur verticale de la tumeur est énorme et que son épaisseur s'accroît à mesure que l'on se rapproche de son extrémité inférieure. La traction qu'elle exerce sur la circonférence supérieure du thorax est très-notable, dès qu'elle s'éloigne du tronc, même quand ses mouvements sont très peu étendus. Il faut un développement considérable de force au malade pour la maintenir; aussi, afin de conserver son centre de gravité, cherche-t-il à se courber en avant, et se cramponne-t-il, pour ainsi dire, en croisant ses bras sur sa poitrine. Pour diminuer ses dimensions en hauteur et par suite en alléger le poids, il est contraint de soutenir cette partie de lui-même dans une espèce de sac accroché à des bretelles et de la porter comme si c'était un corps tout à fait étranger; sous l'influence de la moindre secousse qu'on imprime à cette tumeur, le patient éprouve des ébranlements extraordinaires et il est entraîné en arrière.

Si, après avoir élevé la masse à quelques centimètres de hauteur, on la laisse retomber brusquement, il est menacé d'une chute à la renverse. Il en est de même quand il marche seul et qu'il fait un faux pas. Il n'en faut pas davantage pour qu'il soit jeté sur le dos.

Il ne peut marcher pendant quelque temps sans être pris d'une extrême lassitude; il lui est impossible de se livrer à aucun travail et il est réduit depuis trois ou quatre mois à passer sa vie dans la position horizontale, et de préférence dans le décubitus dorsal couché sur cette doublure monstrueuse qui lui sert d'oreiller.

Les effets sur le squelette sont de deux sortes, ils dépendent du poids de la tumeur et de la résistance déployée pour la soutenir et qui a amené des courbures anormales. La traction sur le moignon de l'épaule a désuni la clavicule du sternum, de sorte qu'il est facile d'introduire le bout du doigt dans l'articulation sterno-claviculaire; c'est une luxation par déplacement suivant l'axe de la clavicule. Les efforts constants faits par le malade, pour se maintenir dans la rectitude verticale, malgré l'entraînement en arrière déterminé par la masse, ont produit au col une courbure à convexité postérieure dans la section cervicale, et une courbure de compensation à concavité postérieure dans la section dorsale. La réunion de ces deux courbures qui sont en opposition l'une avec l'autre et en sens inverse de l'état normal, a lieu entre la septième cervicale et la première dorsale. Il paraît exister en ce point dans l'articulation de ces deux vertèbres un déplacement antéro postérieur, portant la section supérieure de la colonne en arrière pendant que la section inférieure est poussée en avant, car l'apophyse proéminente de la septième vertèbre cervicale présente une saillie tout à fait extraordinaire.

Ces changements dans la constitution et dans la forme du squelette du thorax et du cou n'ont pu manquer de gêner depuis longtemps le jeu de certains organes importants. La lutte constante du malade contre la résistance représentée par le poids de la tumeur, l'essoufflement, les troubles de la respiration et de la circulation qui en résultaient, ont amené à la longue, non-seulement des désordres dans les fonctions et dans la nutrition, mais des lésions persistantes et des altérations anatomiques dans la structure de viscères essentiels.

Les poumons sont emphysémateux, principalement au sommet; le murmure vésiculaire s'y entend mal; et le centre circulatoire ou plutôt l'orifice aortique semble être le siége d'une lésion importante. En appliquant l'oreille à la région précordiale on entend, au premier temps, un bruit de souffle rude qui se prolonge vers le cou, et dont le maximum d'intensité paraît être un peu au-dessus de la base du cœur. Cependant je ne trouve rien à noter dans l'état du pouls; tandis que la dyspnée continue du malade, dès qu'on l'oblige à se mouvoir, sa parole entrecoupée, la teinte cyanique habituelle de sa face ne laissent pas de doute sur la gravité du mal dont il est atteint.

Je dois signaler en passant le timbre de sa voix qui est creuse et sourde.

Tous les mois environ depuis une année, Chenailler est pris de fièvre, de vomissements, de diarrhée et d'une abondante et infecte sécrétion séreuse par toute la surface extérieure de la tumeur dont l'épiderme se soulève. Le malheureux est profondément prostré pendant huit jours, puis ses forces se relèvent et l'appétit revient. Il existe périodiquement une poussée congestive vers la partie malade, poussée congestive tout à fait analogue à celle qui se montre dans l'éléphantiasis, pendant laquelle la tumeur subit un gonflement considérable. La crise passée, elle revient un peu sur elle-même, mais elle conserve toujours un accroissement de volume fort notable.

Ces secousses successives, jointes à toutes les causes d'épuisement, que nous avons signalées précédemment, ont profondément ébranlé la constitution du sujet; il maigrit, il ne peut se livrer à aucun travail et il est obligé de rester dans l'inertie la plus complète. Sa vie est visiblement en danger, et l'une des prochaines attaques l'emportera infailliblement. Il est donc urgent d'aviser aux moyens de tenter sa guérison.

La médecine est absolument impuissante devant une pareille affection. C'est donc à une opération qu'il faut avoir recours, malgré les dangers de l'intervention chirurgicale; il n'y a pas à choisir, il est nécessaire d'enlever la tumeur.

Un des premiers périls est l'hémorrhagie pendant comme après l'opération, car il y a de très-gros vaisseaux à diviser, et la section doit avoir lieu sur une surface immense qui n'a pas moins de 55 centimètres de longueur.

M. le professeur Nélaton établit donc préalablement, d'après la méthode de Récamier, un système de ligatures au pédicule de la tumeur, qui se trouve alors partagée en vingt segments étroitement serrés par des fils résistants. De cette façon l'ablation de la masse peut être pratiquée sans notable effusion de sang; la plus grande partie de celui qui s'écoule vient de la tumeur, qui, comme cela avait été annoncé, est très-vasculaire.

La plaie est recouverte de charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée, le tout entouré de bandes devant exercer une certaine compression.

Le malade a supporté assez bien l'opération, quoique le chloroforme n'ait pas été employé pour des raisons faciles à comprendre : l'emphysème pulmonaire, l'affection cardiaque et l'insensibilité du tégument à réséquer.

Dès que la section du pédicule est terminée et que la masse est séparée de l'individu, elle diminue de volume, car elle se vide du sang qu'elle contenait; cependant nous la pesons quelques heures plus tard: elle pèse encore 25 livres, 12 kilogrammes et demi. Sa coloration intérieure est d'un blanc grisâtre, lardacée; sa coupe est ferme et dure, et ne se laisse pas entamer par le doigt qui la presse. Les petits vaisseaux y sont nombreux, et on y trouve des veines énormes, véritables sinus qui admettent le pouce dans leur cavité béante par suite de l'adhérence de leurs parois au tissu morbide.

Mon excellent ami M. Laborde, qui assistait à l'opération, fait immédiatement l'examen microscopique de cette singulière production, et vérifie, ce qu'il était facile de voir à l'œil nu, qu'il s'agissait d'une hypertrophie du derme et du tissu sous-dermique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Stock de Saint-Avold sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Folschwiller (Moselle);

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1864, dans le département de la Creuse. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANDE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire sur les kystes hydatiques du foie, par M. le docteur Ladureau;

2° Un mémoire sur les hernies crurales, par M. le docteur Meugy (de Réthel).

Ces deux communications sont renvoyées à la commission du prix Godard.

3° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Peter, contenant l'exposé sommaire de ses recherches sur les variations de la température générale et locale suivant l'état de certains organes d'hématose et de l'innervation. Le dépôt est accepté.

4° Un pli cacheté de M. le docteur Bois. Accepté.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Gallard, une brochure intitulée : *La pustule maligne peut-elle se développer spontanément dans l'espèce humaine?*

— **M. ROBINET** dépose sur le bureau un exemplaire de l'annuaire pharmaceutique pour l'année 1865, par M. Réveil.

— **M. VELPEAU** fait hommage à l'Académie, au nom de MM. Ferdinand Martin et Collineau d'un *Traité de la Coxalgie* qu'ils viennent de publier en commun.

Nouveau pulvérisateur des liquides. — M. GAVARRET présente, au nom de M. Sales-Girons, un nouvel instrument pulvérisateur des liquides; il en explique le mécanisme et le jeu en ces termes :

Le perfectionnement de cet appareil consiste en ce que sa pulvérisation en est si ténue qu'elle ressemble à un nuage de fumée. Voici



l'utilité de ce fait : M. Sales-Girons a trouvé que les poussières liquides, lorsqu'elles sont grossières, ne traversent pas les tubes coudés ou anguleux, les particules d'eau s'attachant sur les surfaces qu'elles touchent. Mais lorsque ces mêmes poussières imitent la fumée, elles sont comme les fumées : les particules liquides touchent les surfaces et glissent ou rebondissent sur elles.

On comprend que pour M. Sales-Girons ces tubes recourbés ou anguleux sont les bronches elles-mêmes, que les poussières liquides grossières ne pénétraient qu'imparfaitement et que les poussières fines de son dernier instrument pénètrent dans toute leur longueur. Or, ce point important de la pulvérisation, dit M. Gavarret, M. Sales-Girons l'a complétement atteint. Il n'y a qu'à voir la pulvérisation qu'il obtient avec cet instrument fabriqué par M. Charrière.

Appareil respiratoire de sauvetage. — M. GUÉRARD présente à l'Académie un appareil de l'invention de M. Galibert qui permet de pénétrer sans danger dans tous les endroits où l'on peut avoir à craindre l'asphyxie ou l'action de gaz délétères. Cet appareil consiste en une outre pleine d'air mise en communication avec la bouche à l'aide d'un tube de caoutchouc et d'une embouchure particulière, pendant que les narines sont hermétiquement fermées par un pince-nez. Un homme muni de cet appareil peut pénétrer et rester pendant plusieurs minutes sans danger dans une fosse, un puisard, ou tout autre lieu rempli de fumée ou de gaz délétères.

Un autre appareil encore plus simple, du même inventeur, consiste en deux tubes de caoutchouc pourvus d'une double embouchure avec soupapes, l'une pour l'inspiration, l'autre pour l'expiration, et assez longs pour que leurs extrémités libres restent dans une cour ou dans une pièce voisine de celle où se trouve la personne qui fait usage de cet appareil. Il est destiné aux ouvriers qui travaillent dans une pièce dont l'air est chargé de gaz, de vapeurs ou de poussières malfaisantes, et a pour objet de leur permettre de respirer, pendant tout le temps que dure leur travail, l'air pur de la pièce voisine.

M. Guérard fait ressortir devant l'Académie les avantages que peut avoir l'usage de ces appareils dans un grand nombre de professions dangereuses, et pour faciliter des manœuvres de sauvetage.

— **M. PIORRY** demande la parole pour une motion d'ordre. Il se plaint de la manière dont le bureau règle l'ordre du jour des séances. Il y a trois mois qu'il est inscrit pour faire une lecture sur un sujet très-important, sur l'ouverture de la poitrine sous l'eau dans les cas d'empyème, et il n'a pu encore obtenir son tour de parole. On lui oppose sans cesse ou une interminable discussion sur une question que le bon sens seul suffit à résoudre, ou tout autre obstacle; et cependant, le sujet qu'il a à traiter offre des avantages pratiques considérables.

M. LE PRÉSIDENT répond qu'il y a deux discussions à l'ordre du jour, la discussion actuellement pendante, et celle qui doit avoir lieu sur le rapport de M. Lélut, et pour laquelle M. Bouillaud est déjà inscrit. Si, dans l'intervalle, on donnait la parole à M. Piorry, il pourrait en résulter une troisième discussion qu'il est impossible de laisser engager avant que les deux autres soient terminées. D'ailleurs l'Académie est souveraine, et, si elle le désire, le bureau intervertira son ordre du jour pour donner la parole à M. Piorry.

L'Académie consultée décide le maintien de l'ordre du jour.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Depaul pour terminer la réplique qu'il a commencée dans la dernière séance.

Discussion sur la syphilis vaccinale.

M. DEPAUL ne reviendra pas sur ce qu'il a dit dans la dernière séance. Il croit avoir suffisamment établi ces deux points, savoir :

1° Que l'inoculation du produit des accidents secondaires est démontrée ;

2° Que la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine est tout aussi incontestable.

M. Ricord qui croit avoir fait de grandes concessions quand il a dit : je ne nie pas, mais qui n'en continue pas moins à faire comme s'il n'y croyait pas, M. Ricord nous dit : prenez garde, jusqu'à présent on n'a inoculé que le produit des plaques muqueuses; et il se hâte d'ajouter,

---

lutions sont d'ailleurs réunies par des fibres commissurantes, les unes formant une grande commissure qui est le corps calleux, les autres réunissant les cellules d'une circonvolution à celles de l'autre.

Un seul point a laissé quelques doutes, la circonvolution que représente l'hippocampe; ses relations avec le conarium et la voûte à trois piliers ont présenté des difficultés d'étude, et l'auteur s'est borné à constater plus loin qu'il y avait dans les faits pathologiques de Turner et autres, une relation entre des altérations de l'hippocampe, et les lésions de l'olfaction.

Les annexes du cerveau et de la moelle sont ensuite étudiés à la fin de la partie anatomique.

La partie physiologique renferme une confrontation des résultats obtenus expérimentalement par Ch. Bell, Legallois, Magendie, Marshal Hall, Flourens, Cl. Bernard, Brown-Séquard; les actions réflexes et les centres excito-moteurs sont l'objet de discussions nettes et précises. Toutefois l'auteur à cet égard a établi les propositions suivantes : que, dans les centres de substance grise où il n'y a que de grosses cellules, il n'y a pas de pouvoir excito-moteur proprement dit; que celui-ci, au contraire, se produit dans les régions de substance gélatineuse, où existent à la fois de grosses et de petites cellules; que ce qui constitue l'organe excito-moteur est un amas, d'une part, de petites cellules sensitives, et de l'autre, de grosses cellules motrices agissant comme par l'effet d'un choc en retour transmis par un lacis de fibres plexiformes unissant les petites cellules aux grosses.

M. Luys aborde ensuite un sujet difficile à traiter, la relation entre l'intelligence et la structure du cerveau. Sans discuter avec Aristote, Descartes, Malbranche, Euler, Leibnitz, Helvetius, Condillac et Hégel, ou avec les philosophes spiritualistes ou éclectiques de notre temps, l'auteur explique anatomiquement avec logique ce que Ch. Vogt a présumé dans les mots : L'intelligence est une sécrétion du cerveau; ce que Buchner a donné à entendre. Les cellules de la substance grise des circonvolutions cérébrales étant en rapport avec les centres de sentiment et de mouvement vers lesquels convergent les nerfs sensitifs d'où partent tous les mouvements volontaires : la couche optique et le corps strié; la perfection des instincts des espèces animales étant en relation avec la perfection du développement des circonvolutions, les idées, la mémoire et le jugement sont liés à la fonction des circonvolutions des hémisphères cérébraux.

Puis, pour pousser plus loin l'analyse, M. Luys ajoute aux considérations précédentes, que ce sont les petites cellules de la substance grise des circonvolutions qui, par un *automatisme* spécial, leur propriété essentielle, élaborent les impressions reçues et conservées, et engendrent des idées. Et cette propriété de la cellule n'est en définitive ni plus extraordinaire que la propriété des cellules épithéliales des glandes, qui choisissent dans les éléments du sang leur produit de sécrétion complexe, ni plus remarquable que les éléments de la fibre musculaire, qui produisent une contraction, ni plus métaphysique que la fonction de la tache embryonnaire de Coste, qui est le germe d'un être.

Des faits importants sont aussi mis en lumière : une idée n'est point localisée dans un groupe de cellules, dans une circonvolution. Lorsqu'une impression est arrivée dans les couches optiques, elle se dirige suivant plusieurs directions, pour ne pas dire dans toutes, et elle éveille toutes sortes d'idées, qui elles-mêmes en font naître d'autres, parce que les cellules de la substance grise des circonvolutions ont communiqué entre elles par les fibres commissurantes.

Pour appuyer ces propositions, M. Luys a comparé l'enchaînement des idées chez l'adulte et chez l'enfant, et il a constaté chez les êtres incomplétement instruits, dont le cerveau n'est point enrichi de sensations diverses, combien est rudimentaire la suite des idées sur un fait acquis, et combien les idées sont rétrécies dans le cercle des conséquences relatives à l'impression reçue.

L'innéité de certaines idées est solidement battu en brèche, et l'auteur invoque Gerdy, qui dans sa *Physiologie physiologique* avait combattu d'instinct les propositions des philosophes, étrangères pour la plupart aux notions élémentaires de l'anatomie et de la physiologie.

Condillac, Gerdy et M. Luys, en effet, chacun dans la mesure de leurs recherches, affirment une proposition que l'organicisme défend avec ténacité. Il n'y a d'inné dans l'homme que les propriétés de ses organes. Et pour les idées en particulier, il n'y a d'inné que l'aptitude de la cellule nerveuse à recevoir une impression, à la conserver et à produire un acte qui est l'idée. Ajoutons que le livre dont nous parlons ici est bien près de donner une démonstration du fait de l'intelligence, considérée comme une simple fonction des cellules cérébrales.

M. le professeur Robin a du reste donné son assentiment à cette opinion dans son cours à la faculté de médecine.

comme pour amoindrir la portée du fait, que les plaques muqueuses ne sont qu'une transformation, une sorte de prolongation de l'accident primitif. Et comme si cette concession, toute restreinte qu'elle est, lui coûtait encore trop, il cherche encore à y échapper par toutes sortes de moyens. Il en revient toujours à cette fameuse intervention des tiers qu'on trouvait à chaque pas dans ses publications et dans ses leçons. Tout le monde sait l'abus qu'il a fait de l'officier ou même du simple soldat et du commis de nouveautés. On ne sait vraiment dans quel milieu vit M. Ricord, mais assurément c'est un milieu peu favorable à la vertu des femmes. (Vive réclamation de M. Ricord.) Toute cette manière d'argumenter n'est pas sérieuse; ce n'est pas scientifique. Les aveux de M. Ricord se bornent donc jusqu'à présent à des doutes. Il ne veut pas reconnaître les faits des autres, il ne reconnaît pour bons que les siens propres; et, quand j'accumule les faits qui déposent contre sa manière de voir, il se défend par une plaisanterie sur ce qu'il appelle ma méthode d'assistance mutuelle. Je crois lui avoir démontré que cette méthode vaut mieux que la sienne qui l'a conduit à l'erreur.

Je passe à la deuxième partie de mon travail, à la partie prophylactique et aux reproches dont elle a été l'objet. J'ai été conduit par l'examen des faits rapportés dans mon travail à me demander si c'est le sang ou le liquide vaccinal lui-même qui est l'agent de la transmission de la syphilis. Cette question, bien que secondaire, avait bien son importance. M. Blot a déclaré partager sur ce point l'opinion de M. Viennois; c'est surtout le fait de M. Sébastian, de Béziers, qui paraît l'avoir convaincu. Je ne nie pas qu'il en puisse être ainsi, que le sang soit l'agent de cette transmission; mais je ne crois pas que ce soit le sang seul qui ait cette propriété; je crois que le liquide vaccinal peut tout aussi bien que le sang lui-même transmettre la syphilis. M. Blot ne me paraît pas s'être bien rendu compte de ce que c'est que le liquide vaccinal. La preuve, c'est qu'il me fait dire : virus vaccinal. Or virus ou liquide vaccinal, ce n'est pas tout à fait la même chose. Le virus, nous ne savons pas ce que c'est, la chimie n'est pas encore parvenue à l'isoler et à nous le faire voir; mais nous savons qu'il est contenu dans le liquide séreux qui remplit la pustule vaccinale et qui s'en échappe lorsque nous ouvrons cette pustule. Mais ce liquide séreux d'où provient-il lui-même, si ce n'est du sang, de ce sang dans lequel on veut que réside seul le virus syphilitique. Je ne vois pas dès lors plus de difficulté pour que le liquide séreux vaccinal contienne aussi bien que le sang lui-même le virus syphilitique. Il y a une raison d'ailleurs pour laquelle je n'ai pas voulu dire que c'était le sang qui transmettait seul la syphilis, c'est que les globules sanguins, comme on le sait, ne sont pas absorbables. L'avenir nous apprendra à cet égard où est la vérité; je déclare, pour moi, que je ne la connais pas encore; je suis d'avis qu'il faut attendre.

Je n'ai pas été heureux avec M. Ricord pour mes moyens prophylactiques. J'ai dit qu'il fallait consulter l'état de santé des parents. Il m'a été objecté que cela était impossible. Il aurait suffi de lire attentivement les observations de mon rapport pour voir que dans plusieurs cas si on avait cherché à connaître l'état des parents, on n'aurait certainement pas inoculé. Rappelez-vous le fait de M. Sébastian (de Béziers), qui nous a appris que non seulement l'enfant, mais que le père de l'enfant vaccinifère était lui-même syphilitique au moment de l'inoculation; M. Sébastian ne l'a su qu'après, mais assurément s'il avait été conduit, par la connaissance des faits que nous savons tous maintenant, à s'enquérir de l'état de l'enfant et de ses parents avant de puiser le vaccin, il ne l'aurait pas fait et le malheur qu'il a eu à déplorer ne serait pas arrivé. Aujourd'hui que les médecins sont avertis du danger ils sentiront tous la nécessité de cette précaution, et si tous s'y conformaient à l'avenir, je ne dis pas qu'on arriverait sûrement toujours à se garantir de tout accident, mais il est certain qu'ils en diminueraient considérablement les chances.

J'ai dit aussi : Examinez attentivement les enfants. Vous verrez également dans les observations la preuve de l'utilité de cet examen. Il y a six observations qui montrent que les enfants avaient la syphilis. Si dans ces six cas on avait examiné les enfants, on aurait probablement prévu les fâcheuses conséquences de l'inoculation.

J'ai parlé aussi de l'âge des enfants. Je croyais faire plaisir à M. Ricord en prenant la limite de deux mois pour l'incubation de la syphilis congénitale, l'expérience m'ayant appris que le plus souvent la maladie se manifeste beaucoup plus tôt. Je n'ai pas réussi. Il n'a pas été satisfait de cette concession.

Enfin on m'a beaucoup critiqué, plaisanté même sur ma fameuse aiguille à vacciner. Je n'y tiens pas beaucoup, et cependant je crois devoir la défendre. J'ai dit une chose bien simple, à laquelle on m'a objecté des faits que je savais fort bien; j'ai dit que plus on ferait une incision large, plus on accroîtrait les chances de faciliter l'absorption des divers éléments qui peuvent se trouver mêlés au vaccin. Partant de là, je me suis dit : l'aiguille n'entame la peau que dans une étendue d'un millimètre, tandis que la lancette fait une ouverture de cinq ou six millimètres; il y a évidemment moins de chance d'inoculer la syphilis avec l'aiguille qu'avec la lancette. C'est une petite chose, j'en conviens, aussi ne l'ai-je pas donnée comme très-importante. Mais c'est une petite précaution qui, ajoutée à d'autres, peut avoir son utilité pratique.

La vaccination animale méritait aussi une mention. Rien n'est à négliger quand il s'agit d'une chose aussi importante. J'ai dit que c'était là un moyen qu'il fallait étudier. Rien de plus. Dans peu de temps, j'espère être en mesure de dire à l'Académie ce que j'en pense; pour le moment, je ne puis que dire que je crois cette pratique utile et de nature à rendre de grands services. Je n'en dirai pas davantage sur cette question, parce que je crois l'opinion assez édifiée maintenant. Je me résumerai donc par les propositions suivantes. (Nous publierons plus tard ces conclusions que nous ne pourrions reproduire de souvenir que d'une manière incomplète et qu'il importe de donner textuellement.)

M. RICORD monte à la tribune et commence une réponse que le temps ne lui permet pas d'achever. La parole lui est réservée pour la séance prochaine.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 13 janvier 1864. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

1° De l'emploi du vin à haute dose dans le traitement de la forme infectieuse de la diphthérie, par M. le docteur Bricheteau;

2° Mémoire sur l'ataxie locomotrice progressive, par M. le docteur Topinard, mémoire couronné par l'Académie de médecine;

3° Le Bulletin de la Société médicale du Panthéon;

4° Indications que présentent les luxations de l'astragale, par M. le docteur Dubreuil;

5° Les tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement, par M. le docteur Perret.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Leven et Gerin-Rose, qui demandent à changer leur titre de membre honoraire en celui de membre titulaire. (Accordé.)

2° Une lettre de M. Dubreuil, qui désire échanger son titre de membre titulaire en celui d'honoraire. (Accordé.)

3° Des demandes de MM. Gouraud, Proust, Baudot, Laborde, pour être inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes.

COMMUNICATION.

M. CHEDEVERGNE lit un travail ayant pour titre : *Molluscum éléphantiasique. — Énorme tumeur en forme de manteau recouvrant les deux tiers du tronc. — Déformation du squelette. — Troubles dans les fonctions circulatoires, respiratoires et digestives. — Opération. — Mort. — Autopsie : Hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-dermique. Courbures anormales de la colonne vertébrale. — Lésions diverses des organes.*

La maladie dont j'ai à entretenir aujourd'hui la Société est très-mal connue, et tous les efforts que j'ai faits pour trouver dans les auteurs français quelques notions exactes sur ses symptômes, sur sa nature, sur sa place nosologique, n'ont abouti à aucun résultat. Il ne m'a pas été difficile sans doute de rencontrer dans diverses descriptions dermatologiques quelque rapport entre certaines affections cutanées et celle qui nous occupe, mais nulle part je n'ai pu trouver entre celle-ci et l'une d'elles une similitude assez complète, ni même une analogie assez voisine pour m'autoriser à leur assigner un nom commun. Les éléments morbides, les manifestations pathologiques qui, réunis ensemble, pourraient nous permettre de reconnaître son identité, sont disséminés çà et là sous des dénominations variées. Comme nous le montrerons en effet plus loin, cette maladie emprunte de différents côtés des caractères qui, s'ils étaient considérés isolément, donneraient infailliblement le change à ceux qui voudraient la faire entrer de force dans un cadre tracé d'avance. Ainsi cette maladie est caractérisée par l'existence, sur la superficie de la peau, d'un certain nombre de petites proéminences qui ressemblent beaucoup à ce qu'on a décrit sous le nom de molluscum, par une tumeur pédiculée, insensible à sa surface, née d'une des saillies tégumentaires précédentes et qui s'accroît par poussée périodique.

En présence de ces symptômes, on songera, selon qu'on prendra en considération tel ou tel signe, à la lèpre des Grecs (anesthésie de la peau) et en particulier à une de ces affections que M. Bazin désigne sous le nom de léproïdes hypertrophiques ou stéathome éléphantiasique; à l'éléphantiasis des Arabes (aspect de la peau, mode d'accroissement) au molluscum et au lipôme; à la dermatolysie ou dermatose hétéromorphe d'Alibert (relâchement de la peau). Cependant, si on examine les choses de près, on s'aperçoit bien vite qu'aucune des maladies décrites sous ces noms ne représente celle que nous avons sous les yeux. En face de ces difficultés et après avoir médité la leçon qui nous fut faite sur cet obscur sujet par notre savant maître M. le professeur Nélaton, j'ai cherché une désignation qui put en donner une idée juste et j'ai appelé cette entité morbide, pour des raisons qui seront exposées plus loin, molluscum éléphantiasique (1). Est-ce à dire que tout soit neuf dans cette maladie, le fait et le nom, et que personne ne l'ait jamais observée? Il s'en faut de beaucoup.

Déjà en 1857, à une époque, il est vrai, où fort novice encore en médecine, il ne m'était pas permis d'apporter dans mes observations toute la rigueur désirable, j'eus occasion de voir un cas de cette espèce dans le service de M. Cusco. Cet excellent maître a bien voulu me fournir les renseignements qui me manquaient et qui confirment les idées que je m'étais faites sur la nature de l'affection.

D'après une note qui m'a été transmise par mon excellent ami et collègue le Dr Fritz, et qui est tirée de l'*Annuaire de Constatt*, 1858, le professeur Hecker, de Fribourg, a observé, en 1852, un fait très-analogue à celui que nous avons suivi dans le service de notre maître M. Nélaton.

Enfin, mon ami le Dr Cornil a mis à ma disposition la traduction d'une observation à peu près semblable, qui se trouve dans le *Traité des tumeurs* de Wirchow.

Il existe encore un autre exemple qui me semble avoir beaucoup de rapport avec les précédents. Celui-ci date de 1822; il a été rappelé dernièrement à l'Académie par M. Larrey.

Voici donc au moins quatre cas, cinq en y comprenant celui de M. Larrey, sur lequel nous n'avons que des notions trop vagues pour y insister; quatre cas présentant entre eux une grande similitude et qui nous permettent, par cette similitude même, de tracer un aperçu de la maladie. Mais, avant de commencer cette tâche, il est nécessaire d'exposer l'observation qui sert de base à notre description. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. CORNIL. Je puis ajouter au point de vue micrographique que la tumeur observée ne ressemble pas à tous les molluscum, et en particulier à celui décrit par M. le professeur Robin, et qui se caractérise par le grand nombre des cystoblastions; dans le fait de M. Chedevergne, au contraire, les cellules étaient allongées et isolées.

Wirchow a en effet signalé un cas tout à fait identique à celui dont nous venons d'entendre la relation : il s'agissait d'une femme âgée de quarante-sept ans, ayant à la hanche une tumeur énorme pesant 34 livres. L'ablation en fut faite avec succès. L'examen anatomique fournit les mêmes résultats que dans le fait qui nous occupe, et Wirchow donna à cette tumeur le nom d'éléphantiasis molluscum, et la classa dans le groupe des lipômes.

M. FRITZ. Le docteur Hecker, de Fribourg, a aussi publié une observation semblable concernant une femme âgée de trente-deux ans, et portant sur le tronc une tumeur pesant 38 livres. On remarquait sur le corps soixante tubercules de molluscum, et cette affection cutanée existait chez tous les membres de sa famille. Il y avait aussi, comme dans le fait de M. Chedevergne, des poussées congestives. Le malade succomba à son mal. L'examen de la tumeur, sauf la présence de kystes gélatineux, était semblable à celui qui nous a été lu.

M. CHEDEVERGNE s'étonne du poids considérable des tumeurs dans les deux faits qui viennent d'être cités. Il rappelle que lors de la présentation de son malade à l'Académie de médecine, M. Larrey signala un fait observé par son père où la tumeur pesait plus de 100 livres. Quand on voit sur la photographie soumise à la Société le développement de la tumeur qui fait l'objet de cette discussion, et qui ne pesait que 25 livres, on se demande comment des poids aussi considérables peuvent être supportés.

M. BUCQUOY ajoute que dans le cas de M. Larrey père il ne s'agissait pas d'une seule tumeur, mais de plusieurs dont les poids réunis formaient un total de 100 livres.

M. GERIN-ROSE. Pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, j'ai pu observer plusieurs cas de molluscum et d'éléphantiasis, et jamais je n'ai pu constater la moindre similitude entre ces deux affections; aussi suis-je étonné de trouver ces deux noms accolés l'un à l'autre

(1) J'ai cru avoir trouvé une dénomination parfaitement appropriée lorsque j'ai appris, après la lecture de mon travail à la Société médicale, que Wirchow désignait la même affection sous le nom d'éléphantiasis molluscum. Je me serais empressé, comme on le pense bien, d'accepter ce dernier nom, si je l'eusse connu avant ma lecture et avant la publication de l'ordre du jour de la séance. Peut-être cependant l'appellation que j'ai proposé indique-t-elle plus précisément l'origine de la production morbide.

Divers détails ne sont pas traités avec moins de sagesse; ce sont le sommeil, l'hypnotisme, puis le somnambulisme, non pas celui qui abuse les mystiques et qu'exploitent les charlatans, mais bien l'état où l'homme agit et marche sous la seule influence du cervelet, du bulbe et de la moelle. Le somnambule, incapable de vouloir avec jugement et de comprendre ses semblables, est assimilé à l'état de ces oiseaux qui, dans les expériences de M. Flourens, avaient été privés des lobes cérébraux, étaient dans un état de sommeil perpétuel et pouvaient cependant accomplir un certain nombre de mouvements coordonnés.

La partie pathologique renferme une histoire de toutes les lésions propres au tissu nerveux : la congestion cérébrale, les hémorrhagies, les exsudats syphilitiques ou tuberculeux, le cancer, la sclérose et les ramollissements. L'auteur y joint les interprétations des symptômes, tels que les ataxies, les convulsions, les paralysies et les autres troubles fonctionnels consécutifs à des lésions variables. Un chapitre sur la solidarité du cerveau, du cervelet, de la moelle et des différentes parties d'un seul de ces organes prête à des considérations pathologiques qui correspondent exactement à des dispositions anatomiques dont elles vérifient l'exactitude :

Les atrophies des couches périphériques du cerveau retentissent sur les noyaux de substance grise des régions centrales avec lesquelles elles correspondent. Il résulte des observations anatomo-pathologiques que possède la science, que la couche optique et le corps strié renforcé de l'innervation sthénique, iradiée du cervelet, président bien, ainsi que la structure l'indique, l'un à la centralisation des sensations, l'autre à la centralisation du pouvoir de motricité volontaire.

Les lésions des circonvolutions cérébrales ont été étudiées au point de vue de l'aliénation mentale. L'état poisseux ou élastique de la substance blanche des hémisphères, dont les tubes nerveux sont devenus granuleux; une altération de la substance grise des circonvolutions dont les cellules sont déchiquetées, remplies de granulations et privées de leurs prolongements, caractérisent les désordres anatomiques qui engendrent la folie. On comprend alors comment la cellule est privée de sa propriété *automatique*, comment ses communications avec les parties centrales de la couche optique et avec les autres cellules des circonvolutions étant détruites, l'enchaînement des idées se perd, entraînant avec lui la mémoire et le jugement.

Une théorie des hallucinations, un exposé méthodique des troubles consécutifs aux lésions de l'appareil cérébelleux, avec une étude des troubles dynamiques des différents départements du système nerveux, tels que les phénomènes paralytiques, convulsifs, épileptiformes, tétaniformes et choréiques, complètent la partie pathologique. Dans ces passages, il y a une appréciation de la paralysie générale progressive. L'auteur pense que, dans cette maladie, c'est le cervelet qui se prend le premier, que la lésion ensuite gagne les circonvolutions cérébrales, puis le corps strié. Cette opinion est appuyée sur une discussion des symptômes.

M. Luys termine par un résumé séméiologique des troubles dus aux lésions nerveuses. Exposé, sous forme de propositions divisés en trois groupes: troubles cérébraux, troubles de la motilité, troubles de la sensibilité, ce résumé sera très-utile aux médecins; ils se familiariseront ainsi avec les idées d'un ouvrage qui, nous n'en doutons pas, fera un bon chemin. Ce livre en effet est le fruit d'un travail soutenu, d'investigations patientes et de jugements mûris, qui prendront une grande place dans les travaux qui se produiront désormais sur le système nerveux.

Dr Armand DESPRÉS.

M. le docteur Beyran reprendra son cours sur les *Maladies des voies urinaires* le vendredi 10 février à 3 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

---

dans le travail de M. Chedevergne ; peut-être n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence.

M. BÉHIER. Dans l'observation que l'on vient de nous lire, je ne trouve ni les caractères du molluscum ni ceux de l'éléphantiasis ; aussi suis-je d'avis que le nom de molluscum éléphantiasique donné à cette affection est mal approprié. Appuyée sur l'autorité de Wirchow et sur le travail de M. Chedevergne, cette dénomination peut prendre rang dans le cadre nosologique, et donner lieu à des confusions regrettables. J'eusse préféré ne pas dénommer cette tumeur d'une façon aussi précise, laissant ainsi aux travaux ultérieurs le soin de mieux la caractériser. Il en est de même du nom d'érysipèle donné à ces poussées congestives qui se produisaient dans la tumeur ; rien de plus dissemblable que ces deux faits. Enfin, je crois que l'on pouvait par une auscultation très-précise du bruit de souffle cardiaque arriver à indiquer le siége du rétrécissement de l'aorte.

— **M. GINGEOT** lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire ayant pour titre : *Faits relatifs à l'action thérapeutique de l'iodure de potassium.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Pierreson, Beaumetz et Bricheteau.

— La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire, G. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CORRESPONDANCE.

Vals, le 16 janvier 1865.

Monsieur le rédacteur,

Je compte être agréable aux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, et principalement au médecin bibliophile qui a entretenu vos abonnés de l'opuscule de M. Arnaud, touchant les eaux de Vals, en détachant une page d'un travail que j'ai adressé à l'Académie, en 1864, sur le même sujet.

L'opuscule de M. Arnaud fut imprimé en 1784. Il est le fruit d'une saine observation et d'une longue expérience. Les onze observations qu'il contient sont intéressantes parce qu'elles nous montrent d'où venait alors la clientèle de Vals et quelles maladies y étaient adressées. Les voici :

1 du département de l'Hérault. — Fièvre quarte guérie par la Dominique.
1 de l'Ile de France. — Guérison d'un flux hépatique.
3 du département de l'Ardèche. — Ver solitaire, vomissements incoercibles.
1 du département de Saône-et-Loire. — Colique néphrétique.
2 du département du Gard. — Jaunisse, colique néphrétique.
1 de la Suisse. — Affection hypochondriaque.
1 Irlandais, major au régiment de Berwich. — Hépatite.
1 du département de Vaucluse. — Entéralgie.

Le premier travail que je connaisse sur les eaux de Vals est de 1639. Il est intitulé : *Observations sur les fontaines minérales de Vals, distillées par Jacques Reinet, apoticaire d'Aubenas.*

Ce petit livre, de cinquante et une pages, est dédié à puissante dame Marie de Montlor, baronne d'Aubenas, dame de Vals, etc., veuve de messire Jean-Baptiste d'Ornano, maréchal de France.

Reinet nous apprend que la maréchale le chargea, par l'entremise du sieur Simon, son médecin, de procéder à l'analyse de ces eaux. Il n'y avait de connues, à cette époque, que les sources Marie, Madeleine, Saint-Jean, Dominique.

Simon fut le premier médecin qui surveilla l'administration des eaux.

Le patronage élevé du livre de Reinet nous explique pourquoi, dès le début, les grands de la cour vinrent boire les eaux de Vals qui étaient la propriété des Montlor et des d'Ornano. Les noms même des sources Marie, Madeleine, Saint-Jean, Dominique, rappellent les membres de ces illustres familles.

Il y a peut-être un intérêt local à mettre sous les yeux du lecteur les essais adulateurs de l'*apoticaire* Reinet. En voici de sa façon :

Puisque Saint-Jean est mon objet
Que d'un rocher sort mon sujet,
Qu'un mont ou l'or reluit m'asseure;
Je vous dépite médisans,
De confondre mon écriture
Quand vous y songeriez dix ans.

Et cet autre :

Pouvoir reculer le trépas
Et nous soulager dans nos peines
Sont les rares effets de l'eau de nos fontaines
Que dans le meilleur vin on ne trouverait pas.

Plus tard, en 1673, Serrier Trophime, célèbre médecin d'Arles, auteur de deux ouvrages : *Observationes medicæ et Hydatologia*, consigne, en quelques phrases éparses, les principales indications des eaux de Vals. Il semblerait qu'à cette époque la vogue était des plus grandes chez nous. Mme de Sévigné écrivait : « L'un va à Vals parce qu'il est à Paris, l'autre à Forges parce qu'il est à Vals, tant il est vrai que, jusqu'à ces pauvres fontaines, nul n'est prophète dans son pays (1). »

En voilà assez sur le blason des eaux de Vals.

Serrier va nous signaler leurs bons états de service. Si les citations que nous lui empruntons intéressent le bibliophile, elles intéressent plus encore le praticien.

Vous savez, monsieur le rédacteur, qu'il a été beaucoup discuté sur la dissolution ou la non dissolution des calculs par les eaux minérales. Les luttes de M. Petit, de Vichy, ne sont pas encore oubliées. C'est en étudiant l'action des eaux de Vals que Serrier, cent soixante-dix ans auparavant, lui faisait cette réponse anticipée : à l'article Calculs : — « Præscribuntur equidem peritis medicis, præter commemorata præsidia, crebro in hac Provincia (Provence), *aquæ Vallenses*, quibus non frangitur equidem calculus, sed vi sua abstersirva eluitur a parietibus renum. »

A l'article Aménorrhée, il dit : — « Indesinenti menstruorum fluxu..... si a vitioso eluvio, purgationes erum ex usu, si ab incendio præcordiorum semicupia *aquæ Vallenses.* » Il s'agissait ici de bains de siége.

Plus loin, à l'article Tumeurs de la rate : — « Eœnis tumore..... Numquid enim multoties est observatum hypochondria prœdura mollia evasisse aqua imprægnata spiritu resolutivo chalybis, aut usu *aquarum mineralium Vallensium* quæ non caliditate et humiditate hos tumores superant, sed vi insiti salis et spiritus qui insitum cum materia crassa in hypocondriis resolvit plane planeque discutit. »

Ces citations montreront aux lecteurs de la *Gazette* que la spécialité des eaux de Vals était connue dès 1673, et qu'il n'est pas étonnant que les médecins du Midi aient fait, de père en fils, de la petite station de Vals, comme une maison de santé pour leurs malades.

Agréez, etc. CHABANNE, médecin inspecteur.

Nous recevons de M. le docteur Duchenne (de Boulogne) fils la lettre suivante, en réponse à la note de M. le docteur Laborde sur la paralysie atrophique de l'enfance, insérée dans le numéro du 28 janvier dernier. Après les explications données de part et d'autre, les lecteurs resteront juges du débat soulevé entre nos deux confrères :

1. L'auteur oublie que J. J. Rousseau nous apprend, dans ses *Confessions*, que, durant son séjour à Montpellier, il buvait de l'eau de Vals pour se guérir du fameux polype qu'il n'avait pas.

Monsieur le Rédacteur,

Je ne saurais répondre aux agressions contenues dans la note de M. le docteur Laborde sans soulever d'irritantes questions de personnes, dépourvues d'intérêt pour vos lecteurs. Je me contenterai de répondre à une seule des insinuations de M. Laborde, qui *a cru* se reconnaître dans la description des trois premiers degrés des altérations musculaires données par moi, que s'il a communiqué ses opinions à ce sujet à la Société anatomique le 15 avril 1864, cette communication n'a pas encore été imprimée dans les comptes rendus de cette Société ; que ma thèse a été soutenue le 21 mai 1864, et non pas trois mois après la communication de M. Laborde à la Société anatomique ; qu'elle renferme la description des différents degrés d'altération des muscles, telle qu'elle est reproduite textuellement plus tard dans mon travail des *Archives générales de médecine ;* que la thèse de M. le docteur Laborde sur le même sujet, dans laquelle sa description des altérations musculaires a été livrée pour la première fois à l'impression, date du 30 août 1864.

J'espère que le rapprochement de ces dates suffira pour éloigner de l'esprit de vos lecteurs l'idée d'un plagiat quelconque de ma part.

Agréez, monsieur le Rédacteur, etc.

Dr G. DUCHENNE (de Boulogne) fils.

2 février 1865.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 18 janvier dernier, M. L. Wecker, docteur en médecine, médecin oculiste de la maison Eugénie-Napoléon, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— La Société anatomique tiendra sa séance annuelle le vendredi 10 février 1865, à trois heures précises, dans le local ordinaire de ses séances.

Voici l'ordre du jour :

1° Compte rendu des travaux de la Société, par M. le docteur Bricheteau, secrétaire ;

2° Éloge de M. le docteur Simon, chirurgien des hôpitaux et vice-président de la Société anatomique, par M. le docteur Guyon ;

3° Éloge de M. le docteur Marcé, professeur agrégé de la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, par M. le docteur Laborde ;

4° Éloge de M. le docteur Goupil, médecin des hôpitaux, par M. le docteur Besnier.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le 10 février, à huit heures, à la Faculté de médecine, salle des thèses.

Ordre du jour :

Observation d'hystérie compliquée de chorée, par M. le docteur Baudot.

Faits relatifs à l'histoire thérapeutique de la narcéine, par M. le docteur Laborde.

De l'atrophie musculaire progressive, par M. le docteur Menjaud.

Les séances sont publiques.

— Le banquet de la Société anatomique aura lieu le samedi 11 février 1865, chez Véfour-Hamel, à six heures. Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu le jeudi gras 23 février, à six heures et demie précises, chez Lemardelay, rue Richelieu, 100. Le prix de la souscription est de 15 fr. On est prié de verser le montant de la cotisation dans chaque hôpital à l'interne économe de la salle de garde, ou bien de la remettre à M. Piogey, rue des Martyrs, 28, ou à M. Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42, membres de la commission permanente.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 11 FÉVRIER 1865. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Calcul bronchique.

Bien que les exemples de calculs bronchiques ne soient pas très-rares, à en juger du moins par les faits nombreux rapportés par Morgagni, sans compter ceux qui ont été consignés depuis par divers recueils, il ne paraît pas qu'on soit très-bien fixé encore soit sur leur origine et leur mode de développement, soit sur les symptômes qu'ils déterminent et les signes propres à les faire reconnaître. On en pourrait juger, au besoin, par le résultat assez confus d'une petite discussion qui a eu lieu à ce sujet dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, à l'occasion d'une observation de ce genre communiquée par M. le docteur Guibout. Nous laisserons pour le moment de côté les diverses opinions qui ont été émises pour ne nous occuper que du fait lui-même qui présente un très-grand intérêt.

M. Guibout a présenté à ses collègues un calcul bronchique, rameux, très-dur, pesant 47 centigrammes, et présentant dix ou douze prolongements ou radicules correspondant probablement à autant de tuyaux bronchiques; de sorte que, d'après sa contexture même, il avait dû se trouver enchevêtré au milieu de plusieurs cavités bronchiques dans lesquelles il était logé. A l'aspect seul de ce calcul, à son volume considérable, et surtout à ses rameaux divergents, il était aisé de comprendre les accidents dont il avait été cause et la difficulté de son expulsion.

Voici les détails très-intéressants à cet égard que M. Guibout a exposés à ses collègues.

Un homme de 34 ans environ eut, il y a cinq ou six ans, une pneumonie. Depuis cette époque, il garda une toux en quelque sorte permanente, et en même temps une gêne allant jusqu'à la douleur, et siégeant profondément dans la poitrine entre l'épigastre et le sein droit. Dans ces deux dernières années, M. Guibout a eu à combattre chez ce malade non-seulement la toux, mais de véritables vomiques pulmonaires se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, et survenant tous les deux ou trois mois, quelquefois même tous les mois. Quand ces vomiques avaient lieu, le malade était obligé de quitter ses occupations et de se mettre au lit; il avait alors une fièvre intense et un grand sentiment de malaise qui duraient ordinairement de huit à quinze jours, après quoi il se remettait à son travail.

L'examen de la poitrine n'a jamais rien appris sur le siége et l'étendue des désordres pulmonaires. Point de matité ou de submatité nulle part; partout murmure vésiculaire pur ou à peu près pur, particulièrement dans les régions sous-claviculaires, et dans les fosses sus et sous-épineuses. Au point où le malade indiquait sa douleur habituelle, on ne percevait non plus aucun bruit anormal.

La dernière vomique eut lieu au commencement de novembre 1864; les accidents qui l'accompagnèrent furent assez sérieux pour donner des craintes sur la vie du malade. Cependant après un séjour au lit d'une quinzaine de jours, il avait pu sortir. Il ne lui restait de ce dernier accident qu'une grande faiblesse, et la persistance de la gêne et de la toux.

Dans les premiers jours de décembre une hémoptysie assez abondante eut lieu, et le malade entendit tomber dans sa cuvette, au milieu du sang, un corps dur dont le cliquetis métallique appela son attention. C'était le calcul qui fut présenté quelques instants après à M. Guibout.

Au bout de deux ou trois jours, le malade était sur pied; il se sentait débarrassé de sa gêne et de sa douleur; il respirait avec beaucoup plus de liberté et d'ampleur, et ne toussait plus. Il avait le sentiment de sa guérison et l'exprimait avec une grande satisfaction.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis six semaines, ni la toux, ni la gêne, ni la douleur ne sont revenues; l'appétit a reparu, et bientôt après l'embonpoint et la fraîcheur.

M. Guibout, après avoir rappelé les circonstances dans lesquelles ce calcul a été rendu, a fait remarquer que son malade, occupé à un travail de bureau, n'avait pas une de ces professions dans lesquelles on se trouve au milieu d'une atmosphère pulvérulente dont les particules plus ou moins fines, pénétrant dans les voies respiratoires, s'y arrêtent, s'y accumulent, et peuvent ainsi devenir le noyau solide d'une production calculeuse. D'autre part, le malade affirmait n'avoir jamais avalé par les voies aériennes un corps étranger, si petit fût-il. Enfin, on ne pouvait admettre, suivant M. Guibout, que ce calcul eût été formé par une masse tuberculeuse crétacée. Une masse tuberculeuse crétacée eût été, en effet, moins volumineuse, moins compacte, moins dense; elle eût été blanchâtre, arrondie, et se serait désagrégée facilement sous forme de lamelles.

De ces considérations et de quelques autres qu'il serait trop long de rappeler ici, M. Guibout a cru pouvoir conclure que le calcul en question a été formé primitivement, et de toutes pièces, dans une cavité bronchique dilatée et suppurante, et que de là il a successivement, et à mesure même qu'il se développait davantage, poussé des prolongements dans les bronches voisines, jusqu'au moment où, après avoir progressivement élargi, usé ou détruit les tubes bronchiques qui le tenaient, il a pu être rejeté au dehors par les efforts de l'expuition.

Les plus grandes probabilités sont, en effet, en faveur de cette manière de voir. Mais il nous manque encore les notions sur la composition de ce calcul et sur la nature des éléments aux dépens desquels il a pu se développer. L'examen physique et analytique de ce corps qui n'avait point été fait encore, M. Guibout ayant voulu le montrer intact à ses collègues, a dû être fait probablement depuis. Nous ferons connaître les résultats qu'il aura donnés, et nous tiendrons également nos lecteurs au courant des suites de la discussion qui a été ouverte à ce sujet.

Des accidents produits par les accès d'épilepsie. Prophylaxie et traitement.

Nous avons exposé dans la précédente *Revue* les principaux résultats des recherches statistiques, faites à l'hospice de Bicêtre par MM. Rengade et Reynaud, sur les accidents produits par les accès épileptiques. Il nous reste à dire quelques mots de quelques-unes des influences qui agissent sur le nombre, la nature et la gravité de ces accidents, et à exposer sommairement ce qui ressort de l'ensemble de ces recherches au point de vue de la prophylaxie et du traitement.

Les influences que les auteurs ont examinées sont : l'âge, le tempérament et la constitution, les professions, les heures du jour ou de la nuit, les saisons, la température, etc.

C'est dans l'âge adulte que se produisent les accidents les plus nombreux et les plus graves. Chez les enfants, les contusions sont moins violentes et les plaies moins profondes. Les morsures à la langue, les fractures et les luxations sont moins communes aussi; mais les congestions laissent plus souvent après elles des hémiplégies et autres accidents nerveux. Les vieillards sont plus exposés aux fractures; ils ont la langue et le visage couverts de cicatrices, et succombent facilement à une congestion un peu intense ou à une série d'accès.

Chez les sujets maigres, lymphatiques ou scrofuleux, que l'on compte en assez grand nombre parmi les épileptiques, les contusions sont ordinairement dangereuses et les fractures communes; les plaies et les épanchements sanguins se guérissent moins vite. Les individus pléthoriques sont surtout sujets aux congestions et aux accidents nerveux qui en résultent.

Les professions ont une influence toute naturelle, et que chacun comprendra, sur la nature et la fréquence de certains accidents, soit par les instruments qu'elles mettent entre les mains des malades et avec lesquels ils se blessent au moment de l'invasion de leur accès, soit par les positions plus ou moins périlleuses dans lesquelles l'accès les surprend.

L'influence des heures où a lieu l'accès est également à prendre en considération. Les accès qui ont lieu pendant le jour, aux heures du travail, exposent beaucoup plus à des accidents que ceux qui ont lieu la nuit. Cependant on a vu par quelques exemples cités plus haut des malades blessés par suite de la chute de leur lit ou asphyxiés par leurs oreillers.

Une température élevée, en multipliant le nombre des attaques, prédispose aux congestions, etc.

Les moyens prophylactiques à employer contre les accidents auxquels sont exposés les épileptiques sont aussi variés que les causes elles-mêmes de ces accidents. Éviter toutes les professions dangereuses et qui exigent le maniement d'instruments vulnérants; entourer de grillages les foyers, les réservoirs, les escaliers et tous les endroits périlleux, dans les maisons particulières, comme dans les asiles qui renferment des épileptiques. Faire usage de la camisole pour ceux d'entre eux qui sont sujets à de fréquents accès ou qui sont atteints d'aliénation mentale. On sait que ce moyen a été très-critiqué. MM. Rengade et Reynaud n'ont pas remarqué qu'il eût de sérieux inconvénients. La plupart du temps les malades, n'ayant point leur connaissance, n'opposent aucune difficulté et ne profèrent aucune plainte. Quelques-uns demandent eux-mêmes la camisole toutes les nuits, sachant bien qu'elle les prémunira contre les blessures auxquelles ils seraient exposés. La camisole a, en outre, l'avantage de les empêcher de se retourner dans leur lit et de s'asphyxier en enfonçant leur face dans l'oreiller.

Une précaution plus importante encore, suivant MM. Rengade et Reynaud, est celle qui consiste à coucher ces malades dans des lits particuliers, disposés de manière à éviter la possibilité des chutes. M. Lélut a fait confectionner pour cet usage des lits à bords élevés qui ont rempli parfaitement cette indication. M. Delasiauve y a introduit depuis quelques modifications qui ont également paru utiles. Depuis que les épileptiques sont couchés dans ces lits, les chutes sont devenues excessivement rares.

Une pensée inspirée par les cas d'asphyxie qu'ils ont recueillis ont porté MM. Rengade et Reynaud à faire quelques essais dans le but d'éviter cette cause de mort qui enlève souvent des hommes robustes. Ils ont supprimé les oreillers, et les ont remplacés par des planches recouvertes de drap. Ils proposent de généraliser cette substitution, et voudraient qu'on ne laissât aux épileptiques qu'un oreiller très-dur, ou même une planche recouverte d'une couche de ouate suffisamment épaisse pour amortir les chocs pendant les accès. Cette planche pourrait être fixée et maintenue en place par des vis, qui traverseraient les barreaux de fer du lit de M. Lélut. Au moyen de ces vis, elle serait enlevée et remise sans de grandes difficultés.

Dans les cas de chutes répétées sur le même point, l'usage de bourrelets ou de plaques métalliques convenablement appliquées atténueront les dangers.

Ces diverses précautions n'excluent pas une surveillance active. C'est sous ce dernier rapport surtout que les hospices offrent un grand avantage.

De la cystite idiopathique chez les femmes.

On n'observe pas souvent de cystite chez les femmes, et jusqu'ici on s'est rendu compte de la rareté de cette lésion en raison du peu de fréquence de l'uréthrite chez les femmes. On connaît d'ailleurs des cystites consécutives à l'introduction de corps étrangers dans la vessie et liées à la présence de calculs dans la vessie. Dans le dernier numéro de la *Gazette*, M. Demarquay a produit un exemple de cystite consécutive à un rétrécissement, cette lésion si rare chez la femme.

Une thèse récente vient d'être publiée par un des élèves de M. Laugier, M. Bernadet, où les faits de cystite idiopathique ont été rassemblés. Ils sont peu nombreux, et voici une des observations qui a été donnée comme une des plus concluantes :

Une jeune femme, réglée à l'âge de dix-sept ans, qui s'était toujours bien portée et qui avait eu des rapports sexuels seulement depuis trois ou quatre mois, était entrée à l'Hôtel-Dieu avec des douleurs dans le bas-ventre et des troubles de la miction.

La malade racontait les détails suivants :

Au commencement du mois de février qui avait précédé son entrée à l'hôpital, elle avait eu des rapports sexuels au moment de ses règles, et elle avait pris un bain à la fin de son époque. Ce bain était très chaud et avait causé une syncope. En sortant de la baignoire, la jeune femme avait pris froid, et avait ressenti quelques frissons.

Le surlendemain, au milieu de son travail, dans la journée, elle avait été atteinte d'incontinence d'urine, et malgré qu'il y eût incontinence d'urine le besoin de miction se faisait sentir. Ces symptômes avaient duré trois ou quatre jours; des douleurs avaient persisté néanmoins à chaque miction; une seule fois (au dire de la malade) les urines avaient présenté une coloration rougeâtre. Quand l'urine cessait de couler, il y avait des souffrances pénibles.

Examinée à l'hôpital, la malade ne présentait pas de douleur à la région hypogastrique; le col de la vessie, exploré par le toucher vaginal, était un peu douloureux. Il n'y avait pas d'ailleurs de métrite ni de vaginite.

La miction était douloureuse le jour et la nuit. Lorsque la malade était au lit, il n'y avait que trois ou quatre mictions par jour; lorsque la malade était debout, au contraire, elle éprouvait des envies fréquentes d'uriner. Les urines étaient un peu troubles, et laissaient déposer un mucus blanchâtre, floconneux et transparent.

M. Laugier a diagnostiqué une cystite, et a prescrit une tisane de graine de lin, le repos au lit, et un bain tous les jours.

La malade a vu son état s'améliorer; il y avait moins de ténesme vésical. Lorsque l'époque menstruelle a reparu, les urines ont été un peu teintes par le sang des règles. Après que l'époque a été passée, pour compléter la guérison, des injections d'eau de goudron ont été faites dans la vessie deux fois par jour.

La malade est sortie de l'hôpital le 4 mai, trois mois après son entrée à l'hôpital.

Le 12 septembre suivant, la malade est rentrée à l'hôpital; les troubles qui existaient du côté de la vessie pendant son premier séjour à l'Hôtel-Dieu étaient reparus, et à chacune de ses époques la jeune femme disait que le ténesme, les épreintes devenaient plus intenses, et que les urines déposaient davantage. Et la malade attribuait la récidive de son mal à un abcès qui serait survenu à l'anus.

Le traitement a consisté en tisane d'*uva ursi*, cataplasmes sur le ventre, 4 pilules de térébenthine de 0gr.,15 chaque.

La malade s'est rétablie promptement, et a été traitée d'une fissure à l'anus qui avait succédé à l'abcès dont il a été question. Des mèches enduites de pommade à l'extrait de ratanhia ont amené promptement la guérison.

S'agit-il ici réellement d'une cystite idiopathique? Nous ne le pensons pas pour plusieurs motifs : la cystite idiopathique vraie est excessivement rare chez l'homme, si rare que dans les livres classiques qui ont fait la loi il y a trente ans, il n'était pas même question de la cystite. Cette maladie était décrite comme une des conséquences de l'uréthrite, des calculs ou des lésions traumatiques. En second lieu, il y a quelque chose qui ferait supposer que la malade observée par M. Bernadet a eu une uréthrite : ce qui vient naturellement à l'esprit, c'est moins le fait du coït au moment des règles et l'irritation qui en a dû être la conséquence, que la comparaison des phénomènes présentés par la malade avec les symptômes observés chez les femmes atteintes d'uréthrite.

On trouve dans les leçons de M. A. Guérin sur les maladies des organes génitaux de la femme ces lignes :

« Des femmes sont sujettes à des névralgies de la vessie et de l'urèthre, qui donnent lieu à des douleurs atroces et au ténesme vésical le plus pénible. C'est souvent à l'époque menstruelle que se produisent ces névralgies, mais elles peuvent naître sans que les règles semblent en être la cause.... Dans cette affection, chaque fois que quelques gouttes d'urine s'écoulent, elles s'accompagnent des cuissons les plus pénibles. »

A part le dépôt muqueux dans l'urine, la malade de l'Hôtel-Dieu présentait les mêmes symptômes, et de l'uréthralgie.

D'un autre côté, on le sait, et M. Bernadet a lui-même rapporté des observations connues, la cystite complique quelquefois le cancer utérin s'étendant du côté de la vessie. Les efforts brusques qui contusionnent la vessie sont une cause de cystite. Franck a vu une cystite consécutive à un accouchement laborieux. Outre ces faits, on trouve dans Bennett (1) que l'inflammation du col de l'utérus cause la cystite, et l'auteur explique cette lésion par l'irritation de la vessie au contact de l'urine mal élaborée par le rein, pris sympathiquement après les inflammations de l'utérus; opinion singulière et que nous ne voulons pas discuter ici.

Mais, sans multiplier davantage les citations, il est facile de juger la question. Jusqu'ici on constate que les inflammations de voisinage sont la cause ordinaire de la cystite qui n'est pas due à un corps étranger dans la vessie et à un empoisonnement par l'usage des cantharides, et cela chez l'homme aussi bien que chez la femme.

Il n'y a guère que trois observations qui prouvent que la cystite se développe sous la seule influence du froid. Ce sont : une citation de Chopart, qui dit avoir vu des cystites au moment où régnait une épidémie de grippe; un fait cité par M. Fontaine (*Thèse de Paris*, 1815), l'histoire d'une jeune fille qui eut une cystite après s'être lavé les pieds dans une eau très-froide; enfin une observation de M. Bernadet ayant trait à une malade qui portait un catarrhe vésical dont le début remontait à l'époque où la femme était enfant. Dans ce cas, la cystite était survenue après une *incontinence d'urine* nocturne arrivée peu de temps auparavant.

A part la citation de Chopart, qui n'est pas accompagnée d'observation, il reste deux jeunes filles dont les antécédents ne sont pas connus et qui pouvaient fort bien être adonnées à la masturbation; la jeune fille, qui avait une incontinence d'urine d'ailleurs, avait aussi sans doute subi des traitements, violents peut-être.

En résumé donc, il reste peu de certitude sur la possibilité de la production de la cystite sous la seule influence du froid. Mais il y a dans tous ces faits quelque chose digne d'attirer l'attention des praticiens, la nécessité de faire l'histoire de la cystite chez la femme.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Molluscum éléphantiasique (2).

Voici une note sur le même sujet qui m'a été remise par M. Cornil :

« La tumeur est constituée par une hypertrophie du derme. La couche épidermique est mince, et les papilles (dans la partie que j'ai prise) ne sont pas visibles. Il n'y a pas de distinction entre ce qui serait le derme et le tissu cellulaire sous-dermique; ce dernier n'existe pas, car il y a très-peu de graisse et rien qui rappelle la structure aréolaire du tissu cellulo-graisseux.

« La surface cutanée ne présente pas d'élevures correspondant à des papilles, mais seulement les orifices par où sortent les poils longs et grêles, et le soulèvement produit par les glandes sébacées qui entourent le poil. La racine de ces poils est très-longue; elle mesure de 6 à 10 millimètres de longueur. Les glandes sébacées sont aussi extrêmement développées, ayant jusqu'à 3 millimètres de longueur, composées d'acini multiples, possédant chacune un nombre considérable de culs-de-sac. Les cellules de ces glandes sont nucléaires et très-petites (normales).

« Dans la partie que j'ai examinée, je n'ai pas trouvé de glandes sudoripares.

« Le tissu gris, semi-transparent, mou, œdémateux, sans suc lactescent, dont est formé la tumeur, présente comme élément essentiel des cellules de tissu conjonctif (corps fusiformes) et des noyaux embryo-plastiques, quelques cytoblastions très-rares. C'est une hypergénèse de tissu conjonctif. Ce tissu est très-vascularisé. »

J'ai appris que M. le professeur Robin avait déclaré à la *Société de Biologie* que cette tumeur est formée par une hypertrophie du tissu lamineux sous-épidermique, tant de celui qui entre dans la constitution du derme que dans celui qui fait partie du tissu cellulaire sous-cutané.

Voilà donc une tumeur bien et dûment étudiée, et sa nature est déterminée de la façon la plus orthodoxe.

Je reviens à notre malade qui a été reporté dans son lit.

La dyspnée, si habituelle chez lui, augmente encore dans les heures qui suivent l'opération. Il est pâle et légèrement cyanosé. Il se plaint d'avoir la poitrine trop serrée par les bandes, qui exercent en effet une certaine compression. Je les enlève et je mets à leur place une simple serviette que je laisse lâchement attachée. Le malade se trouve soulagé; l'asphyxie diminue, mais ne disparaît pas complétement. Il est plusieurs fois menacé de syncope. Les excitants de diverse nature parviennent pourtant à relever ses forces, et la nuit est beaucoup meilleure que la journée.

17 décembre. Il y a encore quelques tendances aux lipothymies. Les lèvres sont violettes et la respiration gênée; le malade croit toujours qu'il est trop serré par l'appareil qui l'entoure; mais, somme tout, il s'est produit depuis hier une amélioration évidente. Le pouls s'est relevé; il est encore faible, mais il n'est plus misérable comme il y a douze ou quinze heures.

On continuera les toniques et le bouillon. Sur toute la surface de la plaie, on applique de la charpie imbibée d'un mélange, par parties égales, d'eau et d'eau-de-vie camphrée. Ce pansement, qui n'est pas douloureux et qui ne provoque aucune plainte de la part du malade, sera renouvelé ce soir.

Visite du soir. La face est toujours cyanosée; la respiration à 35; le pouls à 120. Diarrhée, quelques vomissements, ballonnement du ventre. Lavement laudanisé. Bouillon pour la nuit.

18. Amélioration. La diarrhée n'a pas reparu, les vomissements ne se sont pas reproduits. Le malade est surtout fatigué de la position qu'il est obligé de tenir dans son lit; il est presque toujours appuyé sur l'épaule gauche, car sa plaie s'étend de l'omoplate gauche jusqu'au sternum, en passant par l'épaule droite, sur une longueur de 95 centimètres.

19. Le pouls bat encore 120 fois par minute, mais il est plus fort. La respiration est encore un peu fréquente. La face est moins pâle, beaucoup meilleure, les lèvres sont encore bleuâtres. Il n'y a plus de diarrhée ni de vomissements. Amendement notable dans l'état général.

Du côté de la plaie, tout, particulièrement en avant, est bien disposé pour la cicatrisation. Il y a beaucoup de chances de guérison.

21. Le malade est opéré depuis cinq jours; on ne peut désirer le voir mieux qu'il est, au bout d'un laps de temps aussi court. Il a pourtant un léger mouvement fébrile; la peau est chaude, mais ni sèche ni aride; le pouls, il est vrai, est plus rapide qu'on ne le supposerait à la vue du malade; peut-être l'absorption de l'alcool par la plaie est-elle pour quelque chose dans cette accélération. D'ailleurs, il est régulier et d'une bonne ampleur. La respiration est encore gênée, mais elle a toujours été difficile. Il faut tenir compte de la lésion cardiaque et de la déformation du thorax. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. Le malade prend chaque jour du bouillon, du tapioca, du jus de viande. Le sommeil est assez calme, quoique souvent interrompu. Il est nécessaire de s'opposer à la formation d'une trop abondante suppuration, car elle ne manquerait pas d'épuiser le malade; et, pour cela, il n'y a qu'à pratiquer largement les pansements à l'alcool.

Le 23, dès hier soir le malade était moins bien que les jours précédents; la fièvre avait augmenté, il avait quelques rêvasseries. Ce matin, il a de la diarrhée, des vomissements, une sueur visqueuse couvre son corps; et, chose plus grave, une coloration rosée, avec un peu d'empâtement des tissus, a envahi les quelques portions de tumeur qui restent encore derrière le cou, et qu'on devait détruire ultérieurement. Pâleur et bouffissure de la face. Albumine dans les urines.

Le 24, la coloration rosée des téguments que nous avons signalée hier s'est encore étendue; les mêmes symptômes persistent et s'aggravent, les forces du malade baissent de plus en plus, et la respiration s'embarrasse davantage. Il s'agit bien évidemment de cette sorte d'érysipèle qui survenait toutes les cinq ou six semaines et menaçait alors les jours du malade; cette fois il sera fatal.

Mort à huit heures du soir.

L'autopsie est pratiquée le 26 décembre 1864, à neuf heures du matin.

Les tubercules molluscoïdes sont constitués par des cytoblastions (noyaux sphériques) en grand nombre, qui se sont interposés entre les faisceaux de fibres dans l'épaisseur même du derme.

Nous n'avons rien à ajouter sur ce qui concerne la tumeur elle-même, si ce n'est que nous n'avons trouvé autour du lieu qu'elle occupait aucune oblitération vasculaire. Mais nous avons, au contraire, bien des détails à exposer sur les effets qu'elle a produits dans la conformation du squelette. Plusieurs de ces effets avaient été prévus pendant la vie du malade, mais il était difficile de savoir s'ils étaient aussi prononcés.

Dès que la poitrine est ouverte, ce qui nous frappe surtout, c'est la saillie que font les corps des vertèbres et la profondeur des deux gouttières qu'ils séparent et qui contiennent les poumons. Au niveau de l'extrémité inférieure du sternum, la face postérieure de ce dernier organe n'est éloignée de la face antérieure de la colonne que par un intervalle de trois travers de doigt. A mesure qu'on remonte vers le cou, les deux segments osseux se rapprochent de plus en plus, et vers la poignée du sternum il y a presque contact. Le point le plus étroit du défilé est limité en avant par la portion la plus extrême de la face sternale, et en arrière par le cartilage qui sépare la quatrième et la cinquième dorsale, ainsi que par le corps de ces deux vertèbres. (On sera peut-être étonné de voir le bord supérieur du sternum correspondre à la quatrième dorsale ou au cartilage qui est au-dessous; l'explication viendra naturellement plus loin.) Dans ce rétrécissement, qui admet à peine un manche de scalpel à plat, est étreinte la crosse de l'aorte, immuable dans sa position, où elle est fixée par le tronc brachio-céphalique, la carotide et la sous-clavière gauches, qui la soutiennent de part et d'autre. Ces artères ont aussi une partie de leur calibre effacé à leur origine, mais elles quittent rapidement ce passage resserré pour gagner leurs régions respectives. Après la crosse de l'aorte, sa portion thoracique gagne promptement le côté gauche des corps vertébraux.

L'œsophage est dévié à gauche. Au-dessus de lui le pharynx est très-vaste. La trachée s'est portée tout entière sur la partie latérale droite de la colonne, derrière la clavicule; tandis que la bronche droite semble la continuer, la gauche l'abandonne sous un angle de 100° environ, et passe perpendiculairement sur la face antérieure de la colonne dorsale.

Pour en finir immédiatement avec les cavités splanchniques, disons que les poumons, emphysémateux à leurs sommets, sont légèrement congestionnés en arrière, surtout le gauche; que la plèvre du même côté gauche contient un demi-verre de sérosité, que le cœur sain est seulement recouvert par une couche de graisse plus épaisse que normalement. Le foie et les reins sont gras. Ces états sont faciles à constater à l'œil nu, cependant ils ont été vérifiés. Le foie mesure 29 centimètres transversalement sur 25 d'avant en arrière. La rate est petite. Le cerveau est sain, comme l'intelligence était intacte.

Les ganglions lymphatiques du cou, du volume d'une grosse noisette chacun, sont indurés. De leur intérieur suinte par la pression une matière liquide blanchâtre. Les vaisseaux qui y aboutissent sont hypertrophiés et dilatés.

Revenons maintenant au squelette. Les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales paraissent d'abord augmentées de volume, mais quand la dissection est complétement faite, il est facile de voir que cet accroissement apparent dépend de déplacements multiples des corps vertébraux. Cependant si l'on examine les huit ou neuf premières vertèbres, on reconnaît que, sauf l'atlas qui est à peu près normal, elles présentent des déformations remarquables : leurs deux moitiés latérales ne sont nullement symétriques. Tandis que la moitié gauche a son aspect habituel, la moitié droite est moins large, tassée, rétrécie, de sorte que si ces deux moitiés étaient séparées par un trait de scie, on ne pourrait supposer qu'elles appartiennent à la même colonne.

La troisième vertèbre cervicale, très-mince dans toutes ses parties, se voit à peine. Son diamètre vertical a perdu les deux tiers de sa hauteur. Les lames des quatrième, cinquième et sixième ont presque complétement disparues à droite; une grande partie de l'apophyse transverse droite de la cinquième, qui est le centre de la perforation, n'existe plus. La moelle, dans une étendue de plusieurs mètres carrés (quatre à cinq), n'est protégée que par les membranes. Les apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième cervicales sont soudées entre elles; elles forment un arc osseux convexe en arrière sur lequel passe une gouttière non interrompue qui est le vestige de la bifurcation normale des apophyses.

Les vertèbres, principalement à leur face antérieure, ne sont recouvertes que par quelques tractus fibreux qui représentent le périoste; leur tissu est dur, plus compacte que normalement et comme éburné.

La section cervicale de la colonne qui est convexe en arrière au lieu d'être concave, offre des déplacements multiples : outre le déplacement des vertèbres moyennes en arrière qui produit cette courbure anormale, il existe un déplacement latéral d'après lequel les quatre dernières vertèbres sont entraînées sur la droite, pendant que les trois supérieures, et le cartilage qui est au-dessous, sont portés vers la gauche, de sorte qu'il paraît y avoir une certaine inclinaison du cou à gauche. Enfin, il y a encore un déplacement par rotation. Les quatre vertèbres inférieures ont tourné sur leur axe de façon que leurs apophyses transverses droites sont attirées en arrière pendant que les trois supérieures sont restées fixes dans leur situation. Donc, d'une manière générale, pour ce qui concerne la colonne cervicale : courbure à convexité postérieure, courbure à convexité latérale droite, torsion.

La section dorsale, au lieu d'être convexe en arrière, est concave; et cette concavité est tellement prononcée, que son rayon de courbure n'a pas plus de cinq ou six centimètres. Elle est circonscrite par les huit premières dorsales; son sommet est constitué par la quatrième dont le corps est le plus rapproché du sternum. Au-dessous de la huitième dorsale, la courbe devient de moins en moins marquée, elle tend vers la ligne droite ou plutôt elle se continue insensiblement avec celle de la section lombaire qui est normalement concave en arrière.

La réunion de la section cervicale et de la section dorsale se fait sous un angle presque droit (un peu obtus pourtant) dont le sommet est constitué en arrière par l'extrémité de la *proéminente*, en avant par le cartilage qui unit la 6e à la 7e cervicale, dont il ne reste plus d'ailleurs que des vestiges, les corps de ces deux vertèbres arrivant presque au contact et présentant même une disposition en coin.

De cette conformation de la colonne vertébrale il résulte que la section dorsale semble, qu'on me permette d'employer cette expression, remontée dans le cou; ainsi s'explique comment la 4e dorsale correspond au bord supérieur du sternum, comment les côtes sont très-obliques et très-rapprochées les unes des autres, les supérieures surtout qui se touchent et sont même en partie imbriquées. Le tiers postérieur des côtes a un diamètre moitié moindre que celui des deux tiers antérieurs. L'angle des côtes est tellement exagéré que, pour les deux premières, la portion antérieure et la portion postérieure sont parallèles.

La clavicule droite, beaucoup moins volumineuse que la gauche, est arrachée de son articulation avec le sternum. L'omoplate droite, plus basse que la gauche, est aussi beaucoup plus mince; son bord interne est tranchant et déchiqueté.

(1) Bennett, *De l'inflammation de l'utérus*, traduit de l'anglais par Mich. Peter. Paris, 1864.

(2) Suite. Voir le numéro du 9 février.

Il me reste à noter que le malheureux, qui présente tant d'intérêt au point de vue anatomo-pathologique, avait 26 côtes, 13 de chaque côté.

OBSERVATION D'OBSTRUCTION INTESTINALE.

Par le professeur Laycock.

W. S..., âgé de quarante-six ans, cordonnier; depuis plusieurs semaines garde-robes tantôt de caractère normal, tantôt dures et ovillées. Apparition subite d'une douleur vive au niveau de l'ombilic; constipation opiniâtre; vomissements bilieux abondants, mais jamais stercoraux; hoquet; quantité des urines aussi abondante qu'autrefois. L'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum permet de constater un obstacle à une hauteur de 7 pouces. Distension énorme de l'abdomen; sonorité tympanique qui remonte jusqu'au niveau de la quatrième côte. Ponction du cœcum avec un gros trocart pour évacuer les gaz. Le cœcum est fixé au moyen d'un fil à la paroi abdominale. Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, adhérences entre l'intestin et la paroi abdominale. Ce n'est qu'après avoir incisé l'intestin que l'on découvrit un rétrécissement situé à l'orifice supérieur du rectum. Ce rétrécissement était tellement considérable que l'eau n'y passait que goutte à goutte. Hypertrophie très-grande de toutes les tuniques intestinales au niveau et au-dessus du rétrécissement; rien de spécifique dans la lésion, qui s'était probablement développée sous l'influence d'une inflammation chronique.

Dans ce cas plusieurs raisons firent diagnostiquer un rétrécissement inflammatoire vers la fin du canal intestinal. Tout d'abord le malade déclara que depuis un ou deux mois ses garde-robes étaient formées de petites masses dures, recouvertes de mucus; de plus, en même temps que le côlon, énormément *dilaté*, refoulait le poumon jusqu'à la quatrième côte, les lavements étaient rejetés aussitôt après avoir été administrés. L'abondance des urines prouvait encore que le siége de l'obstruction n'était pas à la partie supérieure de l'intestin, car généralement, lorsqu'il en est ainsi, l'urine diminue notablement de quantité.

Il existait néanmoins une circonstance qui était contraire à l'hypothèse d'un rétrécissement, à savoir le début subit de la douleur; ce mode de début est un signe presque caractéristique du volvulus. Il est possible qu'à ce moment l'intestin ait subi une sorte de torsion.

D'après M. Laycock, la douleur ombilicale n'implique point forcément une affection des parties sous-jacentes; on l'observe dans beaucoup d'autres cas, et toute douleur intra-abdominale peut très-bien n'être rapportée qu'à l'ombilic. Ce serait un phénomène analogue à la douleur rapportée à l'extrémité de la verge dans les cas de calculs vésicaux, etc.

La paracentèse du cœcum, pratiquée chez ce malade, peut être tentée dans les cas de tympanite extrême. Elle n'entraîne point, en général, de suites fâcheuses, et elle soulage immédiatement. Si l'on avait fait la gastrotomie dans ce cas, il eût été impossible de trouver le siége réel de l'obstruction, puisque, à l'autopsie, ce ne fut qu'après l'incision de l'intestin qu'on le découvrit. (*Med. Times and Gaz. med.*)

ARTHRITE FONGUEUSE AVEC TRAJETS FISTULEUX.

Liqueur de Villate.

Un jeune homme, aux lésions multiples du tissu osseux, fut admis dans les salles de M. Nélaton, et devait y subir la résection du coude pour une arthrite fongueuse de cette jointure. De nombreuses fistules existaient dans ce point, et le stylet y constatait partout la dénudation des os. Chargé du service à cette époque, M. Houël, avant de recourir à une opération grave, employa les injections avec la liqueur de Villate, non-seulement dans les trajets fistuleux, mais dans l'intérieur même de l'articulation.

Or, cette médication réussit à merveille; sous son influence, les symptômes locaux s'amendèrent rapidement, et finalement le malade a pu quitter l'hôpital en conservant son coude.

Dans ce cas, M. Houël employa une formule que M. Nélaton a définitivement adoptée, et dont il ne saurait trop recommander, dit-il, l'usage aux praticiens :

Acide acétique.	100 grammes.
Sulfate de cuivre.	10 —
— de zinc.	10 —
Acétate de plomb.	5 —

Il se fait un précipité considérable qu'il faut mélanger par agitation avec la partie liquide avant de procéder à l'injection.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 janvier 1865. — Présidence de M. Broca.

M. le président annonce à la Société la triste nouvelle de la mort de M. Debout.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — Une circulaire des membres de la commission pour l'érection d'une statue à Dupuytren à Pierrebuffière (Haute-Vienne) invitant la Société à vouloir bien lui prêter son appui en ouvrant une souscription. Tous les membres de la Société ayant déjà souscrit pour ce sujet, à divers titres, le bureau pense qu'il n'y a pas lieu d'ouvrir une souscription dans le sein de la Société.

— M. le docteur Pravaz, de Lyon, nous adresse la lettre suivante avec une photographie :

« J'ai l'honneur de transmettre à la Société de chirurgie, pour être déposée dans ses archives, la photographie que je joins à ma lettre. Cette photographie représente l'état *actuel* de l'enfant que j'ai conduit l'an dernier devant la Société et permet de constater la persistance du résultat obtenu. Non-seulement, ainsi qu'on peut le voir, l'état des formes n'a pas changé depuis un an, mais encore une amélioration très-considérable s'est produite dans la marche. La claudication est extrêmement faible, et l'enfant peut maintenant marcher librement et *courir* avec ses compagnons. Je l'ai soumis à toutes les épreuves imaginables pour m'assurer de la solidité du résultat, et ce résultat ne s'est pas démenti. Je crois donc que c'est là un succès réel et qui doit engager à de nouvelles tentatives, et que la chirurgie possède actuellement le moyen de rendre la marche beaucoup plus facile chez un grand nombre d'infirmes qui, jeunes, marchent encore quelquefois assez facilement, mais deviennent le plus souvent tout à fait impotents par les progrès de l'âge. Mon seul désir est de voir maintenant la méthode de mon père appliquée par d'autres que par moi, car un résultat favorable, se présentant sous d'autres auspices, aurait peut-être plus de poids, et je me regarderai comme suffisamment rémunéré de mes peines si j'ai pu seulement appeler l'attention sur un sujet presque entièrement inexploré. »

— M. Desormeaux offre en hommage à la Société son ouvrage intitulé : *De l'endoscope*, et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie. Des remerciements sont adressés à M. Desormeaux.

— M. Giraldès présente à la Société de chirurgie au nom de M. Prescott Hewett, membre correspondant étranger, une brochure du plus haut intérêt intitulée : *Index général des transactions de la Société pathologique de Londres.*

— M. Follin présente au nom de M. Meunier, pour le concours du prix Duval, 1865, deux exemplaires de sa thèse : *De l'atrophie des nerfs et des papilles optiques* dans ses rapports avec les maladies du cerveau.

Il résulte de ce travail que le plus grand nombre des amauroses, caractérisées par une atrophie des papilles optiques, sont liées à une lésion cérébrale circonscrite, soit au niveau des tubercules quadrijumeaux, soit sur un point du trajet des nerfs optiques.

A propos du procès verbal :

M. Lefort fait part à la Société d'un cas analogue à celui présenté par M. Marjolin dans la dernière séance. Il s'agissait d'une malade couchée à la Charité, dans le service de M. Denonvilliers; cette femme présentait tous les symptômes de la coxalgie. Je ne pouvais cependant pas arriver sur les os. Peu à peu l'état général s'altéra et la malade mourut. A l'autopsie nous ne trouvâmes qu'une *nécrose du grand trochanter*.

DISCUSSION.

De l'étranglement des hernies par les anneaux fibreux.

M. Chassaignac. C'est à l'occasion d'une communication très-intéressante, faite à la Société par M. Verneuil, que s'est engagée la discussion qui se continue aujourd'hui.

Saisissant en quelque sorte sur le fait, non pas la nature, mais la pratique, et voyant combien M. Verneuil avait mis de soin à préciser la cause anatomique de l'étranglement chez ses opérés, j'ai pensé qu'il y avait là une excellente occasion, non pas de traiter à fond la question de l'étranglement, mais de recueillir, de la part d'un observateur impartial, des renseignements d'une grande opportunité.

Des débridements ayant positivement porté sur l'arête fibreuse, dans deux cas, l'un de hernie crurale, l'autre de hernie inguinale, valaient la peine d'être pris en sérieuse considération.

Il ne s'agit pas de raviver dans sa forme première la vieille querelle des anneaux et des collets. Elle a fait son temps. A l'époque où elle a eu lieu, il y avait deux doctrines opposées l'une à l'autre. Aujourd'hui trois théories sont en présence : celle des anneaux, celle des collets, celle enfin des arêtes fibreuses.

Ce serait se tromper d'époque et se méprendre sur l'état actuel des esprits en chirurgie que de reproduire des arguments connus de tous, et qui ne nous apprendraient que bien peu de chose. D'ailleurs, malgré de nombreuses dissidences sur tels ou tels points de la pathologie herniaire, il en est sur lesquels les chirurgiens sont d'accord, tous admettant qu'il y a des cas où l'étranglement est très-certainement causé par le collet du sac, d'autres dans lesquels le rôle des anneaux fibreux est indéniable.

La question a changé de face: des éléments nouveaux y ont été introduits, des faits ont été publiés dont on voudrait en vain méconnaître la portée.

L'anatomie pathologique, envisageant d'un autre point de vue que par le passé la localisation de la lésion intestinale dans la hernie étranglée, a révélé de nouveaux faits conduisant à des conséquences tout autres que celles qui avaient été formulées dans la période dite théorique de la discussion sur les causes de l'étranglement dans les hernies.

Mais ce sont surtout la clinique et la médecine opératoire qui ont apporté de précieux contingents pour la solution du problème.

Je prie la Société de croire que ce n'est point sans mûres réflexions, ni sur quelques observations isolées et où je n'aurais même pas été témoin oculaire, que je me suis fondé pour émettre un avis sur cette grave et importante question.

Dans un espace de dix années j'ai opéré 79 malades atteints de hernie étranglée. Sur ces 79 opérés, 33 l'ont été pour des hernies crurales. Dans toutes sans exception j'ai pratiqué le débridement en haut sur le ligament de Fallope. J'ai souvent cherché sans succès l'étranglement produit par un trou du fascia crebriformis, et ce que je suis parfaitement sûr d'avoir constamment trouvé, c'est qu'on ne pouvait amener de nouvelles portions d'intestin au dehors et réduire facilement, que lorsqu'on avait sectionné l'arête crurale.

Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur la cause anatomique de l'étranglement crural, il est une circonstance bien digne de remarque, c'est la juxtaposition très-étroite qui s'établit entre la partie la plus serrée du collet du sac et la portion tranchante de l'anneau. C'est un fait que nous considérons comme constant, car nous l'avons retrouvé dans tous les cas de hernie crurale étudiés au point de vue de l'étranglement. Nous n'avons jamais vu, par exemple, un collet de sac crural à l'état d'étranglement qui put jouer dans l'intérieur de l'anneau, comme le ferait le petit doigt dans une bague destinée à l'indicateur.

Cette particularité a dû frapper l'attention de tous les chirurgiens qui, en pratiquant le débridement de la hernie crurale, se sont bien rendu compte de ce qu'ils faisaient. Elle nous a toujours inspiré des doutes sur la solidité des théories qui attribuent au fascia crebriformis le rôle principal dans l'étranglement de la hernie crurale.

Ce n'est pas au niveau du ligament de Fallope, mais bien au-dessous de lui et à une certaine distance que se trouve l'orifice quelconque du fascia crebriformis qui produirait l'étranglement. Or comment se fait-il que cet orifice remonte pour se mettre en rapport et dans un contact si direct avec le bord tranchant du ligament de Gimbernat? Il y a là une difficulté d'explication non moins grande assurément que celle qui a été proposée aux partisans de la théorie des anneaux, quand on les a mis en demeure d'expliquer comment, avec la grandeur et la fixité connues de l'anneau crural, ce dernier pouvait produire l'étranglement.

Il y a d'ailleurs une expérience clinique qui apprend, mieux que ne pourraient le faire les dissections les plus subtiles de la région crurale, quelle est ici la véritable cause de l'étranglement. Et voici cette expérience :

Sur un sujet atteint de hernie crurale réductible, après avoir bien constaté les caractères extérieurs de la hernie, réduisez-la; puis, introduisez le doigt en refoulant la peau dans le trajet de la hernie; vous trouverez d'abord que ce doigt ne pénètre nullement à travers un trou du fascia crebriformis, qu'il arrive d'emblée à l'intérieur de l'anneau crural, où la saillie tranchante et abrupte du ligament de Gimbernat lui révèlent, bien mieux que ne pourraient le faire de longs raisonnements, quelle doit être la véritable cause des accidents.

Ces explorations digitales du trajet des hernies réduites m'ont toujours paru beaucoup plus instructives pour le chirurgien que ne le sont les spéculations purement anatomiques.

Et à cette occasion, je dirai que la cause des erreurs contre lesquelles je m'élève tient, en grande partie, à l'immixtion trop grande des anatomistes dans une question où ils devaient faire une large part à la compétence des chirurgiens qui ont opéré un grand nombre de hernies.

Les définitions anatomiques de l'étranglement ne servent à rien au lit du malade, puisque les caractères anatomiques ne peuvent être constatés que par l'opération ou par l'autopsie. Il faut chercher une autre base de définition, et c'est aux signes cliniques qu'elle doit être demandée.

La définition clinique assigne pour caractères à la hernie étranglée, d'une part : l'interception absolue du cours des matières; d'autre part : le rejet par vomissement des matières de l'intestin grêle.

Si l'on nous objecte que cette définition ne peut pas s'appliquer à un certain nombre de hernies qu'on opère comme étranglées, nous avons à répondre que dans beaucoup de cas l'opération est faite préventivement, pour conjurer des accidents redoutables, tels que la péritonite, la perforation intestinale, qu'on voudrait en vain arrêter plus tard. De telle sorte que la grande majorité des hernies qu'on opère sont à l'état d'étranglement *présumé* et non démontré.

On ne peut donc, avant l'opération, affirmer l'existence de l'étranglement qu'autant que les deux caractères ci-dessus indiqués se trouvent réunis d'une manière non douteuse.

La cause initiale de l'étranglement réside presque constamment aux anneaux aponévrotiques, sous forme d'une vive arête, qui, à travers le collet du sac, produit une encochure analogue à celle qu'imprimerait sur un doigt tuméfié la partie étroite d'une bague chevalière.

Dans un certain nombre de hernies parfaitement étranglées, aussitôt que le sac est ouvert, et avant tout débridement, on peut faire pénétrer dans le péritoine, par l'intérieur du collet du sac, une algalie de volume ordinaire, pourvu qu'on la fasse glisser sur le côté qui ne répond pas à la vive arête.

Lorsque l'étranglement d'une hernie a duré assez de temps pour laisser à la surface de l'intestin des traces de sa présence, ces traces répondent toujours à la partie la plus tranchante de l'anneau aponévrotique, autrement dit à la vive arête.

Aussi, tout débridement qui n'a pas pour effet de relâcher la vive arête fibreuse, soit en portant directement sur elle, soit en agissant dans sa proximité immédiate, est un mauvais débridement. Il n'est pas efficace. La hernie reste accrochée. On ne peut, sans difficulté, ni attirer au dehors de nouvelles portions d'intestin, ni réduire les parties déplacées.

L'étranglement des hernies n'implique donc nullement la nécessité d'une constriction uniformément circulaire, et ce qui le prouve c'est : 1° la perméabilité péritonéale à travers le collet du sac dès que celui-ci est ouvert; 2° la localisation des empreintes de l'étranglement sur un côté du pédicule de la hernie, contrairement à l'existence d'une empreinte régulièrement circulaire, qui, dans les données des théories anciennes, ne pourrait manquer d'exister.

Ainsi, la question n'est plus de savoir s'il y a des étranglements produits par le collet du sac? Il y en a. S'il en est d'autres qui soient dus aux tissus aponévrotiques? Tout le monde l'admet. Ce que l'on veut connaître, ce qu'il importe de déterminer pratiquement, c'est la proportion comparative des étranglements produits par les collets, eu égard aux étranglements dus à l'élément fibreux.

Veuillez remarquer que ceux-là même qui défendent à outrance la théorie des collets, et qui sont presque tous partisans de l'étranglement par le fascia crebriformis ne s'aperçoivent pas qu'en admettant l'action de ce fascia, ils font une concession involontaire, mais formelle, à l'opinion qui attribue l'étranglement à des agents autres que le collet du sac, et en outre que toutes les hernies autres que la crurale, et qui n'ont rien à voir au fascia crebriformis (or, ce sont les plus nombreuses), n'ont plus de par cette théorie d'autre cause d'étranglement que le collet du sac, idée contre laquelle proteste l'expérience de tous ceux qui ont opéré beaucoup de hernies.

En résumé, ce qui intéresse, ce qui est digne de toute attention, c'est de savoir, quand on débride une hernie, s'il faut se contenter de diviser le collet du sac, ou si l'on est tenu de sectionner l'arête aponévrotique des anneaux.

Soyez persuadés, Messieurs, que si chaque fois que l'un de nous opère une hernie étranglée, il s'assure du point précis et de l'étendue de son débridement, et s'il fait connaître le résultat de ses observations avec autant d'exactitude qu'en a apportée ici M. Verneuil, vous serez très-promptement édifiés sur la valeur pratique des diverses théories que vous avez à juger.

Jusque-là, permettez-moi de vous dire que, dans mon opinion, cette enquête confirmera l'idée que tout débridement qui ne divise pas l'arête fibreuse est insuffisant et dangereux. Et si plus tard l'un de vous, usant de la formule présidentielle, vient vous dire : que ceux qui sont d'avis que la plus grande partie des étranglements ne dépendent pas du collet du sac, lèvent la main! vous verrez une majorité non douteuse adopter nos principes, surtout à mesure que ceux

qui ont déjà pris parti dans la question par leurs paroles ou par leurs écrits, auront eu le temps de modifier des opinions dans lesquelles une partie de la génération chirurgicale actuelle a été élevée.

M. GIRALDÈS. La lecture de M. Chassaignac ne saurait passer sans discussion ; notre collègue ne veut pas que les hernies crurales s'étranglent par les trous du *fascia crebriformis*, et il prétend que les raisons qu'on a fait valoir pour soutenir cette opinion sont des raisons d'anatomistes. Mais c'est précisément le contraire qu'il faudrait dire. En effet, c'est l'expérience clinique de tous les jours qui montre que le débridement ne porte pas sur le ligament de Gimbernat; et ce siége précis du débridement, j'ai pu, dans un certain nombre de cas malheureux, le constater *post mortem*. M. Chassaignac ajoute qu'on peut souvent pénétrer avec le doigt par la partie supérieure de l'orifice par lequel passe l'intestin hernié. Je crains que cette opinion ne résulte de la confusion de certaines hernies inguinales directes avec les hernies crurales, hernies inguinales directes qui sortent, chez les femmes, un peu en dessous et en dehors de l'anneau inguinal externe. Il y a trois ans, un cas de ce genre se présenta à l'hôpital Necker; je diagnostiquai une hernie inguinale située au point que je viens d'indiquer. La malade mourut malgré l'opération, et je pus vérifier, par la dissection, l'exactitude du diagnostic porté pendant la vie. Je continue donc à penser que, dans presque tous les cas de hernies crurales, l'étranglement se fait par les orifices du *fascia crebriformis*.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac a rappelé mes observations et les a fait rentrer toutes deux dans la classe de celles qui offrent l'étranglement au niveau des anneaux fibreux. Il n'y en a qu'une seule qui rentre dans cette catégorie.

J'ajouterai, qu'au moment de l'opération, l'erreur sur le lieu précis du débridement n'est pas difficile. Je me rappelle avoir déposé au musée Dupuytren une pièce dans laquelle je croyais avoir débridé sur l'anneau crural. L'examen fait, après la mort, démontra qu'il n'en était rien ; c'était le collet du sac que j'avais sectionné.

Pour les hernies inguinales, il arrive quelquefois qu'on coupe l'orifice externe du canal inguinal ; on croit qu'on va pouvoir réduire, mais bientôt on voit que la réduction est impossible sans le débridement du sac.

Du reste, je ne connais pas d'autre fait, observé par moi, que je puisse rapprocher de celui que j'ai communiqué récemment.

M. CHASSAIGNAC. Toutes les fois que je n'ai pas débridé sur l'anneau, il m'a été impossible d'opérer la réduction. Je crois donc utile que l'enquête soit faite à nouveau. C'est le seul moyen d'arriver à la vérité.

M. VELPEAU. Je crois que la question a déjà été bien discutée, et que d'ailleurs cela ne change pas la conduite à tenir dans la pratique. La thèse de M. Demeaux, dont les éléments ont été puisés dans mon service, ne m'a pas fait changer ma manière de faire. J'admets les idées de M. Demeaux, et à l'époque où parut son travail j'avais déjà écrit que dans un assez grand nombre de cas l'étranglement avait lieu par les anneaux, contrairement à l'opinion exclusive de Dupuytren et de M. Malgaigne. Avant la thèse de M. Demeaux, on faisait jouer un grand rôle au ligament de Gimbernat, et on ne parlait guère du *fascia crebriformis*. Depuis cette époque, j'ai pu constater souvent que c'était bien un des orifices du *fascia crebriformis* qui était la cause de l'étranglement. Cela m'a fortifié de plus en plus dans l'opinion que, pour les hernies crurales, c'est presque toujours un anneau fibreux qui étrangle.

Quant au lieu précis où doit être pratiqué le débridement, je suis bien convaincu depuis longtemps que, pour les hernies crurales, on peut débrider indifféremment dans tous les sens. Il existe, en effet, une très-grande distance entre l'orifice étranglant et la place occupée par les vaisseaux qu'on doit éviter. Le plus ordinairement je débride en haut et en dehors, sans tenir beaucoup à cette dernière direction. Je fais volontiers des débridements multiples. Je ne parle ici que de la hernie crurale.

M. BROCA. M. Velpeau a fait avec raison une distinction que M. Chassaignac a un peu trop oubliée. Autrefois, on était exclusif et on ne croyait qu'à l'étranglement par les anneaux fibreux. M. Chassaignac a transporté dans l'histoire de la hernie crurale ce qui ne s'appliquait qu'à la hernie inguinale. Pour ce qui regarde les hernies crurales, deux opinions se sont succédées. D'abord on a cru à l'étranglement par l'anneau crural; puis plus tard, après la publication de la thèse de M. Demeaux, on a reconnu que cet étranglement se faisait par un des trous du *fascia crebriformis;* mais jamais, pour les hernies crurales, on n'a prétendu que l'étranglement reconnut pour cause la plus fréquente le collet du sac. Cela a été dit, je le répète, pour les hernies inguinales, mais pas du tout pour les hernies crurales.

M. Chassaignac prétend que ce sont des anatomistes qui ont ainsi fixé le siége de l'étranglement, mais il n'en est rien; ce sont des cliniciens qui, dans les cas de hernies terminés par la mort, y ont regardé de près, et ont pu constater *de visu* que le débridement avait porté sur le *fascia crebriformis* et non sur le ligament de Gimbernat.

M. Chassaignac a dû faire un certain nombre d'autopsies; or, a-t-il jamais pu voir au fond de son débridement l'artère spermatique ou le canal déférent? Dans les cas nombreux que j'ai pu examiner anatomiquement, je n'ai jamais vu, dans la hernie crurale, l'étranglement produit par l'anneau crural.

M. CHASSAIGNAC. Je ne suis pas partisan de l'étranglement par les anneaux, comme dans l'ancienne théorie; mais je trouve juste l'opinion qui place sur le ligament de Gimbernat, comme sur une vive arête, le siége de l'étranglement. M. Broca m'a demandé, si dans le débridement en haut, j'avais pu voir le cordon et l'artère spermatiques. Mais jamais le débridement n'est assez étendu pour cela. Ce que je dis et ce que je soutiens, c'est que tant que le débridement n'a pas porté sur le ligament de Gimbernat, on ne peut pas réduire. Je me rappelle un fait présenté par M. Trélat à la Société anatomique, dans lequel il y avait plaie intestinale; une des lèvres de la plaie était au-dessus de l'anneau fibreux, l'autre était au-dessous.

Si c'est un trou du *fascia crebriformis* qui étrangle, pourquoi la trace de l'orifice étranglant n'est-elle pas circulaire? Ce que je crois être la vraie cause de l'étranglement, c'est une *vive arête inférieure* et non l'anneau fibreux tout entier.

M. BROCA rappelle le cas présenté par M. Chassaignac comme un exemple d'étranglement par l'anneau crural, et dans lequel l'examen anatomique le plus simple a démontré qu'il s'agissait bien d'un trou du *fascia crebriformis*.

M. CHASSAIGNAC. Voici ce qui arriva dans cette circonstance. Une femme meurt sans être opérée. Je montre alors aux élèves qu'on peut passer une algalie par la partie supérieure de l'orifice de sortie. Je veux mettre cette pièce sous les yeux de la Société de chirurgie, je l'enlève avec soin sur le cadavre, je l'apporte à la Société, et au moment de faire ma démonstration, pour la seconde fois, je me trouve dans l'impossibilité de faire passer le moindre stylet par l'orifice herniaire. A quoi faut-il attribuer ces changements? je ne saurais trop le dire, mais cela nous montre la possibilité de certains resserrements postérieurs à la mort, soit sous l'influence de l'eau destinée à conserver la pièce, soit à cause des tiraillements produits dans l'enlèvement de la région malade.

M. BROCA. Je ferai remarquer à M. Chassaignac que mes souvenirs sont très-précis et que la pièce n'avait été mise dans aucun liquide.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Extrémité supérieure du fémur ayant appartenu à un enfant qui présentait tous les symptômes de la coxalgie.

M. MARJOLIN montre cette pièce pour prouver une fois de plus que certains malades peuvent offrir tous les signes de la coxalgie commençante sans qu'il existe la moindre lésion anatomique appréciable, ni sur le fémur, ni sur les ligaments, ni sur les muscles. M. Marjolin s'empresse cependant d'ajouter que quinze jours de traitement par les cataplasmes, le repos au lit et l'immobilisation ont bien pu faire disparaître les lésions pathologiques légères qui auraient pu exister au début.

Le petit malade était un enfant de deux ans qui succomba à une rougeole contractée dans les salles, grâce à l'absence de chambres d'isolement.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel,
Hipp. Blot.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

132. Des nerfs vaso-moteurs et de la circulation capillaire, par M. de Barrel de Pontevès.
133. Du scorbut, par M. Blanchard.
134. De l'uréthrotomie endoscopique, par M. Portella.
135. De l'influence du moral dans les maladies, par M. Wintrebert.
136. De l'érysipèle du pharynx ou angine pharyngée érysipélateuse, par M. Ciure.
137. Recherches sur la nature, le diagnostic et le traitement des affections couenneuses du larynx, par M. Morax (Jean).
138. De l'éclampsie avant, pendant et après l'accouchement, par M. Louis Ganière.
139. Du traitement des fistules urinaires chez la femme, par M. José E. Montéros.
140. De l'huile de foie de morue et de son emploi dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Arthur Baujard.
141. De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né, par M. Jean-Baptiste Bouchaud.
142. Du bassin oblique ovalaire, par M. C. D. Dimitriesco.

Les nombreux amis de M. le docteur Ernest Goupil apprendront avec intérêt que le jeudi 23 février prochain, à sept heures du soir, aura lieu la vente de la bibliothèque de ce très-regretté confrère. Cette vente se fera rue des Bons-Enfants, 28 (maison Silvestre), par le ministère de Me Couturier, assisté de M. Coccoz, libraire, chez lequel se distribue la notice.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'emploi thérapeutique des préparations arsénicales, par le docteur Millet (de Tours), professeur à l'École de médecine. In-8° de 156 pages. Prix, 2 fr. Mémoire couronné par la Société de médecine du département du Nord. Chez Savy, rue Hautefeuille, 24.

Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés, par le docteur Berthier, médecin en chef des asiles d'aliénés du Bourg. Deuxième série, avec une carte itinéraire des asiles d'aliénés. Paris, 1864. In-8° de 96 pages. Prix, 2 fr. 50. Paris 1865. Chez Savy, rue Hautefeuille, 24.

Maladies de l'estomac, par le docteur Carnet. Un vol. in-8° de IV-224 pages. Prix, 3 fr. Paris 1865. Chez Savy, rue Hautefeuille, 24.

Recherches sur la composition chimique et les propriétés qu'on doit exiger des eaux potables, par le docteur Nugueny, professeur au Lycée de Strasbourg. Un vol. gr. in-8° de XIV-166 pages. Prix, 3 fr. Chez Victor Masson.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 14 FÉVRIER 1865. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Lundi dernier l'Académie des sciences tenait sa séance publique annuelle. On sait tout l'intérêt qui s'attache à cette séance, dans laquelle on proclame les prix décernés pour l'année précédente et le sujet des prix proposés pour les années suivantes. Les divers rapports sur les prix des sciences physiques et naturelles donnent une idée trop nette du mouvement scientifique pour que nous hésitions à les placer sous les yeux de nos lecteurs. Nous commencerons donc aujourd'hui-même leur publication.

En attendant, il nous semble juste de donner tout d'abord le nom des heureux vainqueurs de ces grandes luttes.

Prix de physiologie expérimentale (Montyon). — M. Balbiani, pour ses recherches sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant sa fécondation (prix de 1,000 francs). — M. Gerbe, pour son travail sur la reproduction des kolpodes (prix de 1,000 francs). — M. Sappey, auteur des recherches sur la structure de l'ovaire, particulièrement sur le siége et le nombre des ovules (encouragement de 500 francs). — M. Knoch (de Saint-Pétersbourg), mention honorable pour ses recherches sur le botriocéphale large.

Prix de médecine et de chirurgie (Montyon). — L'Académie a décerné trois prix : 1° à M. Zenker, pour ses recherches sur la maladie trichinaire (2,500 fr.) ; — 2° à M. Marey, pour son ouvrage sur la physiologie médicale de la circulation (2,500 fr.) ; — 3° à MM. Ferdinand Martin et Collineau, pour leur mémoire sur la coxalgie (2,500 fr.).

Outre les trois prix, l'Académie a accordé les mentions qui suivent : A M. Ollivier, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur l'albuminurie saturnine ; — à M. Lemaître, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur les propriétés de l'atropine et de la daturine ; — à M. Willemin, pour ses recherches expérimentales sur l'absorption cutanée dans les bains ; à M. Lancereaux, pour ses recherches anatomo-pathologiques sur la trombose et l'embolie cérébrales ; — à M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur les caillots fibrineux du cœur ; — à M. Grimaux (de Caux), pour ses études sur l'hygiène appliquée et en particulier sur l'aménagement des eaux.

Prix des arts insalubres (Montyon). — Deux encouragements, l'un de 1,000 fr. à M. l'ingénieur Dumas et M. le Dr Benoît, pour l'application de la lumière électrique à l'éclairage des galeries de mines ;

L'autre de 500 fr., à M. Chambon-Lacroisat, pour fourneaux et appareils de chauffage des fers à repasser.

Le *prix de médecine* pour l'histoire de la pellagre (5,000 fr.) a été décerné à M. Roussel ; un accessit de 2,000 fr. a été accordé à M. Costallat.

A l'unanimité, le prix Jecker a été décerné à M. Wurtz pour ses travaux sur les alcools.

Enfin, les prix Barbier et Bréant n'ont pas été décernés.

Nous aurons à revenir sur cette séance, lorsque nos lecteurs auront pris connaissance des rapports qui justifient les récompenses accordées. — Dr E. LE SOURD.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique.

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

DES PALPITATIONS EXPÉRIMENTALES (1).

Les palpitations peuvent être reproduites par quatre moyens principaux : 1° par une modification directe ou réflexe des divers principes d'innervation du cœur ; 2° par une perturbation physique ou dynamique de la circulation ; 3° par l'épuisement des forces ou la déperdition des humeurs ; 4° enfin par une intoxication. De là les palpitations nerveuses, physico-dynamiques, humorales, toxiques.

Cette division me paraît embrasser l'ensemble des faits, en même temps qu'elle est conforme aux données de la pathologie.

PREMIER GROUPE. *Palpitations nerveuses.* — Les palpitations nerveuses, par l'importance du sujet, justifient complétement les détails dans lesquels je suis entré à propos de l'innervation du cœur.

Vous vous rappelez que, considérés dans leur ensemble, les nerfs qui se distribuent au cœur exercent sur cet organe une double influence ; les uns lui apportent un influx excitateur, les autres un influx modérateur. Du conflit régulier de ces deux ordres de puissance nerveuse paraît résulter le rhythme des battements normaux.

Si donc nous voulons produire chez un animal des palpitations nerveuses, deux méthodes se présentent à nous ; ou bien nous agirons sur le système modérateur, ou bien, au contraire, sur le système excitateur. Dans le premier cas, nous supprimons le frein, nous obtenons des palpitations paralytiques ; dans le second cas, au contraire, en excitant les nerfs moteurs, nous obtiendrons des palpitations irritatives.

1° *Palpitations paralytiques.* — Il y a certainement au premier abord quelque chose de paradoxal dans l'accouplement de ces deux mots : palpitations et paralysie, et cependant si vous voulez bien réfléchir à ce qui se passe dans le cas que nous supposons, vous accorderez qu'il est impossible de trouver un terme plus convenable et un fait plus naturel ; la paralysie d'un nerf d'arrêt doit nécessairement produire une accélération. Il faut même ajouter que cette classe de palpitations, qui a été entièrement méconnue jusqu'ici, est loin d'être la moins nombreuse. Encore devrions-nous nous placer à un double point de vue en étudiant le nerf vague qui est, comme vous le savez, le nerf d'arrêt par excellence ; en effet, outre cette fonction bien démontrée, il est encore le nerf vaso-moteur des artères cardiaques. Quant aux palpitations irritatives, indépendamment des causes qui agissent directement sur le cœur lui-même et sur les nerfs qui l'animent, il faut tenir compte encore de la moelle et de l'encéphale. Dans ce dernier cas même, quelle est la part que l'on peut attribuer aux nerfs de la sensibilité générale, envisagés comme point de départ d'actions réflexes ?

Le moyen le plus simple pour produire une palpitation paralytique, c'est de supprimer le frein. Or, rien n'est plus simple, et vous le savez déjà ; il suffit de couper le nerf vague. Non-seulement alors il se produit une accélération énorme des battements du cœur, mais ceux-ci deviennent tremblottants, inégaux, et un peu moins énergiques qu'à l'état normal. De plus, un phénomène sur lequel tous les observateurs sont unanimes, c'est l'excessive anxiété qui se produit alors. Tous les animaux qui ont subi cette opération deviennent anxieux et tristes. C'est là un fait qu'il faut accepter, quelle qu'en soit d'ailleurs l'interprétation. De tout temps, les médecins ont remarqué l'extrême abattement moral et les angoisses qui s'emparent des individus atteints de palpitations du cœur. On expliquait ces phénomènes par la conscience que les malades avaient de la gravité de leur état, qui leur donnait comme un pressentiment de leur fin prochaine. Je ne veux pas nier la part d'influence que peuvent revendiquer l'intelligence et la réflexion dans un fait aussi général. Je ne puis cependant m'empêcher de vous faire observer que bien des malades, dont l'état est pour le moins aussi grave, les phthisiques, par exemple, sont loin de présenter la même anxiété. Ne faut-il pas, en présence des résultats de l'expérimentation sur des animaux dépourvus de raison, invoquer, du moins en partie, une cause organique dont, à vrai dire, la nature nous échappe entièrement ?

Quoi qu'il en soit, messieurs, ne reconnaissez-vous pas dans ces résultats de la section du nerf vague le tableau complet de ce que vingt fois l'observation clinique vous a fait voir ? Joignez-y même le ralentissement et le caractère entrecoupé de la respiration, qu'il n'est pas rare d'observer, malgré le surcroît d'activité du cœur, et qu'il est fréquent de constater comme résultat expérimental.

INFLUENCE DU SANG SUR LE NERF VAGUE QUANT AUX PALPITATIONS PARALYTIQUES.

Il y a trois manières d'agir sur le système nervo-musculaire du cœur par l'intermédiaire du sang : 1° en modifiant les gaz du sang ; 2° en diminuant la quantité du sang destiné à l'irrigation du cœur ; 3° en diminuant la quantité du sang destiné aux origines du nerf vague.

1° *Gaz du sang.* — J'espère que vous ne conservez plus aucun doute sur le rôle modérateur du nerf vague. Mais, ne l'oubliez pas, ce rôle est subordonné lui-même à certaines conditions inhérentes à la composition chimique du liquide de l'économie. Que cette condition soit la présence dans le sang d'une certaine quantité d'acide carbonique, ou qu'il faille au contraire une proportion déterminée d'oxygène suffisante, au fond, la divergence porte plutôt sur l'interprétation du fait que sur le fait lui-même. Le fait essentiel est celui-ci : que, pour le fonctionnement régulier du pneumo-gastrique, les échanges respiratoires doivent se faire normalement. Or, ces échanges ont pour siége les globules sanguins. Ceci a une importance majeure en médecine. Vous savez combien sont multiples et diverses les circonstances qui s'opposent à la genèse normale des globules. Dans toutes ces circonstances, en d'autres termes, dans toutes les anémies, la fixation de l'oxygène et sans doute l'exhalation d'acide carbonique se font d'une façon insuffisante. Or, il est notoire que les anémies sont une cause puissante de palpitations, soit par action directe, soit par modification du fonctionnement du nerf vague. En pareil cas, c'est donc la régénération des globules qui doit être notre but primordial.

Vous connaissez tous les louables efforts tentés dans ces derniers temps par M. Demarquay, à la Maison de santé, pour introduire dans la pratique les inhalations d'oxygène. Les faits recueillis par ce chirurgien distingué, et communiqués par lui à l'Académie des sciences, sont assurément dignes d'une sérieuse attention. Il a vu d'abord des individus en expérience acquérir rapidement une coloration vermeille. Le phénomène qui se passe dans leur économie est le même, permettez-moi la comparaison, que celui qu'on observe dans une bouteille où l'on agite du sang veineux au contact de l'oxygène. De plus, l'appétit de ces individus devient énorme ; mais tout cela ne dure que peu de temps, et bientôt l'effet s'évanouit et les malades reviennent à leur état habituel. C'est qu'en effet, fournir aux anémiques de l'oxygène n'est rien ; ils en ont plus qu'il ne leur en faut dans l'air qu'ils respirent. Ce qui leur manque et ce qu'il faudrait leur fournir, ce sont des globules qui puissent fixer cet oxygène. Or, c'est là une condition que nul artifice expérimental ne peut suppléer, et qui ne peut être obtenu que par un long traitement dans lequel une alimentation bien entendue jouera le principal rôle.

D'ailleurs une hyperémie, surtout passive, suffit-elle pour faire contracter le cœur ? On ne saurait le soutenir avec certitude.

2° *Oligaimie du nerf vague.* — Est-ce à dire que l'afflux sanguin n'ait aucune influence sur les propriétés vitales du nerf vague ? Non sans doute, mais cette influence s'exerce plus vraisemblablement sur les origines centrales du nerf, témoin l'expérience de M. Kuthe, qui, en liant les carotides et les artères vertébrales, obtient les mêmes résultats que produit la section de ce nerf. Que se passe-t-il alors ? Par suite de l'anémie du nerf vague à son origine, les battements du cœur sont accélérés. Ainsi, le défaut de nutrition du nerf suffit pour déterminer des phénomènes paralytiques.

Or la condition que vient de réaliser la ligature des artères est précisément celle que nous rencontrons tous les jours dans la pratique. Nos chlorotiques, nos anémiques, manquent de l'oxygène cérébral, et c'est une des raisons qui concourent à produire chez ces malades les palpitations par l'intermédiaire du nerf vague.

Ainsi, des trois manières d'influencer le système nervo-musculaire du cœur, il n'y a que l'anémie globulaire généralisée et l'anémie locale des origines du nerf vague qui favorise la production des palpitations paralytiques.

3° *Anémie du cœur.* — Brown-Séquard explique différemment le rôle du sang dans le fonctionnement du nerf vague. Cet éminent physiologiste refuse absolument de reconnaître au nerf vague le rôle modérateur sur lequel repose toute notre doctrine des palpitations paralytiques. Pour lui, ce serait purement et simplement le nerf moteur des vaisseaux cardiaques. La section du tronc de la dixième paire n'agirait pas directement sur le cœur ; elle aurait uniquement pour résultat de paralyser les artères et veines coronaires. De là hyperémie, et aussi surcroît d'excitation des fibres musculaires du cœur. Par contre, à l'irritation du pneumogastrique correspondrait une oligaimie, et par conséquent une diminution dans la contractilité du muscle cardiaque.

Ces vues sont ingénieuses, mais ne soutiennent pas le contrôle de l'expérience.

Voici un physiologiste, M. Sauveur, qui fait remarquer avec raison que, lorsqu'on excite le nerf vague, l'arrêt du cœur a lieu *avant* qu'il ne se manifeste aucune action sur les vaisseaux. Dira-t-on que la succession de ces phénomènes étant très-rapide, il est difficile d'en démêler exactement l'ordre d'apparition ? Mais voici qui est plus concluant. Le même expérimentateur injecte de l'huile dans les vaisseaux coronaires, et supprime

(1) Suite. Voir les numéros des 10, 12, 17, 19 et 24 janvier.

par conséquent l'abord du sang. Le cœur n'en continue pas moins à se contracter un certain temps.

Il faut donc en conclure que le rôle des vaisseaux se réduit ici à bien peu de chose au point de vue qui nous occupe.

Palpitations paralytiques indirectes. — On peut supposer que le nerf vague peut se paralyser par suite d'une anémie de son centre. Or, cette anémie peut être le résultat d'une contraction réflexe des vaisseaux du bulbe. Dans ce cas, les phénomènes sont identiquement les mêmes que lorsqu'on a coupé le nerf vague, et il en résulte une accélération considérable des battements du cœur. Toutefois, ce genre d'excitation produira rarement le phénomène, car les excitations douloureuses des nerfs splanchniques de l'intestin, de même aussi que celle du filet cervical sympathique, tendent plutôt à arrêter le cœur qu'à l'accélérer (Bernstein).

Palpitations paralytiques centrales. — Peut-on, par une excitation douloureuse, déterminer la paralysie du ganglion *modérateur* intra-cardiaque? Il est difficile de l'admettre, car l'impression ne peut arriver au ganglion que par le nerf sympathique, lequel est incapable de conduire des sensations par voie centrifuge.

Au résumé, il n'y a de véritablement démontrées et fréquentes que les palpitations provenant d'une paralysie du nerf vague. Les paralysies indirectes de ce nerf sont toutefois possibles.

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

De la Société de médecine du département de la Seine

Par M. Boys de Loury, secrétaire général.

Je viens, Messieurs, suivant l'usage que j'ai établi depuis quelques années, vous rendre un compte sommaire des travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler. Une partie de ces travaux ont été publiés dans la *Gazette hebdomadaire :* je n'aurai donc qu'à vous les rappeler brièvement; d'autres n'ont pu y être insérés, et c'est sur ces derniers principalement que je désire appeler votre attention.

Ataxie locomotrice progressive. — A l'occasion d'un travail de M. Voisin sur l'atrophie progressive des membres supérieurs, avec phénomènes de contraction des pupilles (observation présentée l'année dernière), M. Duchenne (de Boulogne) vous a lu un important mémoire sur l'état pathologique du grand sympathique dans l'ataxie locomotrice progressive. Par des planches photographiées par lui-même sur des coupes de ganglions du grand sympathique, il vous a démontré de la manière la plus évidente les différences de texture de ce tissu à l'état pathologique et à l'état sain. Ne pouvant entrer ici dans le détail des observations et des déductions pathologiques et physiologiques présentées par notre honorable confrère, et dont vous avez voté l'impression, je crois devoir vous rappeler une partie des conclusions de ce travail :

La portion cervicale du grand sympathique peut être le siége d'un travail morbide dans l'ataxie locomotrice progressive.

L'état pathologique s'est manifesté d'une manière plus ou moins complète en raison du degré et de l'étendue de la lésion de ce nerf, tantôt par le resserrement de la pupille avec augmentation de la vascularité et de la calorification de l'œil et par l'agrandissement de cette pupille pendant les crises douloureuses de l'ataxie locomotrice.

D'autres fois, cet organe présente des alternatives de resserrement et d'agrandissement; on voit enfin quelquefois le resserrement bilatéral ou unilatéral de la pupille. L'affection dynamique du grand sympathique cervical dans l'ataxie locomotrice laisse après elle une altération anatomique appréciable à l'examen microscopique.

Il importe pour l'étude de la localisation de l'ataxie locomotrice de rechercher si cette lésion ne siége pas dans les portions du grand sympathique qui se trouvent en rapport d'innervation avec les régions spinales, ordinairement atteintes par la dégénérescence gélatineuse; certains désordres morbides qui dans l'ataxie locomotrice affectent l'intestin, la vessie et les fonctions génésiques de l'homme peuvent être attribués à la lésion dynamique des portions du sympathique abdominal qui les innerve.

Coxalgies tuberculeuses. — Vous vous souvenez, messieurs, d'un mémoire de M. Collineau sur la coxalgie tuberculeuse, dans lequel il nous montrait cette pièce remarquable d'une tête du fémur, qui après être sortie de la cavité coxale avait perforé l'os des îles de manière à pénétrer dans le bassin. La Société a gagné à cette observation de connaître les procédés de mensuration des membres pelviens de MM. Giraud-Teulon, Duchenne (de Boulogne) et Richard, et M. Forget, abordant le fond de l'observation de M. Collineau, trouve qu'elle met une fois de plus en évidence la coïncidence entre les tubercules pulmonaires et les tubercules osseux. Parmi les nombreux exemples de coxalgie que M. Forget a été à même d'observer, en voici un qui, avec celui de M. Collineau, présente une analogie frappante.

Un jeune homme en apparence d'une belle constitution est pris tout à coup d'hémoptysie; deux mois après, il y avait douleur dans l'articulation coxo-fémorale; l'affection pulmonaire ne se trahissait encore que par un souffle léger et de la lenteur dans l'expiration; mais, les accidents qui se succèdent rapides, font bientôt reconnaître les tubercules dans les poumons et une coxalgie. La maladie dura deux ans avec alternance des troubles articulaires et des troubles respiratoires; à mesure que ces derniers progressaient ceux du membre pelvien semblaient rétrograder, si bien que sa raideur était remplacée par une mobilité que l'on aurait pu croire favorable. Avec l'hiver, les hémoptysies se renouvelèrent et en même temps des désordres articulaires. L'état inflammatoire aigu détermina la formation d'abcès multiples et quelques soins que l'on prit du malade, il ne tarda pas à succomber.

Dans un autre cas, notre confrère a constaté par l'autopsie la présence de tubercules dans l'articulation du genou à la suite de plusieurs hémoptysies et des tubercules pulmonaires.

Le diagnostic avait été longtemps douteux. Le sujet était âgé de quarante ans, ressentant depuis dix-sept ans une douleur au genou, sourde, revenant par intervalles, avec un peu d'épanchement, de la claudication, succédant tantôt à la fatigue tantôt apparaissant sans cause appréciable; le malade avait fait autrefois une chûte sur le genou; des hémoptysies avaient paru à peu près à la même époque, suivies de bronchite chronique qui avait disparu, tandis que la douleur du genou avait continué en s'exaspérant. On remarquait près du genou une tumeur crépitante qui paraissait communiquer avec la capsule articulaire et qui était devenue un obstacle à la marche. Après divers modes de traitement, la maladie ayant fait des progrès, M. Forget pratiqua l'amputation dont les suites d'abord heureuses, entravées par un érysipèle, se terminèrent par la mort.

Le genou, disséqué après l'amputation, présentait au condyle externe du fémur une excavation dont l'ouverture de quelques millimètres contenait un tubercule à l'état crétacé; le centre de l'articulation à la tête du tibia était occupé par un foyer purulent dû à la matière tuberculeuse ramollie; les poumons enfin étaient farcis de tubercules.

Traitement de la fièvre typhoïde. — La discussion que nous avions commencée l'année dernière sur la fièvre typhoïde, s'est terminée cette année par des considérations très-importantes sur son traitement. Le sulfate de quinine, préconisé par M. Blachez, a trouvé plusieurs adhérents dans la Société. Cette discussion qui a occupé quatre de vos séances est consignée dans plusieurs numéros du journal et pourra être fructueusement consultée.

Emploi du sulfate de quinine. — A l'occasion de cette discussion vous retrouverez les considérations très-pratiques de M. Briquet sur l'administration en général du sulfate de quinine dans toute affection à type intermittent.

M. de Pietra-Santa a expliqué devant la Société la méthode de M. Pécholier dans les mêmes circonstances. Enfin M. Leroy d'Étiolles a également traité de l'emploi du sulfate de quinine contre les accidents périodiques qui se présentent si souvent à la suite des opérations pratiquées sur les voies urinaires. Cette discussion, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres de la Société, fait, je le répète, suite à des travaux sur la symptomatologie de la fièvre typhoïde imprimés dans le journal de l'année précédente, qui se relient à des mémoires de la Société sur le même sujet, publiés, il y a une dizaine d'années et pour lesquels les membres correspondants ont contribué d'une manière très-active.

Phlébite et embolies. — La phlébite et les embolies dont M. Briquet nous avait donné, il y a quelques années, un exemple si remarquable, ont été l'occasion d'une communication intéressante de M. Peter. La phlébite n'a pas été indiquée parmi les états pathologiques nombreux développés sous l'influence du rhumatisme articulaire. Un homme âgé de trente-six ans, d'une constitution chétive, fut atteint de rhumatisme articulaire aigu, sans que jusque-là il y eut des accidents du côté des voies circulatoires. Au dix-huitième jour de la maladie, il ressentit dans la longueur de sa cuisse gauche une douleur accompagnée de rougeur sur le trajet des saphènes interne et externe et d'œdème à la région malléolaire. Des accidents de même nature ne tardèrent pas à se développer au membre inférieur du côté opposé, puis se présentèrent à l'un et à l'autre membres thoraciques. Ainsi, les veines des quatre membres furent oblitérées à la fois. Cet état persista quinze jours au bout desquels les caillots commencèrent à se résorber.

Il survint alors des hémorrhagies pétéchiales, puis sous-épidermiques et la peau décollée se sphacéla à la face dorsale des deux pieds. Ce n'est que soutenu par une médication fortement tonique que le malade finit par triompher de ses atteintes de rhumatismes et par recouvrer la santé. En l'absence bien constatée d'endocardite, de toute obstruction dans la circulation artérielle, M. Peter croit devoir attribuer ces hémorrhagies à la turgescence des capillaires, que venait engorger le sang arrêté dans son retour vers le cœur. Les veines superficielles des membres ont été le siége de douleur, de rougeur et de caillot : c'est la constation de cette triple circonstance qui fit admettre à M. Peter l'existence d'une phlébite.

Syphilis. — M. Blachez vous a fait une communication qui a donné lieu à plusieurs membres de la Société d'émettre leur opinion sur la dualité du virus syphilitique. Une jeune femme enceinte fut admise dans le service de M. le professeur Bouillaud pour être traitée d'un rhumatisme articulaire aigu. Cette affection, localisée au genou, fut traitée par tous les moyens énergiques. Au bout de deux mois et demi, la malade était guérie avec une demie-ankylose; elle fut transportée au Vésinet. C'est là qu'elle ressentit un prurit à la vulve qui dégénéra en douleur assez violente pour que cette femme fut reçue de nouveau à la Charité; la région vulvaire était le siége d'une œdème général; une sanie purulente souillait la face interne des grandes lèvres et la face externe des petites lèvres; on constata la présence d'ulcérations nombreuses offrant l'aspect de chancres mous. Les commémoratifs de l'origine syphilitique de ces ulcérations étant franchement négatifs, on eut recours comme moyen de contrôle à des inoculations qui restèrent sans résultat. Considérées comme de nature herpétique, ces lésions furent traitées comme telles, mais au lieu de suivre la marche promptement régressive de l'herpès vulvaire, elles gardèrent pendant plus de dix jours leurs caractères initiaux. L'accouchement eut lieu; l'enfant était mort; on ne remarqua sur lui aucun indice d'infection syphilitique. Quant aux ulcérations dont la mère était atteinte, elles ne tardèrent pas à entrer en voie de réparation et, quinze jours après, la guérison était complète.

Malgré la ténacité que ces lésions ont présenté, M. Blachez les regarde comme dépourvues de tout caractère spécifique; mais il appelle l'attention sur la difficulté du diagnostic dans des cas semblables qui pourraient se présenter en médecine légale.

Plusieurs des membres de la Société ont donné les caractères différentiels du chancre mou et de l'herpès. Dans l'herpès vulvaire, dit M. Guibout, il n'y a jamais état œdémateux de toute la grande lèvre, ce qui serait le contraire pour les chancres. Dans ces derniers, le petit nombre d'ulcérations coïncide avec la lenteur de la réparation. M. Bergeron a bien constaté dans des cas d'herpès vulvaire un œdème généralisé de toute la grande lèvre; mais l'œdème dur ne s'observe que consécutivement à des ulcérations syphilitiques. Enfin, cet herpès qui, chez les enfants, est très-considérable proportionnellement au chancre mou, guérit très-facilement et presque uniquement avec des soins de propreté.

Dans cette discussion, M. Lagneau a développé avec beaucoup de méthode et de sagacité les idées anciennement admises sur les chancres avec les modifications apportées plus tard par les observateurs. M. Richard a développé avec beaucoup d'énergie les idées modernes sur le dualisme, la durée de l'incubation, les différences de diagnostic du chancre mou et de l'induré.

Cette discussion, qui est du plus grand intérêt, n'a malheureusement pas été terminée, mais elle pourra être reprise dans le cours de la présente année.

Traitement de l'entorse par la compression et le massage. — Il en a été de même pour une discussion assez récente sur la compression et le massage comme traitement de l'entorse; chacun de vous, messieurs, a contribué dans la mesure de son expérience à élucider cette question qui, pour un certain nombre d'entre vous, serait incontestable, lorsque quelques faits cités par M. Blachez sont venus apporter quelques doutes dans les esprits; la question mérite, comme la dernière, d'être reportée à la discussion; mais, pour l'une comme pour l'autre, nous n'avons pu faire paraître dans le journal des discussions qui nous ont paru incomplètes.

Goître exophthalmique. — Deux mémoires envoyés à la Société par des membres correspondants sur le goître exophthalmique ont été l'occasion d'un excellent rapport sur cette question, étudiée d'une manière toute spéciale par notre honorable confrère, M. Gros. M. Duparcque qui, sans doute à titre d'un de nos doyens, donne toujours l'exemple de l'activité, vous a fait dans le courant de l'année plusieurs rapports sur des mémoires présentés à la Société; je ne veux aujourd'hui, car ce serait un reproche, vous dire le nombre de mémoires dont les rapports sont encore attendus, dans l'espérance que vous vous acquitterez mieux de ce soin cette année.

Ostéomalacie.—Un de vos membres qui, malheureusement, n'a été que de passage parmi nous, appelé depuis sa réception à des fonctions en province, le docteur Kuhn, vous a présenté un très-intéressant mémoire sur les différentes espèces d'ostéomalacie, ou ramollissement du tissu osseux. Ce praticien admet sept causes du ramollissement des os :

Le rachitisme des enfants, — l'ostéomalacie proprement dite ou rachitisme de l'adulte, — le scorbut, — la syphilis, — la goutte, — la scrofule et le tubercule, — le cancer.

Toutes ces causes, suivant M. Kuhn, affectent le tissu osseux d'une façon qui leur est propre; l'une envahit spécialement la trame organique, l'autre s'attaque à l'élément vasculaire; celle-ci détruit les deux éléments, celle-là affectionne les extrémités articulaires. Plusieurs des assertions de M. Kuhn, entre autres celle relative à la syphilis, ont été franchement attaquées par M. Lagneau et par M. Guibout; il en a été de même pour le tubercule et le cancer par M. Forget. Enfin, dans le remarquable rapport de M. Collineau, l'auteur a parfaitement fait ressortir tout ce qu'il y avait de neuf et d'original dans le travail de M. Kuhn, sans pour cela se départir de ce qu'une sage critique l'engageait à vous faire remarquer.

Corps étrangers dans la vessie et dans l'urèthre. — Les corps étrangers dans la vessie et dans l'urèthre ont été le sujet de nombreuses et d'intéressantes communications. Un jeune homme de dix-huit ans, dit M. Richard, qui présentait depuis son enfance des accidents inflammatoires de la vessie et des symptômes de calculs, fut soumis, il y a six ans, à une exploration qui fit reconnaître une concrétion. La lithotritie fut suivie de l'expulsion des matières faciles à broyer, et mêlées de détritus muqueux; les accidents ne tardèrent pas à reparaître avec leur intensité primitive. Des séances de lithotritie réitérées eurent pour conséquence l'élimination de matières gypseuses abondantes, suivies de substances analogues. Enfin, un débris de calcul entremêlé de fausses membranes s'engagea dans l'urèthre et une infiltration urineuse s'en suivit. M. Richard, appelé dans ces circonstances, put, après les débridements rendus nécessaires par la complication qui venait de se présenter, se livrer à une exploration plus complète de la vessie et opérer l'extraction des matières crétacées qui l'encombraient : le malade guérit. Ici, la cause première des accidents paraît toute spéciale : le sujet, d'une constitution débile, avait été tourmenté par l'application de nombreux vésicatoires, entretenus avec opiniâtreté par la pommade épispastique; l'abus de cet agent thérapeutique avait été porté à ce point de l'opposer, sur l'hypogastre, à une cystite aiguë.

On comprend, dit M. Richard, que la cystite cantharidienne ait engendré la production de fausses membranes rendues par le malade et que la surface enflammée de la vessie, dénudée de sa muqueuse, ait fini par s'incruster de sels calcaires se recomposant indéfiniment, tant qu'a persisté la cause de leur formation; une fois les vésicatoires abandonnés, l'extraction complète de ces concrétions étant pratiquée, la cessation de tous les accidents eut lieu définitivement.

Vos annales ont enregistré le fait de deux épingles, dont l'une recourbée en crochet, qui étaient descendues assez profondément dans l'urèthre d'un jeune détenu, et dont M. Cavasse fit l'extraction avec beaucoup de bonheur. L'année dernière, M. Richard vous présentait une tige de quatre à cinq centimètres de longueur, noyau d'un calcul dont il avait fait l'extraction, tige assez bien conservée dans ce réservoir pour que sa forme quadrangulaire nous fit reconnaître une plante de la famille des labiées; même, les stries de cette tige et une disposition verticillée des détritus nous en firent déterminer le genre : c'était une lavande. On créerait un musée de tout ce que vous avez fait enregistrer cette année de corps étrangers introduits dans le canal de l'urèthre et dans la vessie : des plumes métalliques, des porte-plumes, des bouts de crayons, de petits cylindres de papier, jusqu'à la cire à cacheter si heureusement retirée par M. Leroy d'Étiolles, et dont un chirurgien anglais, M. Thompson, revendique la priorité; il n'y manque vraiment que quelques timbres-postes pour parachever les correspondances de ces Narcisse modernes.

Maladies régnantes. — Suivant l'usage de la Société de consacrer quelques séances à l'observation des maladies régnantes, M. Géry père, dans le courant de juin, a été frappé de la fréquence du rhumatisme articulaire dans les mois qui venaient de s'écouler. Le sulfate de quinine et les opiacés, administrés méthodiquement, lui ont paru présenter de grands avantages dans les cas où les troubles se montraient rebelles. Les rhumatismes récemment observés ont généralement présenté beaucoup de gravité. Plusieurs fois la maladie a marché, malgré tous les efforts du médecin, vers une issue funeste, et dans deux cas en particulier des accidents ultimes instantanés ont pu être attribués à des complications du côté des méninges.

Plusieurs membres de la Société ont été témoins d'observations de roséole chez les enfants, toutes légères et sans accidents de réaction générale. M. Worms dit que l'appareil symptomatique consiste dans une éruption dépourvue de tout caractère inflammatoire ou fébrile qui permet de la distinguer de l'éruption de la rougeole. Trois jours de fièvre tout au plus pour la roséole qui se termine sans desquammation, qui ne présente pas d'angine prodromique (une seule fois

seulement ce praticien put constater une légère angine); constamment la maladie a conservé une bénignité parfaite.

Lorsque la roséole, dit M. Bergeron, détermine une réaction générale, le diagnostic différentiel entre cette affection et la rougeole devient embarrassant. En général, la rougeole entraîne du côté des muqueuses des troubles qui manquent dans la roséole; en outre, l'éruption de la roséole occupe plutôt le tronc et les membres, tandis que celle de la rougeole a la face pour lieu d'élection.

Mouvement de la Société. — La Société a admis cette année au nombre de ses membres résidants MM. les docteurs Liebreich, Simonot et Kuhn. Ce dernier, vous l'avez admis depuis comme membre correspondant. Trois membres ont quitté la partie active de la Société, MM. Bouvier, Debout et Dechambre; devenus membres honoraires, ils complètent cette liste, qui actuellement n'est formée que de sept membres.

Nous avons eu le regret de perdre l'un de nos collègues les plus laborieux et des plus assidus pendant le peu d'années qu'il a passées au milieu de nous; éloigné pendant plus d'un an par suite d'une maladie incurable, Rigaud a succombé. Vous vous rappelez, Messieurs, l'intéressante notice que notre honoré confrère Duparcque nous a lue sur lui; je n'aurais rien à y ajouter si cette malheureuse circonstance n'éveillait en moi de tristes pensées, car Rigaud est un exemple de plus à ajouter à cette liste si déplorable des confrères éprouvés par les douleurs professionnelles. Ce praticien, que vous avez vu si ardent pour la science, si digne avec ses confrères, si noble dans ses rapports de clientèle, est mort, comme le disait M. Duparcque, à la peine: Lorsqu'il voyait encore souriant au milieu de nous, il se sentait en proie à la misère, et, ce qui est plus douloureux, une misère que la mort transmettait à sa femme.

Il est donc un de ceux pour les veuves desquels l'Association de la Seine apporte notre faible mais utile secours. Et, le croiriez-vous, Messieurs, cinq veuves de confrères de notre Société se trouvent dans cette pénible position.

Pourtant deux de ces praticiens avaient conquis une haute position médicale; tous deux agrégés à l'École, tous deux médecins des hôpitaux; après une vie accompagnée d'une juste considération, ils n'en ont pas moins laissé leurs veuves et leurs enfants avec la plaie de la misère, ainsi que les plus humbles praticiens que nous nous faisons un devoir de secourir.

Terminons, Messieurs, par un souvenir plus heureux. La Société, qui n'a jamais manqué chaque année de se voir récompensée dans la personne de quelques-uns de ses membres, a vu avec bonheur la nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur de MM. Gros, Worms et Liebreich. Faisons des vœux, Messieurs, pour que les efforts si constants de nos jeunes collègues soient récompensés par leur admission dans les hôpitaux où ils tiendraient si dignement leurs places.

Permettez-moi encore un mot. Messieurs. Honoré par vous de cinq élections successives, je me vois arrivé aujourd'hui à seize ans d'exercice, terme le plus long qu'aucun de vos secrétaires généraux ait parcouru. Pénétré de l'intérêt que vous m'avez témoigné, heureux de l'appui que j'ai trouvé chez chacun de vous, ce qui m'a rendu ma tâche si facile, bien persuadé que je dois l'honorable position que vous m'avez si longtemps confiée bien plus à votre indulgente amitié qu'à mon faible mérite, acceptez-en aujourd'hui tous mes remerciments et l'expression des sentiments dont je suis pénétré. Lorsque je me trouve au milieu de vous, comme ce personnage de la fable je me sens plus ardent et plus fort. Mais je crains, lorsque je suis abandonné à moi-même, que les ans et les fatigues ne m'enlèvent les moyens que je voudrais avoir pour représenter dignement vos travaux. S'il en est ainsi, ne craignez pas de m'en avertir; je n'ai pas la prétention de l'archevêque de Tolède pour ses homélies, et, terminant doucement ma carrière, je donnerai avec plaisir l'accolade à mon successeur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1865. — Présidence de M. MORIN.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Rapport sur le concours de l'année 1864.

(Commissaires : MM. Bernard, Flourens, Brongniart, Longet, Coste rapporteur.)

M. BALBIANI, dont l'Académie a couronné les travaux relatifs à la génération sexuelle des animaux infusoires, présente aujourd'hui un ensemble de *Recherches sur la constitution du germe dans l'œuf animal avant la fécondation.*

Dans ce nouveau travail, l'auteur établit par des observations précises, faites dans toutes les classes, que, contrairement aux idées les plus généralement admises, l'élément germinatif se forme autour d'une vésicule différente de celle que l'on connaît sous le nom de *vésicule germinative ou de Purkinje.*

MM. Siebold de Wittich, V. Carus, avaient bien entrevu dans l'œuf de l'araignée un corpuscule particulier distinct de la vésicule prétendue germinative, mais personne n'avait cherché à faire de cette observation le point de départ d'une doctrine fondamentale.

La démonstration généralisée de l'existence d'un foyer distinct de la vésicule germinative, autour duquel se groupent les premiers matériaux du germe, modifie donc profondément nos connaissances sur la manière dont se constitue le rudiment des organismes. Elle ouvre, par conséquent, la voie à des études qui permettent de pénétrer plus avant vers l'origine des êtres vivants.

Par ce motif, la commission décerne à l'auteur de cet important travail un prix de physiologie expérimentale de la valeur de *mille francs.*

Parmi les découvertes dont la science de l'organisation s'est enrichie dans ces derniers temps, la commission a distingué celle qu'a faite **M. GERBE**, aide-naturaliste au collége de France, touchant la reproduction des kolpodes.

Cet expérimentateur, auquel l'Académie a déjà accordé un encouragement pour ses intéressantes recherches sur le développement des embryons des crustacés marins, a vu les kolpodes se souder par couples à la manière des conferves que l'on a désignées sous le nom de *conjuguées.* Puis, suivant toutes les phases de cette conjugaison dont on n'avait jusque-là observé aucun exemple dans le règne animal, il a constaté qu'au sein de la gangue commune formée par la fusion des deux individus de chaque couple, l'organe reproducteur de chacun de ces individus se segmente en deux, en sorte qu'après ce dédoublement quatre ovules destinés à multiplier l'espèce se trouvent constitués dans cette gangue que la vie abandonne.

Ces germes oviformes se dégagent bientôt de la substance morte qui les entoure pour se convertir en kolpodes libres et mouvants, comme se dégage la nouvelle conferve de l'intérieur des articles caducs où elle prend naissance.

Le mérite de cette découverte ne réside donc pas seulement dans la conquête d'un fait imprévu, mais il consiste surtout dans la révélation d'une analogie de plus entre la génération des animaux et celle des plantes. La commission décerne à son auteur un autre prix de physiologie expérimentale de la valeur de *mille francs.*

M. SAPPEY, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, a envoyé au concours un mémoire intitulé : *Recherches sur la structure de l'ovaire, particulièrement sur le siége et le nombre des ovules.*

L'auteur démontre dans ce mémoire que chez la femme la couche corticale ou albuginée de l'ovaire constitue la partie essentielle de l'organe, l'appareil producteur des ovules, ce qui pour les mammifères avait déjà été mis en évidence par les recherches de M. Otto Schrön et de M. Pflüger, professeur de physiologie à Bonn. Mais M. Sappey établit, en outre, qu'il y a dans l'épaisseur de cette couche corticale ou albuginée de l'ovaire de la femme une aussi abondante quantité d'ovules que dans celle des animaux les plus prolifiques, et que, ces ovules étant étouffés en grand nombre à chaque menstruation, il arrive un moment où il n'en reste plus un seul, ce qui coïncide avec l'époque de la cessation des règles.

En un mot, l'histoire de l'évolution de cette membrane devient celle de la vie génératrice de la femme, et son atrophie aux approches de l'âge critique l'explication de sa stérilité.

L'ensemble de ces observations paraît à la commission digne d'une récompense; elle accorde à l'auteur un encouragement de *cinq cents francs.*

M. KNOCH, de Saint-Pétersbourg, a fait des *Recherches* intéressantes *sur le Bothriocéphale large.* Il a vu la larve de cet helminthe sortir de l'œuf; il a constaté que cette larve, pourvue d'un tégument cilié, nage rapidement à l'aide de cet appareil, jusqu'à ce que, cette enveloppe venant à se rompre, le ver s'en échappe armé de ses six crochets. Mais ses observations ne résolvent pas suffisamment la principale question, qui est celle de savoir si l'embryon se change directement en bothriocéphale adulte, ou si, pour arriver à ce dernier état, il ne subit pas d'autres métamorphoses.

Avant de formuler son jugement définitif sur ce travail, la commission souhaite que l'auteur le complète par de nouvelles recherches.

En attendant, elle lui accorde une mention honorable.

La commission n'aurait pas hésité à décerner un prix au grand ouvrage de M. Léon Dufour sur l'*Anatomie des Lépidoptères;* mais les recherches que cette belle monographie renferme ayant déjà été couronnées, elle ne peut que continuer à rendre hommage au mérite de l'auteur, en proclamant l'importance qu'elle attache à ses travaux, et en proposant leur publication dans le *Recueil des Savants étrangers.*

La commission demande donc un supplément de *treize cents francs,* pour élever chacun des deux prix qu'elle décerne à *mille francs,* et pour accorder un encouragement de *cinq cents francs* à M. Sappey.

L'Académie adopte les propositions de la commission.

PRIX DE MÉDECINE ET CHIRURGIE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Rapport sur le concours de l'année 1864.

(Commissaires, MM. Rayer, J. Cloquet, Jobert de Lamballe, Velpeau, Flourens, Longet, Serres, Milne Edwards, Claude Bernard rapporteur.)

Tous les ans, la commission des prix de médecine et de chirurgie reçoit et examine un très-grand nombre d'ouvrages et de mémoires. Outre que ces concours annuels sont utiles aux progrès de la médecine en stimulant par des récompenses le zèle des travailleurs, ils présentent encore pour la commission un intérêt particulier et une sorte d'enseignement. On comprendra en effet que le choix des questions et des sujets de travaux envoyés chaque année au concours étant libre et spontané, la nature même de ces travaux et la manière dont ils sont traités puissent, jusqu'à un certain point, indiquer la direction actuelle de la médecine et refléter ses tendances. Or, il est facile de voir que les diverses parties de la science médicale, la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, plus séparées et plus isolées à leur début, tendent, à mesure qu'elles se développent et s'accroissent, à se rapprocher de plus en plus de manière à se prêter un mutuel appui dans une conception scientifique commune. Aujourd'hui, plus qu'à aucune autre époque, on traite la plupart des questions de pathologie dans la médecine humaine en les éclairant par la pathologie comparée et en les analysant au moyen d'expériences faites sur les animaux. La grande majorité des travaux que votre commission a eu à récompenser cette année, et sur lesquels elle va avoir l'honneur de vous faire un rapport, présente en effet ce caractère; et la commission s'en félicite, parce que c'est seulement au moyen de ces études analytiques expérimentales que la médecine, la plus difficile et la plus complexe de toutes les sciences, pourra sortir peu à peu du domaine de l'empirisme et entrer graduellement dans la méthode expérimentale qui est la seule voie commune à toutes les sciences physiques et naturelles.

Cette année, la commission a décerné trois prix :

1° A M. Zenker, pour ses recherches sur la maladie trichinaire;

2° A M. Marey, pour son ouvrage sur la physiologie médicale de la circulation;

3° A MM. Ferdinand Martin et Collineau pour leur Mémoire sur la coxalgie.

M. ZENKER a adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur une maladie parasitique qui s'est révélée subitement aux médecins dans ces dernières années, bien qu'il ne soit pas douteux qu'elle existât de tout temps. En effet, nous avons autour de nous une multitude de phénomènes que nous voyons, mais que nous ignorons cependant, parce que nous ne les comprenons pas. Puis tout à coup survient un concours de circonstances qui fait jaillir la lumière, c'est-à-dire qui fait naître l'idée féconde et lumineuse qui à la fois éclaire les observations du passé et pousse l'expérimentation dans une voie sûre d'où se dégage bientôt la vérité. Tel est le cas qui s'est presenté pour la maladie trichinaire qui va nous occuper.

Vers 1835, on observa en Angleterre, dans les muscles de quelques cadavres, des petits vers microscopiques enroulés sur eux-mêmes et renfermés chacun dans une petite poche ou kyste. Notre illustre associé, M. Richard Owen, qui étudia l'organisation de ces vers, les rangea parmi les nématoïdes et leur donna le nom de *Trichina spiralis.* De semblables observations furent bientôt reproduites en Angleterre, en Allemagne, en Danemark, en France, en Amérique, et il fut établi que les trichines, qui sont des vers de 1 à 2 millimètres de longueur renfermés dans un kyste à peine visible à l'œil nu, peuvent se rencontrer chez un certain nombre d'espèces animales de même que chez l'homme. On constata en outre que ces vers ont pour siége exclusif les muscles striés et qu'ils peuvent exister parfois en nombre immense, de manière à envahir tout le système musculaire. Mais d'où venaient ces trichines et comment arrivaient-elles dans les muscles? Ces vers ne pouvaient pas se reproduire sur place, car la trichine musculaire est dépourvue d'organes sexuels. Il n'y avait plus à faire intervenir des hypothèses de génération spontanée, car l'helminthologie venait d'entrer dans la voie féconde de l'expérimentation, et l'on savait déjà que beaucoup de vers parasites naissent souvent dans d'autres lieux que ceux où on les rencontre et qu'ils doivent, à cause de cela, faire des migrations et subir parfois de singuliers changements de formes dans une succession de générations alternantes. La méthode expérimentale était donc celle qu'il fallait suivre pour essayer de remonter à l'origine de la trichine musculaire de l'homme.

M. Herbst, de Gœttingue, en 1850, entra dans cette voie en faisant manger à trois jeunes chiens de la chair d'un blaireau contenant des trichines. Il constata la transmissibilité trichinaire, car les muscles des chiens nourris avec cette viande montrèrent plus tard des trichines dans leur tissu. Mais M. Herbst ne découvrit rien qui pût le mettre sur la voie du mécanisme de cette transmission, car les trichines des muscles des chiens étaient également dépourvues de sexe. En 1859, notre célèbre correspondant de Berlin, M. le professeur Virchow, s'occupa de la question et lui fit faire un pas important. Après avoir donné à manger à un chien des muscles d'homme envahis par des trichines, il trouva, trois jours après, dans l'intestin grêle de cet animal, des vers très-semblables aux trichines musculaires, mais plus grands et contenant des ovules reconnaissables. M. Virchow pensa que ces vers étaient des trichines adultes ayant acquis des organes génitaux, mais il ne donna pas de détermination générique et il ne poussa pas plus loin ses investigations pour établir son idée. C'est ce qui fit que, quelques mois après, M. Leuckart crut avoir complété et expliqué l'expérience de M. Virchow en annonçant qu'il avait nourri un jeune cochon avec de la chair trichinée et qu'à la suite il avait trouvé des milliers de trichocéphales sexués dans l'intestin de cet animal, d'où il tira cette conclusion, aujourd'hui reconnue erronée, que la trichine de l'homme est la larve du trichocéphale *dispar.*

Les choses en étaient là et la question réduite à un simple problème d'histoire naturelle, quand, en 1860, M. Zenker apporta dans la science un fait dont la signification lumineuse éclaira subitement la transmission de la trichine chez l'homme, transmission qui devint dès lors une question de pathologie et d'hygiène des plus importantes. Voici dans quelles circonstances se sont produits les faits, et tels que M. Zenker les raconte dans son mémoire.

Le 12 janvier 1860, il entra à l'hôpital de Dresde, dans le service de M. Walther, une jeune fille avec des symptômes graves qu'on ne put rapporter qu'à ceux d'une fièvre typhoïde; cependant le gonflement de la rate et les taches lenticulaires manquaient à ce cortége de symptômes. La jeune fille mourut le 27 janvier, et M. Zenker fit son autopsie pour y rechercher des lésions musculaires typhiques qu'il avait trouvées antérieurement sur d'autres cadavres, et dont il a d'ailleurs fait part à l'Académie. Mais quel ne fut pas l'étonnement de M. Zenker quand, au lieu de rencontrer cette fois les lésions musculaires propres à la fièvre typhoïde qu'il cherchait, il trouva des milliers de trichines non sexuées, *à l'état libre* dans le tissu musculaire, et non encore enkystées, ce qui est un point très-important pour montrer que l'importation de ces trichines était toute récente. De plus, M. Zenker trouva dans l'intestin grêle une grande quantité de trichines adultes et sexuées; il distingua les mâles des femelles, et vit le corps de ces dernières rempli d'embryons vivants qui ressemblaient aux trichines sans sexe trouvées dans les muscles de la même jeune fille. Donc, pour la première fois, M. Zenker constata que chez le même individu il peut exister des trichines adultes sexuées dans l'intestin et des trichines larves sans sexe dans les muscles. De telle sorte qu'en perçant les parois de l'intestin, ces larves pouvaient émigrer dans le tissu musculaire strié, soit par une migration directe, soit par le chyle et par le sang.

A la suite de cette autopsie, M. Zenker arriva à cette conclusion, que cette jeune fille n'était point morte d'une fièvre typhoïde; car il ne trouva pas dans l'intestin les caractères anatomiques pathognomoniques de cette affection. Il pensa en outre qu'elle devait avoir succombé à une infection trichineuse récente, par suite d'une alimentation avec de la viande contenant de ces vers. C'est alors que M. Zenker commença une enquête sur les antécédents de la jeune fille, avant son entrée à l'hôpital, le 12 janvier 1860. Il apprit que le fermier chez lequel la jeune fille avait été servante avait tué un cochon le 21 décembre 1859; il sut, en outre, que la fermière et le boucher qui avaient mangé de la viande de ce porc avaient également été malades, avec les mêmes symptômes et dans le même temps que la jeune fille mais que seulement ils s'étaient rétablis, le boucher plus difficilement, parce qu'il avait été plus malade. M. Zenker demanda qu'on lui remît de la viande de ce porc, et il constata qu'elle était remplie de trichines.

De tout cet ensemble, qui montrait si clairement la relation des faits, M. Zenker admit qu'il existe chez l'homme une maladie qui résulte de l'immigration des trichines de l'intestin dans les muscles, et que cette maladie devient mortelle quand, après l'ingestion d'une grande quantité de viande trichinée, l'immigration est trop considérable.

Cette observation de M. Zenker fonda l'histoire pathologique de la maladie trichinaire et ouvrit une ère nouvelle pour les recherches expérimentales. M. Zenker lui-même entreprit des expériences sur les animaux avec les muscles trichinés de la jeune servante, et en même temps il envoya des morceaux des mêmes muscles à MM. Leuckart et Virchow, en leur demandant de vouloir bien faire parallèlement des expériences et des recherches semblables. Entre les mains d'observateurs et d'expérimentateurs aussi éminents, la question fit des pas de géant. En peu de temps les expériences de ces savants se répandirent

partout; en France elles furent répétées, confirmées et étendues par M. Davaine. D'autre part, les observations d'infection trichineuse se multiplièrent particulièrement en Allemagne, dans les pays où l'on fait usage dans l'alimentation de la viande de porc crue. Cette maladie, inconnue jusqu'à M. Zenker, se compta bientôt par centaines de cas, dont un grand nombre mortels. On observa des épidémies de cette infection parasitique, sévissant sur des familles ou dans des pays entiers, quand de la viande de porc trichinée avait été livrée à la consommation. Enfin, tout récemment, M. Virchow, avec l'autorité d'un nom qui est à la tête de la médecine scientifique en Allemagne, a appelé l'attention sur les mesures préventives à employer contre cette nouvelle maladie contagieuse. Les gouvernements s'en préoccupent, et c'est dans ce moment une question de médecine et d'hygiène publique à l'ordre du jour.

La commission doit s'arrêter dans cette histoire, parce que maintenant son rôle est fini. Il lui suffit d'avoir montré à l'Académie, par le résumé historique très-succinct qui précède, que M. Zenker a été e véritable promoteur de la maladie trichinaire parmi tous ceux qui ont contribué à la faire bien connaître. En conséquence, la commission décerne à M. Zenker d'Erlangen (ci-devant à Dresde) un prix de Médecine de *deux mille cinq cents francs*.

(*La suite prochainement.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Séance du 6 janvier. — Présidence de M. FORGET.

M. FORGET. Messieurs et chers collègues,

En prenant place au fauteuil de la présidence de la Société de médecine, où votre bienveillance m'a appelé, c'est un devoir pour moi de vous remercier d'un honneur dont je m'efforcerai de me montrer digne en contribuant, dans la mesure de mes forces, au développement de vos travaux et à la prospérité de notre Compagnie.

Des sociétés savantes qui existent actuellement, et dont l'esprit d'association qui anime le corps médical accroît chaque jour le nombre et l'importance, la Société de médecine de Paris, la plus ancienne et la plus considérable par la haute position que ses fondateurs ont occupée dans la science et dans la pratique, s'est toujours souvenue avec un légitime orgueil des gloires de son origine.

C'est ce souvenir qui, comme le flambeau des coureurs de l'antiquité, transmis d'une génération médicale à l'autre, fait revivre les traditions d'un passé dont vous êtes fiers à juste titre, et constitue pour tous un motif d'émulation féconde et un puissant encouragement à persister dans la voie d'honorabilité scientifique et professionnelle où notre Société s'est constamment maintenue.

C'est donc à vous, chers collègues, qu'il appartient désormais de conserver dans toute sa dignité l'œuvre de science et de confraternité que vous ont léguée vos aînés, dont quelques-uns, que nous sommes heureux de compter encore dans nos rangs, s'y font remarquer par leur exactitude aux séances, et par la part active qu'ils prennent aux ravaux de la Société.

Noblesse oblige, vous le savez, Messieurs, et un coup d'œil rapide sur vos procès-verbaux, que notre savant secrétaire général va bientôt vous exposer en détail, suffit pour prouver que vous n'avez point oublié cette vieille maxime d'honneur et de devoir, et que les prescriptions qu'elle impose vous ont servi de règle de conduite dans le courant de l'année qui vient de s'écouler.

Vos travaux n'ont été ni moins nombreux ni moins importants que ceux des années précédentes. Il en est quelques-uns parmi eux qui se placent tout d'abord au premier rang; ce sont deux mémoires ayant pour objet l'étude clinique de l'ataxie locomotrice au double point de vue du diagnostic et de l'histologie pathologique.

On s'aperçoit à la puissante originalité qui caractérisait ces travaux que les auteurs appartiennent à cette phalange d'infatigables pionniers de la science, qui, plus spécialement attachés à un de ses sillons, le creusent avec cette opiniâtreté de recherches et cette persévérance d'observations qui créent les découvertes et ouvrent à la pratique de l'art de nouveaux horizons.

C'est un travail du même ordre que vous a encore lu M. Duchenne (de Boulogne), et qui a pour titre : *Étude microscopique du grand sympathique*.

L'oculistique, cette branche des connaissances médicales qui a pris un si grand développement depuis la belle découverte du professeur Helmoltz, a été l'objet de communications d'un grand intérêt. Elles ne peuvent manquer de se reproduire au sein de la Société, qui compte parmi ses membres deux savants qui ont attaché leurs noms aux principaux progrès récemment accomplis tant en physiologie qu'en pathologie oculaire.

La pathogénie du système osseux a fourni à un de nos collègues, que nous avons eu le regret de voir contraint à s'éloigner de nous presque au lendemain de son élection, un sujet de recherches intéressantes sur les diverses espèces d'ostéomalacie, travail suivi d'un excellent rapport par M. Collineau, qui lui-même, en nous communiquant une étude fort bien faite de la coxalgie, a donné lieu à une discussion qui a remis en lumière la relation de causalité et d'effet pathogénique signalée par M. Louis entre la tuberculisation pulmonaire et la production des tubercules osseux.

Au nombre des travaux dont la Société a eu à s'occuper, il en est plusieurs autres que je ne ferai que mentionner. Ce sont :

Les observations de corps étrangers tombés dans la vessie, et les ingénieux moyens d'extraction mis en usage par MM. Cavasse et Leroy d'Étiolles.

Un mémoire de ce dernier sur l'action du sulfate de quinine contre les accidents qui accompagnent les opérations pratiquées sur les voies urinaires.

Une communication de M. Richard sur les douleurs musculaires de l'urèthre, et sur l'assimilation qu'il a cherché à établir entre la contracture du sphincter de l'anus et celle des muscles uréthraux.

L'observation d'un très-grand intérêt pratique de M. Simonnot, ayant trait à un bec-de-lièvre opéré le quatrième jour après la naissance avec succès; observation qui soulève la difficile question de l'opportunité de l'opération chez les nouveau-nés, question qui depuis l'ancienne Académie de chirurgie est encore à l'état de controverse.

La climatologie a été représentée parmi vous.

Plusieurs communications vous ont été faites par M. Pietra-Santa sur ce sujet, qu'il poursuit avec zèle depuis plusieurs années; il vous a lu un travail sur la climatologie des stations thermales, qui a été, pour notre digne collègue M. Duparcque, l'occasion d'un rapport dont vous avez apprécié les excellentes qualités.

Il me reste à vous rappeler une de vos discussions les plus importantes, celle sur la fièvre typhoïde et son traitement par le sulfate de quinine, qui a occupé trois de vos séances, et discussion dont l'intérêt essentiellement pratique se fonde sur les résultats des recherches expérimentales et sur les faits cliniques qui y ont été largement exposés par chacun des orateurs qui y ont pris part, et notamment par M. Briquet, qui, de longue date, a fait de cette question un sujet d'études spéciales et dont l'expérience fait loi en cette matière.

Il est encore un travail que je dois mentionner, et par lequel vous vous êtes appelé à inaugurer vos discussions en 1865; c'est le rapport remarquable de M. Gros sur les mémoires de MM. Corlieu et Gilbert d'Arcourt, traitant du goître exophthalmique.

Ce rapport, lu dans la séance du 18 novembre 1864, a été publié *in extenso* dans la *Gazette hebdomadaire* du 9 décembre : conformément au vote de la Société, la publication de ce beau travail, destiné à éclairer les points encore obscurs de l'étiologie et de la nature d'une affection dont la découverte est toute récente, a dû en précéder la discussion, qui sera mise à l'ordre du jour d'une de vos prochaines séances.

Si cette simple énumération des divers sujets de chirurgie et de médecine qui ont occupé vos séances dans l'année 1864, prouve que vous avez répondu à tout ce que la science et l'art sont en droit d'attendre de vous, il est dans vos procès-verbaux un acte de pieux souvenir envers un de vos collègues, qui témoigne qne vous n'avez pas moins à cœur vos devoirs de confraternité.

Cet acte sorti, je ne dirai pas de la plume, mais du cœur d'un des vétérans d'honneur de notre Société, de notre excellent collègue M. Duparcque, est une lamentable et navrante odyssée, où se reproduit sous une forme touchante et malheureusement trop vraie, le long martyr d'un médecin instruit, dévoué et modeste, de notre estimable et regretté collègue le Dr Rigaud, qui, arrivé au terme d'une vie de travail, de déceptions et de maladies, a pu, avant de s'endormir du sommeil de la mort, s'envelopper dans son honorabilité intacte comme d'un glorieux linceul, et se répéter pour consolation suprême ces mots qui encadrent si bien toute sa vie :

Tout est perdu fors l'honneur.

Pour nous aussi, messieurs, cette pensée restera une consolation à la perte de notre excellent collègue; comme sa vie, à quelque degré de la hiérarchie médicale que la fortune nous ait placé, sera pour tous une leçon et un exemple.

Un dernier mot, chers collègues, qui soit en terminant un engagement pour chacun de nous de répondre au passé de la Société de médecine, en assurant son avenir par notre zèle, notre assiduité à ses séances, et une plus large coopération à ses travaux.

— **M. BOIS DE LOURY** lit le compte rendu des travaux de la Société. (Voir plus haut.)

Le secrétaire, COLLINEAU.

La Société botanique de France tiendra cette année sa session départementale à Nice. L'ouverture de la session est fixée au lundi 8 mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez Mayolez; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. Le troisième fascicule vient de paraître, il contient : Arthrites, — Brûlures chroniques, — Bec-de-lièvre, — Coxalgie, — Irrigations dans le pharynx; avec figures intercalées. In-8°. — Prix : 1 fr. *franco*.

Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse, par M. Th. HÉLIE, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes. 1 vol. in-8° avec un atlas de dix planches in-folio, dessinées d'après nature par M. CHENANTAIS, professeur de pathologie à la même école. — Prix : 10 fr. *franco*.

De l'obésité, par Villiam BANTING. In-8°. — Prix : 1 fr. *franco* dans toute la France.

Des localités désignées pour l'établissement des colonies militaires indigènes dans la province de Constantine au point de vue de la salubrité, par le docteur L. Th. MORIN, médecin aide major de 1re classe. In-8°. — Prix : 2 fr. *franco* en France. — Paris, 1865, Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Nº 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 16 FÉVRIER 1865. — Nº. 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Ricord a terminé hier sa réponse à M. Depaul. Nous n'avons pas voulu, en raison de la situation particulière faite à M. Ricord dans cette discussion, livrer à de simples souvenirs la rédaction de son discours, dont chaque phrase pourrait être invoquée plus tard comme un aveu ou comme une proposition doctrinale. Mais nous pouvons du moins en indiquer ici le sens général.

M. Ricord ne conteste pas la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine, pas plus qu'il ne conteste aujourd'hui la transmission des accidents secondaires. Mais, de même qu'il a accepté les résultats de l'inoculation des accidents secondaires, comme établissant le fait de leur transmissibilité, mais dans des circonstances rares, très-rares et exceptionnelles, de même il admet la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine dans des conditions également exceptionnelles, mais il n'accepte les faits à l'aide desquels on prétend l'établir, que sous bénéfice d'inventaire. Or ces faits manquent pour la plupart, à ses yeux, de cette précision et de ce caractère de certitude qui peuvent seuls servir de fondement à une vérité scientifique. On y trouve rarement réunis le certificat d'origine et le certificat de dépôt, suivant l'expression assez heureuse dont s'est servi depuis M. Devergie, et souvent ils manquent l'un et l'autre. Dans ces conditions M. Ricord voit des motifs nombreux d'abstention et il ne trouve aucune raison sérieuse pour partager une opinion aussi formelle et aussi absolue que l'est celle de M. Depaul. Il s'est demandé si avec des faits aussi douteux et aussi *prodigieusement* rares, d'ailleurs, relativement au nombre de vaccinations pratiquées tous les jours, (pour se servir d'un adverbe que M. Trousseau n'a employé que faute d'un autre plus expressif encore), il y avait lieu de jeter ainsi l'alarme dans le public et une sorte de discrédit sur la vaccine. Il s'est demandé, enfin, s'il était bien opportun de saisir cette occasion de traduire en quelque sorte devant la juridiction ministérielle, des doctrines et des opinions qui ne reconnaissent d'autres juges que l'Académie et le corps médical.

Jusque-là M. Ricord a eu raison. Mais a-t-il eu toujours autant raison? Ne s'est-il pas donné lui-même quelques-uns des torts qu'il reprochait justement à son contradicteur, en laissant suspecter les motifs de l'opposition qui lui était faite, en demandant compte à M. Depaul du silence qu'il avait gardé à une autre époque sur des faits dont il fait tant de bruit aujourd'hui? Nous voudrions voir mettre un terme à ce genre d'argumentation par suspicions et récriminations qu'on n'a laissé que trop s'accréditer déjà à l'Académie. Nos honorables académiciens ne craignent-ils pas de s'attirer cette verte admonestation d'un docteur de Molière à ses confrères : « N'avez-vous point de honte, messieurs, de montrer si peu de prudence pour des gens de votre âge et de vous être querellés comme de jeunes étourdis? Ne voyez-vous pas bien quel tort ces sortes de querelles nous font parmi le monde? » Qu'ils apaisent donc ces « chaleurs de sang » dont on n'est pas toujours le maître, il est vrai, mais qu'il est précisément du bon goût, autant que de la dignité académique, de chercher à maîtriser.

A M. Ricord a succédé à la tribune M. Devergie, qui y est apparu un peu comme Neptune... Si ce n'est que son *quos ego* a revêtu la forme d'une froide, mais solide et substantielle dissertation, qui conclut à la nomination d'une commission pour l'examen et l'étude des moyens de prévenir le retour d'un mal qu'il est inutile et qu'il serait dangereux de porter officiellement à la connaissance de l'administration, sans son palliatif.

La discussion continuera mardi prochain, et, si nous sommes bien informés, ce serait un fouilleur de bibliothèques qui apporterait prochainement à la tribune une ample collection de faits destinés à prouver que ce n'est pas d'hier qu'on a vu des cas de syphilis vaccinale, et que les faits actuels ont leurs précédents dans des faits méconnus ou dissimulés.

Au commencement de la séance, M. le docteur de Pietra-Santa, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, a lu quelques extraits détachés d'un mémoire relatif à l'influence de l'air des Pyrénées sur la phthisie pulmonaire. On trouvera dans le compte-rendu les conclusions de ce travail.

Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique.

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

PALPITATIONS IRRITATIVES (1).

Vous avez vu les palpitations résulter de la suppression ou de la paralysie du nerf pneumo-gastrique. Je crois avoir suffisamment justifié ce terme de *palpitations paralytiques*, que j'employais en commençant. Si les données les plus précises de la physiologie ont quelque accès en médecine, cette expression devra désormais avoir sa place et son sens bien déterminé en pathologie. On peut concevoir le même résultat obtenu par un moyen précisément inverse. Si, au lieu d'une paralysie des nerfs phrénateurs, il existait un surcroît d'action des nerfs musculo-moteurs, l'accélération des mouvements du cœur en serait la conséquence, et nous aurions alors des palpitations spasmodiques ou irritatives. Ces palpitations existent-elles? Comment se produisent-elles? Il semble, au premier abord, que la réponse soit facile, que les exemples abondent en pathologie, et qu'il soit aisé de les reproduire par l'expérimentation. Ces palpitations sont, en effet, les seules dont les livres fassent mention; cependant, en y regardant de plus près, la question apparaît pleine de difficultés; nous allons, si vous le voulez bien, en rechercher ensemble la solution, et, sans parti pris, étudier dans ce but les divers départements du système nerveux.

Excitation du nerf vague. — Et d'abord existe-t-il des palpitations spasmodiques que l'on puisse attribuer à une excitation du nerf pneumo-gastrique? Après les détails dans lesquels je suis entré relativement aux fonctions de ce nerf, je me crois autorisé à conclure que c'est là une question jugée. Des palpitations spasmodiques, par excitation du nerf vague, ne seraient admissibles que si l'on se plaçait dans l'hypothèse de MM. Schiff et Moleschott, si l'on admettait avec eux que le nerf vague se comporte sous l'influence des excitants comme les autres nerfs, ou du moins n'en diffère que par une excessive tendance à l'épuisement. Je vous ai dit ce que je pensais de cette théorie. Et remarquez, messieurs, que j'ai cité à l'appui de mon opinion des noms considérables, ceux de MM. Pflüger, Funke, Bezold, dont personne ne récusera la compétence dans ce genre de recherches. Ne suis-je donc pas autorisé à croire que les illustres savants dont je combats en ce moment la doctrine, ont été victimes d'une véritable illusion des sens, puisque personne après eux n'a pu retrouver les courants minimes qui, selon eux, exciteraient le cœur étant appliqués au nerf vague.

D'ailleurs, on chercherait vainement à s'en dédire : s'il est vrai que le pneumo-gastrique soit excitateur, à un degré aussi minime que l'on voudra, il faut de toute nécessité que ce soit un nerf moteur; par conséquent, en l'excitant, on devra *augmenter* la contraction musculaire et produire la systole. Or, personne n'a jamais vu un pareil résultat; personne, pas même MM. Schiff et Moleschott, n'a obtenu une augmentation de la systole; bien au contraire, l'arrêt du cœur que l'on produit en pareil cas se fait toujours *en diastole*. Enfin, l'effet constant de la section d'un nerf moteur, c'est une paralysie musculaire; et, par conséquent, dans la théorie en question, l'accélération des battements, après la section du nerf vague, est absolument inexplicable.

Concluons, pour n'y plus revenir, qu'il est impossible qu'une palpitation spasmodique soit produite par l'excitation du nerf vague.

Excitation des ganglions cardiaques. — Un second ordre de nerfs se présente à notre étude, ce sont les ganglions nerveux intra-cardiaques; mais ici la difficulté devient extrême. Pour étudier le mode d'action de ces ganglions, il faut enlever le cœur des animaux. Par des expériences excessivement délicates, on parvient bien alors à démêler le rôle dévolu à chacun de ces ganglions, et pour ne parler que des ganglions incitateurs, les seuls qui puissent nous occuper ici, lorsqu'en les coupant ou en les liant, on produit la paralysie des parties que l'on soustrait à leur action, on est légitimement conduit à conclure qu'ils contiennent en eux-mêmes un principe d'excitation. Mais il est bien évident que, dans de pareilles conditions, la contraction des faisceaux charnus du cœur doit être infiniment affaiblie, et qu'il est impossible d'obtenir une augmentation de la systole. Comment pourrait-il en être autrement avec d'aussi graves mutilations? La preuve directe fait donc ici défaut, et ces expériences, quelque curieuses qu'elles soient, ne sont pas, quant à présent, susceptibles d'applications à la physiologie pathologique des palpitations.

Excitation du grand sympathique. — Étudions maintenant le grand sympathique, considéré au-dessus de sa fusion avec les ganglions cardiaques. Vous n'ignorez pas à combien de dissidences a donné lieu la partie de ces attributions relative aux mouvements du cœur. Quelques-uns, avec M. Claude Bernard, admettent que l'excitation de ce nerf détermine une accélération des battements; c'est là l'opinion la plus probable. L'opinion précisément inverse est soutenue par Wagner. Là où M. Bernard admet une accélération, ce physiologiste reconnaît un ralentissement. Pour Weber, pour Ludwig, il n'y a ni accélération ni ralentissement, et le résultat de cette excitation est absolument nul. Ici encore, nous retrouvons M. Moleschott et son système sur l'uniformité d'action de tous les nerfs moteurs. Pour lui, il en serait du grand sympathique comme du nerf vague. Une excitation faible amènerait une accélération, une excitation forte un ralentissement. Mais, vous l'avouerai-je, dans toute cette question de l'innervation du cœur, je me défie un peu de M. Moleschott, car son but évident et avoué est d'arriver à faire de tous les nerfs du cœur des nerfs moteurs comme les autres. Or, vous le savez, nous ne pourrions le suivre sur ce terrain; ajoutons d'ailleurs que ses résultats n'ont pas été retrouvés. Pour ma part, je n'hésite pas à me rattacher à la doctrine émise par M. Bezold, à savoir que le grand sympathique est un nerf d'excitation, sauf quelques circonstances exceptionnelles que nous avons précisées dans la physiologie du cœur. Mais il faut ajouter que ce nerf ne possède pas en lui-même un principe d'action, et qu'il l'emprunte à la moelle dont il va être question.

Jusqu'ici, en définitive, le but de nos recherches semble fuir devant nous. Nous avons vainement interrogé les différents rameaux nerveux qui se distribuent au cœur, sans pouvoir produire une excitation directe; serons-nous plus heureux en nous adressant au centre cérébro-spinal lui-même?

Palpitations d'origine encéphalique. — Pour ce qui concerne l'encéphale, les physiologistes ont été unanimes à reconnaître jusqu'ici que l'on peut l'enlever en totalité sans interrompre les battements du cœur; et il faut avouer que dans ces limites cette proposition reste vraie encore aujourd'hui. Mais ils ont eu, pour la plupart, le tort d'en conclure que l'influence de l'encéphale est nulle au point de vue qui nous occupe : assertion étrange, si l'on se reporte à des faits vulgairement observés tous les jours, si l'on songe, par exemple, à l'extrême facilité avec laquelle des émotions morales de toute nature se traduisent par des palpitations. M. Bezold a rendu, selon moi, un service signalé en donnant la clef de cette apparente contradiction. Ce qui fait le mérite vraiment original de ses expériences, c'est d'avoir su concilier les faits physiologiques avec les données de l'observation; c'est d'avoir montré que l'encéphale jouit réellement d'un pouvoir excitateur sur les mouvements du cœur, pouvoir auxiliaire, à la vérité, et tel que la suppression de l'encéphale n'anéantit pas les battements, mais aussi pouvoir capable de les accélérer lorsqu'une excitation est portée sur le foyer encéphalique.

Voilà donc des palpitations irritatives artificiellement produites.

Palpitations d'origine médullaire. — La même exactitude scrupuleuse a présidé aux recherches de ce physiologiste sur l'existence et la détermination du foyer cardiaque médullaire. L'influence de la moelle, déjà pressentie par Legallois et malheureusement révoquée en doute ou niée par ses successeurs, peut être aujourd'hui considérée comme une vérité démontrée. Et, remarquez-le, les objections qui ont été faites à M. Bezold, quelle qu'en soit d'ailleurs la valeur, n'ont rien qui doive nous arrêter, car elles ne portent pas sur la réalité du fait lui-même. Que la moelle agisse directement sur le cœur lui-même, ou qu'elle n'agisse sur lui que par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins, c'est là une question secondaire, et qui ne touche qu'au mécanisme par lequel s'exerce cette influence. En fait, personne ne conteste plus qu'une excitation de la moelle ne puisse provoquer des palpitations. Voilà le point essentiel. Quant à la question de savoir si l'accélération des mouvements s'accompagne toujours d'une augmentation d'énergie de la contraction, c'est là un point qui, d'après les travaux de MM. Ludwig et Thiry, doit être réservé.

(1) Suite. Voir les numéros des 10, 12, 17, 19, 24 janvier et 14 février.

En définitive, il n'y a donc que l'encéphale et la moelle qui nous aient fourni le moyen de produire artificiellement des palpitations irritatives.

Excitation réflexe de la moelle. — Il nous reste enfin à nous demander si, le même résultat que nous venons d'obtenir par l'excitation directe, une action réflexe peut le produire. Mais ici, Messieurs, je suis arrêté par des difficultés de toutes sortes quand je veux rechercher le mécanisme intime de l'action réflexe, et je vois que ces difficultés ne sont pas toutes levées pour les auteurs mêmes qui ont fait une étude spéciale de cette question. J'ai sous les yeux le récent ouvrage de M. Brown-Séquard, précédé des leçons de M. le professeur Rouget. Sont-ils tous deux d'accord? Tous deux, il est vrai, admettent qu'une impression périphérique peut se réfléchir au même titre soit sur les nerfs moteurs, soit sur les nerfs vasculaires. Mais pour M. Rouget, au moment où la moelle transmet les actions réflexes, elle se trouve dans un état de surexcitabilité analogue à celui que produit la strychnine, et cet état consiste dans une *congestion*, un accroissement de nutrition de la substance grise de la moelle. Quant à M. Brown-Séquard, il base toute sa théorie des paralysies sur un état de contracture des petits vaisseaux qui aurait pour effet d'anémier la moelle. Or, cette contracture elle-même serait un phénomène réflexe, et devrait par conséquent, suivant la théorie de M. Rouget, exiger une congestion de l'axe spinal. Comment concilier cette congestion et cette anémie? C'est ce que je ne me charge pas de faire.

Palpitations irritatives réflexes. — Jusqu'ici il y a analogie parfaite, à ce qu'il me semble, entre les faits pathologiques et les résultats de l'expérimentation. Voyons s'il en est de même pour les palpitations paralytiques réflexes; et avant tout tâchons d'éviter les exagérations et les rapprochements forcés. Sans doute, des douleurs périphériques excitent parfois des palpitations qui rappellent l'accélération des battements du cœur obtenue par les physiologistes en excitant les nerfs de la sensibilité. Mais combien de fois, au contraire, la douleur ne produit-elle pas la syncope, par exemple dans les opérations chirurgicales! Ces faits se rapprocheraient bien plutôt de ces expériences de M. Goltz dans lesquelles nous avons vu la suppression subite des battements cardiaques obtenue par une percussion énergique de la région abdominale. Pourquoi la même cause produit-elle ici la suppression, là l'exagération des battements du cœur? C'est ce qu'en pratique il est le plus souvent impossible de décider; mais la physiologie parvient souvent à en rendre compte, ainsi que nous l'avons vu pour l'expérience de M. Goltz.

Poursuivons. On cite des exemples de palpitations causées par la présence d'un tænia dans le tube intestinal. J'accepte ces exemples parce que la contre-expérience est facile, parce que, le ténia une fois expulsé, les palpitations cesseront d'elles-mêmes; qu'en conséquence, la relation de cause à effet est ici clairement établie. Mais en est-il de même dans tous ces cas de palpitations réflexes que l'on a, selon moi, beaucoup trop multipliées dans ces derniers temps? Les preuves manquent, ainsi que nous le démontrera la pathologie.

Je ne nie pas les palpitations réflexes; je les accepte, mais je cherche à en rétrécir le champ, que l'on a démesurément agrandi. En fait, les données de la physiologie, les points de comparaison qu'elle nous fournit, sont extrêmement minimes. Voici les seuls documents que j'ai à vous présenter en regard des faits pathologiques.

Des expériences ont été récemment faites par M. Bernstein. Il a excité le bout central des nerfs splanchniques de l'intestin. Le cœur n'en a ressenti aucun trouble. Il a excité le nerf grand sympathique dans la région lombaire; le cœur s'est arrêté. Le même résultat a été produit en excitant le filet central cervical du grand sympathique. Nous n'avons aucun compte à tenir des cas où l'on a agi sur des animaux empoisonnés par la strychnine, ou chez lesquels la moelle a été divisée. Dans ces cas, en effet, l'axe médullaire est dans un état de surexcitabilité tel que le moindre attouchement suffit à transmettre un violent ébranlement soit au cœur, soit à tout autre muscle. Ces cas échappent jusqu'à un certain point au domaine médical. Dans tout cela, nous ne voyons donc nulle part qu'une palpitation ait réellement pu être produite par action réflexe. Ces résultats nous imposent une excessive réserve. La publication récente de la très-remarquable brochure de M. Brown-Séquard a mis de nouveau cette question d'action réflexe à l'ordre du jour. Chacun s'en occupe en ce moment, et peu s'en faut qu'à force d'y vouloir tout ramener, on ne retombe dans la confusion qui a si longtemps obscurci la question des sympathies morbides. La découverte des phénomènes réflexes est une des belles conquêtes de la physiologie contemporaine. Mais, s'il faut l'utiliser à propos, il importe aussi de ne pas la compromettre, et ce serait à ce propos que l'on pourrait appliquer le mot d'un homme d'état célèbre : Surtout pas de zèle.

Remarques générales sur les palpitations spasmodiques. — De quelque façon que l'on explique une palpitation spasmodique, qu'elle soit d'origine réflexe ou directe, toujours est-il qu'il faut pour la constituer une augmentation de force des battements. Or, il est facile de démontrer que cette augmentation n'existe pas en réalité chez les individus qui ont des palpitations. M. Marey a fait une remarque curieuse : c'est que c'est surtout après les intermittences du pouls que surviennent ces battements considérables qui font croire que l'impulsion du cœur est augmentée.

Voici l'explication très-simple de ce phénomène. Il est dû d'abord à une cause purement mécanique. Pendant l'arrêt du cœur, la tension artérielle diminue beaucoup. Il est donc naturel que la pulsation suivante soit d'autant plus intense, le soulèvement de l'artère d'autant plus considérable que la tension a été plus faible. Il y a une seconde raison : chaque fois que le doigt ou l'oreille sont impressionnés par une perception nouvelle, la brusquerie de la sensation la fait paraître beaucoup plus forte qu'elle n'est en réalité. C'est ce qui arrive dans le cas qui nous occupe. La pulsation qui suit l'arrêt du cœur donne au malade une vive secousse. Cette secousse est bien plus accusée encore dans les palpitations nerveuses que dans celles qui reconnaissent pour cause une maladie organique du cœur. Mais il ne faut pas s'y tromper, c'est là une sensation subjective qui ne prouve nullement une augmentation absolue de l'impulsion.

Vous voyez qu'en définitive ces phénomènes se rapprochent beaucoup des résultats expérimentaux obtenus par M. Claude Bernard, à savoir : qu'après la section du nerf vague, il y a, en même temps que l'accélération des battements, une diminution dans l'intensité des battements cardiaques; nouvelle confirmation de nos idées sur l'origine paralytique de la plupart des palpitations.

ÉTUDE SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS (1).

Dans les sources de Vals, similaires de celles de Vichy, nous en sommes restés à la comparaison, des premières avec ces dernières, des sels calciques-magnésiens et ferro-manganiques. Mais avant de nous occuper de cette comparaison, nous devons rappeler une source très-ancienne et très-importante; cette source est celle dite *Magdeleine*.

On croit généralement, et non sans raison, que des doses de bicarbonate de soude de cinq grammes par litre, comme il en existe à Vichy, sont suffisantes et même souvent plus que suffisantes pour obtenir tous les effets que l'on doit attendre des eaux bicarbonatées sodiques; que, par conséquent, Vals possédant plusieurs sources minéralisées par 2, 3, 5 ou 6 grammes de sels sodiques, on peut considérer comme superflu une source qui en contient plus de 7 gramme et 1/4.

Nous avons dit ailleurs que cette manière de voir n'est pas complétement fondée, et que dans certains cas et surtout chez certains malades, on devait s'estimer heureux, et il pouvait être très-utile d'avoir à sa disposition une source plus minéralisée que la plus minéralisée de Vichy, et même que les plus minéralisées de celles de Vals dont nous nous sommes occupés jusqu'à présent.

Cette minéralisation supérieure nous la trouvons dans la source dite la *Magdeleine*, laquelle contient, toujours par litre d'eau bien entendu, 7,280 de bicarbonate de soude.

L'avantage d'une minéralisation élevée, et c'est ici que nous arrivons au point où nous en étions restés dans notre dernier article, est d'autant plus grand, qu'à la proportion de sels sodiques se joint une proportion plus élevée de sels de chaux, de magnésie et de fer.

Les eaux de Vals, en effet, contiennent une plus grande quantité de ces derniers sels que les eaux de Vichy, et c'est là, sans aucun doute, ce qui leur donne un si grand avantage au point de vue de la digestibilité.

En ce qui concerne les principes ferro-manganiques, cet avantage pourrait paraître moins considérable, puisque certaines sources de Vichy, les moins usitées il est vrai, renferment une quantité de fer ou de manganèse égale ou même légèrement supérieure aux sources de Vals; mais il ne faut pas oublier le grand aphorisme physiologique *corpora non agunt nisi soluta*; or, dans les eaux dont nous nous occupons, c'est seulement à la faveur d'une surabondance d'acide carbonique que le fer et le manganèse sont dissous assez énergiquement pour ne pas se précipiter et devenir inerte, soit avant, soit peu de temps après l'ingestion de l'eau minérale dans l'estomac.

Telle est la cause, déjà nombre de fois signalée, pour laquelle on n'observe point, chez les malades qui prennent les eaux de Vals, ces langueurs d'estomac, cet abattement des forces, ces dégoûts, cet aspect blafard de la peau et des muqueuses, qui obligent assez fréquemment à suspendre l'usage des eaux bicarbonatées sodiques renfermant une proportion élevée de sels alcalins. Et qu'on ne croie pas que ces inconvénients sérieux des eaux alcalines puissent être toujours, ni même souvent corrigés par des additions de principes toniques étrangers à l'eau; car c'est ici le cas de rappeler la remarque, faite depuis longtemps par les plus grands praticiens, que les produits naturels, les produits médicinaux comme les autres, *sont ce qu'ils sont;* ils agissent par l'ensemble de leur composition, et quand quelque chose manque à cet ensemble, il est fort difficile, sinon impossible, de l'y ajouter. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer, comme nous le dirons plus loin, pourquoi des médicaments naturels renfermant une très-faible quantité de principes qu'on suppose, qu'on doit même supposer actifs, guérissent des maladies qui s'étaient montrées rebelles à des doses plus considérables du même principe administré sous des combinaisons artificielles.

Ces remarques nous conduisent à l'étude d'une source fort extraordinaire que Vals a le privilége de posséder, et qui ne paraît avoir d'analogue que dans une certaine source d'Amérique (Rio-Vinagre) et aussi, dit-on, dans une source encore mal connue située dans l'une des vallées du Caucase.

Cette source est la *Dominique*. La *Gazette des Hôpitaux* est la première, croyons-nous, à appeler l'attention du corps médical sur les applications qui déjà en ont été faites et sur les nombreux cas où elle pourra être utilement prescrite.

La dernière analyse, dont la *Dominique* a été l'objet, devint le sujet d'un rappport lu en séance publique au sein de l'Académie de médecine le 1er mars 1859.

Au point de vue géologique, rien n'est plus curieux que de voir une source environnée de toute part d'eaux alcalines différer complétement de composition avec ces dernières. Elle sort cependant du même terrain feldspathique et granitique, mais sous un point où l'aspect en est rougeâtre et plus pyriteux.

Dans un passage de son savant rapport, M. O. Henri s'exprimait ainsi :

« Quoique par l'analyse nous ayons trouvé les sels ferriques que « nous portons ici, pour assurer qu'ils existent tels primitivement dans « l'eau, dissous à la faveur de l'acide (l'on sait toutefois que l'arséniate de fer n'est pas décomposé par l'acide sulfurique affaibli, et « ici c'est de l'acide au millième; il ne doit pas en être autrement, « et le silicate de fer doit être dans le même cas), il faut encore quel- « ques expériences, afin de bien constater le fait, comme pour doser « d'une manière précise l'*arsenic*, dont la proportion obtenue, dans « un seul essai, a été égale à 0,0031 pour 1,000 d'eau. En résumé, « on voit que l'analyse de la source *Dominique* exige encore quel- « ques recherches nouvelles pour être définitive. D'après les essais, « toutefois, cette eau nous paraît des plus intéressantes au point de « vue chimique, et elle nous semble mériter une étude sérieuse. »

Aux observations chimiques précédentes du savant rapporteur de l'Académie de médecine, nous devons ajouter une remarque thérapeutique; c'est qu'il est bien possible que cette présence très-singulière de l'acide sulfurique libre, dans une eau renfermant des sels à acides moins énergiques, et qui devraient être chassés de leurs combinaisons par cet acide puissant; que la présence de cet acide, disons-nous, entre pour quelque chose, et peut-être pour beaucoup, dans l'action de l'eau de la *Dominique*. Ce serait là l'objet d'une étude des plus dignes d'intérêt, car tout est intéressant au plus haut point dans la source dont nous nous occupons.

Avec les connaissances thérapeutiques que nous possédons depuis les travaux de Fowler, de Biett, de M. Boudin et de plusieurs autres thérapeutistes, on peut déjà prévoir les importantes applications de la *Dominique*, et cependant ces applications sont presque inconnues à tous les praticiens qui n'ont pas exercé dans le rayon de Vals. Chose singulière, ceux qui connaissaient ces applications ou qui les devinaient n'en tiraient pas toujours profit, par la crainte qu'ils avaient d'obtenir des effets toxiques au lieu d'effets thérapeutiques; cette crainte n'est même pas encore aujourd'hui complétement dissipée, quoique l'eau de la *Dominique* ne contienne en réalité que 3 millièmes environ d'arséniate par litre d'eau, tandis que M. Boudin a administré dès le début 25 milligrammes d'acide arsénieux, avec le succès que chacun connaît.

Il faut reconnaître pourtant que la pratique du savant médecin militaire de l'hôpital de Versailles ne saurait condamner entièrement la prudence des praticiens qui se sont trouvés en position d'administrer l'eau de la *Dominique*. Nous sommes aujourd'hui fort rassuré, il est vrai, sur les prétendus dangers de l'eau de cette source; mais nous avouons sincèrement que toutes nos craintes renaîtraient, si, au lieu de 3 milligrammes, la *Dominique* renfermait 25 centigrammes de principe arsenical par litre. Et ce qui nous inspirerait des craintes, c'est précisément la puissance de l'action thérapeutique de l'eau telle qu'elle est. C'est ainsi que nous avons vu, par des observations cliniques aux sources mêmes, et très-consciencieusement consignées par deux savants médecins d'une honorabilité bien connue et qui inspirent toute confiance, MM. Chabanne et Tourrette; c'est ainsi, disons-nous, que nous avons vu des malades atteints de fièvres intermittentes rebelles, portant le cachet de la diathèse paludéenne la plus prononcée, et qui avaient pris en vain, pendant longtemps, des doses relativement considérables d'acide arsénieux, guérir en quelques semaines par l'usage de l'eau de la *Dominique*.

L'étendue que nous voulons donner à cette étude ne nous permet pas de rapporter ici en détail les faits auxquels nous venons de faire allusion; nous nous bornerons d'affirmer qu'en ce qui concerne la cure des affections intermittentes rebelles, nulle médication, y compris la médication arsenicale artificielle, ne peut être comparée à l'eau de la *Dominique*.

Mais les fièvres intermittentes et la cachexie paludéenne ne forment qu'une des nombreuses applications de cette source; toutes les cachexies, toutes les affections qui ont pour conséquence une débilité chronique plus ou moins prononcée, toutes celles qui ont pour cause un épuisement quelconque, les maladies de la peau, la scrofule, la syphilis, etc., etc., ont déjà été traitées ou seront certainement traitées avec succès par l'eau dont nous nous occupons. Mais, nous le répétons, quoique très-anciennement connue, aussi anciennement que les meilleures sources de Vals, la *Dominique* a toujours été administrée avec réserve et parcimonie, et les observations manquent aujourd'hui pour écrire son histoire complète en parfaite connaissance de cause. Les documents de cette histoire, nous l'espérons, ne manqueront plus longtemps, et la *Gazette des Hôpitaux* aura la satisfaction d'avoir rendu un service éminent aux praticiens, en signalant au corps médical un agent thérapeutique aussi important, que nous ne craignons pas de proclamer, dès aujourd'hui, précieux et puissant entre tous.

En terminant cette rapide et incomplète étude des eaux de Vals, le lecteur nous pardonnera quelques réflexions.

L'histoire médicale des eaux minérales a offert de grandes vicissitudes; elles jouissent aujourd'hui d'une faveur croissante; il y a trente ans à peine, les hommes les plus considérables de la science professaient à leur endroit une extrême incrédulité, incrédulité qui, un moment, devint systématique. La prévention et l'ignorance furent poussées à ce point que souvent, en présence de ces affections chroniques et rebelles qui sont le désespoir du médecin ordinaire, il lui échappait, dans un moment de franchise indiscrète, de dire qu'il envoyait son malade aux eaux minérales pour s'en débarrasser!! Il y eut et il devait y avoir une profonde réaction contre un pareil scepticisme; une révolution complète s'est opérée dans les idées; et aujourd'hui les mécréants, s'il en existe encore, seraient assez mal venus à faire une semblable déclaration d'incrédulité.

Des sociétés d'hydrologie se sont formées, de nombreuses publications spéciales ont vu le jour, et cette branche nouvelle de la science a réalisé de précieuses conquêtes pour l'humanité; il n'y a peut-être pas maintenant de fait mieux avéré en médecine. La faveur publique à cette heure est acquise à ce genre d'études; on a cherché des sources nouvelles, on a mieux étudié les anciennes, et médecins et malades sont venus demander à cet agent thérapeutique un secours qui, nous devons le reconnaître, ne leur a pas fait défaut, même loin des sources, quand les indications sont bien posées. Et, à ce propos, en ce qui concerne Vals, qu'il nous soit permis d'insister ici sur l'opportunité d'indiquer, sur l'ordonnance, le nom de la source que le praticien entend prescrire, car, ainsi que nous l'avons dit en commençant, dans les diverses sources bicarbonatées de Vals les substances qui les minéralisent, identiques au fond, varient cependant en proportion pour chacune d'elles; il est évident alors qu'il ne saurait être indifférent de faire prendre la Saint-Jean (2151 principes fixes)

(1) Fin. — Voir les nos des 17 décembre et 26 janvier dernier.

au lieu de la Précieuse (8885 principes fixes), ou bien encore de la Madeleine (9242 principes fixes), et que, par exemple, là où la Dominique (ferro-arsenicale) est indiquée les sources bicarbonatées peuvent être contre-indiquées. Mais nous devons le reconnaître, tous nos confrères, aujourd'hui, suivent avec attention et un vif intérêt tout ce qui se rattache à la science hydrologique. Nous constatons ce fait et sommes heureux de nous y associer.

QUELQUES OBSERVATIONS

sur les glandes linguales (glandes de Blandin ou de Nuhn).

Par le docteur T. DEVILLE, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Ces glandes, appelées encore glandes de la pointe de la langue (Henle), glandes du frein (Goodsir), présentent habituellement, suivant Deville, la forme de deux corps ovalaires ayant à peu près le volume d'un petit haricot; elles sont situées obliquement de chaque côté de la pointe de la langue, leurs extrémités antérieures sont dirigées en bas et en avant et convergent l'une vers l'autre; un intervalle de quatre lignes sépare ces glandes en avant; leur bord externe est recouvert par les fibres réunies du muscle lingual et du stylo-glosse. Lorsqu'elles sont bien développées, elles font légèrement saillir la muqueuse linguale de chaque côté du *frein*. Leurs canaux excréteurs varient de quatre à six.

Ces glandes sont très-vasculaires et reçoivent un très-grand nombre de rameaux de l'artère ranine; elles sont également très-riches en filets nerveux qui viennent du lingual, et forment un véritable plexus. Il est probable qu'il n'existe dans le genre humain aucune autre glande aussi abondamment pourvue de filets nerveux tirant leur origine du système cérébro-spinal.

Les lobules qui composent ces glandes sont plus fins que ceux des glandes sous-maxillaires; mais, à part cette différence, ils sont composés des mêmes éléments et offrent la même texture que ces dernières glandes.

Les glandes de Nuhn sont parfaitement isolées, et ne se continuent point avec les glandes salivaires, ainsi que l'ont prétendu certains anatomistes. L'abondance de leurs filets nerveux et de leurs rameaux vasculaires, qui n'est nullement en rapport avec leur volume, semblerait indiquer qu'elles remplissent des fonctions physiologiques importantes.

En faisant une préparation pour le professeur Goodsir, Deville eut l'occasion d'observer une disposition remarquable de ces glandes : elles étaient soudées à leur partie antérieure, et à ce niveau offraient un développement très-marqué. La glande du côté droit était plus volumineuse et plus allongée que celle du côté opposé. (*Med. Times and Gaz. med.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1865. — Présidence de M. MORIN.

(Suite.)

M. MAREY a adressé au concours des prix de médecine et de chirurgie un ouvrage *sur la physiologie médicale de la circulation*. Ce livre est le fruit de plusieurs années de recherches ingénieuses et persévérantes. Déjà des rapports favorables ont été faits à l'Académie sur des points importants qui se retrouvent dans le livre de M. Marey, ce qui permettra à la commission d'être plus brève dans son rapport, de se borner seulement à caractériser l'esprit général de l'ouvrage.

M. Marey a eu pour but constant, dans ses recherches tout expérimentales, d'opérer le rapprochement le plus intime possible entre les phénomènes physiologiques et pathologiques de la circulation du sang. Il a voulu ainsi simplifier la pathologie et l'expliquer par la physiologie. M. Marey divise son ouvrage en deux parties : une première partie physiologique, une deuxième pathologique ou médicale. Dans la première partie l'auteur a analysé expérimentalement tous les phénomènes simples de la circulation, qu'il a cherché à reconstituer ensuite synthétiquement; mais ce qui caractérise surtout cette première moitié de l'ouvrage, c'est le soin extrême apporté par l'auteur à imaginer tout ce qui peut perfectionner les procédés graphiques on enregistreurs des mouvements circulatoires. Telle est l'invention d'un sphygmographe nouveau et la construction, en commun avec M. Chauveau, d'appareils spéciaux de sondes et d'ampoules pour retracer les divers temps de la circulation cardiaque. Sans doute M. Marey a eu dans cette voie de nombreux prédécesseurs, mais il n'en a que plus de mérite d'avoir pu encore ajouter et améliorer. M. Marey possède un esprit ingénieux et inventif, qui lui a permis de porter cette partie hémométrique de la physiologie à un degré de perfection qu'on n'avait pas atteint avant lui.

Dans la deuxième partie de son livre, M. Marey s'occupe d'abord de la fièvre et de l'algidité; il cherche naturellement à en trouver l'explication dans ce que la physiologie moderne a appris sur les modifications imprimées par le système nerveux à la circulation dans les vaisseaux capillaires. Dans les chapitres suivants, M. Marey se livre à des études physico-cliniques du pouls. A l'aide de son sphygmographe, il a retracé les formes diverses du pouls dans les fièvres, dans l'altération sénile des artères, dans les oblitérations artérielles, dans les anévrismes artériels, dans les maladies du cœur, etc., etc. Sans entrer dans les détails de toutes ces applications, qu'il nous est impossible d'aborder ici, nous dirons d'une manière générale que cette analyse sphygmographique des phénomènes morbides de la circulation est une voie difficile dans laquelle M. Marey a réussi plus d'une fois à donner des caractères précieux pour juger avec plus de précision des questions litigieuses de pathologie.

Sans doute, à l'aide de ces moyens graphiques et objectifs, qui sont évidemment supérieurs en précision aux moyens subjectifs qu'emploie et qu'emploiera toujours le clinicien, M. Marey n'a pas encore résolu autant de questions qu'on aurait pu le désirer; peut-être cela tient-il à ce qu'il est allé synthétiquement de la physiologie à la pathologie, au lieu de descendre analytiquement du phénomène pathologique à son étude expérimentale. Mais cela n'empêche pas que les essais de M. Marey ne soient une heureuse tentative accomplie dans une voie expérimentale et progressive. On lui doit déjà des acquisitions très-réelles faites pour la pathologie expérimentale et au profit de la solidarité étroite que l'on doit chercher à établir entre la physiologie et la médecine.

En conséquence, la commission décerne à M. Marey un prix de médecine de *deux mille cinq cents francs*.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un travail de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle), tendant à établir la non possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine. (Commission de vaccine);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département de l'Allier. (Commission des épidémies.)

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du quatorzième volume du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaire militaire*, pour la bibliothèque de l'Académie.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Lortet (de Lyon) sur l'expulsion complète du ténia par l'éther;

2° Un travail de M. le docteur Gallard sur le mouvement de la population dans le onzième arrondissement pendant les années 1860, 1861, 1862 et 1863;

3° M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre par laquelle M. Huet, avoué de première instance, informe l'Académie qu'elle a gagné son procès contre M. le docteur Guillon. Le tribunal, dit M. Huet, a proclamé une fois de plus les droits de l'Académie en décidant qu'elle était juge souveraine pour les prix d'Argenteuil et Barbier, et que d'ailleurs elle avait fait une juste appréciation des dispositions testamentaires.

— **M. LE PRÉSIDENT**, sur la demande de M. le docteur Al. Mayer, ouvre un pli cacheté déposé le 3 février 1863. Ce pli, dont il est donné lecture, contient la description d'un nouveau procédé d'embaumement, consistant à enfermer le cadavre dans un cercueil dans lequel l'air atmosphérique a été remplacé par une atmosphère de gaz acide carbonique.

— **M. ROBIN** offre en hommage, au nom de M. le docteur Luys, un travail ayant pour titre : *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal.*

— **M. TARDIEU** présente une brochure de M. le docteur Martineau sur l'endocardite compliquant la scarlatine.

— **M. VERNOIS** présente, au nom de M. le docteur du Mesnil, une brochure intitulée : *Hygiène des ouvriers qui fabriquent le verre de mousseline.*

— **M. LITTRÉ** dépose, sur le bureau, une note sur *l'Étiologie et l'histoire de la Pellagre*, par M. le docteur Alph. Corradi (de Palerme.)

— **M. LARREY** présente un ouvrage intitulé : *Quatre mémoires du docteur Roddolo, avec des observations de la clinique du docteur Borelli, sur l'ankylose angulaire du genou et sur son traitement.*

— **M. RICORD** dépose, sur le bureau, une lettre de M. le docteur Esnault (de Caen), renfermant une observation de transmission d'accidents syphilitiques par le vaccin.

LECTURE.

Influence de l'air des Pyrénées sur la phthisie pulmonaire. — **M. DE PIETRA-SANTA**, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène, donne lecture, sous ce titre, d'un mémoire dont voici une courte analyse :

Ce mémoire se divise en deux parties :

La première consacrée au développement de la thèse que l'auteur avait posée dès 1862.

La deuxième comprenant la réfutation du dernier travail de docteur Schnepp.

Voici les conclusions de la première partie :

I. L'air que l'on respire dans les montagnes des Pyrénées à une hauteur de 7 à 800 mètres, sous une pression barométrique moyenne de 0,700^{mm}. possède des conditions spéciales.

a. Il est naturellement plus léger.

(A mille mètres de hauteur les poumons d'un homme de taille moyenne, sous des volumes identiques et pour des ampleurs thoraciques égales, reçoivent un air qui a perdu 1/8me de sa densité et de son poids normaux.)

Aux Eaux-Bonnes, la perte est de 38 litres d'air par heure, soit de 912 litres par jour.

b. Il contient à volume égal une proportion moindre d'oxygène.

(Le chiffre de cette diminution de poids de l'oxygène est représenté par 23 milligrammes par litre, ce qui fournit une quantité de 11 grammes dans une heure et de 264 grammes pour la journée.)

c. Il est imprégné d'une quantité plus considérable de vapeur d'eau.

(Des observations personnelles tant par l'hygromètre de Saussure que par le psychromètre d'August démontrent que la courbe hygrométrique se maintient constamment dans les degrés les plus élevés de l'échelle.)

d. Il renferme beaucoup d'ozone, c'est-à-dire d'oxygène à un état particulier d'électrisation.

(A tous les moments du jour et de la nuit, les colorations violettes ou bleuâtres des bandelettes de Jame (de Sedan) et de Houzeau (de Rouen) sont des plus manifestes.)

II. Cette atmosphère, ainsi constituée, exerce une influence heureuse sur les affections chroniques des voies respiratoires.

(La démonstration de cette efficacité thérapeutique ressort de trois ordres de faits : l'analogie, l'expérimentation directe, l'observation clinique.)

III. Elle devient par là même un auxiliaire très-puissant de l'action bienfaisante des eaux thermales sulfureuses répandues dans la contrée. (Renvoyé à la section.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Ricord.

Discussion sur la syphilis vaccinale.

M. RICORD continue et termine l'argumentation qu'il a commencée dans la dernière séance. (Nous attendrons pour résumer l'ensemble de cette argumentation qu'elle ait été imprimée d'après la rédaction de M. Ricord lui-même, afin de ne point nous exposer à fausser involontairement ou à atténuer aucun de ses arguments.)

La parole est donnée ensuite à M. Devergie.

M. DEVERGIE commence par déclarer qu'il ne suivra pas MM. Depaul et Ricord sur le terrain où ils se sont placés. Ils ont fait dévier la discussion de sa ligne primitive, il tâchera de l'y ramener. Tout le débat repose sur cette question : La syphilis peut-elle être transmise par la vaccine? C'est dans l'examen de cette question qu'il va se renfermer.

Lorsque M. Depaul est venu exposer à cette tribune les faits de son rapport, dit-il, il n'y avait dans le sein de l'Académie qu'un très-petit groupe qui parût partager son opinion. Pour moi, je pensais comme lui, parce que j'avais été témoin d'un fait qui m'a convaincu. Mais la plus grande partie de nos collègues doutaient et s'alarmaient pour la vaccine des conséquences que l'on pourrait tirer de pareils faits. MM. Ricord et Blot sont venus alors, prenant un à un chaque fait particulier, les étudiant isolément, les disséquant en quelque sorte, et ils vous ont fait voir qu'aucun d'eux ne démontrait à lui seul d'une manière péremptoire la transmission de la syphilis par la vaccine, et cependant ils n'ont pas repoussé la possibilité de cette transmission. Qu'est-il arrivé de là? C'est que lorsque deux hommes comme M. Ricord et M. Blot ont dit qu'ils ne contestaient pas la transmissibilité de la syphilis par la vaccine, les adhérents sont devenus beaucoup plus nombreux. Puis est venu enfin M. Trousseau, qui, avec son langage toujours si séduisant, en a augmenté encore le nombre en entraînant les opinions hésitantes.

Qu'est-ce qui fait donc que dans ces conditions il y ait encore des personnes qui repoussent la transmissibilité? Le grand grief est celui-ci, c'est qu'il n'y a pas un fait qui porte avec lui son certificat d'origine et son certificat de dépôt; car il faut ces deux conditions réunies pour qu'un fait soit à lui seul rigoureusement concluant. Eh bien, n'a-t-on pas vu, toutes les fois qu'il s'est agi de remonter au point d'origine, combien de difficultés ont surgi. Quand on veut être renseigné sur l'état des enfants vaccinifères, on en est généralement réduit au seul témoignage de la mère. Ce témoignage est loin de suffire. Quant à celui du père, on ne sait que trop combien il est plus difficile à acquérir. — M. Devergie rapporte à cette occasion le fait d'un malade de l'hôpital Saint-Louis atteint de syphilides, qui, sans y être poussé par aucun intérêt, persista à nier obstinément, pendant les deux mois que dura son traitement, qu'il eût jamais eu aucun accident syphilitique primitif, puis en fit l'aveu à sa guérison. Il raconte ensuite l'histoire d'une femme qui avait mis au monde un enfant atteint de syphilis congénitale; quand on voulut remonter à la source paternelle, on trouva trois pères qui pouvaient s'en disputer la paternité. — Voyons, continue M. Devergie, ce que nous apprend l'évolution de la syphilis inoculée.

Les accidents primitifs, comme les accidents secondaires, ont les uns et les autres une période d'incubation; mais la durée de cette période est très-inégale dans l'un et l'autre cas. Si l'on inocule un chancre, on voit apparaître au bout de quelques jours un petite vésicule, à laquelle succède une ulcération, suivie à son tour d'un engorgement ganglionnaire, etc. Quand on inocule un accident secondaire, les choses se passent tout autrement; il s'écoule un mois, deux, trois mois et souvent plus encore avant que les effets de l'inoculation se manifestent. Ce temps d'incubation varie beaucoup d'ailleurs suivant les âges. Assez rapprochée pour les enfants, en général, l'explosion des accidents est le plus souvent très-éloignée pour les adultes. M. Ricord admet, je crois, comme terme le plus éloigné six mois; mais cette loi a dû être bien modifiée depuis : il est évident que le terme de l'incubation est beaucoup plus éloigné dans un grand nombre de circonstances, et les faits ont démontré qu'il peut être d'un an, de deux, de trois, de dix ans et même davantage.

M. RICORD. Quand il y a eu un traitement, d'accord; il faut faire cette distinction.

M. DEVERGIE. J'énonce le fait en thèse générale; il faut quelquefois une sorte de coup de fouet pour que les accidents secondaires se manifestent, faute de quoi ils peuvent quelquefois rester indéfiniment à l'état latent. C'est ainsi qu'on a vu dans quelques cas ces accidents ne se montrer qu'après vingt ans. Les faits de ce genre se voient tous les jours à l'hôpital Saint-Louis. Il en est tout autrement, je le sais, à l'hôpital du Midi. C'est pour cela que M. Ricord a pu longtemps les méconnaître.

Ainsi, en résumé, les accidents primitifs ont une marche régulière, une période d'incubation courte et qui varie peu. Les accidents secondaires, au contraire, ont une marche irrégulière et une période d'incubation beaucoup plus prolongée et souvent très-éloignée.

Ceci posé, voyons ce que ces faits nous apprennent par rapport à la vaccine. Il peut se présenter deux hypothèses, ou que la vaccine prenne ou qu'elle ne prenne pas. Dans ce dernier cas, rien ne paraissant immédiatement, on perd le plus souvent les sujets de vue, et ce n'est que longtemps après qu'on voit apparaître des accidents syphilitiques qu'on a rarement l'idée de rapporter à une vaccination restée sans effet. Si, au contraire, la vaccine a pris, en raison de la différence d'évolution des deux virus, ce n'est que plus ou moins longtemps après que l'évolution vaccinale a été terminée que commencent à se manifester les premiers symptômes syphilitiques.

On a objecté aux faits de syphilis vaccinale une prétendue pseudo-syphilis, on a invoqué des erreurs de diagnostic; je n'admets pas ce genre d'argument. Tous les médecins sont en état de reconnaître une syphilide. Quand un médecin comme M. Cerioli, quand surtout une commission médicale, telle que celle qui a été appelée à contrôler les observations, viennent nous dire qu'ils ont reconnu la syphilis, je n'admets pas qu'on puisse révoquer leur témoignage. C'est une injure gratuite. N'est-ce donc qu'à l'hôpital du Midi qu'on a le privilége de reconnaître la maladie?

Ceci prouve-t-il que les faits cités par M. Depaul soient tous également hors de toute contestation? Non. Lorsque du vaccin recueilli sur

un enfant et transmis à un grand nombre d'enfants n'a produit que sur un seul d'entre eux seulement des accidents syphilitiques, je comprends qu'on puisse avoir des doutes. Mais dans un fait comme celui de Cerioli, où quarante enfants sur quarante-six vaccinés sont atteints de syphilis, vous voulez encore douter! Ce n'est plus possible. Admettez-vous donc que quarante enfants sur quarante-six ont pu venir au monde avec la syphilis? Mais je ne sache pas qu'en Italie la syphilis soit plus commune qu'à Paris; que si elle y était effectivement plus fréquente, peut-on admettre que ce soit dans une pareille proportion? Or, que voyons-nous à Paris? Dans le service du Bureau des nourrices, dans le cours d'une année, 2,200 enfants sont confiés à 2,200 nourrices. A ce Bureau est attaché un médecin des hôpitaux chargé de surveiller l'état de santé des nourrices et des enfants. J'ai consulté à cet égard M. Millard, le dernier médecin sortant de ce service. Il m'a dit que le nombre de cas où il avait constaté la syphilis congénitale chez les nourrissons était si peu nombreux qu'il avait eu à peine à en tenir compte. J'ai été moi-même médecin des nourrices. Si j'ai constaté deux cas de syphilis congénitale dans une année, c'est tout au plus.

Objectera-t-on que ces enfants sont perdus de vue après qu'ils sont sortis du Bureau, et que les symptômes syphilitiques peuvent se manifester plus tard? On serait dans l'erreur. Ces enfants ne sont pas perdus de vue par l'administration; ils sont envoyés dans des dépôts en province où ils sont suivis et surveillés. J'ai fait demander à l'administration un relevé de l'état de ces enfants. Il résulte du dépouillement que j'en ai fait qu'il y a eu de neuf à dix cas de syphilis congénitale constatés en une année. Ajoutez ces neuf ou dix cas aux deux ou trois qui se produisent au Bureau des nourrices, vous aurez un chiffre de douze à treize, mettez quinze, sur 2,200 enfants. Voyez à quelle proportion on arrive, et rapprochez ce chiffre des quarante enfants syphilisés sur quarante-six dans le fait de M. Cerioli!

Je laisserai de côté la question de savoir si la syphilis est transmise par le sang ou par la lymphe vaccinale pour ne m'occuper que d'un dernier point, savoir : s'il est convenable que le rapport de M. Depaul soit renvoyé au ministre. M. Trousseau a fait très-bon marché de cette démarche. Le ministre, a-t-il dit, ne lira pas votre rapport. Le ministre ne le lira pas sans doute, mais il le fera lire par un chef de division ou par un chef de bureau de son ministère. Le chef de bureau qui en fera la lecture sera frappé des faits qu'il renferme. Qu'arrivera-t-il? Il adressera une circulaire à tous les préfets pour qu'ils aient à surveiller la pratique de la vaccination, afin de prévenir le retour de faits semblables. Les préfets en instruiront les sous-préfets, et ceux-ci les maires de toutes les communes de leur ressort. Le fait sera ainsi divulgué dans toute sa nudité, je dirai presque dans toute sa brutalité, et tous les maires se croiront, à défaut d'instructions, en droit de décréter eux-mêmes telles mesures de précautions qu'ils jugeront convenables; et, s'il s'en trouve parmi eux qui soient peu favorables à la pratique de la vaccine, comme cela peut être, voilà des entraves très-grandes apportées à la pratique d'une mesure hygiénique d'un si grand intérêt.

Puisque vous ne connaissez pas actuellement de remède, pourquoi parler du mal? Ne serait-il pas plus convenable de nommer une commission chargée d'étudier les moyens de prévenir de semblables accidents?

Je vote contre le renvoi au ministre. (Marques générales d'approbation.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

ADDITION A LA SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Nous reproduisons ci-dessous les conclusions de l'argumentation de M. Depaul :

CONCLUSIONS.

1° Je crois avoir établi par les faits consignés dans mon rapport et par ceux que je viens d'y ajouter, que la transmission de la syphilis par la vaccination ne saurait être plus longtemps méconnue.

2° La démonstration clinique et expérimentale de la transmission de la syphilis par le sang et par le produit des accidents secondaires, faisait pressentir ce fâcheux résultat.

3° Quoique tous les faits de syphilis vaccinale ne soient pas connus, je suis heureux de proclamer hautement qu'ils constituent des exceptions infiniment rares.

4° On les rendra plus rares encore en entourant la vaccination des plus minutieuses précautions, dont on a eu le tort de se départir souvent en se fiant à des doctrines syphilitiques ou vaccinales erronées.

5° C'est à l'Académie, à qui a été confié le soin de veiller sur tout ce qui touche à l'immortelle découverte de Jenner, qu'incombe le devoir de proposer toutes les mesures qui, en diminuant le danger, feront cesser les inquiétudes légitimes qui, de l'esprit des médecins, ne tarderaient pas à passer, en s'exagérant, dans celui des populations.

6° Il ne faut jamais reculer devant la démonstration d'une vérité scientifique; si elle a ses inconvénients, elle tient l'esprit en éveil et permet de chercher le remède au mal qu'elle signale.

7° Ce qui est dangereux surtout, même au point de vue de la responsabilité médicale, c'est de fermer les yeux à la lumière et de ne pas vouloir aller au fond des questions, sous prétexte que cela pourrait apporter quelque perturbation dans les idées reçues.

8° Rien n'est parfait dans ce monde; mais lorsqu'un médecin aura, en pratiquant la vaccination, pris toutes les précautions qui sont indiquées dans l'état actuel de la science, sa conscience peut être tranquille; si des juges mal informés, et par cela même incompétents, le condamnaient, il serait absous par la science et par le corps médical tout entier.

9° Même avec ses imperfections, la vaccine n'a pas cessé d'être une des plus grandes découvertes dont se soit enrichie la médecine, et il convient, comme par le passé, d'en encourager la propagation.

10° La question de la vaccination animale mérite d'être examinée avec soin; on trouvera peut-être dans cette méthode déjà ancienne, mais qui ne s'est pas encore généralisée, le moyen de rendre à l'inoculation du vaccin toute la sécurité dont elle a besoin.

11° Dans tous les cas, je crois qu'il est du devoir de l'Académie de faire connaître à M. le ministre, qui les attend, les résultats de cette discussion, et pour cela je pense qu'il sera convenable de lui transmettre toutes les opinions qui se seront produites dans cette enceinte sur la question de la syphilis vaccinale.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

143. De la folie puerpérale, par M. Jacques-François Hubert.

144. Quelques considérations sur la rétention du placenta après l'accouchement, par M. Jean-Léon Belhomme.

145. De la fièvre purulente, par M. Antoine-Ernest Lamarque.

146. Étude sur l'atrophie musculaire dans ses rapports avec le rhumatisme articulaire aigu, par M. Florent-Jean Beziel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 27 janvier 1865, les dispositions du premier paragraphe de l'art. 9 du décret du 4 août 1857, instituant une école préparatoire de médecine et de pharmacie à Alger, sont et demeurent modifiées et complétées ainsi qu'il suit :

« Les étrangers chrétiens, israélites ou musulmans seront également admis à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le recteur de l'Académie d'Alger, pour les étrangers chrétiens ou israélites, et par le directeur du collége impérial arabe-français, pour les étrangers musulmans. »

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Petit, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Féron, appelé à d'autres fonctions.

M. Contejean, docteur ès sciences naturelles, est chargé de suppléer, pendant l'année classique 1864-1865, M. Hollard, professeur d'histoire naturelle à la faculté des sciences de Poitiers.

— Le quatrième fascicule de la *Société de climatologie algérienne* nous apprend que, dans sa séance de septembre dernier, elle a élu à l'unanimité, membre honoraire, S. Exc. M. Duruy, ministre de l'instruction publique et des cultes.

— Lundi dernier s'est ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance le concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux.

Le jury du concours se trouve ainsi constitué :

Juges titulaires : MM. Lefort, Mialhe, Fermond, Vialla, Leconte. *Juge suppléant :* M. Hébert.

Un second jury pour le concours du prix de l'internat en pharmacie a été arrêté ainsi qu'il suit :

Juges titulaires : MM. Adam, Lutz et Méhu. — *Juge suppléant*, M. Morin.

— La distribution des récompenses accordées aux sociétés savantes des départements, à la suite du concours ouvert pour l'année 1864, aura lieu à la Sorbonne le samedi 22 avril 1865, à midi précis.

Le mercredi 19, le jeudi 20 et le vendredi 21 avril, des lectures seront faites dans les trois sections du comité par les membres des sociétés savantes.

— S. M. la reine d'Espagne vient de nommer M. le docteur Ossian Henry fils chevalier de l'Ordre de Charles III.

— M. le docteur Guérin vient d'être élu membre du conseil général du département du Morbihan, pour le canton de Mauron.

— Nos lecteurs apprendront avec plaisir que, lundi prochain, 20 février, M. le professeur Gavarret commencera une série de leçons sur la *vision* et l'*ophthalmoscopie*.

— Le docteur Fort, professeur d'anatomie, commencera un cours de névrologie le 3 mars 1865, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, rue Antoine-Dubois, 2, et le continuera tous les jours à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'acupressure, méthode nouvelle de réprimer les hémorrhagies chirurgicales et d'accélérer la cicatrisation des plaies, par M. J. Y. Simpson, professeur à l'Université d'Édimbourg, etc. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. *franco.*

Année médicale et scientifique ou Résumé critique des principales discussions qui ont eu lieu devant les Sociétés savantes, et des travaux les plus importants qui ont paru dans les journaux et recueils scientifiques pendant l'année 1864, par MM. Moutet, Jacquemet, Pécholier et Cavalier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 volume in-8°, grande justification. — Prix : 2 fr. 75 *franco.* — Paris, 1865, Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 21. — SAMEDI 18 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 18 FÉVRIER 1865. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la pachyméningite hémorrhagique.

Nous avons publié récemment deux observations de pachyméningite apportant l'une et l'autre un nouveau témoignage en faveur de l'opinion qui fait procéder certaines hémorrhagies cérébrales des néo-membranes de la dure-mère. On sait, en effet, qu'il a été démontré dans ces derniers temps que les plus fréquentes des hémorrhagies méningées, celles qui siégent dans la grande cavité de l'arachnoïde, se rattachent presque toujours à une inflammation spéciale de la dure-mère, désignée par Virchow sous ce nom de pachyméningite. Ce point d'anatomie pathologique, bien qu'il ait été l'objet de nombreuses recherches depuis quelques années, laisse encore assez de points obscurs pour tenter les chercheurs qui sont en position d'observer les faits de ce genre.

C'est là sans doute le mobile qui a guidé M. le docteur J. Christian dans les études qu'il a faites sur ce sujet pendant un séjour de trois années en qualité d'interne à l'asile de Stéphansfeld. Témoin de nombreux exemples d'hémorrhagies méningées parmi les habitants de cet asile, M. Christian a soumis ces observations à une étude consciencieuse, et c'est le résultat de cette étude qu'il a consigné dans un travail que nous avons sous les yeux, et auquel nous allons emprunter quelques-uns des points qui ont plus directement trait à la pratique.

On sait que la pachyméningite est particulièrement fréquente chez les vieillards; cependant on la voit aussi dans l'âge moyen, surtout chez les aliénés.

Les malades observés par M. J. Christian avaient tous plus de trente ans; sept seulement en avaient plus de soixante; le plus grand nombre (quatorze) étaient âgés de quarante à soixante ans.

Elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Sur vingt-huit cas, il n'y avait que sept femmes.

On a fait jouer un rôle au traumatisme. M. Christian admet cette influence, mais il est disposé à croire que les causes traumatiques n'agissent dans ce cas qu'en mettant en jeu une prédisposition liée à d'autres causes, ou même que les chutes, que l'on accuse si fréquemment dans cette circonstance, ne sont le plus souvent que l'effet, et non la cause, d'une lésion cérébrale concomitante.

Ce qui le fait pencher vers cette manière de voir, qui est aussi celle de M. Lancereaux, c'est ce qui s'est passé dans le seul cas de traumatisme qu'il ait observé.

Il s'agit d'un homme dont la paralysie générale a débuté après une chute sur la tête. Il meurt deux ans après, et à l'autopsie on constate l'existence d'un énorme hématome de la dure-mère; mais, en même temps, il y avait deux foyers anciens dans l'un des hémisphères du cerveau. D'où il est assez légitime de présumer tout au moins que la chute sur la tête, qui a donné lieu à l'hématome, n'avait été elle-même que le résultat de l'apoplexie cérébrale dont on a retrouvé les traces deux ans après.

On sait que les fausses membranes de l'arachnoïde ont été constatées fréquemment chez les sujets atteints de paralysie générale. Dans l'espace de deux ans, M. J. Christian a assisté à l'autopsie de 180 aliénés, et il a rencontré la pachyméningite 28 fois. Sur le nombre total, il y avait 55 paralytiques, et 19 de ses 28 observations se rapportent à des malades de cette catégorie; ce qui fait une proportion de 1/3.

Les seules autres formes d'aliénation dans lesquelles il a observé les néo-membranes de la dure-mère sont la démence et la manie.

L'alcoolisme joue un rôle considérable dans l'étiologie de la pachyméningite, au point qu'on a pu dire qu'elle était, avant tout, une maladie des ivrognes. En effet, tous les observateurs qui se sont occupés de cette affection ont fait mention de l'abus des boissons alcooliques chez un grand nombre de malades. M. Christian a noté cette cause 7 fois sur les 15 cas où il a pu remonter à l'origine du mal. Quatre autres malades étaient indiqués comme ayant commis des excès, parmi lesquels l'abus des boissons a probablement eu sa part.

L'influence réelle des alcooliques est encore attestée, ajoute-t-il, par ce fait que l'on rencontre, avec la pachyméningite, les autres lésions que l'on sait être fréquentes chez les ivrognes, telles que la dégénérescence graisseuse du foie, l'infiltration graisseuse et l'hypertrophie du cœur, etc. Or, ce sont des lésions de ce genre qui ont été principalement notées chez les 11 malades en question.

Quelques auteurs, MM. Hasse et Lancereaux notamment, ont cité plusieurs faits où des néo-membranes de la dure-mère coexistaient avec des manifestations articulaires ou viscérales du rhumatisme. M. Christian n'a pas été à même de vérifier cette assertion.

L'étude d'un certain nombre de faits a paru à M. Christian mettre hors de doute l'influence des maladies chroniques, en général, sur le développement des néo-membranes de la dure-mère. Chez deux des malades dont il a recueilli les observations l'apparition de la pachyméningite a eu lieu à la période ultime d'une paralysie générale, sous l'influence probable de l'état cachectique qui accompagne ordinairement cette affection. Chez deux autres, non paralytiques, qui sont morts dans un profond marasme à la suite d'une entérite ulcéreuse chronique, il a trouvé une pachyméningite au début. Chez un dément, chétif et épuisé, emporté en quelques jours par la grippe, il y avait également un commencement de néo-membrane. Une femme, morte dans un état de cachexie scrofuleuse extrêmement prononcée, avait une néo-membrane bien développée. Enfin, une femme, entrée à l'asile en 1846, atteinte de manie chronique, tombée bientôt dans une démence complète, avait été traitée à diverses reprises pour des entérites très-rebelles. Dans l'année 1863, elle s'affaiblit considérablement, ne prit presque plus de nourriture. Un abcès volumineux se développa, et, minée par une suppuration intarissable, elle succomba en juillet 1864.

A l'autopsie, on constata, avec les signes d'une méningite chronique, une pachyméningite tout au début, dont rien pendant la vie n'avait fait soupçonner l'existence. La dure-mère, dans toute l'étendue du côté droit, avait sa face interne tapissée de caillots noirâtres, récents, adhérents à la dure-mère, et circonscrits par une pellicule très-fine. La même lésion existait du côté gauche, mais à l'état rudimentaire.

L'étude des symptômes, longtemps négligée par le plus grand nombre des observateurs, a été dans ces derniers temps l'objet d'une plus sérieuse attention. Malheureusement elle a été jusqu'à présent assez peu fructueuse. M. J. Christian y a apporté le tribut de ses recherches. Partant de ce principe, admissible dans l'espèce, que les symptômes d'une maladie ne sont que les modifications fonctionnelles consécutives aux altérations anatomiques, il a cru pouvoir établir dans la pachyméningite deux périodes distinctes : une première dans laquelle il y a production des fausses membranes, c'est la période phlegmasique; une seconde, où se font les hémorrhagies plus ou moins abondantes, c'est la période apoplectique. A la première se rapporteraient les caractères d'une méningite de la convexité : céphalalgie, congestion cérébrale, délire, embarras de la parole, fièvre, contraction des pupilles, etc. La seconde se traduirait par les phénomènes de compression : coma, stupeur, résolution des membres, paralysie des sens, etc. Les uns et les autres présenteraient généralement la marche chronique.

La symptomatologie et le diagnostic, très-incertains encore, peuvent cependant, d'après le dépouillement et l'analyse des observations recueillies à l'asile de Stenphansfeld, se résumer à peu près en ces termes :

Essentiellement chronique dans sa marche, en général, la pachyméningite peut, dans certaines circonstances, affecter une marche aiguë et se traduire par des accidents inflammatoires intenses; elle ressemble complétement à la paralysie générale progressive, sauf que ses symptômes paraissent être plus intenses et à marche plus rapide; c'est précisément à l'exacerbation des symptômes de paralysie qu'il est permis de la soupçonner lorsqu'elle survient chez un paralytique; qu'enfin très-fréquemment elle reste tout à fait latente.

Deux circonstances principales peuvent éveiller l'idée de pachyméningite et la différencier d'autres affections cérébrales :

1° Certaines circonstances étiologiques telles que l'abus des alcooliques;

2° La chronicité et la persistance de symptômes qui, tout en annonçant une lésion profonde des centres nerveux, sont cependant sujets à rémission ou même à disparition momentanée complète.

En admettant que la pachyméningite puisse être diagnostiquée avec quelque précision, quelles seraient les indications thérapeutiques? M. Christian pense que, le néoplasme soupçonné, on pourrait, on devrait du moins essayer d'en arrêter le développement par les révulsifs, les antiphlogistiques modérés, et une bonne hygiène. Quant à l'hémorrhagie, elle ne présente pas d'indications notablement différentes de celles que l'on suit dans le traitement de toute apoplexie.

Le traitement, on le voit, laisse encore beaucoup à désirer. Mais, on doit d'autant moins se laisser décourager, cependant, que la science renferme des exemples qui prouvent que la pachyméningite a pu guérir dans quelques cas, ou du moins être enrayée dans sa marche.

Tétanos consécutif à l'ovariotomie. — Guérison.

Parmi les observations que M. Spencer Wells vient de publier à Londres il en est trois qui ont trait à des complications survenues après l'ovariotomie. Trois malades ont été atteintes de tétanos, une sept jours après l'opération, une autre douze jours après et la dernière quinze jours après. (Voir plus loin.)

Les deux premières malades ont rapidement succombé, déjouant tous les efforts de la thérapeutique, la troisième a guéri.

Quoique le fait se soit passé en 1859, cette observation n'a pas été publiée dans les colonnes du journal et nous en donnerons ici un extrait pour ce qui a rapport au tétanos.

Il s'agissait d'une femme de 41 ans opérée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

Quinze jours après l'opération, la malade a accusé de la raideur dans les mâchoires et de la difficulté pour avaler. Depuis deux ou trois jours déjà elle s'était aperçue d'un mal de gorge et de raideur du cou, qu'elle avait attribués à un coup d'air, et qui avaient disparu seuls. « Je soupçonnai, dit M. Wells, que la malade était en proie au tétanos, mais je pensais que la raideur des mâchoires disparaîtrait comme la raideur du cou, et je prescrivis un liniment belladonné et je fis entourer le cou de flanelle. Le jour suivant, la contracture augmenta, les mâchoires ne pouvaient s'écarter, mais comme le pouls était bon et ne s'élevait pas au-dessus de quatre-vingt-dix pulsations, comme le ventre était libre et comme l'urine était normalement rendue, je ne crus pas devoir intervenir. »

Le lendemain l'état de la malade s'était aggravé, les mâchoires étaient serrées et la langue avait été mordue involontairement pendant la nuit. Il y avait des soubresauts, des contractures spasmodiques dans les muscles masséters et dans les muscles du cou. Mais le pouls était bon et la respiration normale; la malade a été purgée deux fois avec l'huile de ricin et la térébenthine.

Puis M. Wells songea à employer le curare. C'est seulement le quatrième jour après le début des accidents qu'il a pu se procurer ce médicament. Plusieurs attaques convulsives s'étaient produites pendant les dernières nuits. Les mâchoires étaient fortement serrées et ne pouvaient être écartées, le spasme du pharynx causait de l'angoisse et de la dyspnée, la face était tirée, présentait l'aspect tétanique et la bouche exprimait le rire sardonique; le pouls oscillait entre 90 et 100 pulsations. C'est à ce moment que le traitement par le curare a été appliqué.

Dix centigrammes (2 grains) de curare ont été dissous dans 30 grammes (1 once) d'eau distillée; 2 grammes (1/2 drachme) de cette solution ont été placés au moyen du *lint* sur la plaie encore vive du pédicule de l'ovaire enlevé, et le pansement a été recouvert de taffetas gommé. Trois heures après des convulsions spasmodiques ont reparu. Alors les symptômes continuant à s'aggraver et la tête se renversant en arrière, M. Spencer Wells a injecté sous la peau, à l'angle de la mâchoire, 20 gouttes de la solution précédente, contenant 1/12 de grain de curare, moins de 1 milligramme. La malade est tombée comme morte dans une résolution complète; la pâleur se répandait sur son visage, la respiration et les battements du cœur se sont arrêtés pendant quelques secondes, l'état de la malade était tout à fait alarmant. Cependant celle-ci est revenue à elle, et elle a pu prendre un peu d'eau-de-vie et s'est remise peu à peu. Après quelques minutes la difficulté d'avaler était revenue plus grande qu'à aucun moment auparavant. M. Wells attribuait la résolution subite à une absorption rapide du poison, sans doute parce que la canule de la seringue à injection avait pénétré dans une petite veine. Cependant il n'a point renouvelé l'injection, il a fait appliquer un vésicatoire sur le cou pour appliquer le médicament par la méthode endermique. Le chloroforme devait être employé à ce moment, mais comme dans une première tentative d'application il avait déterminé des nausées, le chirurgien a cru devoir s'abstenir.

Le jour suivant la malade était mieux. Elle pouvait introduire le bout de son doigt entre ses dents; elle avait dormi pendant la nuit et n'avait eu qu'une attaque convulsive. Deux

grammes de la solution de curare ont été de nouveau appliqués sur la plaie de l'abdomen. Une même quantité de cette solution a été placée sur le cou sur la surface dénudée du vésicatoire.

Le sixième jour, à partir du début du tétanos, le mieux a continué, la déglutition était possible. La malade a pris le thé de bœuf. Le même pansement avec la solution de curare a été appliqué.

La nuit suivante il y a eu encore des spasmes, et le septième jour les dents étaient serrées. Un purgatif avec l'huile de ricin, puis un avec 40 centigrammes de calomel ont été administrés.

Le huitième jour les symptômes tétaniques n'avaient pas augmenté; un nouveau vésicatoire est placé à la nuque. La plaie de l'abdomen et celle du vésicatoire ont été pansées avec la solution de curare.

Le neuvième jour les muscles de l'abdomen étaient très-tendus.

Le dixième jour la malade semblait mieux, elle introduisait son doigt entre les mâchoires, mais en avalant elle a été prise de spasmes et de toux.

Le onzième jour la malade était tout à fait bien, l'usage du curare a été cessé. Il en avait été administré 0 gr. 30. A ce moment l'urine examinée contenait, d'après une analyse du docteur Richardson, des concrétions, et celles-ci, suivant le même expérimentateur, donnaient à des grenouilles, auxquelles on en administrait par la méthode endermique, des symptômes de tétanos. (Il n'y a pas d'autres explications dans le texte anglais.)

Le cinquantième jour la malade était guérie, elle avait présenté de temps en temps pendant sa convalescence des spasmes musculaires qui la tiraient de son sommeil. Elle éprouvait des secousses, sa langue se retournait pendant son sommeil et la tenait pendant longtemps éveillée. Les muscles de l'abdomen sont restés pendant plusieurs semaines tendus et durs comme du bois.

Tel est le fait désigné sous le nom de tétanos par l'auteur anglais. Le trismus, l'œsophagisme, les soubresauts appartiennent à un état convulsif que l'on voit exister isolément chez les enfants. S'il était question d'un enfant, on pourrait objecter qu'il ne s'agissait pas d'un tétanos vrai. Mais ici c'était une femme de 41 ans, et elle avait des attaques de convulsions spasmodiques plus étendues que celles que l'on observe dans les contractures idiopathiques des mâchoires. Cependant, il est impossible d'oublier que les contractures musculaires permanentes sont restées localisées à la face et au pharynx, les muscles sterno-mastoïdiens n'étaient point contracturés au même degré que les muscles masséters.

Et il est alors juste de dire que le cas de tétanos était bénin, qu'il était pour ainsi dire avorté et qu'il n'avait pas la gravité habituelle des tétanos traumatiques, où le curare comme tant d'autres médicaments ont trop souvent échoué.

Statistique des opérations d'ovariotomie de M. Spencer Wells.

M. Spencer Wells a fait un livre avec toutes les observations d'ovariotomie et de gastrotomie qu'il a pratiquées soit pour des kystes de l'ovaire, soit pour des corps fibreux de l'utérus.

Ce livre permettrait d'établir une statistique très-étendue; mais les dernières observations sont bien plus complètes que la première, et il y a des faits qui ne pourraient servir comme ceux-ci. La *Gazette des Hôpitaux* a publié plusieurs de ces observations qui étaient apportées par les journaux anglais, et nos lecteurs connaissent déjà la pratique anglaise sur le sujet.

Nous ne pouvons entreprendre une statistique complète; prenant seulement les faits en bloc, nous voulons examiner quels ont été les résultats.

En 1858, M. Spencer Wells a fait trois ovariotomies, qui lui ont donné une guérison et deux morts.

En 1859, onze opérations ont été pratiquées; il y a eu six morts et cinq guérisons. Deux fois les malades ont été atteintes de tétanos, et une d'elles a guéri, ainsi qu'on le verra plus haut.

En 1860, sept ovariotomies ont donné pour résultat trois morts et quatre guérisons.

En 1861, M. Wells a fait neuf fois l'ovariotomie; six malades ont guéri, trois sont mortes.

En 1862, vingt et une opérations ont donné les résultats suivants : seize guérisons, cinq morts; une malade a succombé au tétanos.

En 1863, trente et une opérations ont été pratiquées, et il y a eu seize guérisons et quinze morts. Parmi ces derniers cas, deux fois les malades qui avaient succombé présentaient des embolies cardiaques.

Une fois, un corps fibreux avait été enlevé en même temps qu'une tumeur de l'ovaire. Une fois la plaie abdominale était devenue cancéreuse.

En 1864, trente opérations d'ovariotomie ont été accomplies. Vingt-deux fois la guérison a eu lieu et huit fois la mort est survenue dans un délai plus ou moins rapproché. M. Spencer Wells a coupé et réduit le pédicule sept fois, et la mort a été observée dans quatre de ces cas.

L'auteur a fait suivre ces cent quatorze observations de cinq observations de gastrotomie pratiquées pour enlever des corps fibreux, et de onze observations d'ovariotomie incomplète.

Les cinq malades soumises à l'opération de la gastrotomie pour des corps fibreux sont mortes.

Sur les onze malades soumises à des opérations d'ovariotomie incomplètes, c'est-à-dire dans des cas où on n'avait pu enlever qu'une portion de la tumeur trop adhérente aux parties voisines, où on n'avait pu vider qu'une partie des kystes, où il y avait erreur de diagnostic (une péritonite tuberculeuse prise pour un kyste ovarique); trois fois seulement la mort a pu être attribuée à l'opération elle-même. Huit malades sont mortes dans un délai dépassant quatre mois. Trois malades sont mortes dans les quinze jours qui ont suivi l'opération.

Ne pouvant entrer dans de plus grands détails, nous nous bornerons à dire à nos lecteurs que les tumeurs enlevées étaient par ordre de fréquence des kystes multiloculaires, des kystes formés par une loge principale et de petits kystes accessoires à l'intérieur, des kystes uniloculaires et des tumeurs formés par des masses colloïdes, et quelques cancers. Les tumeurs étaient portées par des malades de tout âge.

Le procédé opératoire a été à peu près le même; la section du pédicule et sa réduction ont été tentées, et pour les détails nous renverrons à cet égard nos lecteurs à une de nos *Revues cliniques* de l'année dernière. (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 202, *Ovariotomie, section du pédicule. — Réduction.*)

OBSERVATION DE DELIRIUM TREMENS

Au début de la fièvre typhoïde,

Par M. le Dr Thore.

D... (Napoléon), âgé de vingt-six ans, ouvrier carrier, brun, de forte constitution, fait depuis longtemps abus des boissons alcooliques. Il a déjà eu plusieurs accès de *delirium tremens*, qui ont duré quelques jours seulement et ont cédé à l'administration des préparations opiacées. Chaque fois, on a dû lui recommander d'éviter les excès auxquels il se livrait, lui faisant voir combien ils lui étaient nuisibles et devaient menacer sa santé et son intelligence. Malgré ces remontrances souvent renouvelées, il ne changeait rien à ses habitudes.

Le 12 décembre 1861, je suis appelé de nouveau auprès de lui. Je le trouve sans fièvre, accusant une céphalalgie assez vive, la langue est couverte d'un enduit jaunâtre, épais; inappétence, un peu de nausées. On administre une bouteille d'eau de sedlitz qui provoque d'abondantes selles. Le 14, agitation, parole brève, les mains sont agitées d'un tremblement continuel, le regard est fixe. Le malade se plaint encore de sa douleur de tête. Il n'a pas eu pendant la nuit un seul instant de repos. La langue est plus nette, mais l'appétit ne revient point. Le 16, insomnie; le tremblement des membres supérieurs continue; les yeux sont injectés, le regard fixe. Pendant toute la nuit précédente, il a eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe : il voit ses camarades qui viennent le chercher, tantôt pour travailler, tantôt pour aller boire, il leur parle et continue la conversation avec eux; joue aux cartes sur son lit, les prend, les leur jette à la figure, etc. Il voit des animaux, des serpents, des figures extraordinaires, des chevaux; pouls à 60, peau fraîche. Aucun indice de mouvement fébrile.

10 centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules.

Le 17, l'état reste le même sans modification appréciable : asphyxie, persistance du tremblement et des hallucinations, même traitement.

19. Les hallucinations commencent à perdre de leur intensité : le pouls s'élève à 80. La langue se sèche, le tremblement a beaucoup diminué; le malade est plus calme. Il parle tout seul, comme s'il causait à voix basse avec les personnes qui l'entourent. On suspend les opiacés.

19. Il a eu pendant la nuit deux selles liquides d'un brun verdâtre, qu'il a laissé échapper involontairement. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Nuit calme, plus d'hallucinations.

Un nouveau purgatif.

21. Stupeur très-accusée, pouls à 84. Gargouillement dans la fosse iliaque droite; langue sans enduit, rouge et sèche; plus de céphalalgie; cataplasmes et onctions avec huile de camomille camphrée sur le ventre.

23. Surdité déjà très-prononcée, la stupeur et l'affaissement augmentent.

25. Apparition de taches typhoïdées sur le ventre, à la région épigastrique, aux fesses. Elles ne sont pas très-abondantes; langue rouge et sèche. Surdité complète : il faut parler très-fort pour se faire entendre. Selles liquides, involontaires.

27. La surdité a un peu diminué. Langue sèche, ventre assez souple. Les taches commencent à pâlir, pouls à 92.

30. La langue se sèche et se fendille de plus en plus. Trois selles liquides, les taches n'ont pas encore disparu. Il mange avec assez de plaisir, pouls à 92. — Eau rougie, vin de quinquina.

1er janvier 1862. Même état à peu près. Une seule garde-robe, plus consistante; ventre souple. Les taches s'éteignent, plusieurs ont déjà disparu. La surdité augmente.

3 janvier, pouls à 96. Le ventre se météorise; les selles redeviennent liquides. Urine involontaire. Délire tranquille, mussitation.

5. Même état général : le ventre se ballonne davantage. 30 gr. d'huile de ricin.

6. Selles très-liquides et d'un brun rougeâtre extrêmement fétides, pouls irrégulier à 100. La langue toujours sèche, le ventre plus souple.

7. Hémorrhagie intestinale très-considérable, avec caillots abondants.

Lavements vinaigrés. Potion avec l'extrait de rathania.

8. Pouls à 96, très-faible. Urines involontaires, apparition de parotides des deux côtés. La droite commençait déjà à se développer avant-hier.

9. Pouls à 120. Il parle tout seul et assez bruyamment. Depuis hier les hallucinations ont reparu, il parle de son ouvrage à des camarades qu'il croit avoir autour de lui. Les selles contiennent encore du sang en notable quantité. La parotide droite toujours plus développée que l'autre.

20. Nouvelle hémorrhagie intestinale très-abondante; agitation, subdelirium, état général très-grave. Dans l'après-midi, il rend encore des selles complètement composées de sang; il tombe ensuite dans un état de calme profond et succombe à cinq heures du matin.

Le délire alcoolique, considéré comme complication de la fièvre typhoïde, a été déjà observé.

On doit à M. le docteur Duclos, de Méru (*Moniteur des sciences*, 1861, 3 octobre), l'histoire d'un jeune homme âgé de seize ans, parvenu à une époque assez avancée de cette affection, lorsqu'elle se compliqua des désordres cérébraux de forme singulière qu'il a cru pouvoir rapprocher du *delirium tremens* et traiter en conséquence. Le diagnostic de la maladie abdominale était nettement posé, et les troubles de l'intelligence ne constituaient qu'une complication de l'affection principale qui a été étudiée avec beaucoup de sagacité et combattue avec succès.

Il s'agit ici d'un délire apyrétique avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, agitation des membres supérieurs qui précède de sept jours l'apparition des symptômes irrécusables d'une fièvre typhoïde.

Les désordres intellectuels qui se manifestent au début des maladies aiguës présentent des difficultés de diagnostic contre lesquelles le praticien le plus exercé ne peut toujours se tenir en garde.

Combien de fois n'avons-nous pas vu des individus atteints du délire prodromique d'une affection plus ou moins grave, être placés dans un hospice d'aliénés, où ils arrivaient guéris de leur délire, sinon de la maladie qui l'avait provoquée.

C'est surtout à propos de la fièvre typhoïde que ces difficultés se présentent, et d'autant plus grandes, que la diagnose, dans cette première période, s'entoure de plus d'obscurité.

M. le docteur Dumesnil a traité cette question avec beaucoup de soin dans un important mémoire (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1863), destiné à faire connaître un signe propre à établir le diagnostic d'un accès d'aliénation mentale essentielle et du délire qui peut accompagner ou précéder le début de la fièvre typhoïde. Ce signe, dont il recommande de constater l'existence dans les cas douteux, c'est la présence de l'albumine dans les urines.

Ayant, d'une part, dans des expériences faites depuis longtemps déjà, reconnu que dans la fièvre typhoïde, le dépôt albumineux existe constamment dans les urines, et d'autant plus abondant que la maladie doit être plus grave; ayant constaté, d'autre part, que dans les diverses formes d'aliénation mentale, surtout à la période d'activité, la sécrétion rénale n'est jamais coagulable, il a dû signaler ce moyen de diagnostic dont on comprendra facilement les déductions pratiques.

Il a pu ainsi, dans trois cas, en faire une utile application, et dans l'un d'eux, empêcher l'envoi du malade dans un asile d'aliénés.

Nous regrettons de n'avoir pu faire notre profit de ce signe, dont l'importance n'avait point été signalée à l'époque où notre observation a été recueillie.

SOURCE LA DOMINIQUE (VALS).

ANALYSE.

Dans l'étude sur les eaux de Vals, insérée dans notre dernier numéro, nos lecteurs auront compris que l'analyse dont la *Dominique* a été l'objet, et qui a fait le sujet d'un rapport à l'Académie de médecine le 1er mars 1859, devait précéder la citation du rapporteur, M. O. Henri.

C'est par erreur que cette analyse n'a pas été insérée. Nous réparons cet oubli.

Acide sulfurique		Acide sulfurique libre.		1,30
— arsénique		Silicate acide	de Sexquioxide de fer.	
Sexquioxide de fer	1,75	Arséniate acide		
Chaux et soude	que nous	Phosphate —		
Acide silicique	groupons	Sulfate —		0,44
Chlore	ainsi :	— de chaux		
Acide phosphorique		Chlorure de Sodium		
Matière organique		Matière organique		1,74

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1865. — Présidence de M. Morin.

(Suite.)

MM. FERDINAND MARTIN et COLLINEAU. La coxalgie ou maladie de l'articulation coxo-fémorale est une affection grave qui a occupé les chirurgiens de tous les temps et qui se trouve décrite dans tous les traités classiques de chirurgie. On comprend qu'il soit difficile de faire des découvertes dans des sujets tant explorés; aussi la description de la coxalgie donnée par MM. Martin et Collineau dans le mémoire qu'ils ont adressé au concours des prix de médecine et de chirurgie n'offre-t-elle rien qui soit absolument nouveau. Les auteurs divisent la coxalgie en coxalgie capsulaire et en coxalgie osseuse; ils examinent et discutent successivement les causes, le mécanisme et la signification du raccourcissement ou de l'allongement du membre, de même que de la luxation spontanée. Ils terminent par le diagnostic différentiel et le traitement. La commission a remarqué le mémoire de MM. Martin et Collineau, à cause de la sage critique que les auteurs ont apportée dans cette étude de la coxalgie et particulièrement dans ce qui concerne le traitement de cette longue et grave maladie. En effet, les auteurs ont examiné avec détail et comparativement les diverses méthodes ou procédés employés pour arriver à la guérison quand elle est possible; ils les ont jugés en s'appuyant toujours sur des raisons sérieusement motivées par les faits et en traçant avec soin les diverses indications qu'il convient de suivre dans les différents cas. En outre, MM. Martin et Collineau ont imaginé un appareil propre à remplir ces diverses indications, et ils ont accompagné la description de cet appareil d'un grand nombre d'observations propres à démontrer son efficacité. Ces observations ont paru concluantes à la commission, et elle s'est décidée à récompenser ce travail tout pratique, parce qu'elle n'a pas oublié que le fondateur des prix de médecine et de chirurgie a surtout voulu encourager tous les perfectionnements apportés dans l'art de guérir.

En conséquence, la commission décerne à MM. Ferdinand Martin et Collineau un prix de médecine de *deux mille cinq cents francs*.

Outre les trois prix dont il vient d'être question, la commission a accordé les mentions qui suivent :

A M. Ollivier, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur l'albuminurie saturnine;

A M. Lemattre, pour ses recherches expérimentales et cliniques sur les propriétés de l'atropine et de la daturine;

A M. Willemin, pour ses recherches expérimentales sur l'absorption cutanée dans les bains;

A M. Lancereaux, pour ses recherches anatomo-pathologiques sur la trombose et l'embolie cérébrales;

A M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur les caillots fibrineux du cœur:

A M. Grimaud (de Caux), pour ses études sur l'hygiène appliquée et en particulier sur l'aménagement des eaux.

M. OLLIVIER. En soumettant des animaux aux conditions mêmes dans lesquelles sont placés les ouvriers qui travaillent aux préparations de plomb, c'est-à-dire en leur faisant respirer du blanc de céruse en poussière, ou bien en imprégnant leurs aliments de cette substance, M. Ollivier a observé, qu'outre les autres phénomènes d'empoisonnement, il se produisait une albuminurie qu'il a appelée *albuminurie saturnine*. L'urine albumineuse des animaux contenait du plomb, ainsi que le tissu des reins qui présentaient les altérations de la maladie de Bright, c'est-à-dire les lésions de l'albuminurie ordinaire par inflammation du tissu rénal. Le mémoire de M. Ollivier est un travail de pathologie expérimentale clair et bien fait. L'auteur a prouvé le rapport qui existe entre la présence de l'albumine dans l'urine et le passage du plomb dans le rein, en montrant que l'albumine apparaît quand le plomb arrive, et que l'albumine disparaît quand le plomb cesse d'être éliminé. De sorte que l'albuminurie saturnine est une albuminurie passagère, à moins que l'élimination du plomb trop longtemps prolongée n'ait amené une néphrite chronique. Au moyen de ces expériences, on a pu donner une signification précise aux altérations du rein ou aux albuminuries passagères, parfois observées chez l'homme dans l'empoisonnement par le plomb. C'est donc un progrès réel accompli dans la pathologie. En conséquence, la commission accorde à M. Ollivier une mention avec la somme de *mille francs*.

M. LEMATTRE. Voici les conclusions de l'auteur relativement aux propriétés de la belladone, du datura, de la jusquiame, et des alcaloïdes atropine et daturine. A dose thérapeutique, il y a souvent altération de la sensibilité, fourmillements et tremblements dans les membres inférieurs. Appliqués localement, les agents cités plus haut font disparaître la douleur et étendent à une certaine sphère leur action anesthésique. La pupille est toujours dilatée, le plus souvent la vision se trouble et l'accommodation de l'œil est atteinte. La sécheresse de la bouche et de la gorge est un symptôme aussi constant que la mydriase oculaire. A dose toxique, les substances citées ci-dessus amènent des troubles des facultés intellectuelles, hallucinations de la vue, délire spécial des solanées, troubles de la sensibilité, hypéresthésie ou anesthésie, abolition de la vue. Les troubles de la myotilité consistent en des mouvements s'exerçant fatalement dans un sens déterminé et sous forme de mouvements de manége. Enfin arrive la mort, avec des convulsions générales ou partielles, toniques ou cloniques.

M. Lemattre a fait un grand nombre d'expériences sur les animaux pour analyser expérimentalement tous les phénomènes observés sur l'homme et reproduits chez les animaux eux-mêmes. Nous ne pouvons pas suivre ici l'auteur dans toutes ses expériences; nous nous bornerons à dire que le travail de M. Lemattre est un travail expérimental très-considérable exécuté dans une bonne direction et tout à fait digne d'être récompensé. En conséquence, la commission accorde à M. Lemattre une mention avec la somme de *mille francs*.

M. WILLEMIN. Il est des questions de médecine et de physiologie qui portent sur des sujets si complexes et si difficiles, qu'il faut du courage et du dévouement scientifique pour les aborder, parce que jamais les résultats ne peuvent récompenser suffisamment de la peine et du travail qu'ils ont coûtés. Tel est le sujet de l'absorption cutanée dans les bains, traité par M. Willemin dans deux mémoires considérables qu'il a adressés au concours. M. Willemin a exécuté plusieurs séries de nombreuses expériences faites sur lui ou sur d'autres personnes saines ou malades, d'après lesquelles il conclut que l'absorption par la peau dans les bains simples ou diversement minéralisés est incontestable. En admettant toutes les expériences de l'auteur, parce qu'elles sont fort bien instituées, le fait de l'absorption cutanée n'en ressort pourtant pas comme un fait d'une importance capitale. En effet, M. Willemin lui-même dit que cette absorption n'a lieu que dans des limites très-restreintes, et, tout en reconnaissant qu'il peut passer dans l'urine des traces d'un iodure dissous en forte proportion dans un bain, cela constitue des cas si exceptionnels, qu'il serait difficile par des faits de ce genre d'expliquer l'action médicamenteuse des bains minéraux. Ajoutons encore que ces conclusions, relatives à l'absorption de l'eau tiède par la peau, sont déduites de la comparaison des pertes de poids que le corps éprouve dans le même temps, exposé comparativement dans l'air ou dans un bain. Or, les fonctions de la peau sont encore si obscures, l'action d'un bain peut être si complexe, qu'il importe en pareille occurrence de garder toujours les plus grandes réserves et de ne pas aller au delà des faits. Toutefois, la commission n'en apprécie pas moins le travail de M. Willemin; elle considère que ces expériences constitueront des matériaux très-précieux pour l'histoire des fonctions de la peau et de l'action des bains. Elle lui accorde, en conséquence, une mention avec la somme de *mille francs*.

M. LANCEREAUX. Quand le sang cesse d'arriver dans un tissu quelconque, par suite de l'oblitération des artères, on conçoit que la nutrition de ce tissu venant à cesser ou à être profondément modifiée, il en résulte des altérations de structure et des troubles de fonctions. M. Lancereaux a étudié les altérations microscopiques qui surviennent dans le cerveau après la thrombose ou l'embolie, qui ont pour effet d'obstruer les artères cérébrales. Il a observé des ramollissements à formes distinctes, mais ne constituant cependant dans leur ensemble que les degrés d'un même processus pathologique. Il propose de classer ainsi ces ramollissements : 1° ramollissement par occlusion vasculaire; 2° ramollissement inflammatoire (encéphalite aiguë ou chronique); 3° ramollissement mécanique (traumatisme et tumeurs). M. Lancereaux a encore envoyé au concours d'autres mémoires, savoir : sur les hémorrhagies méningées dans leurs rapports avec les fausses membranes de la dure-mère; sur l'amaurose liée à la dégénérescence des nerfs optiques dans le cas d'altération des hémisphères cérébraux; sur l'endocardite ulcéreuse; sur l'infection par produits septiques internes; sur l'altération des nerfs et des muscles dans l'intoxication saturnine; sur la dégénérescence graisseuse des éléments du foie, du rein et des muscles de la vie animale dans l'empoisonnement par le phosphore. Les résultats importants que renferment tous ces mémoires, que nous ne pouvons ici que citer, ont fait placer M. Lancereaux au rang des jeunes médecins anatomo-pathologistes les plus distingués et les plus laborieux. La commission juge ses travaux très-dignes d'être récompensés.

En conséquence, elle accorde à M. Lancereaux une mention avec la somme de *mille francs*.

M. FAURE. A l'aide de l'expérimentation sur les animaux, M. Faure a cherché à déterminer quelles sont les conditions qui favorisent pendant la vie la formation spontanée des caillots fibrineux dans le cœur. Les résultats de ses expériences montrent qu'il est très-difficile, sinon impossible, de produire ces caillots pendant la vie. En faisant l'autopsie aussitôt après la mort, on ne trouve généralement pas de caillots fibrineux dans le cœur par les divers genres de mort auxquels on fait succomber les chiens. Cependant M. Faure a remarqué que, dans la mort par suite de la blessure du cerveau, il se rencontrait plus souvent des caillots fibrineux dans le cœur; on en constate alors environ quatre fois sur dix. Cela tient sans aucun doute à ce que, dans ces cas, l'animal se refroidit, et à ce que la circulation se ralentit très-graduellement et très-lentement. Les expériences de M. Faure sont faites avec soin, et elles offrent beaucoup d'intérêt pour les médecins. En effet, aujourd'hui que la doctrine des embolies par formation de caillots sur place et par migration de caillots formés dans un lieu éloigné a acquis un grand retentissement, il devient de plus en plus nécessaire, pour éviter les erreurs, de bien faire connaître les caractères des caillots et de bien déterminer le mécanisme et les conditions de leur formation.

La commission a donc jugé ces sortes de recherches comme très-dignes de récompense. En conséquence, elle accorde à M. Faure une mention avec une somme de *mille francs*.

M. GRIMAUD (de Caux) a adressé au concours les divers travaux d'hygiène appliquée dont les titres suivent : 1° Base et principes de construction d'une carte hygiénique de la France; 2° Du climat et en particulier des lieux de Venise; 3° De la Seine et des égouts de Paris : sur les moyens de purifier la Seine à Paris et d'en tirer tous les services que les cours d'eau rendent aux populations établies sur leurs rives; 4° Des rivières et de leurs rapports avec l'industrie et l'hygiène des populations; 5° Notes relatives au canal de Marseille et à l'influence des eaux de la Durance sur le climat de cette ville.

Les travaux d'hygiène appliquée sont, en raison de leur importance, au premier rang, parmi ceux que la commission des prix de médecine est appelée à récompenser. Les études que M. Grimaud (de Caux) a publiées dans cette voie sont le résultat d'une expérience de trente années, appliquée à des faits que l'auteur est souvent allé vérifier au moyen de voyages et de déplacements difficiles et onéreux.

La commission a jugé ces études dignes de récompense. En conséquence, elle accorde à M. Grimaud (de Caux) une mention avec la somme de *quinze cents francs*.

En terminant, la commission doit encore citer un certain nombre d'auteurs dont les travaux importants ont fixé son attention :

M. Pétrequin, pour son mémoire sur une nouvelle méthode de guérison des anévrismes au moyen de la galvano-puncture. Cet auteur a ouvert la voie relativement aux diverses méthodes qui ont été proposées dans ces derniers temps pour guérir les anévrismes, en supprimant l'opération sanglante de la ligature.

M. Abeille, pour son *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées et du diabète sucré dans leurs rapports avec les maladies*.

M. Delioux de Savignac, pour son *Traité de la dysenterie*.

M. Courty, pour son mémoire sur les *Substitutions organiques*.

M. Foley, pour son mémoire sur le *Travail dans l'air comprimé*.

M. Millet, pour son *Traité de la diphthérite du larynx*.

M. Jacquart, pour son travail *Sur la valeur de l'existence de l'os épactal comme caractère de race*.

M. Schnepp, pour son ouvrage *Du climat de l'Égypte, de sa valeur dans les affections de la poitrine comme station hivernale*.

(*La suite prochainement.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er février 1865. — Présidence de M. BROCA.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de la semaine.

Le *Journal de médecine de Bordeaux*;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*;

Le *Compte rendu des travaux de l'année* 1863-1864 *de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat* (Allier).

— M. Léon Labbé fait hommage à la Société des *Leçons sur les hernies abdominales* faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur Gosselin.

— M. le docteur Tarnier écrit pour se porter candidat au titre de membre titulaire.

— M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. Paul Delmas, une brochure intitulée : *Extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux*.

— **M. SÉDILLOT**, membre correspondant, adresse la communication suivante :

De l'ostéoplastie par déplacement du périoste en général et de l'ouranoplastie périostique en particulier.

Parmi les travaux nés de la célèbre formule de M. Flourens : *Avec du périoste, vous ferez des os*, l'ostéoplastie par déplacement de lambeaux périostés a particulièrement excité l'attention par l'originalité de son but et l'importance des résultats qu'on en faisait espérer. Quel vaste champ de ressources ouvert à la chirurgie si l'on pouvait avec un lambeau de périoste, pris sur un point et transporté dans un autre, reproduire un os, et donner ainsi soit une arête dorsale à un nez reformé de toutes pièces, soit une lamelle d'occlusion à la voûte palatine, pour parler seulement de ces deux applications.

Notre collègue M. Verneuil s'est montré le défenseur le plus zélé et le plus convaincu de cette méthode, dont il s'est encore occupé dans la séance du 28 décembre 1864, et il a plusieurs fois cité et mis en cause les expériences négatives que nous avions fait connaître à la Société de chirurgie au sujet de la non-régénération des os de la voûte palatine, partiellement enlevés, sans destruction ni suppuration des deux lames périostées nasale et buccale.

Depuis ces expériences (séance de la Société de chirurgie, février 1864), je ne suis intervenu ni pour rectifier de fausses interprétations, ni pour discuter des assertions ou des faits qui me paraissaient très-contestables.

Aujourd'hui que ma conviction est établie, je me crois fondé à soutenir que la chirurgie n'a rien obtenu et n'obtiendra rien de l'ostéoplastie par déplacement de lambeaux périostés, et la question m'a paru assez intéressante pour être exposée dans ses principaux détails.

Je prendrai pour exemple l'ouranoplastie périostée dont on s'est si souvent entretenu, et mes remarques s'appliqueront à toutes les autres opérations du même genre sur lesquelles nous pourrions revenir si de nouvelles explications semblaient nécessaires.

Les expériences sur les animaux et les observations cliniques ont-elles depuis 1858 prouvé la possibilité de refaire sur l'homme des os par le périoste déplacé? Nous répondons négativement, et la pathologie comparée semble même ôter tout espoir de réussite à cet égard, comme il est facile de le démontrer.

Depuis Duhamel, Heine, Flourens, etc., les propriétés ostéogéniques du périoste n'ont jamais été un instant douteuses.

Nous disions, il y a quatre ans (*De l'évidement des os*, p. 41; in-8°, avec planches; Paris, 1860) : « La régénération des os chez les « animaux par le périoste conservé est de toute évidence et assez « complète pour avoir autorisé les essais de la chirurgie, etc. »

Que lisons-nous aujourd'hui dans le *Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pendant l'année* 1864, par M. Trélat, secrétaire annuel : « L'ostéogénie périostique de la voûte palatine est « incontestable chez les animaux. »

Voilà le chemin parcouru depuis 1834 (expériences de Heine); on en est encore en apparence au point de départ, mais en réalité de nombreux enseignements ont été acquis.

1° La production d'os permanents par des lambeaux périostés transplantés a été niée expérimentalement sur les chiens par M. Marmy, et cette réfutation, publiquement soutenue au congrès de Lyon, n'a pas été infirmée.

2° Bien plus, la régénération des os de la face, essayée dans les conditions les plus favorables et sans transplantation de lambeaux, est généralement restée sans succès. Or, la conclusion à en tirer n'était-elle pas la condamnation formelle de toute la méthode? Comment comprendre et accepter la possibilité de faire un nouvel os, avec un lambeau détaché et suppuré du périoste, si l'on n'y réussit pas habituellement avec cette membrane laissée en place, doublée sur elle-même et réunie immédiatement sans traces d'inflammation suppurative? L'argument était si péremptoire que notre collègue M. Verneuil a cherché maintes fois à le combattre en considérant mes expériences et celles de M. Marmy comme exceptionnelles; et il a paru très-satisfait de présenter à la Société de chirurgie la voûte palatine d'un jeune chien de six mois, sur lequel une perte de substance de 0m,010 de long sur 0m,008 de large s'était reproduite le vingt-huitième jour, pendant que deux autres animaux du même âge, opérés de la même manière, avaient succombé et n'offraient que de faibles traces de régénération osseuse (os gros comme une tête d'épingle sur l'un d'eux). M. Verneuil reconnaissait que, pour réussir, il fallait agir sur des chiens très-jeunes et très-bien portants, attendu qu'en cas de fièvre ou de toute autre affection générale, la régénération osseuse faisait défaut.

En substituant, comme cela est arrivé trop souvent, de simples allégations à des preuves, on avait précédemment prétendu qu'il fallait un temps très-long pour les reproductions osseuses de la voûte palatine, et que plusieurs mois ne suffisaient pas. Nous nous bornons ici à appeler l'attention sur la contradiction de cette assertion, avec l'unique fait présenté jusqu'ici d'une portion de l'os palatin reproduite en vingt-huit jours.

Pour donner plus de valeur à ce fait unique, M. Verneuil a cru pouvoir mettre à néant tous ceux qui étaient contradictoires en les appelant négatifs. Mais quelle serait l'utilité des statistiques des résultats opératoires si l'on acceptait cette doctrine, qui ne semble pas mériter de réfutation, de ne tenir compte que des succès?

Les notions expérimentales sont donc négatives au sujet de l'ouranoplastie périostée. Pour leur donner une signification de quelque importance, il eût fallu décoller des lambeaux périostés palatins, et les employer à fermer une perte de substance plus ou moins étendue de la voûte; autrement la régénération osseuse, alors même qu'elle s'opérerait avec autant de constance et de rapidité qu'elle reste nulle, douteuse ou exceptionnelle dans la plupart des cas, ne prouve absolument rien, et on n'est pas en droit d'en conclure au succès de l'ouranoplastie par déplacement des lambeaux dont il nous reste à parler.

Que révèlent les faits cliniques? Donnent-ils la preuve d'une réparation osseuse de la voûte palatine?

Ici, comme pour les expériences sur les animaux, nous sommes forcés de dire : Non, et les preuves sont trop nombreuses et trop évidentes pour être contestées avec quelque apparence de succès.

M. le professeur Langenbeck, dont tout le monde reconnaît l'habileté et à qui revient l'honneur d'avoir érigé en méthode l'occlusion des fissures congénitales de la voûte palatine par des lambeaux périostés empruntés aux portions persistantes des os palatins, a pratiqué, dit-on, une soixantaine d'opérations de ce genre, et il avoue que dans le plus grand nombre des cas il ne s'est pas reproduit de voûte osseuse. Il croit cependant avoir rencontré des exemples de régénération. Des épingles ne traversaient plus les lambeaux dont la consistance était devenue très-considérable. Des médecins lui ont écrit avoir revu ses malades et avoir constaté qu'un nouvel os s'était produit. Ce ne sont pas là des démonstrations. La science a d'autres exigences et la résistance au passage d'une épingle ne prouve pas l'existence d'un os. Plusieurs opérateurs ont reconnu l'insuffisance de cette épreuve, et ils ont avoué, comme M. Ehrmann, de Mulhouse, qu'en y accordant trop de confiance ils avaient pu se tromper.

M. Heyfelder, qui a suivi la clinique de M. Langenbeck, a écrit dans la *Gazette des Hôpitaux* (p. 391, 1863) qu'il n'avait pas trouvé une seule fois l'occasion de se convaincre de la réalité d'une occlusion osseuse.

J'ai opéré deux malades, le premier en mai 1863, âgé de 13 ans, très-bien portant (voy. *Gaz. hebd. de Paris*; janvier 1864). Les lambeaux bien affrontés étaient encore souples et non ossifiés au bout d'un an.

Mon second malade, âgé de 18 ans, était atteint de fissure congénitale du voile du palais et d'une portion de la voûte osseuse. Je lui avais heureusement pratiqué la staphyloraphie en 1860, mais à cette époque, je n'avais pas essayé de fermer la voûte osseuse qui était restée béante. En septembre 1864, j'ai fait l'ouranoplastie, et le malade que j'ai montré à MM. Schützenberger et Bœckel fut débarrassé de son infirmité en quelques jours. Il m'a écrit ces jours-ci (1865) : la cicatrice est solide, résistante, régulière, mais les lambeaux sont restés souples et sans traces d'ossification. Notre collègue M. Herrgott a pratiqué, le 5 décembre 1864, une ouranoplastie périostée pour une

fissure congénitale de la voûte; les lambeaux ne présentent aujourd'hui aucune trace d'ossification.

M. Ehrmann, de Mulhouse, a également opéré en mai 1864 une fissure congénitale de la voûte palatine, et sept mois plus tard, il constatait l'absence complète de toute régénération osseuse. Cet habile confrère a visité à Zurich le professeur Billroth qui a déjà répété un assez grand nombre de fois l'ouranoplastie, pour des fissures congénitales, sans avoir constaté de reproduction osseuse sur aucun de ses malades.

Les sciences sont généralement assez avancées pour donner la théorie des faits, et il est aisé de comprendre pourquoi les lambeaux périostés du palais ne s'ossifient pas; dès qu'ils sont exposés au contact de l'air et à celui des mucosités du côté où les cellules ostéogènes sont le plus multipliées, la suppuration s'en empare inévitablement et constitue, comme on le sait, un obstacle des plus considérables à la régénération osseuse. Le mouvement imprimé aux lambeaux par le passage de l'air, par la parole et la mastication est également, comme nous l'avons montré (communication à l'Académie des sciences, 17 janvier 1865), un second et grave empêchement. Il se passe un phénomène analogue à celui des fractures mal contenues, et exposées à une incessante mobilité. Au lieu d'un cal, on a du tissu fibreux. Une troisième cause également très-puissante de non ossification provient de la situation du périoste. Ce n'est plus à la surface qu'il occupait normalement que le nouvel os peut apparaître; c'est entre une surface inodulaire nasale, plus ou moins revêtue d'un épithélium muqueux et la surface opposée du périoste décollé, que l'ossification doit se produire. C'est un changement complet de rapports de la lame osseuse. Elle était normalement extérieure au périoste palatin, et il faut qu'elle lui devienne intérieure. Quels seront les temps, les phases, le mécanisme de cette transformation? Autant de termes inconnus.

M. Langenbeck professe que l'ossification commence à la troisième semaine et est complète à la fin de la quatrième, mais ce sont là des affirmations qui auraient besoin d'être démontrées. En tous cas, les faits négatifs sont trop multipliés et ils ont été recueillis par un trop grand nombre d'observateurs compétents et attentifs pour que la question des régénérations osseuses, par des lambeaux déplacés du périoste, n'ait pas été depuis longtemps tranchée, si elle eût dû l'être par l'affirmation, et le doute et le silence qui règnent encore à ce sujet sont manifestement négatifs.

Nous nous croyons donc en droit d'affirmer qu'au point de vue de la création de nouveaux os, la méthode par déplacement de lambeaux périostés n'a rien produit et qu'elle est incapable de rien produire. Si, par exception, on parvenait à découvrir quelques cas où de l'os se serait formé, ils appartiendraient à la proligération des cellules plasmatiques environnantes, fournies par le périoste resté adhérent et intact, et s'étendant sous forme de ramifications plus ou moins prolongées à la surface et dans l'épaisseur des parties voisines. Ces sortes de rubans osseux, ces ossifications à distance, susceptibles de se rapprocher et de se joindre, s'observent entre les os fracturés non réduits et entre les extrémités des diaphyses, écartées par la formation et l'élimination d'un sequestre, mais n'ont aucun rapport avec le périoste, conservé avec beaucoup de soin sans doute, au moment d'une opération, mais complétement modifié et détruit par une suppuration prolongée.

Les expériences sur les animaux, la clinique et la théorie, condamnent donc également la méthode d'ostéoplastie par déplacement du périoste.

Cette conclusion s'applique également aux ouranoplasties partielles pratiquées pour remédier à des perforations syphilitiques. Les conditions sont beaucoup plus favorables à la formation d'une sorte de cal tout à fait indépendant des lambeaux périostés détachés des os voisins, et cependant la rareté de ces sortes d'ossifications montre combien ce genre d'occlusion rencontre d'obstacles. La même observation avait déjà été faite pour les os du crâne, dont les ouvertures de trépanation persistent ordinairement toute la vie et ne dépassent pas l'état fibreux ou celui d'une sorte d'incrustation osseuse périphérique.

M. VERNEUIL. M. Sédillot m'a fait intervenir plusieurs fois comme le champion le plus décidé de l'ouranoplastie périostique, et il met en doute toutes les observations qui ont pu être produites. Je crois qu'il faut renoncer à convaincre M. Sédillot. Cependant, si la Société veut bien remettre la discussion à une prochaine séance, je m'engage, à propos du rapport sur le travail de M. Ehrmann, de fournir à nouveau les preuves à l'appui des opinions que j'ai déjà soutenues sur l'ostéogénie périostique en général et l'ouranoplastie en particulier.

M. LARREY. Je dirai, à titre de renseignement, que j'ai présenté hier à l'Académie de médecine un travail manuscrit, avec planches, de M. Marmy, médecin principal des hôpitaux militaires de Lyon, dont M. Sédillot invoque souvent le témoignage. Ce travail était intitulé : *De la régénération des os par le périoste.*

COMMUNICATION.

De la coxalgie.

M. VERNEUIL commence une communication sur ce sujet, considéré surtout au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

A quatre heures trois quart la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre titulaire.

La commission propose :

En première ligne : — M. Perrin.

En seconde ligne : — M. Panas.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

MORT DE M. GRATIOLET.

La science vient de perdre tout à coup un de ses maîtres les plus éminents. M. Pierre Gratiolet, professeur de zoologie à la Sorbonne, a été enlevé en quelques heures par une attaque d'apoplexie, à l'âge de 49 ans.

Gratiolet n'était pas seulement un savant de premier ordre, c'était de plus un écrivain distingué, un orateur entraînant et un professeur hors ligne. Malgré tant de qualités, malgré l'importance de ses travaux et de ses découvertes, il est resté pendant de longues années dans une position tout à fait secondaire, qui le laissait aux prises avec les difficultés matérielles de la vie. Son mérite était partout reconnu et proclamé, mais d'injustes préventions, des rivalités jalouses, lui fermaient obstinément le passage, et il y a quelques années encore, cet homme, dont le nom était déjà illustre dans toute l'Europe, n'avait d'autre position que celle d'aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle.

A la mort d'Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire, M. Rouland, ministre de l'instruction publique, commença enfin à réparer cette longue injustice en le désignant comme chargé du cours de zoologie à la faculté des sciences. La foule considérable qui vint se presser aux leçons du professeur par intérim, consacra par ses applaudissements ce choix éclairé, que les professeurs de la Sorbonne sanctionnèrent à leur tour en présentant M. Gratiolet au gouvernement, comme successeur de Geoffroy Saint-Hilaire.

Gratiolet n'a pas joui longtemps de sa nouvelle position. Il y avait deux ans à peine qu'il était en possession de sa chaire, lorsque la mort est venue l'arracher à sa famille, à ses nombreux amis, à ses élèves et à ses travaux. Il a été frappé mercredi dernier, dans l'après-midi, au milieu de son laboratoire, et il est mort la nuit suivante. Rien ne permettait de prévoir ce funeste événement. Jamais ses facultés n'avaient été plus brillantes, son intelligence plus lucide, sa voix plus éloquente.

Il laisse une veuve et trois enfants en bas âge, et, pour tout patrimoine, il ne leur lègue que son nom. Nous espérons que la sollicitude éclairée de l'État ne fera pas défaut à cette grande infortune, car un pays comme le nôtre ne doit pas laisser dans le besoin la famille d'un homme qui l'a honoré par ses découvertes, par son caractère et par son talent.

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 13 mars 1865, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, pour la nomination à trois places de médecin au bureau central d'admission.

MM. les docteurs, qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues, de midi à trois heures, depuis le mercredi 15 février jusqu'au lundi 27 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les obsèques de M. Gratiolet auront lieu aujourd'hui, samedi 18 février, à 11 heures très-précises. On se réunira à la maison mortuaire, rue Cuvier, 14.

— L'ordre du jour de la Société de médecine pratique, pour le 2 mars, est le suivant :

1° Insertion du placenta sur le col, M. Verrier;

2° Du catarrhe vésical, M. Mallez.

Nos souscripteurs dont l'abonnement est fini le 31 décembre dernier sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous sommes sur le point de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Ceux qui ont donné à relier leur collection peuvent la faire retirer au bureau. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Lettres obstétricales revues et annotées. De la position de la femme pendant l'accouchement, par le docteur Victor LEGROS (d'Aubusson). Un vol. in-8° de 63 pages. Prix, 1 fr. 25. Paris, 1864. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 21 FÉVRIER 1865. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Séance de l'Académie des Sciences.

PARIS, 20 FÉVRIER 1865.

La séance académique ne nous livre aujourd'hui aucun travail se rapportant à la science médicale. A peine pouvons-nous signaler, à titre de simple mention, les expériences sur les champignons vénéneux de M. Letellier et la note de M. Netter sur l'élément buccal dans la fièvre typhoïde. De simples titres ne peuvent attirer notre attention, et tout en regrettant que les comptes-rendus nous aient privé de ces travaux, nous en profiterons aujourd'hui pour publier le rapport de M. Rayer sur la pellagre. Ce rapport nous semble une leçon clinique et nous lui donnerons la place réservée aux cliniques. Nos lecteurs auront eu ainsi sous les yeux les pièces officielles du concours. Dans un prochain numéro nous publierons les prix proposés pour 1865. — Dr E. Le Sourd.

HISTOIRE DE LA PELLAGRE.

PRIX DE MÉDECINE.

Rapport sur le concours de l'année 1864.

(Commissaires : MM. Cl. Bernard, Velpeau, J. Cloquet, Serres, Rayer rapporteur.)

L'Académie des sciences a proposé, comme sujet d'un prix de médecine à décerner en 1864, la question suivante : *Faire l'histoire de la pellagre.*

On croyait, il n'y a pas très-longtemps encore, que la pellagre était confinée à l'Italie. Aujourd'hui, il n'est plus douteux que le mal qui afflige les Asturies, en Espagne, est la pellagre, et qu'elle règne dans plusieurs départements du sud-ouest de la France.

On croyait qu'elle était une endémie dont les conditions locales étaient seules responsables en Italie; mais la présence du fléau dans des contrées très-éloignées les unes des autres, et certains faits qui se produisirent firent penser que d'autres causes que des causes locales agissaient dans le développement de cette funeste maladie.

Enfin vint se jeter à la traverse l'opinion que la pellagre, si elle était endémique, était sporadique aussi, comme l'est une pneumonie.

Ces faits, ces dires, ces opinions montrèrent à l'Académie qu'il y avait là une grande question d'hygiène, et elle voulut, par une récompense solennelle, exciter les travailleurs déjà excités par l'intérêt du sujet, par la diversité des opinions et par la vivacité des discussions.

Les travailleurs, en effet, accoururent : c'est M. Roussel (Théophile) avec un traité très-étendu et très-complet sur la pellagre, lui qui, le premier, en 1842 et en 1845, appela en France l'attention sur cette maladie; c'est M. Costallat (Arnaud), dont les investigations ont pour point de départ l'émotion douloureuse ressentie à la vue de grandes calamités; c'est M. Henri Gintrac, l'historien de la pellagre de la Gironde; c'est M. Landouzy (H.) qui découvre, en Champagne et ailleurs, la pellagre sporadique, et qui, de la clinique de Reims, se fait un argument contre la clinique de Milan et celle des Pyrénées; c'est M. Billod (Ed.), et après lui M. Brunet (Daniel), qui rattachent à la folie une sorte de pellagre, tandis que jusque-là la pathologie rattachait à la pellagre une sorte de folie; enfin, c'est M. Bouchard (Ch.), qui voit dans la pellagre une modalité spéciale imprimée à un état cachectique par diverses causes, et plus particulièrement par la misère et l'insolation.

Ces hommes ont, pour la plupart, voyagé; ils ont recueilli sur place des faits et des documents. Ils ont écrit des mémoires importants, des livres considérables, et ce n'a pas été une tâche petite pour votre commission que de prendre connaissance de tous ces travaux.

L'intérêt du concours ouvert par l'Académie se concentre dans la question de la nature de la pellagre. Ces questions de nature, tout abstraites qu'elles peuvent paraître, ont pourtant beaucoup de valeur et une grande portée. Quand il s'est élevé entre les médecins la mémorable discussion sur la nature de la fièvre jaune, à savoir si elle était contagieuse ou si elle ne l'était pas, il s'agissait ou de faire tomber, si elle n'était pas contagieuse, des barrières et des retards qui entravaient le commerce et les correspondances, ou, si elle était contagieuse, de préserver, comme à Saint-Nazaire, les populations de l'invasion d'un redoutable fléau, et de trouver la limite où l'on conciliait avec le plus de justesse la sécurité des riverains de la mer et la liberté des transactions commerciales.

Il n'en va certainement pas de moins dans la question de la nature de la pellagre. Si elle est due, comme quelques-uns le prétendent, à un empoisonnement lent par un épiphyte délétère, on a le moyen de la guérir ou de la prévenir, et de faire disparaître une endémie qui afflige d'une façon cruelle de beaux pays. Si, au contraire, cet empoisonnement n'est qu'une hypothèse que les faits détruisent, il faut renoncer à d'ambitieuses espérances et rentrer dans une ignorance qui vaut mieux qu'une fausse science.

Dans le concours dont votre commission est chargée de vous faire le rapport, quatre opinions sur la nature de la pellagre sont en présence, opinions qui se combattent et qui sont exclusives les unes des autres.

Suivant une première opinion, la pellagre est une maladie spécifique produite par un agent toxique, à savoir le *verdet* ou *verderame,* parasite épiphytique qui se développe sur le maïs altéré; empoisonnement lent qui, renouvelé chaque fois qu'une nouvelle récolte de grains altérés entre dans la consommation, finit par causer la mort des malades. C'est l'opinion de M. Roussel et de M. Costallat.

Suivant une seconde opinion, qui est celle de M. Henri Gintrac, la pellagre est une affection générale qui, abandonnée à elle-même, marche d'une manière lente et insidieuse, et entraîne un dépérissement progressif. Les conditions qui influent le plus sur le développement de cette maladie sont l'hérédité, certaines professions, une alimentation mauvaise ou insuffisante, et la misère.

M. Bouchard se rapproche de cette manière de voir, seulement il précise plus que M. Gintrac; pour lui, la pellagre est une cachexie qui, déterminée par toutes les espèces de misères, reçoit son caractère spécial de l'insolation.

D'après M. Landouzy, la pellagre ne connaît pas les limites que lui tracent MM. Gintrac et Bouchard; non-seulement elle atteint tous les tempéraments, toutes les constitutions, toutes les conditions, mais encore elle peut se manifester chez les personnes qui sont en dehors de la misère, qui vivent dans l'aisance, qui jouissent de bonnes conditions hygiéniques. En conséquence, il déclare que la cause de la pellagre est inconnue; seulement il nomme comme la principale cause occasionnelle l'insolation, et comme principales causes prédisposantes l'hérédité, la misère, l'usage d'une alimentation altérée ou insuffisante, l'aliénation mentale, et particulièrement la lypémanie.

Enfin, M. Billod nie que la pellagre existe; il n'y voit qu'une combinaison factice, une réunion de symptômes faite par les pathologistes et non par la nature. « L'entité pathologique, dit-il, désignée sous le nom de *pellagre,* n'est pas, comme on l'a cru jusqu'à ce jour, une maladie caractérisée par des symptômes cutanés, digestifs et nerveux, mais un état, une habitude du corps disposant à des maladies de la peau, de l'appareil digestif et du système nerveux. En tant que maladie de la peau, la pellagre se résume dans un effet de l'insolation sur le corps débilité en des conditions données. » Ainsi, suivant cette hypothèse, tout cachectique peut être atteint d'un érythème solaire, de troubles digestifs et de troubles nerveux, soit isolés, soit combinés trois à trois, sans qu'il y ait, derrière cette cachexie et ces divers accidents, le lien d'une cause unique qui les enchaîne.

M. Brunet nie aussi l'existence de la pellagre : la triade symptomatique, lésions de la peau, lésions des voies digestives, lésions du système nerveux, à laquelle on a donné le nom de *pellagre,* ne constitue pas une individualité morbide distincte. L'insolation est la seule cause des faits qu'on attribue à la diathèse pellagreuse. Les trois espèces de symptômes cutanés, digestifs et nerveux, bien que pouvant être produits par une même cause, l'insolation, n'ont entre eux aucun lien direct; leur marche est complétement indépendante, et la guérison des uns n'influe en rien sur celle des autres.

Avant d'aller plus loin, il faut dire quel est le domaine attribué à la pellagre; sans cela on ne pourrait comprendre ni les arguments pour, ni les arguments contre les diverses théories.

La pellagre règne endémiquement dans la haute Italie, dans le sud-ouest de la France, dans le nord de l'Espagne, dans la Hongrie le long du Danube, et, dans ces pays, elle sévit presque exclusivement sur les populations rurales.

Une maladie sporadique qu'on a nommée *pellagre* a été observée dans diverses localités, à Reims surtout, où M. Landouzy en a recueilli un bon nombre de cas. Quelques médecins des hôpitaux ont aussi recueilli des observations semblables, à Paris, à Rouen et ailleurs.

Enfin, une maladie qu'on a nommée aussi *pellagre* a été signalée dans les maisons d'aliénés par M. Billod; après l'avoir reconnue dans l'établissement de Saint-Gemmes, qu'il dirige, il l'a suivie dans une foule d'autres établissements, et rien n'est moins rare que cette espèce de pellagre dans cette sorte d'asiles.

Il y a un fait constant dans l'histoire de la pellagre endémique; c'est que, quand la maladie n'est pas parvenue à ses dernières stades, on la guérit en changeant le régime des pellagreux, c'est-à-dire en substituant une bonne et solide alimentation à l'alimentation chétive dont ils faisaient usage. L'expérience de G. Cerri est capitale : chargé, en 1795, par le gouvernement de Milan, de recherches sur la cause de la pellagre, il fit nourrir pendant un an dix pellagreux, dans un état de maladie bien caractérisé, avec de bons aliments empruntés en partie au règne animal, et avec de bon pain au lieu du pain de maïs et de la polenta dont ces individus se nourrissaient auparavant; il vit leur état s'améliorer rapidement, et, l'année suivante, l'éruption cutanée et les autres accidents ne reparurent pas. Cette expérience, faite à dessein, a été répétée sans dessein et avec une efficacité semblable, en beaucoup de cas où les habitants de certaines localités furent obligés par une cause quelconque de renoncer à leur aliment habituel, le maïs; on peut voir ces cas rapportés dans l'ouvrage de M. Roussel. Ainsi on a remarqué que les gens qui, devenant domestiques, entrent dans de bonnes maisons, guérissent de la pellagre; on a remarqué encore que les conscrits pellagreux regagnent la santé au régiment; il faut noter surtout que l'administration militaire a cessé de voir dans

---

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

CHAUFFARD. — *Principes de pathologie générale* (1).
BOUCHUT. — *Histoire de la médecine et des doctrines médicales* (2).
ROSTAN. — *De l'organicisme* (3).
CL. BERNARD. — *Leçons au collége de France.*

I.

Quoi qu'il fasse, l'homme instruit et d'un esprit élevé ne peut pas résister à la tentation de philosopher et de chercher le pourquoi et le comment des choses. A chaque fois cependant que sa pensée s'envole vers les régions supérieures, elle vient rapidement se heurter contre une muraille, que l'expérience des siècles nous a appris être infranchissable et que cependant nous voulons toujours franchir. Orgueilleux inconscient, l'homme ne peut pas se résoudre à reconnaître sa faiblesse; il cherche à s'élever, à monter sans cesse, à apprendre encore et toujours, et les chutes les plus retentissantes ne peuvent ni l'éclairer ni le décourager. Il espère être plus heureux que ses devanciers, et il poursuit sa voie avec courage, traçant obstinément son sillon au risque de ne semer que des graines inféconds ou maladives qui ne germeront pas ou avorteront.

C'est le vieux mythe de Sisyphe roulant éternellement son rocher !

Cette tendance de l'esprit humain est-elle un mal? est-elle un bien? Hélas! comme la plupart des choses de ce monde, elle est l'un et l'autre. Qui donc oserait assigner des limites déterminées à l'esprit de l'homme, et lui dire, aujourd'hui surtout : Tu n'iras pas plus loin? Qui donc possède assez la clef de toutes les sciences pour leur marquer le point immuable qu'elles ne sauraient jamais franchir? C'est par conséquent un bien que l'esprit de l'homme cherche sans repos et s'efforce de reculer les limites actuellement tracées. Beaucoup d'efforts sans doute seront vains; beaucoup de temps sera perdu. Qu'importe si de loin en loin une vérité jaillit qui éclaire de nouveaux horizons?

Ces recherches ne sont un mal que lorsqu'elles veulent trouver la solution des problèmes clairement insolubles; ou bien lorsque, oubliant le véritable but à atteindre et le sujet à explorer, elles introduisent l'élément métaphysique et raisonneur là où il n'a rien à faire. Dans ce dernier cas, la manie de philosopher fait perdre de vue le côté sérieux et pratique de la question pour mettre en relief de vaines discussions sur des points ou inutiles, ou insolubles, ou purement hypothétiques. On ne tarde pas à perdre pied, et on entraîne la science dans une impasse où elle n'a rien à gagner.

Cela est arrivé maintes fois à la médecine; son alliance étroite avec la philosophie lui a fait certainement plus de tort que de profit. Dans les temps anciens, l'art médical offrait si peu de certitude, reposait sur des connaissances si légères et si incomplètes, que la philosophie l'a toujours entraîné dans son orbite. Le moyen âge nous montre la médecine bien plus comme un prétexte à discussions spéculatives que comme une science ou même un art à applications un peu probables.

Peu à peu cependant l'observation exacte prend naissance; au dix-septième siècle, l'anatomie est cultivée, et on découvre la circulation du sang; au dix-huitième, l'anatomie et la physiologie font des progrès considérables, l'observation des faits devient peu à peu la base des recherches sérieuses, la chimie est une science entre les mains de Lavoisier, la physique marche à grands pas. Le dix-neuvième siècle, plus sévère encore et plus investigateur, interroge avec la plus scrupuleuse attention les corps vivants et les corps morts; elle note tous les faits, elle en déduit les conséquences plausibles, et s'efforce de trouver une base certaine à la science de l'homme sain et de l'homme malade; il crée la *biologie* et la *physiologie pathologique.* Ces deux sciences, bien comprises et bien appliquées, sont, selon nous, les deux bases certaines de la médecine théorique et de la pratique médicale.

Ces tendances ne sont pas aussi récentes qu'elles le paraissent au premier abord; la médecine a, depuis qu'elle existe, suivi deux courants seulement, et, sous des dénominations diverses, elle a toujours marché dans les mêmes errements. Hippocrate déjà, quoique profondément naturiste (et il ne pouvait pas ne pas l'être), était aussi organicien, et il ne s'est jamais égaré dans les théories hypothétiques si caressées à Montpellier. Plus tard, l'école d'Alexandrie et les méthodistes cherchèrent surtout dans l'organisme la cause et la raison des maladies. Mais il était impossible que les médecins anciens pussent faire autre chose que d'entrevoir la vérité, et leurs systèmes prêtaient largement le flanc à la critique : des explications obscures, souvent incohérentes, toujours incomplètes, tel était et tel fut le seul résultat que purent atteindre des savants que n'éclairaient pas l'anatomie pathologique, la physiologie, la chimie et la physique.

(1) Chez Chamerot.
(2) Chez Germer Baillière.
(3) Chez Asselin.

la pellagre une cause d'exemption; ce qu'elle n'aurait point fait, elle qui n'a point de théorie sur la cause, si l'observation ne lui avait enseigné la certitude de la guérison par le changement de régime.

Ces cas, qui appartiennent à l'endémie italienne, ont la plus haute importance, car ils sont décisifs. Ils prouvent péremptoirement que cette endémie n'a sa cause ni dans l'air, ni dans l'eau, ni dans le logement, ni dans le vêtement, mais qu'elle l'a dans l'alimentation. Ils changent donc le champ vaste de l'endémie en un champ restreint et circonscrivent la recherche.

Il est possible de la circonscrire encore davantage. Dans tous ces cas où le changement de régime de mauvais en bon a été suivi de la guérison de la pellagre, on trouve que ce mauvais régime était constitué par l'usage continuel et presque exclusif de la farine de maïs. Le maïs est donc lié d'une façon quelconque à la production de la pellagre. Les données historiques et géographiques confirment ce fait; nous disons *confirment,* car c'est une confirmation qu'elles apportent : la preuve, comme on le voit, est fournie directement. On peut donc avec assurance accepter les dires qui assignent à la pellagre une origine récente et concomitante de l'introduction du maïs comme aliment usuel de populations entières; dires qui d'ailleurs se fondent sur de bons documents et qui n'ont jamais été contredits que par des allégations du genre de celle-ci : que la pellagre avait existé de tout temps, mais qu'elle avait été méconnue jusqu'au dix-huitième siècle. On peut voir, en effet, dans M. Roussel, le résumé historique fort bien fait qui montre que, pour l'Italie et pour l'Espagne, le maïs ne commençant à figurer pour les grandes cultures qu'à partir de la fin du dix-septième siècle, la pellagre n'est trouvée que dans la première moitié du dix-huitième siècle; que pour la France, le maïs n'ayant pris de l'importance parmi les cultures du Midi et produit une révolution alimentaire que dans le courant du dix-huitième siècle, c'est dans ce même dix-huitième siècle que les plus anciens faits de pellagre sont relatés. Quant à la géographie, la pellagre règne dans certaines contrées d'Italie, d'Espagne, de France, de Hongrie, toutes contrées où la population rurale se nourrit principalement de maïs. A la vérité, on fait remarquer que la Bourgogne et la Franche-Comté, qui elles aussi usent largement du maïs, ne sont pas sujettes à la pellagre. Mais ce fait, qui, négatif, ne peut détruire un fait positif, s'explique soit parce que les populations bourguignonnes et franc-comtoises unissent à l'usage du maïs de meilleures conditions alimentaires, soit parce qu'elles dessèchent le maïs en le passant au four avant de l'employer, et préviennent ainsi le développement du verdet; pratique conseillée par MM. Lodovico Balardini et Roussel, et sur la nécessité de laquelle M. Costallat insiste pour les pays à pellagre.

Laquelle des deux explications est la véritable? On sent que, résolue, cette question entraînerait la solution relativement à la cause de la pellagre.

Cette cause, des faits incontestables cités plus haut l'ont circonscrite dans l'alimentation, puis l'ont liée au maïs. De là résulte une tendance puissante à la circonscrire plus étroitement et à la rattacher à la mauvaise qualité du maïs. Déjà la remarque s'est présentée à plus d'un esprit, qu'ailleurs il y avait des misères aussi poignantes que celles de l'Italie, du nord de l'Espagne ou du sud-ouest de la France, qui produisaient tous les maux de la misère, mais non la pellagre. Il y avait donc lieu de chercher dans le maïs quelque chose de particulier qui transformait en pellagre cette misère. C'est ce qu'a fait M. le docteur Lodovico Balardini, qui a assigné comme cause spécifique de la pellagre un champignon, *verderame* en italien, *verdet* en français, qui attaque le maïs. Et ce n'est pas par une pure hypothèse, par une conception de l'esprit qu'il en est venu à choisir ainsi dans le maïs un maïs particulier. Non, un fait considérable l'a frappé, c'est que toutes les fois que le verdet abonde davantage, la pellagre a des recrudescences. A cette doctrine ainsi trouvée, M. le docteur Costallat, il nous l'apprend lui-même, a été converti de la même façon. En 1857, dans la contrée qu'il habite, au pied des Pyrénées, la récolte avait été mauvaise; pour subvenir aux besoins, il se fit une large importation de maïs venant des provinces danubiennes, à la suite de quoi la pellagre sévit avec fureur; mais le grain importé était avarié et en proie au verdet. L'année suivante, la récolte fut bonne, et la pellagre rentra dans ses limites accoutumées. Dès lors, M. Costallat soutint, sans s'être jamais laissé ébranler par aucune objection ni apparence, que le verdet est la cause de la pellagre, et qu'en supprimant le verdet on supprimerait la pellagre. Faut-il faire comme lui et passer du côté de Balardini? Sans doute, les expériences de ce genre qui se sont produites plusieurs fois et en plusieurs lieux rendent très-probable l'explication de la pellagre par le verdet; mais pour la rendre certaine, il faut la contre-expérience, c'est-à-dire des cas bien observés où la pellagre déjà contractée se guérisse, tout en continuant l'usage du maïs, mais d'un maïs sain et non infesté de verdet. Tant que cette contre-expérience n'est pas faite, on peut objecter avec plus ou moins de vraisemblance que ce n'est pas le verdet qui produit la pellagre; c'est l'insuffisance alimentaire du maïs, rendu encore plus insuffisant par le verdet qui le vicie.

Ces conclusions, on a cru les frapper de néant en objectant qu'il y avait des pellagres indépendamment de l'usage du maïs; mais ces affections pellagriformes, quelle qu'en soit la nature, n'empêchent pas qu'il y ait une catégorie de pellagres que l'on guérit quand à temps on change le régime alimentaire.

M. Landouzy, frappé des cas d'érythème, de troubles digestifs et de troubles nerveux qu'il eut occasion d'observer à la clinique de Reims, a soutenu la cause des pellagres sans maïs, déclarant que ce qu'il avait sous les yeux était semblable non-seulement aux descriptions contenues dans les livres, mais encore aux pellagres incontestées qu'il alla, pour satisfaire à son besoin de certitude, voir dans les lieux mêmes où règne l'endémie. M. Roussel a employé un chapitre de son ouvrage à montrer que cette ressemblance est plus apparente que réelle; par exemple, pour ne citer rien autre, la pellagre de M. Landouzy ne présente pas les accidents nerveux qui forment le début constant de la pellagre endémique avant l'apparition de l'érythème. Sans entrer dans une discussion nosographique, il suffit de rappeler ce fait bien établi que la pellagre endémique guérit, dans ses premières périodes, par le changement de régime alimentaire et la suppression du maïs. Il faut insister sur ce point essentiel : dans la pellagre endémique, on a l'épreuve (la liaison avec le maïs) et la contre-épreuve (la guérison en cessant l'usage de cette farine). Dans la pellagre décrite par M. Landouzy, on n'a ni l'épreuve (puisque de son propre aveu elle n'est liée à aucune condition), ni la contre-épreuve (puisqu'elle n'a aucun mode assuré de guérison). C'est pour cela que la pellagre sans maïs de M. Landouzy ne peut exercer aucune influence sur la doctrine étiologique de la pellagre endémique.

L'argument employé contre la pellagre sporadique de M. Landouzy s'applique avec autant de force à la pellagre des aliénés. Il résulte des observations de M. Billod et de M. Brunet que cette pellagre (il faut laisser aux faits les noms que les auteurs leur ont donnés) survient chez des individus dont le régime alimentaire n'est pas mauvais, et ne se guérit pas par le changement de régime. Ajoutons, ce qui est également décisif, que la marche de la pellagre des aliénés et celle de la pellagre endémique sont totalement différentes. Dans la première, l'érythème survient à la folie; dans la seconde, la folie survient à l'érythème et aux troubles digestifs. Une inversion aussi complète témoigne qu'il s'agit de faits pathologiques distincts, et elle nous fait comprendre comment MM. Billod et Brunet ont été amenés à soutenir qu'il n'y avait point de pellagre, et que ce qui restait ne représentait que trois groupes de symptômes associés indifféremment deux à deux ou trois à trois. En effet, en partant chez les aliénés de l'état de folie pour y grouper soit l'érythème solaire, soit des troubles digestifs, on ne pouvait arriver à une autre conclusion.

D'après ce qui précède, il est permis d'écarter de la question d'étiologie la pellagre sporadique et la pellagre des aliénés. Mais il n'en est pas de même d'une complication que les recherches suscitées ont mise en lumière. M. le docteur Costallat, partisan déterminé de la doctrine Balardini (Lodovico), fut averti par des médecins espagnols qu'il existait dans leur pays, la Vieille-Castille et l'Aragon, une pellagre complétement étrangère au maïs. La Vieille-Castille et l'Aragon se nourrissent non de maïs, mais de blé. La pellagre dont il s'agit y est connue sous le nom de *flema salada;* il faut noter qu'en Asturie, où règne la pellagre, dite là *le mal de la rose*, on vit de maïs. M. Costallat s'empressa de se rendre sur les lieux, et il trouva en effet une maladie très-semblable à la pellagre qu'il a sous les yeux dans le département des Hautes-Pyrénées qu'il habite. Néanmoins l'identité ne lui parut pas complète, et il essaya de noter des différences à l'aide desquelles il crut pouvoir rapprocher la *flema salada* de l'acrodynie de Paris des années 1828 et 1829, et l'attribua à la *carie*, parasite commun dans le pain mal préparé dont usent les gens de ce pays-là.

Ainsi averti, M. Roussel s'est montré disposé à se ranger à l'avis de M. Costallat sur la *flema salada*. De plus, il s'est demandé si l'on ne pourrait pas rattacher à une altération soit du millet, soit d'une autre céréale, les cas de pellagre sans usage du maïs rapportés par M. Gintrac. Ce sont là des faits importants à étudier, des vues à poursuivre dans le groupe des maladies dues aux altérations des céréales. Mais ces faits, quels qu'ils soient et quelque interprétation qu'on veuille leur donner, n'entament pas les faits relatifs au maïs et les liaisons de cette alimentation avec la pellagre.

Tout ce qui peut être allégué pour ou contre la liaison de la pellagre avec le maïs, pour ou contre l'intoxication par le verdet, vient d'être résumé, condensé dans l'exposé ainsi soumis à l'Académie. Maintenant, que faut-il conclure? Dire que l'intoxication n'est pas certaine par le maïs altéré, ce serait aller contre des faits bien établis et fort importants; dire qu'elle est la source unique de la pellagre, comme paraît le penser M. Roussel, ce serait outre-passer les conditions de la certitude scientifique. Que reste-t-il donc à faire? Conseiller fortement aux médecins et à l'administration l'expérience que M. le docteur Costallat a eu le mérite de proposer, et qui, réduite à sa plus simple expression, consiste en ceci : « Ne changer dans le régime des pellagreux qu'une seule chose, la farine de maïs avarié, à laquelle on substituera la farine de maïs en bon état. »

De cette façon, la solution de la question est ramenée à la sûreté d'une expérience dans le laboratoire. Si avec la bonne farine la pellagre persiste, le verdet n'en est pas la cause; si elle guérit, le verdet en est la cause; car il n'y a de changé dans les termes du problème que la qualité de la farine. C'est la contre-épreuve nécessaire pour donner la certitude à l'épreuve.

C'est sous la réserve de l'expérience proposée que la commission formule son appréciation du concours et des ouvrages qu'il a suscités. Le problème de la pellagre n'est pas comme une expérience de physique ou de chimie qu'on peut répéter dans le laboratoire et juger à l'aide d'une vérification. C'est une de ces maladies confinées en certains lieux et qu'il faut aller voir sur place. Votre commission n'hésite pas à déclarer que la connaissance de la pellagre autrement que par les livres et par les documents lui fait défaut. Elle a donc dû se borner à un rôle de critique, c'est-à-dire à celui de l'érudit, de l'historien, qui, avec des pièces en main, cherche à déterminer la réalité d'un fait, la certitude d'un événement. Ce procédé, qui reste seul ouvert quand la vérification directe est impossible, a ses règles auxquelles nous nous sommes efforcés de ne pas manquer. Si elle eût pu, la commission aurait fait l'expérience de M. Costallat et apporté, au lieu d'une réserve, une décision à l'Académie.

Les principes du jugement qu'il s'agit de porter étant ainsi posés, il n'y a plus qu'à les appliquer.

M. Winternitz a envoyé un mémoire trop peu achevé pour qu'il soit nécessaire de faire autre chose que le mentionner. Son opinion est que la pellagre n'existe pas, et n'est qu'un assemblage de symptômes variables dans leur association, chez des individus atteints de maladies chroniques diverses.

M. Benvenisti (M.) croit que la pellagre est une transformation de la lèpre du moyen âge, conclut d'un certain nombre d'autopsies de folies pellagreuses que la lésion essentielle réside dans la faux du cerveau et dans le sinus longitudinal, fait de cette double lésion la cause organique de toute folie et se trouve ainsi conduit à ranger la pellagre parmi les aliénations. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans une pareille manière de voir, et nous acceptons la critique détaillée et motivée qu'en a faite M. Roussel.

Une note de M. le docteur Legrand du Saulle appelle l'attention des médecins légistes sur la folie des pellagreux. Elle ne remplit pas l'objet du concours ouvert par l'Académie.

M. Leudet (E.) a envoyé trois observations : elles rentrent dans la catégorie des pellagres sporadiques de M. Landouzy.

Dans la voie de ceux qui nient que la pellagre soit liée au maïs, l'œuvre de M. Landouzy est la plus considérable. Les cas qu'il a recueillis forment une catégorie de faits dont la nature indéterminée pourra être éclairée par de nouvelles recherches. Le mérite de M. Landouzy sera d'avoir, en signalant cette catégorie, rendu un véritable service à l'étude de la pellagre.

C'est un témoignage du même genre, et non moins mérité, que la commission accorde à M. Billod. Lui aussi a signalé des faits qui étaient restés inaperçus, et ajouté un chapitre aux investigations pathologiques. Ses observations et son enquête resteront; mais, dans l'opinion de la commission, ce qu'il a nommé *pellagre des aliénés* n'a pas de rapport avec la maladie qui, sous forme endémique, ravage plusieurs contrées.

A l'ouvrage de M. Billod se rattachent : le mémoire de M. Brunet qui, ajoutant de nouvelles observations, se range à la même doctrine; et la note de MM. Labitte et Pain, qui affirment la fréquence des accidents pellagriformes dans les asiles d'aliénés et qui les regardent, lors même que le régime est aussi bon que possible, comme une des terminaisons de la folie.

Rentrons dans la pellagre proprement dite. M. Bouchard (Ch.) est un esprit net et distingué, qui met ses qualités dans ses écrits; mais, plus frappé des ressemblances nosographiques que des conditions étiologiques, il crée une modalité cachectique, d'origine très-diverse, dont le caractère est de se révéler par le coup de soleil; et il n'ap-

---

A côté de ces écoles s'éleva celle qui chercha presque exclusivement dans le raisonnement et les théories l'explication des phénomènes vitaux normaux et pathologiques. Que ces systèmes s'appellent l'animisme, le vitalisme, le dynamisme; que ce soit l'*archée* de Van-Helmont, la *panacée* de Paracelse; que ce soient les globules d'Hanemann, ce sont toujours une seule et même chose; et, de même que le mécanicisme, le chimisme et l'organicisme ne forment qu'une seule doctrine plus ou moins complète, de même tous les autres systèmes peuvent être rapportés au *vitalisme*. Au même point de vue, mais sous d'autres dénominations, c'est toujours l'école de Montpellier et l'école de Paris qui, dans les siècles, se rencontrent face à face.

Il y a à peine quelques années, une tendance funeste se manifestait dans cette dernière école, et nous l'avons vue près de sombrer et de s'aller perdre dans les doctrines de sa rivale. Celle-ci, très-affirmative, fort séduisante pour l'esprit, mais vaine et inféconde, faisait de nombreux prosélytes, peu convaincus à la vérité, plus entraînés par l'imagination que par la vérité et la réalité des choses, et qui n'ont pas tardé à s'arrêter dès qu'ils ont sondé l'abîme où ils allaient engloutir eux et la science médicale.

Le contre-coup de ces tendances, que nous appellerons rétrogrades, se fait encore sentir; mais il va s'amoindrissant tous les jours, et un des partisans les plus convaincus et les plus habiles du vitalisme, M. Chauffard, n'a pas peu servi à éclairer ceux qui penchaient vers Montpellier, et à les arrêter en leur montrant le vague d'une science toute de raisonnement et incapable d'arriver à aucun résultat pratique. Nous aurons à examiner à fond cette partie de la question dans un de nos prochains articles. En ce moment, contentons-nous d'en toucher un côté plus limité, mais qui n'en a pas moins une portée très-grande.

Il est bien certain que les partisans des doctrines vitalistes sont beaucoup plus des philosophes que des médecins, et que pour eux, malgré leurs affirmations contraires, la médecine est non pas une science, mais *un art*. D'un autre côté, combien de médecins, à Paris même, ne vont-ils pas répétant que la médecine est *un art*, soit qu'ils comprennent, soit qu'ils ne comprennent pas très-exactement ce qu'ils disent en parlant ainsi. Or, dans cette hypothèse, le médecin étant un artiste, il est évident que le raisonnement lui convient beaucoup mieux que l'observation, et qu'il doit se prendre d'un goût très-grand pour la métaphysique. De là le succès de ces raisonnements à perte de vue sur la vie, les forces vitales, l'esprit vital, l'âme et même les âmes, la nature, etc., etc.

Mais est-il bien vrai que la médecine ne soit qu'un art et qu'on ne puisse pas la ranger parmi les sciences? Il faut bien s'entendre sur ce mot *art* et ne pas s'en tenir à la définition grammaticale; l'art est la propriété tout à la fois de l'*artisan* et de l'*artiste*. Le médecin n'étant pour personne, que je sache, un artisan, il en résulte que l'art du médecin est celui d'un artiste, et que le médecin doit être placé sur la même ligne que le peintre, le statuaire, le musicien, etc.; c'était d'ailleurs l'opinion des anciens et de Platon, en particulier. Cette idée-là vient de loin, ainsi qu'on le peut voir.

En somme, Platon et les anciens avaient raison; le médecin d'alors n'était et ne pouvait être qu'un artiste, et, le plus souvent, un fort mauvais artiste, moins qu'un artisan. Sans instruction suffisante, sans anatomie, sans aucune base un peu scientifique, il faisait de la médecine avec quelques rares observations, souvent mal comprises; il en faisait surtout avec son imagination, le simple raisonnement et un empirisme plus ou moins grossier. Que pouvait-il sortir de cela?

Quand Phidias taillait une statue, quand Appelle peignait un tableau, ces sublimes artistes savaient ce qu'ils voulaient faire et suivant quelles lois et quels principes; puis ils ajoutaient à cela ce qui les faisait grands, leur génie! Le médecin, lui, n'avait aucune base; artiste par excellence, il ne possédait que son génie et, quand celui-ci lui faisait défaut, je vous demande ce qu'il restait et comment s'en trouvaient les pauvres malades, à moins que l'artiste n'eut la sagesse de s'en tenir à l'expectation. En somme, les mauvais élèves d'Appelle et de Phidias ne faisaient que gâter des couleurs et un bloc de marbre; mais les mauvais disciples d'Hippocrate!! En vérité, si nous ne sommes encore que des artistes, j'engage vivement les malades à nous planter là; il nous restera la ressource d'exercer notre art entre nous, et, ne pouvant le faire *in anima vili,* à barbouiller notre corps de couleurs mal broyées, ou à le tailler comme un bloc de marbre.

Mais laissons là plaisanterie; en sommes-nous là, en vérité, ou bien est-ce à ce point qu'on en veut revenir? Ni l'un ni l'autre. Non, la médecine n'est point un art, et si elle n'est pas une science encore faite, elle en a au moins toutes les allures et elle marche à grands pas vers sa formation. Est-il encore nécessaire de le montrer et de le démontrer? Les résultats obtenus ne sont-ils pas évidents et chacun de nous ne les a-t-il pas touchés du doigt? Le diagnostic n'est-il pas aujourd'hui d'une certitude presque absolue? La marche des maladies n'est-elle pas connue dans presque tous ses détails? La physiologie normale et pathologique ne va-t-elle pas à pas de géants? Et s'il reste beaucoup à faire pour éclairer l'histoire des lésions dans leur marche, dans leur enchaînement, dans leurs détails; si le traitement n'est pas

précie pas à sa juste valeur certains faits positifs et acquis, relatifs à l'action du maïs altéré.

M. Henri Gintrac, qui a remis une histoire de la pellagre du département de la Gironde, est sur son terrain. Il a visité les communes, vu les malades et compté les cas; son livre est sans doute un bon document, mais il n'ajoute pas à ce que nous savons par les médecins italiens qui ont écrit sur ce sujet. Averti par les dires de Balardini, de Roussel, de Costallat, M. Gintrac s'est enquis de l'usage du maïs; beaucoup de ses malades n'en avaient jamais mangé. C'est un fait important à ranger peut-être à côté de la *flema salada* de la Vieille-Castille et de l'Aragon.

Restent deux personnes que la commission croit dignes de récompense : MM. Costallat et Roussel.

Le mérite de M. Costallat est d'avoir lutté avec autant d'ardeur que de persévérance contre les pseudo-pellagres; d'avoir signalé à l'attention, comme analogues à la pellagre et à l'acrodynie, une maladie qui, dans certaines parties de l'Espagne, règne sous le nom de *flema salada*, en même temps que la *carie* affecte le blé, et d'avoir proposé une expérience décisive.

M. Roussel, dans son ouvrage, qui est très-étendu et qui est le fruit de grandes lectures, de voyages, d'observations personnelles et de communications dues aux observateurs, a réuni une description complète de la pellagre, où l'on remarque la mise en lumière des accidents nerveux du début, des documents de toute espèce, une critique des opinions de Landouzy, de Billod, de Benvenisti, un historique précieux, une discussion approfondie des liaisons de la pellagre avec le maïs et le verdet, et une opinion fermement arrêtée sur la cause toxique qui préside au développement de la pellagre endémique; en un mot, son livre est une encyclopédie de la pellagre qui répond d'une manière satisfaisante aux exigences du programme de l'Académie.

En conséquence, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie de décerner le prix (*cinq mille francs*) à M. Roussel (Théophile) et d'accorder un accessit de *deux mille francs* à M. Costallat (Arnaud.)

L'Académie adopte la proposition de la commission.

MOLLUSCUM ÉLÉPHANTIASIQUE (1).

Par M. le docteur Chedevergne.

Obs. II. — L'observation suivante m'a été communiquée par M. Cornil :

« Virchow a rapporté le fait suivant (*Die krankhaften Geschwülste*, p. 325, tome I, 1863) :

« Une femme de quarante-sept ans portait sur toute la surface cutanée une grande quantité de tumeurs plus ou moins grosses qui avaient mis de longues années à se développer. Beaucoup de ces tumeurs étaient toutes petites, de la grosseur d'un petit pois ou d'un noyau de cerise, rondes, et couvertes de la peau luisante sur elles; d'autres étaient plus grosses, comme des noix et plus. La plus volumineuse naissait du côté gauche, à la partie inférieure du tronc par une base très-étendue; elle avait 48 pouces de circonférence, et s'étendait de la ligne blanche abdominale jusqu'à environ 2 pouces de la ligne médiane postérieure. Elle descendait, en s'aplatissant, sur la hanche jusqu'au-dessous du genou. La surface et la circonférence montraient une grande quantité de tumeurs secondaires; sur toute la surface, la peau était lisse et polie. La tumeur avait une consistance molle, presque fluctuante. Après son extirpation (faite par le docteur Heyland, de Guben), cette tumeur pesait 32 livres 1/2 (2).

« L'observation anatomique de la tumeur montra un tissu conjonctif mou, très-riche en suc, en général peu vasculaire, qui tenait la place du panicule graisseux ancien de la région. Il s'en écoulait facilement une grande quantité de sérosité transparente jaunâtre, riche en albumine. On voyait à l'œil nu des filaments plus résistants et des tractus où passaient d'assez gros vaisseaux formant ainsi de grandes mailles, subdivisées à leur tour par les cloisons qui partaient des tractus principaux, en petites aréoles contenant la sérosité précédente. C'est ce qu'on voyait encore mieux à un grossissement de 20 diamètres. A un plus fort grossissement, on ne trouva que du tissu conjonctif avec des corpuscules considérablement accrus. . . . .

« Virchow, après avoir montré les analogies et les différences des tumeurs de cette nature avec l'éléphantiasis des organes génitaux, pense que si l'on séparait cette forme, on devrait lui donner le nom de *fibroma molluscum (elephantiasis mollusca)*. »

M. Cornil considère ce fait comme tout à fait analogue à celui dont j'ai donné lecture à la Société médicale. Je suis de son avis, surtout quand je réfléchis à la conclusion de Virchow, sur la nature de la tumeur, exprimée par le mot *elephantiasis mollusca*. C'est, en effet, la conclusion à laquelle j'étais arrivé après l'examen attentif de notre malade et de ses pièces anatomiques, et c'est celle qui vient naturellement à l'esprit de ceux qui ont pu examiner de près l'affection qui nous occupe. Cependant, l'illustre professeur de Berlin n'a guère étudié la tumeur qu'au point de vue anatomique, de sorte que la plupart des détails symptomatologiques que nous désirions y trouver font défaut.

Cinq observations forment la base de ce travail : deux seulement sont connues du lecteur; les trois autres se rencontreront plus loin. Ces cinq observations ne sont pas toutes aussi complètes qu'on pourrait le souhaiter; mais, rapprochées les unes des autres, elles acquièrent une valeur réelle. Aussi, après les avoir méditées attentivement, nous croyons-nous suffisamment renseigné pour donner une idée exacte du molluscum éléphantiasique. Les lacunes que nous laisserons seront comblées plus tard. Nous n'avons aujourd'hui qu'une seule ambition, celle de réunir en faisceau ces quelques faits, afin que ceux qui viendront après nous puissent les trouver facilement et les utiliser, s'il est possible, pour l'histoire d'une maladie qui a bien besoin d'être éclairée.

Voilà comment les choses se sont passées dans les différents cas qui sont à notre connaissance.

Chez un individu portant sur la surface du corps de petites saillies cutanées stationnaires, ressemblant à ce que l'on a décrit sous le nom de molluscum, commence à se développer une tumeur à marche lente d'abord, rapide ensuite, qui prend en quelques années des proportions prodigieuses, et qui tend à s'accroître indéfiniment.

Cette tumeur, ou ces tumeurs, car il y en a quelquefois plusieurs ayant les mêmes apparences, cette tumeur naît sur une des élevures tégumentaires que nous venons de signaler. La peau change de caractères : de lisse qu'elle était, elle devient ridée; de mobile et élastique, elle est bientôt adhérente et mollasse; sa sensibilité s'émousse. La production morbide reste circonscrite, elle ne s'étend que peu aux régions voisines et cependant elle augmente en superficie en même temps qu'elle proémine davantage. C'est que, comme nous le verrons plus loin, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient dans tous les sens à la fois, et en même temps que des tissus de nouvelle formation se superposent pour augmenter leur épaisseur, d'autres couches s'organisant parallèlement sur les côtés et tout autour du point central. La tumeur sort donc en s'épanouissant pour ainsi dire d'une sorte de noyau qui s'accroît excentriquement de toute part. La peau qui s'étale en dehors de sa périphérie n'est ni tendue ni tiraillée, si ce n'est cependant celle qui se relie à sa partie supérieure. En cette région, le tégument éprouve nécessairement une traction notable dès que l'intumescence s'est élevée et que la masse qui la forme a acquis un certain poids qui l'entraîne en bas.

La marche est très-lente d'abord; plus tard elle s'accélère, d'autant plus que le tissu morbide est très-vasculaire et que l'hypertrophie une fois établie l'envahit bientôt dans toute son épaisseur. Si l'on admet que cette marche soit uniforme, comme l'accroissement de la tumeur a lieu dans tous les sens, il en résulte que dans un même laps de temps, à deux époques différentes, le volume de cette dernière augmente proportionnellement au cube de son rayon; aussi vient-il un moment où il progresse presqu'à vue d'œil.

Toutes les données qui précèdent sont pleinement mises en lumière par le fait suivant, que j'ai observé tout récemment dans le service de M. le professeur Denonvilliers.

Obs. III. — Un homme de trente-trois ans (Geslonni, Victor) porte sur la partie médiane supérieure du dos, au niveau de la troisième dorsale, une tumeur qui a la plus grande ressemblance, pour la forme et le volume, avec une mamelle de femme un peu pendante et privée de son mamelon. Cependant son pédicule, qui est à peu près régulièrement cylindrique, quoique un peu aplati de haut en bas, est beaucoup plus étroit que ne l'est la base du sein; il est de la largeur d'une pièce de cinq francs, tandis que le corps de la tumeur est plus gros que le poing. Sa consistance paraît mollasse lorsqu'on le palpe légèrement, mais si on le presse plus fort on sent profondément une trame solide et ferme, c'est encore la consistance de la glande mammaire; il est difficile de trouver une comparaison plus exacte. La peau qui recouvre la petite masse ne se laisse pas séparer des tissus sous-jacents, elle leur adhère, elle leur est intimement attachée. Au niveau de l'orifice de chaque poil existe une dépression; il semble que le bulbe pileux tende à s'enfoncer dans la tumeur pendant que les parties voisines résistent; c'est le contraire qui arrive : les parties voisines augmentent de volume, et le bulbe pileux s'hypertrophie moins rapidement qu'elles, et comme il est retenu par son adhésion aux couches profondes du derme, il bride la surface du tégument; cependant celui-ci n'est nullement tiraillé ni distendu, l'espèce de sac qu'il forme en apparence semble au contraire ne pas être rempli.

Les poils sont plus éloignés les uns des autres sur la tumeur que dans les régions périphériques. Leur distance intermédiaire y est de 10 à 15 millimètres au lieu de 3 ou 4 millimètres. Cela se comprend facilement, les bulbes pileux sont en même nombre qu'avant le développement de la tumeur; une grande quantité de tissu fibroïde s'est interposé entre eux. Tout dans cette petite masse démontre donc bien que l'hypertrophie se produit en entier sur place, et que la tumeur s'accroît d'elle-même par une hypergenèse de sa propre substance, sans rien emprunter aux téguments environnants.

Le malade n'a jamais remarqué si l'augmentation de volume de sa bosse, comme il l'appelle, avait lieu par poussées successives ou peu à peu et insensiblement; il ne sait pas non plus si elle est actuellement plus rapide que par le passé. Aucun phénomène général n'a été observé. Il existe souvent de l'humidité entre la face inférieure de la masse et la peau sur laquelle elle s'appuie, mais pas d'hypersécrétion véritable dans toutes ses parties.

Il y a dix ans que le malade s'est aperçu pour la première fois de la présence de cette production. Il porte sur l'épaule gauche et sur le bras droit deux petits molluscums.

La tumeur est enlevée : elle est composée d'un tissu blanc-grisâtre, avec un reflet blanc-bleuâtre, d'une consistance lardacée assez ferme, quoiqu'il soit légèrement œdémateux. C'est absolument le même aspect que celui de notre molluscum éléphantiasique. Si on avait abandonné à elle-même cette tumeur, elle aurait évidemment acquis des dimensions considérables. On trouve dans sa masse des fibres serrées, fasciculées, du tissu fibreux avec mélange de noyaux embryoplastiques effilés aux deux bouts en voie d'organisation fibrillaire. Les capillaires y sont abondants et volumineux. Les glandes sébacées se dissèquent facilement à l'œil nu. Les bulbes des poils et les glandes qui les accompagnent s'enfoncent de près d'un centimètre dans le tissu morbide. On rencontre à peine de la graisse même au microscope; on ne distingue pas d'ailleurs de véritable couche sous-cutanée, le derme est confondu avec elle.

Cette tumeur est donc en petit ce que notre molluscum éléphantiasique est en grand. Elle est, comme nous le démontrerons, l'intermédiaire entre la production molluscoïde ordinaire médicale et le gros molluscum des chirurgiens. Elle est le trait d'union qui nous manquait naguère et que nous sommes très-heureux de rencontrer.

Cependant, le molluscum ne reste pas longtemps à ce volume médiocre, à cet état intermédiaire, s'il doit grandir beaucoup; mais l'hypertrophie de ses éléments ne se constitue pas constamment par les progrès incessants d'une hypergenèse continue; souvent, ordinairement peut-être, je n'ose pas dire plus, elle s'établit par poussées successives. C'est sur ce mode d'accroissement que je veux maintenant attirer l'attention. Voici donc l'occasion d'entrer dans quelques détails sur les symptômes généraux qui sont du plus grand intérêt, parce que leur existence suffit pour trancher certaines questions subsidiaires qui ont déjà été soulevées à propos de maladies voisines de celle-ci, mais non complétement identiques avec elle.

Il semble, d'après les observations rapportées dans ce travail, que durant les premiers temps de sa croissance, l'intumescence molluscoïde augmente sourdement et sans phénomènes généraux annonçant que l'économie est ébranlée et saisie, qu'elle se développe sans aucune réaction, comme un lipôme, par exemple, qui n'est en définitive qu'une espèce de difformité, un amas de graisse en un point du corps. Pourtant, tout me porte à croire que, si on avait pu suivre pas à pas les malades dès l'origine de l'hypertrophie, il eût été possible de surprendre des symptômes non douteux de réaction générale et en quelque sorte représentant en petit ceux qui se montrent clairement plus tard. — La fluxion pituitaire qui amène une épistaxis de quelques gouttes est à peine ressentie, celle qui détermine une épistaxis abondante est précédée de pesanteur de tête, de troubles circulatoires, etc. — Cette opinion est d'autant plus vraisemblable que l'intensité des phénomènes, qui surgissent de temps à autre, s'accroît d'une période à la suivante et finit par devenir menaçante pour la vie du malade.

Quoi qu'il en soit, à une certaine époque de l'affection dans bien des cas au moins, on observe périodiquement, à l'ordinaire tous les mois, toutes les cinq ou six semaines, que la surface de la tumeur prend une teinte rouge ou rosée, que la masse se tuméfie, devient mollasse, empâtée; en un mot, elle est le siége d'une congestion considérable dans toutes ses parties. Le malade est pris de fièvre, de nausées, de vomissements bilieux, de diarrhées. La peau est chaude, le pouls bat cent dix ou cent vingt fois par minute; les fonctions digestives s'exécutent mal ou plutôt sont anéanties, et la respiration est difficile. Tous ces phénomènes durent de cinq à huit jours habituellement, puis une exhalation séreuse, extrêmement abondante, s'établit par toute la surface de la tumeur, l'épiderme se soulève comme par écailles, et sous l'influence de cette sorte de crise, la fluxion cesse, la rougeur disparaît, l'empâtement diminue, la tuméfaction se réduit, mais ne s'en va jamais complétement. La tumeur reprend sa consistance ordinaire, seulement elle conserve toujours un volume plus considérable que celui qu'elle avait antérieurement à la congestion périodique. A la fin de cette manifestation fluxionnaire et des sécrétions abondantes qui la suivent et qui la jugent, le malade, accablé des déperditions exagérées qu'il a subies, tombe dans une prostration dont il ne se relève qu'au bout de quelques jours. Et encore, chaque attaque, usant pour ainsi dire peu à peu sa résistance, amène-t-elle toujours une débilité plus profonde que celle qui existait auparavant. Ainsi l'économie perd ses forces et le choc qu'elle a à soutenir devient de plus en plus puissant. Le terme fatal est marqué.

L'exhalation séreuse est extrêmement abondante. Chez notre malade la quantité de liquide sécrété n'a pas été mesurée; on s'est contenté de constater que les linges de son lit et ceux qui entouraient sa tumeur en étaient constamment imbibés pendant la période congestive et qu'il fallait les renouveler souvent. Chez le malade du professeur Hecker, de Fribourg, elle s'élevait à plusieurs chopes par jour. Le produit d'excrétion est remarquable par une odeur infecte, nauséabonde (exagération de l'odeur naturelle du corps), qui persiste encore à la surface de la masse, à un degré moindre pourtant, quand la crise est passée.

Je ne puis mieux faire que de placer ici, comme exemple, le résumé de l'observation de Hecker, dont je dois la traduction à l'obligeance de M. Fritz. (*Die elephantiasis oder Lepra arabica 1858.* Extrait de l'*Annuaire de Canstatt*, 1858, t. III, p. 301.)

Obs. IV. — Il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui portait une énorme tumeur sur le dos, et, dans divers points de la surface cutanée, une soixantaine de tumeurs de dimensions variables. La plupart ne dépassaient pas le volume d'une cerise et présentaient les apparences du *lipoma angiectodes*. Quelques-unes étaient compactes, comme des tumeurs graisseuses, d'autres molles, fluctuantes, contenant un liquide séreux. Plusieurs avaient le volume d'une pomme. La plus grosse, dont le pédicule recouvrait le dos dans toute son étendue, commençait au niveau de la septième vertèbre cervicale; elle s'étendait d'une omoplate à l'autre; et son pédicule, qui avait un diamètre de seize pouces, descendait presque à la première vertèbre lombaire. De là, la tumeur pendait derrière les fesses, de manière à les recouvrir presque entièrement. Dimensions : 2 pieds 2 pouces en long; circonférence à la base : 2' 8''; circonférence maxima : 3' 4''. Le pédicule très-large se confondait insensiblement avec la peau épaissie de la nuque, et n'était constituée que par la peau et la couche celluloadipeuse, hypertrophiées. Çà et là cependant on sentait profondément des traînées plus résistantes. A la surface de la tumeur, on voyait dans divers points des kystes du volume d'un pois et des saillies molles contenant de la sérosité. A l'extrémité inférieure, la tumeur offrait quelques crevasses ulcérées qui laissaient suinter à de certaines époques un liquide jaunâtre d'une odeur désagréable; la quantité en était parfois de quatre à cinq chopes dans les vingt-quatre heures. Cette sécrétion apparaissait généralement toutes les quatre ou cinq semaines et durait de quatre à six jours; elle s'accompagnait d'une fièvre intense et d'un malaise général.

(1) Suite. Voir le numéro du 9 février.

(2) La photographie de cette femme est reproduite par une gravure sur cuivre dans le livre de Virchow.

---

encore certain, nous essayerons plus tard de dire d'où, à notre sens, viennent surtout les *desiderata* les plus importants.

D'ailleurs, à part les mathématiques, chaque science n'a-t-elle pas ses points obscurs et ses parties douteuses? L'*astronomie*, qui est bien une science, n'a-t-elle rien à apprendre? La *physique* marche-t-elle de certitude en certitude? La *chimie* n'invente-t-elle pas, ne se perfectionne-t-elle pas tous les jours, modifiant, avec ses progrès, des théories qui paraissaient certaines? La médecine fait et fera comme toutes les sciences, elle cherchera, elle trouvera, et, sans arriver peut-être jamais à une certitude absolue, elle approchera de plus en plus de son but. Mais, pour cela, que ses adeptes soient bien persuadés qu'ils ont une science à perfectionner et non pas seulement un art à cultiver.

Nous retrouverons d'ailleurs ces idées en nous occupant plus particulièrement des ouvrages qui sont le sujet de ces articles. Ce n'est donc pas la peine de nous étendre davantage en ce moment.

Dr H. Montanier.

(*La suite prochainement.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 février 1865. — Présidence de M. BROCA.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les journaux de la semaine. — La *Gazette médicale* de Strasbourg. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Montpellier médical*.

— M. Luigi Porta, membre associé étranger, fait hommage à la Société de son mémoire intitulé : *De la luxation des vertèbres*.

— M. le docteur Évans adresse à la Société sa brochure intitulée : *La commission sanitaire des États-Unis*, etc.

— M. le docteur Liégard, de Caen, adresse son mémoire sur la *kélotomie*, à propos des faits cités il y a quelques jours par M. Verneuil ; il rappelle qu'il y a trente ans il a fait avec succès, dans deux cas, la suture perdue de l'intestin.

— M. Marjolin présente de la part de MM. Ferdinand Martin et Alfred Collineau un ouvrage intitulé : *De la coxalgie, de sa nature, de son traitement*. (M. Marjolin est chargé de faire un rapport verbal sur ce travail.)

— M. Larrey présente au nom de M. Boyreau, médecin en chef de l'hôpital de la Rochelle, une observation, avec pièces pathologiques, intitulée : *Cancer de l'os iliaque*, etc. (Commissaires : MM. Guyon, Dolbeau, Chassaignac.)

— M. le docteur Leroy (d'Étiolles) écrit pour se porter candidat à une place vacante de membre titulaire.

— Les membres soussignés, MM. Broca, Legouest, Larrey, Laborie, Marjolin, Verneuil, Follin, Boinet, Dolbeau, Forget, Bauchet, Blot, Giraldès, déposent sur le bureau une proposition tendant à modifier l'art. 5 des statuts, relatif au nombre des correspondants nationaux, conformément à l'article 68 du règlement.

— Une commission composée de cinq membres (MM. Broca, Larrey, Legouest, Marjolin et Guyon) est nommée au scrutin de liste et à la majorité absolue pour examiner cette proposition.

COMMUNICATION.

Coxalgie.

M. VERNEUIL continue la communication commencée par lui dans la séance du 1er février.

Élection d'un membre titulaire.

Sur 24 votants :
M. Perrin obtient 19 voix.
M. Panas obtient 5 voix.
En conséquence, M. Perrin est nommé membre titulaire.

Déclaration de vacance.

Après l'élection de M. Perrin, M. le président déclare une nouvelle vacance à une place de membre titulaire.

LECTURES.

M. LABBÉ lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail ayant pour titre : *Note sur la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales*.

M. DESPRÉS, à l'appui de sa candidature à la même place, lit un travail : *Sur une des causes de la non consolidation des fractures intra-capsulaires du col du fémur chez les vieillards*.

Une première commission, composée de MM. Dolbeau, Marjolin et Follin, est chargée de rendre compte du travail de M. Labbé.

Celui de M. Després est renvoyé à l'examen d'une deuxième commission composée de MM. Foucher, Houel et Désormeaux.

— **M. HERVEZ DE CHÉGOIN**, à propos de la lecture de M. Després, communique l'observation suivante :

Luxation en haut et en dedans de la tête du fémur, avec fracture par enfoncement du col dans le grand trochanter.

Une dame de 77 ans, maigre, de taille moyenne, tombe à la renverse, le pied gauche accroché par le pied d'un fauteuil au moment où elle veut se relever.

A l'examen de la malade, voici ce qu'on trouve : raccourcissement léger du membre, inclinaison de la pointe du pied en dehors, gonflement considérable de la cuisse depuis la partie supérieure et externe jusqu'au tiers inférieur, douleur excessive au moindre mouvement et au plus léger contact ; à cause de cette douleur vive, l'examen complet ne peut être fait que huit jours après l'accident. A cette époque, on trouve, outre les symptômes précédents, une ecchymose considérable, s'étendant jusque près du genou. A ce moment, on constate une augmentation notable de volume du grand trochanter, sans aucune mobilité. En palpant la région supérieure et interne de la cuisse, M. Hervez de Chégoin sent l'artère crurale battre presque immédiatement sous ses doigts, et, au-dessous d'elle, il trouve une tumeur dure et arrondie dont la nature reste d'abord indécise. Après plusieurs examens attentifs, M. Hervez reconnaît que cette tumeur est formée par la tête du fémur placée au-dessus du trou ovalaire, un peu au-dessous du ligament de Fallope. La distance du grand trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure est de 5 centimètres. Entre la tête du fémur et le ligament de Fallope il n'y a qu'un centimètre.

M. Michon, appelé en consultation, constate tous ces faits : le membre malade est dans une légère abduction, il est légèrement raccourci et la pointe du pied est inclinée en dehors.

Dans la crainte de produire, par les manœuvres nécessaires pour réduire la luxation, un désenclavement de la tête du fémur sur laquelle on n'aurait plus aucune prise, ces messieurs laissent les parties dans l'état où elles se présentent.

Cet accident date aujourd'hui de sept semaines. Il n'y a plus aucune douleur. Le trochanter est un peu moins volumineux, la tête du fémur a conservé la même position, le raccourcissement est le même. La malade peut lever le membre entier. Le mouvement de flexion sur le bassin est impossible. L'inclinaison de la pointe du pied en dehors est moins marquée. La malade peut la porter en dedans.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 27 janvier 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

1° *Des lésions du système artériel périphérique*, par M. le docteur Lemaire ;

2° Le *Bulletin de thérapeutique* publié par MM. Debout et Bricheteau. A cette occasion, M. le président rappelle la perte que vient de faire la science dans la personne de M. le docteur Debout, et combien cette perte sera sensible au corps médical, dont il était un des membres les plus actifs, les plus laborieux.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Lemaire demandant à échanger son titre de membre titulaire en celui d'honoraire (accordé) ;

2° Des demandes de MM. Verliac et Menjaud pour être inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes ;

3° Une circulaire au sujet d'une souscription pour l'érection d'une statue de Dupuytren à Pierrebuffières (Haute-Vienne).

RAPPORT.

M. Bricheteau lit un rapport sur un mémoire de M. Ginjeot ayant pour titre : *Faits relatifs à l'histoire thérapeutique de l'iodure de potassium* et présenté à l'appui de sa candidature.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. M. Ginjeot est inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes.

COMMUNICATIONS.

M. Gouraud lit, à l'appui de sa candidature, une observation ayant pour titre : *Bronchite, insuffisance tricuspide*.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Martineau, Chedevergne, Ball.

M. Proust lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire sur deux cas de varioles anormales.

Ce mémoire est renvoyé à une commission formée de MM. Béhier, Pierreson et Leven.

— La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire, G. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Samedi dernier ont eu lieu les obsèques de M. Gratiolet, au milieu d'un concours immense. S. Exc. M. Duruy avait voulu rendre personnellement hommage au savant si regretté. Déjà, le ministre avait pris à la charge de son ministère les frais funéraires ; le jour même, il accordait une bourse à l'un des enfants que la mort de Gratiolet frappait si cruellement. De nombreux discours ont été prononcés par MM. Milne-Edwards, Fremy, Broca et Alix ; tous montraient la perte que venait de faire la science, et tous appelaient l'attention du gouvernement sur les infortunes que faisait naître cette mort inopinée. Les amis de la science seront heureux d'apprendre que M. Duruy avait prévenu les vœux de l'opinion publique.

— Par divers arrêtés ministériels, sont nommés officiers d'Académie :

M. Delcominette, professeur suppléant à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy ;

M. Poincarré, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à la dite école ;

M. Xardel, professeur adjoint de clinique interne à la dite école.

— Par arrêté ministériel en date du 1er février 1865, rendu sur la demande même des bibliothécaires, les séances publiques de lecture, à la bibliothèque Mazarine, seront prolongées, à partir de ce jour, jusqu'à quatre heures après-midi.

— M. Bach, agrégé près la Faculté de médecine de Strasbourg, est chargé provisoirement du cours de pathologie externe à la dite Faculté.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine aura lieu le jeudi gras 23 février, à six heures et demie précises, chez Lemardelay, rue Richelieu, 100. Le prix de la souscription est de 15 fr. On est prié de verser le montant de la cotisation dans chaque hôpital à l'interne économe de la salle de garde, ou bien de la remettre à M. Piogey, rue des Martyrs, 28, ou à M. Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges, 42, membres de la commission permanente.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 23. — JEUDI 23 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 23 FÉVRIER 1865. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur l'Académie de médecine. — HOPITAL DE LA CHARITÉ. Tumeur fibro-plastique. — Études sur les affections de l'utérus. — Empoisonnement par l'amanite bulbeuse verte. — Fractures en V. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Thèses. — Nouvelles.

PARIS, LE 22 FÉVRIER 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la syphilis vaccinale est bien près d'être finie, si même elle ne l'est déjà tout à fait. Le débat entre M. Depaul et M. Ricord est clos et n'a plus de raison de renaître. MM. Briquet et Gibert, qui ont pris la parole hier, ont, d'un commun accord, ramené la question sur son véritable terrain et l'ont réduite à ses véritables termes. Il ne reste plus à entendre maintenant que les recherches historiques de M. Bouvier, qui apporteront indubitablement des éléments intéressants, mais sans rien changer probablement au fond même de la question qui, pour nous comme pour tout le monde, sans doute, peut se résumer dès à présent dans ces termes : un fait grave, d'une extrême importance, est acquis; c'est la *possibilité* de la transmission de la syphilis par la vaccine. Mais dans quelles proportions et dans quelles conditions ce fait se produit-il? En admettant même comme vrai un grand nombre de faits douteux et équivoques, ces proportions sont tellement minimes, elles constituent un fait si rare, si exceptionnel qu'il n'y a sérieusement pas lieu de mettre en cause la vaccine. Mais si la vaccine est hors de cause, il n'en reste pas moins, quelque exceptionnel et *prodigieusement* rare que puisse être ce fait, un intérêt immense à se préoccuper d'en prévenir à tout prix le retour. Or, que nous a appris jusqu'à présent cette discussion, soit sur les conditions de cette transmission, soit sur les moyens de la prévenir? Peu de chose, il faut en convenir. Elle n'est, à nos yeux, que le point de départ, le préliminaire d'une étude sérieuse, qu'il est désormais du devoir de l'Académie et du corps médical tout entier de poursuivre jusqu'à satisfaisante solution.

Dans cet état, à quoi pourrait servir l'envoi du rapport au ministre, si ce n'est à jeter inutilement l'alarme dans le public? Nous pensons, à cet égard, avec MM. Trousseau, Ricord, Briquet et Gibert, que cette discussion ne doit pas sortir du seuil de la science, ou qu'elle n'en doit sortir du moins qu'avec une solution formelle et des prescriptions précises. Nous espérons que l'Académie partagera cet avis et votera dans ce sens.

La dernière partie de la séance a été occupée par la lecture d'un travail de M. Jolly sur le tabac, travail très-intéressant, très-bien écrit, parfaitement lu surtout par M. Béclard, ce qui n'a pas peu contribué à lui valoir l'attention soutenue de l'Académie. Quant au fond, nous n'en pourrons juger qu'après lecture complète. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Tumeur fibro-plastique de la région inguinale droite.

Observation recueillie par M. L. LEROY, interne du service.

Le nommé Félix L..., âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de la Charité le 2 janvier 1865; il est couché au n° 15 de la salle Sainte-Vierge.

Il y a quatre ans, sans cause appréciable, cet homme s'aperçoit qu'il avait dans l'aine droite une glande roulant sous le doigt, grosse comme une lentille et nullement douloureuse. Depuis cette époque, la tumeur augmenta régulièrement de volume; aujourd'hui, elle est ovoïde; son plus grand axe mesure 14 centimètres, le plus petit 10 centimètres; sa direction est celle du pli de l'aine, qu'elle efface en remontant vers l'abdomen.

Le malade a un tempérament lymphatique; il a eu dans sa jeunesse des ophthalmies et une adénite suppurée de l'aisselle. Sa tumeur n'a jamais été douloureuse; il a travaillé jusque dans ces derniers jours, et s'il veut se débarrasser de sa tumeur, c'est qu'il la considère comme un poids incommode qui le gêne dans son travail. Rien à noter du côté de la famille.

La tumeur a une consistance variable dans ses diverses parties; en certains points, fluctuation; en d'autres points, sensation de tissu solide et élastique; enfin, sur l'extrémité inférieure et interne, dureté cartilagineuse. Elle est légèrement bosselée; la peau qui la recouvre et glisse sur elle est couverte de veines dilatées. Pas de transparence. Si on cherche les limites précises de cette tumeur, on la trouve située au milieu des ganglions de l'aine; on peut l'isoler des tissus sous-jacents; elle n'a de racines ni du côté de la cuisse ni du côté de l'os des îles; le scrotum, les ganglions inguinaux, sont à l'état normal.

M. Velpeau diagnostique une tumeur fibro-plastique avec diverses transformations probablement dans un ganglion.

L'ablation de cette tumeur est faite le 7 janvier; l'opération ne présente rien de particulier, sauf une hémorrhagie facilement arrêtée, qui était due à l'ouverture de quelques artérioles et de quelques branches de la veine saphène.

Fendue selon son grand axe, la tumeur offre six kystes gros comme une noix, remplis les uns de sérosité jaunâtre, les autres de sang altéré; une membrane d'enveloppe les sépare du reste de la tumeur; trois d'entre eux sont situés près de la surface de la tumeur et expliquent la fluctuation qui avait été perçue sur quelques points.

La partie qui paraissait cartilagineuse au toucher est blanche, nacrée, en certains endroits infiltrée de masses calcaires. Mais la presque totalité de la tumeur est composée d'une substance solide, jaunâtre, ne donnant aucun suc par le râclage, mais pouvant être écrasée facilement et se réduire en petites masses grenues. Une enveloppe cellulo-fibreuse sépare la tumeur des tissus voisins.

Examen microscopique. — 1° Sur une coupe faite en un point blanc, nacré, nullement imprégné de matières calcaires, on trouve de nombreuses cellules de cartilage disséminées au milieu de tissu fibreux; quelques éléments fusiformes; rares vaisseaux sanguins.

2° Sur une coupe au niveau d'un point infiltré de calcaires, l'infiltration calcaire forme des taches noires parsemées de lignes blanchâtres. En d'autres points de la préparation, il y a des éléments fibro-plastiques et noyaux pris isolément par la matière calcaire; certains éléments fusiformes sont infiltrés dans leur enveloppe seule, le noyau et le contenu restant distincts; sur d'autres, le contenu est semé de granulations noires laissant à peine voir le noyau; enfin, dans certains éléments, le noyau n'est plus visible, une tache noir l'efface.

3° Sur une coupe pratiquée dans la substance solide, élastique, qui compose la plus grande partie de la tumeur, on trouve des éléments fibro-plastiques en quantité considérable; ils sont toutefois moins nombreux que les noyaux et les cellules embryoplastiques. On rencontre dans cette partie de la tumeur beaucoup de vaisseaux capillaires sanguins.

Si on considère que la tumeur avait à son début l'aspect d'un ganglion hypertrophié, que son développement s'est fait d'une manière lente et graduelle au milieu des ganglions inguinaux, que les organes voisins n'ont été lésés ni dans leur structure ni dans leurs fonctions, on peut admettre que cette tumeur a pour siége un ganglion lymphatique inguinal. Pour la structure, M. Velpeau avait annoncé qu'en ouvrant cette tumeur on y trouverait des bosselures pleines de sang plus ou moins altéré, d'autres pleines de sérosité, en certains points du cartilage, en d'autres points un tissu lardacé; ce n'était pas, suivant le professeur, le cancer, mais une tumeur qui s'en rapproche et peut récidiver. Ce diagnostic a été confirmé de point en point par l'examen de la pièce.

C'est à des tumeurs analogues qu'on a donné parfois le nom de tumeurs sarcomateuses; aujourd'hui on les appelle fibro-plastiques. Celle que nous venons d'étudier serait mieux nommée embryoplastique, en considération des nombreux noyaux et cellules embryonnaires qu'elle renferme.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS

PAR M. LE DOCTEUR TOURRETTE.

Vers la fin du mois de juin 1863, je recevais la lettre suivante d'un confrère, aussi savant que modeste, M. Tiersot, de Bourg (Ain).

« La dame qui vous remettra cette lettre a accouché heureusement il y a quinze mois environ. Au bout de quelques jours, elle fut prise d'accidents inflammatoires sub-aigus dans le péritoine des ovaires et de la matrice.

« Ces accidents, incomplétement enrayés d'abord, n'ont pas tardé à se reproduire avec une grande violence. Le ventre était ballonné, la région de la matrice et de l'ovaire gauche offrent une susceptibilité excessive et un engorgement qui s'élevait jusqu'à trois ou quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

« La malade éprouvait des coliques et des douleurs s'irradiant dans toute la longueur des membres inférieurs, qui arrachent nuit et jour des cris à la malade.

« Il y avait des vomissements incoersibles qui permettaient à peine l'ingestion dans l'estomac de quelques gouttes de bouillon et même d'eau fraîche.

« Après trois semaines environ d'un traitement calmant et antiphlogistique, ces symptômes s'amendèrent; les vomissements furent suspendus; la malade put prendre quelques gorgées de bouillon, les coliques avaient presque disparu, le sommeil était revenu. Alors la matrice et l'ovaire avaient recouvré à peu près leur volume et leur sensibilité normales.

« Quoique Mme R... n'eût pas nourri son enfant, les seins n'en continuaient pas moins à sécréter du lait en abondance; les règles n'avaient pas reparu.

« La malade, avant son mariage, présentait déjà des symptômes

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

II.

M. Bouchut vient de publier sous le titre de : *Histoire de la médecine et des doctrines médicales,* un livre qui est tout à la fois et une histoire et un exposé de doctrines.

M. Bouchut est un de ces travailleurs infatigables qu'il n'est pas nécessaire de stimuler, mais que ses amis, au contraire (et nous sommes du nombre), feront bien de retenir. Nous n'hésitons pas à dire que presque tous les ouvrages de M. Bouchut, pleins d'ailleurs d'excellentes choses, pèchent surtout par ce point que, étant faits trop hâtivement, l'auteur n'a pas eu toujours le temps de mûrir son plan et ses pensées. Et cependant nul adage n'est plus vrai que celui-ci, probablement aussi vieux que le monde :

Le temps n'épargne pas ce qui se fait sans lui.

Cette critique s'applique aussi bien au dernier ouvrage de M. Bouchut qu'à ses livres précédents. Il eût été facile, convenable et instructif de le faire plus complet et d'entrer dans des développements souvent indispensables. Selon nous, il manque à cette *Histoire des doctrines médicales* des chapitres tout entiers, et on est fâché de n'y pas rencontrer l'exposé des doctrines d'hommes fort éminents et ayant occupé un rang très-élevé dans la science, de Sydenham, par exemple. Je sais bien que M. Bouchut n'a eu l'intention de parler que des vrais chefs d'école et des hommes originaux. Cette lacune ne nous en paraît pas moins regrettable et nous voudrions la voir combler dans une prochaine édition.

Quoi qu'il en soit, même avec ses imperfections, le livre de M. Bouchut est des plus intéressants et des plus instructifs; il se lit d'un bout à l'autre avec un très-vif plaisir; il est partout clair, précis et parfaitement enchaîné. Les érudits regretteront peut-être des indications trop incomplètes, mais le plus grand nombre des médecins sera enchanté de trouver là une science très-suffisante sans cette surcharge souvent ennuyeuse et stérile de notes, de textes, de discussions qui émaillent trop souvent les livres de cette nature.

En somme, pour aujourd'hui, ce que nous demandons au travail de M. Bouchut, c'est moins une histoire qu'un exposé de doctrines, et c'est à ce point de vue que nous voulons l'interroger.

Dans le volume déjà publié, l'auteur fait l'histoire du *naturisme* et des principaux *naturistes.* Le naturisme, pour lui, et en cela il a complétement raison, comprend l'animisme, le vitalisme, le système de Van Helmont et celui de Paracelse, aussi bien que le naturisme proprement dit d'Hypocrate et de ses successeurs immédiats. Bien que M. Bouchut ne l'avoue pas très-explicitement, il n'est pas possible de lire son livre sans s'apercevoir que le naturisme a toutes ses sympathies et qu'il le regarde comme le système médical le plus large et le plus vrai.

La nature, voilà un de ces mots à double face et si mal défini le plus souvent, que chacun peut le revendiquer pour lui-même, à quelque système qu'il se rattache d'ailleurs. A notre avis même, les médecins les plus naturistes sont à coup sûr les véritables organiciens. Mais comme il y a fagot et fagot, il y a nature et nature; voyons donc ce que M. Bouchut et les médecins naturistes entenden par ce grand mot : LA NATURE.

Disons d'abord que ce mot est si vague que la plupart des naturistes, quoique en conservant la même chose et partant des mêmes idées, lui ont donné un nom différent et plus aisément compréhensible. Barthez l'appelle *principe vital* et lui fait jouer un rôle analogue; Stahl l'appelle l'*âme;* Van Helmont l'*archée*, etc., etc.; mais c'est toujours une seule et même chose.

Pour M. Bouchut, la nature est « le principe de la vie, dont parle Hyppocrate, cette force bienfaisante qui semble veiller aux actes de l'économie pour la conservation des malades et n'est pas susceptible de s'altérer. » La nature est intelligente; elle sait ce qu'elle fait et elle agit avec conscience vers un but déterminé, la conservation de l'individu malade.

Peut-on aujourd'hui, je le demande, accepter de pareils principes et quel est le médecin qui voudrait, comme Van Helmont, être assez conséquent avec lui-même pour arriver aux dernières limites de son raisonnement? Si les êtres vivants sont doublés d'un principe intelligent, présidant à leur formation et à leur conservation, il est évident que les animaux le possèdent aussi bien que l'homme, conséquence qu'acceptent sans peine tous les vitalistes, même Stahl qui accorde une âme aux bêtes. Mais il faut forcément aller plus loin encore et reconnaître que les végétaux portent dans leur sein ce principe pensant et intelligent. Les vitalistes veulent-ils arriver jusque-là et un végétal possède-t-il effectivement l'intelligence et la raison? Van Helmont reconnaît une archée aux animaux, aux végétaux *et même aux minéraux*, et il n'est que logique dans ses déductions. Ce n'est qu'à moitié sa faute si son principe le mène à l'absurde.

chlorotiques qui n'avaient jamais disparu. Son tempérament est lymphatique et sanguin. Malgré ces conditions défavorables, je n'en continuai pas moins le traitement antiphlogistique local, en même temps que je prescrivais autant que possible à l'intérieur un traitement tonique reconstituant.

« Sous cette double influence, la tumeur de l'ovaire a presque complétement disparu, mais celle de la matrice est encore sensible et plus apparente; l'état général s'est amélioré d'une manière satisfaisante.

« Les règles ont reparu il y a trois ou quatre mois et sont revenues depuis assez régulièrement, mais en petite quantité.

« Il y a deux mois à peu près que la sécrétion s'est également interrompue, et il s'est produit en même temps à l'ombilic un écoulement de pus lactiforme semblant provenir d'un abcès de la matrice. L'état général de la malade n'en a pas souffert; la sécrétion du lait s'est reproduite peu de jours après sans que l'écoulement du pus ait diminué bien sensiblement.

« Tel est l'état dans lequel se trouve aujourd'hui Mme R..., et je pense, d'accord en cela avec M. le docteur Berne, chirurgien major de la Charité de Lyon, qu'elle tirera un grand avantage de l'usage des eaux de Vals et des soins intelligents et dévoués que vous voudrez bien lui donner, ainsi que vous le faites pour tous vos malades, etc.

« TIERSOT, D. M. P. »

Consultation de M. le docteur Berne, chirurgien major de la Charité de Lyon.

J'ai examiné avec le plus grand soin Mme R..., que M. le docteur Tiersot m'a adressée.

Les renseignements si complets fournis par mon très-honoré confrère me dispensent d'insister sur les antécédents de madame.

Au début: métro-péritonite, engorgement des ovaires.

Soulagement au troisième mois, à la suite des moyens antiphlogistiques mis en usage par M. Tiersot. Aux cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième, dixième et onzième mois, continuation de quelques douleurs vagues dans tout le ventre, localisées surtout du côté gauche et au niveau de l'ombilic. Au douzième mois, après quelques jours de douleurs plus aiguës, ouverture au niveau de l'ombilic, issue du pus, et depuis lors trajet fistuleux. L'écoulement du pus semblait diminuer un peu, lorsque les règles sont revenues, et depuis lors la suppuration est un peu plus abondante.

Actuellement, région utérine dure, tuméfiée, fistule ombilicale, suppuration très-fétide, engorgement très-léger du col; état général s'améliorant de jour en jour.

Je crois que madame, à la suite des accidents que nous venons de décrire, a eu un abcès *péri-utérin*, dont l'ouverture s'est faite au niveau de l'ombilic.

Les accidents graves me semblent actuellement conjurés. Je ne doute pas que madame ne revienne à une santé complète.

Je conseille surtout:

1° Précautions très-grandes au moment de la menstruation, pour éviter toute fluxion utéro-péritonéale qui pourrait se faire; rester au lit, peu d'efforts;

2° Faire quelques lotions, soit avec une décoction aqueuse ou vineuse de quina, soit avec une infusion de fleurs d'arnica;

3° Essayer avec quelques précautions quelques injections d'eau tiède pour bien laver le trajet fistuleux;

4° Faire des frictions répétées deux ou trois fois par jour sur le ventre. Ces frictions me semblent devoir favoriser un peu le retrait des parois fistuleuses;

5° Continuer de temps en temps l'usage des préparations de quina;

6° La tendance si grande à fournir du lait, même avant l'accouchement et après, m'engagent à conseiller de temps à autre les préparations alcalines, deux ou trois grammes, par exemple, d'acétate de potasse dans de la tisane de la reine des prés;

7° L'envoi de madame aux eaux de Vals me semble lui convenir pour augmenter encore la santé générale et favoriser peu à peu la guérison du mal local.

Lyon, 12 mai 1863.

A son arrivée à Vals vers la fin juin 1863, Mme R... a offert à notre observation l'état suivant: amaigrissement prononcé, décoloration de la peau, faiblesse générale, apathie, découragement, tristesse profonde, caractère doux, mais insouciant, etc.

Les yeux sont bruns, tristes et sans éclat; ils sont cernés par une auréole bleuâtre; la muqueuse des ailes du nez, des lèvres, des gencives est décolorée, les chairs sont molles, la langue est large, humide saburrale, l'appétit médiocre, les digestions lentes, l'abdomen souple et déprimé, etc.

Le pouls est petit, facile à déprimer; les bruits du cœur et des carotides sont faibles, mais nullement soufflés; rien d'anormal du côté des poumons, soit par la percussion, soit par l'auscultation, si ce n'est que le murmure vésiculaire est plus faible dans les petites inspirations que dans les grandes.

Près du côté gauche, et à la hauteur de l'ombilic, on aperçoit une toute petite plaie, ou mieux un tout petit *pertuis*. Ce pertuis, d'où s'écoule continuellement une matière séro-purulente un peu fétide, correspond par un trajet fistuleux de l'ombilic à la région inguinale gauche. On peut, au moyen d'une légère et intelligente palpation, suivre ce trajet fistuleux qui part évidemment du tissu cellulaire péri-utérin qui sépare ou avoisine la matrice et l'ovaire gauche. La *tumeur* de la matrice et celle de l'ovaire, dont il est impossible de nier l'existence, ne nous paraissent pas de nature à contrarier le traitement hydro-minéral. Nous avons vu, dans d'assez nombreuses circonstances, des engorgements de ces deux organes céder à l'emploi de nos eaux; alors qu'on en usait avec intelligence et d'une manière complète.

Évidemment Mme R... est sous l'influence d'une chloro-anémie qui doit trouver dans l'emploi de ces eaux ferro-manganiques et ferro-arsénicales de Vals une médication salutaire et même curative.

Pendant les quinze premiers jours du traitement hydro-minéral qui consistait à prendre un bain minéral le matin et six demi-verres d'eau de la Dominique, la malade éprouvait des lassitudes, des faiblesses, de l'accablement, elle ressentait parfois au sortir du bain, où elle s'était pratiquée quelques injections vaginales, des douleurs sourdes dans le bas-ventre; il lui semblait que tous les accidents douloureux qu'elle avait endurés allaient éclater; le souvenir de ces souffrances l'inquiétait et la décourageait.

A compter de cette époque, Mme R... se trouve mieux; les forces reviennent; elle peut aller, sans le secours du bras de sa bonne mère, deux fois par jour à l'établissement thermal et faire même à pied quelques promenades de plus en plus lointaines; l'appétit est bon, excellent, et peut être satisfait sans danger; les digestions se font bien et même facilement; l'engorgement utérin et celui de l'ovaire ne sont plus appréciables. Somme toute, cette intéressante malade nous quitta en pleine voie de guérison.

M. le docteur Tiersot m'a informé que Mme R... était la santé même depuis deux ans. Le mérite en revient tout entier aux eaux de Vals.

Cette observation est bien longue. Je n'ai pas eu le temps de la faire plus courte; je la crois d'un grand intérêt. En effet, où Mme R... aurait-elle trouvé des eaux qui eussent également développé d'une manière si prompte et si évidente leur influence curative? Nulle part, que je sache, on ne rencontre réunies des sources bicarbonatées sodiques, ferro-manganiques et ferro-arsénicales comme à Vals. C'est sur cet avantage, sur ce privilége que j'appelle l'attention du monde médical. J'ai l'espoir que la presse médicale saura faire ressortir tous les avantages qu'un médecin expérimenté peut retirer de l'usage multiple de nos eaux, qui ne sont pas seulement les similaires des eaux de Vichy, mais qui leur sont supérieures sous plusieurs points de vue que nous avons à cœur de faire connaître.

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS

Amanite bulbeuse verte. Agaricus bulbosus (Bulliard).

Observation communiquée à la Société des sciences médicales de Paris,

Par M. le Dr Jules de SOYRE.

Plusieurs journaux de Paris ont publié récemment, d'après l'*Indépendant de la Charente*, le récit d'un empoisonnement par les champignons arrivé à Luchat, arrondissement de Saintes (Charente-Inférieure); sur les sept convives du fatal repas, six étaient morts, disait-on, et le septième était mourant.

J'ai immédiatement prié M. le maire de Luchat de me faire parvenir quelques détails sur cet événement, et il a bien voulu m'honorer de la réponse suivante datée de Saintes, 16 octobre 1864:

« Je m'empresse, Monsieur, de vous envoyer trois champignons de l'espèce de ceux qui ont causé la mort à deux enfants de la commune de Luchat.

« Je m'empresse aussi de vous donner dans l'intérêt de la vérité tous les détails de ce malheureux événement.

« Samedi soir 1er octobre, le sieur Brujon et sa femme, cultivateur très-aisé et très-estimé, avait à sa table ses deux petits-enfants (le jeune Moine et le jeune Monroujeau); son domestique Arthur et la femme de ce dernier, aussi domestique chez lui, qui venait de vaquer aux travaux des champs, se mirent à table et mangèrent des champignons, qui malheureusement étaient d'une espèce vénéneuse.

« Ce n'est que quelques heures après le souper de ces six personnes que le domestique Arthur, qui en avait le plus mangé, se trouva indisposé, et rendit son souper. Les autres personnes ne s'aperçurent d'indisposition que le lendemain assez tard, ce qui les empêcha d'appeler un médecin aussitôt qu'il l'aurait fallu, et aujourd'hui nous avons eu la douleur d'enterrer les deux jeunes enfants; quant aux quatre autres personnes, elles ont été excessivement malades; seulement depuis quelques jours leur état paraît s'être amélioré.

« Ces champignons étaient tellement vénéneux qu'un chien, deux chats et un canard sont morts quelques heures après avoir mangé de ce que le sieur Arthur avait rendu.

« Par une coïncidence extraordinaire, le père de la femme Arthur mangeait le lendemain de ces mêmes champignons; il a été très-malade, et se trouve aujourd'hui en convalescence. »

Cette lettre était accompagnée d'une petite boîte envoyée par la poste, et contenant trois champignons; il m'a été facile de les reconnaître pour l'amanite bulbeuse verte (*agaricus bulbosus*, de Bulliard; *agaricus phalloïdes*, de Fries; *amanita venenosa*, variété *viridis*, de Persoon; oronge ciguë verte, de Paulet). La synonymie de ce champignon est d'une richesse désolante, car le nombre de ses désignations s'élève à quarante-sept, ainsi qu'on peut s'en assurer dans le *Nomenclator fungorum* de Streintz.

Malgré la certitude que j'avais sur ces échantillons, je les ai présentés à notre savant mycologiste M. le docteur Cordier, qui a confirmé ma diagnose.

Du reste, le doute était-il permis en présence d'une bourse ou *volva* qui caractérise le genre amanite, d'un pédicule cylindrique renflé à sa base en une bulbe courte entourée par le *volva*, pédicule muni d'un anneau blanc, large et léger, d'un chapeau rond de couleur vert olive, plus pâle vers sa circonférence, qui est presque blanche, chapeau doublé de feuillets blancs, feuillets entiers et demi-feuillets et parties de feuillets coupés à angle droit.

Ce champignon se trouve dans tous les bois des environs de Paris en août, septembre et octobre. Quand il est jeune, il n'a ni mauvais goût ni mauvaise odeur; mais en vieillissant, il se penche, prend une couleur brune verdâtre, et exhale une odeur cadavéreuse insupportable. Il est à l'intérieur promptement dévoré par de petits vers.

Ce champignon est très-dangereux, et il a causé de fréquents accidents. C'est un poison mortel, même lorsqu'il est mangé en petite quantité (de 4 à 12 grammes). L'effet est moins rapide que celui de la fausse oronge.

Paulet, à qui l'on est redevable d'un excellent mémoire sur cette espèce de champignon, dit qu'il fit avaler à un chien vigoureux une pâtée où il avait introduit l'agaric bulbeux verdâtre à la dose de trois gros (12 grammes). Ce ne fut que dix heures après que l'animal éprouva les premiers effets du poison. Il fit des efforts pour vomir; ses jambes faiblirent; il se coucha, s'assoupit, et mourut bientôt après dans des mouvements convulsifs. L'estomac et le duodénum offraient quelques rougeurs livides. Tout le canal intestinal était enduit de mucosité épaisse et jaunâtre. L'œsophage, les viscères du bas-ventre et de la poitrine étaient dans l'état normal.

Il ajoute qu'il ne connaît pas de véritable antidote contre les effets de ce champignon; mais qu'il a obtenu de bons effets de l'éther vitriolique, et que parmi les divers remèdes indiqués par les auteurs, il n'a trouvé que l'éther qui fût capable de calmer sensiblement les accidents, et de prolonger même la vie des animaux soumis aux expériences.

Pour Bulliard, les vomitifs, l'huile, le lait et la thériaque sont les antidotes de ce champignon. On a aussi conseillé le tannin.

Laissons les minéraux de côté; il est évident que la plante est vivante comme l'animal, qu'elle se développe, qu'elle est malade, qu'elle meurt comme lui, et que les lois qui président à la formation et à la conservation de l'un et de l'autre sont absolument les mêmes. La *nature* guérit un chêne malade comme elle guérit un homme malade; si elle est intelligente dans ce dernier cas, elle l'est également dans le premier. Donc le végétal, contre toutes les idées reçues, est un être sentant et pensant. Voilà où, de déductions en déductions, conduisent les systèmes qui reposent sur ce principe d'un être intelligent présidant à la formation et à la conservation de l'être vivant!

Nous aussi, organiciens, nous admettons la nature, et même la nature médicatrice, mais nous la comprenons d'une toute autre manière. Selon nous, elle est l'ensemble des lois en vertu desquelles l'être se forme, se développe et se conserve, lois dont nous ne connaissons et ne connaîtrons jamais l'essence qu'il est heureusement fort inutile de chercher. L'harmonie de ces lois est souvent troublée dans l'être vivant exposé à mille causes de désordre, et de là naît la maladie, ou, pour parler plus justement, la lésion et son retentissement obligé sur tout l'organisme ou sur quelques points seulement. Comment se fait le retour à la santé? Est-il nécessaire d'invoquer un principe intelligent agissant dans tel ou tel sens, et assez inepte pour n'avoir pas su mettre à l'abri des atteintes du mal l'être qu'il est chargé d'éclairer, de protéger ou de défendre? N'est-il pas plus simple d'admettre que les mêmes lois qui président à la conservation de l'être sain, ou des lois analogues, sont suffisantes pour protéger l'être malade et arrêter les progrès du mal?

En appelant à notre aide, non point des principes abstraits que rien ne démontre, mais les lois bien entendues de la physique, de la chimie et de la mécanique vivantes, nous devons arriver à comprendre pourquoi telle lésion ayant débuté de telle manière, s'est propagée de telle façon, à droite plutôt qu'à gauche, en avant et non en arrière; — pourquoi elle est arrivée jusqu'à tel point nécessairement, fatalement; — pourquoi elle s'est arrêtée ici et non point là et comment ensuite les choses sont revenues à leur premier état, où bien pourquoi l'organisme n'a pas pu retourner à son état normal primitif.

Pour certains naturistes, la lésion organique est très-peu de chose et pour d'autres elle n'est même rien. Nous savons bien que M. Bouchut n'a pas aussi complétement renié les doctrines de l'école de Paris que son livre pourrait le faire croire; pour le moment, parlons comme s'il n'était point en cause. Stahl ne reconnaît guère d'utilité à l'anatomie; Van Helmont ne voit la maladie que dans son archée; à Montpellier, c'est le principe vital qui est atteint, la lésion organique n'est que secondaire et d'une importance si minime que c'est seulement par l'effet du hasard qu'elle se trouve ici plutôt qu'ailleurs, sur le poumon plutôt que sur la vessie.

Les principes établis, les conséquences arrivent et s'imposent, malgré qu'on en ait, et nous avons peine à comprendre pourquoi M. Bouchut est si sévère pour certaines idées de Paracelse, pour l'homœopathie et pour la démonomanie.

Paracelse use sa vie à chercher une *panacée* pour toutes les maladies, et cela l'a fait accuser d'être fou; il l'était incontestablement, mais c'était un fou logique. Et pourquoi donc, selon vous, n'existerait-il pas une *panacée*? La maladie s'adresse à quoi? à l'âme, à la nature intelligente, au principe vital, etc. Peut-elle agir de façons différentes sur ce principe immatériel, toujours un et constamment identique? Le résultat n'est-il pas toujours le même, la maladie? Qu'importe que cette maladie soit une bronchite, une pleurésie, un rhumatisme, etc., ce ne sont là que des accidents. Le fait important et capital, c'est l'altération du principe vital, et cette altération, elle doit être, comme lui, une et toujours identique à elle-même. Puisqu'il n'existe qu'une altération unique, il ne doit y avoir qu'une seule façon de la combattre. Pourquoi donc alors ne pas lui appliquer toujours le même remède, la panacée? Cela est parfaitement logique et, si vous avez raison, Paracelse avait encore bien plus raison que vous-même.

M. Bouchut traite Hahnemann comme il mérite d'être traité assurément, mais M. Bouchut a tort, et il n'est pas conséquent avec lui-même. Le globule, les infiniment petits, c'est la *panacée* de Paracelse et pas autre chose. Puisque le principe intelligent est seul malade, à quoi bon les doses massives et en quoi sont-elles utiles contre un principe, une substance? Les végétaux, les minéraux ont en eux une sorte de principe vital qu'il s'agit d'en isoler pour l'opposer au principe actif de l'être vivant; ces principes là ne se pèsent ni ne se mesurent. Ils sont ou ils ne sont pas, et le volume ne fait rien à la chose. Mais, en somme, Hahnemann pouvait bien n'être ni un fou, ni un charlatan; il est conséquent avec ses propres principes, qui sont ceux des *naturistes et des vitalistes.* Reconnaissons même, à la louange du médecin allemand, qu'il a le courage de toutes ses opinions, qu'il ne se laisse arrêter par aucun faux-fuyant et qu'il tire de ses principes toutes les conséquences qu'ils comportent.

En allant encore plus loin, et le lecteur saura bien tirer sans nous les conclusions, on arrive ou plutôt on descend jusqu'au mysticisme le plus abstrait et à la démonologie médicale.

Sans doute les esprits droits et sensés ne peuvent pas tomber dans

Bulliard a dessiné et gravé lui-même en couleur ce champignon, représenté dans son *Histoire des plantes vénéneuses de la France* (pl. 2e). On trouve aussi une bonne figure de ce champignon dans l'Atlas de Roques (pl. 23, fig. 1re et 2e), et dans Paulet (pl. 156, fig. 2e).

L'amanite bulbeuse verte ne ressemble pas aux champignons comestibles à chapeaux verts; car ces derniers n'ont ni *volva*, ni bulbe, ni anneau. Elle ressemble encore moins au champignon de couche (*agaricus edulis*), qui n'a pas de *volva*, dont le chapeau est blanc ou brunâtre, et surtout dont les feuillets sont roses ou lilas clairs et brunissent de plus en plus avec l'âge.

L'empoisonnement de Luchat ne peut être attribué tout à fait à une erreur, c'est plutôt à une confiance hasardée. Quoi qu'il en soit, nous sommes heureux d'avoir pu recevoir d'utiles renseignements sur ce terrible exemple.

DES FRACTURES EN V

Au point de vue de leur gravité et de leur traitement.

Parmi les thèses chirurgicales récemment soutenues devant la Faculté de médecine de Paris se remarque un travail original, qui a déjà occupé l'attention dans une communication à l'Académie. C'est la dissertation inaugurale d'un chirurgien distingué de la marine, M. Béranger-Féraud, sur les fractures en V.

C'est dans la *Gazette des Hôpitaux* que ce genre de lésions a été tout d'abord étudié, et nos lecteurs n'ont certainement pas oublié les excellentes leçons cliniques du professeur Gosselin, insérées dans la collection de 1855, p. 218. La question avait été résumée à la même époque dans une thèse de M. Bourcy et fut discutée plus tard à la Société de chirurgie de Paris, surtout au point de vue de la cause réelle des accidents très-graves de cette classe de fractures. On a attribué successivement cette gravité exceptionnelle à l'intoxication putride, à la forme de la plaie des tissus, à une prédisposition individuelle, et M. Béranger-Féraud pense qu'on doit plutôt accuser, dans ces cas, les effets de l'arthrite traumatique qui, d'après lui, se développe toujours alors.

Notre grand Ambroise Paré avait dit dès longtemps: « Lorsqu'il se fait fracture près des jointures, il y a grand danger que la jointure ne tombe en grande inflammation. » (Liv. 15. C. 3). M. Féraud s'est de plus efforcé de prouver que, dans toutes les fractures en V de l'extrémité inférieure de la jambe, comme d'ailleurs dans toutes les fractures analogues des membres, l'articulation est dilacérée, et il a tiré ses preuves de sa démonstration de l'inspection anatomique, de l'observation de l'âge des sujets atteints des fractures en V ou cunéennes de Larrey, et de l'étude des accidents qui ont été cités dans les observations de divers auteurs.

C'est à l'aide de faits nombreux empruntés aux publications de plusieurs chirurgiens, tels que MM. Fournier, Gosselin, Lizé du Mans, Malliard, Prudhomme, etc., et de l'examen des pièces anatomiques du musée Dupuytren que l'auteur du travail que nous analysons parvient à étayer sa première proposition. Quelques figures rendent sa démonstration plus complète.

Il montre aussi, d'accord avec M. Gosselin, que les fractures en V n'ont été rencontrées que chez les adultes, ce qu'explique le peu de développement de l'ossification avant cet âge, et par conséquent la difficulté d'extension ou d'irradiation des lésions de la diaphyse des os vers les articulations voisines.

Il trouve enfin dans les accidents graves, survenus presque constamment, un puissant argument en faveur de son opinion sur l'influence funeste qu'exerce dans ces cas l'arthrite traumatique.

M. Béranger-Féraud cherche du reste à atténuer ce que cette théorie aurait peut-être de trop exclusif pour quelques chirurgiens, en établissant une distinction entre les fractures en V, compliquées de plaies, à celles où la peau est intacte, distinction fort importante quant au pronostic, car il est incontestable que bon nombre des dernières ont été suivies de guérison.

Quant aux conclusions thérapeutiques, l'auteur est partisan décidé de l'amputation immédiate dans les fractures compliquées de plaies des téguments et nous croyons qu'il trouvera peu de contradicteurs, car ses recherches statistiques prouvent que, dans ces circonstances, la chirurgie conservatrice n'a donné qu'*un succès* douteux, tandis que 31 cas sur 32 ont été malheureux.

N'oublions pas de faire observer que M. Béranger-Féraud est loin d'appartenir à la classe de ceux qui veulent opérer à outrance et nous engageons du reste nos lecteurs à faire une étude complète de son travail. Il résume les faits avec précision, impartialité et critique. On le consultera avec le plus grand fruit. Nous croyons devoir enfin signaler d'une manière toute particulière dans la thèse du chirurgien major du yacht le *Prince-Jérôme*, une observation fort remarquable qui pourrait, à elle seule, faire l'objet d'une étude chirurgicale fort intéressante. Comme une analyse ne pourrait en donner une idée suffisante, les lecteurs de la *Gazette* nous sauront certainement gré d'en reproduire le texte *in extenso*. Il montre ce que peut la chirurgie conservatrice en des mains habiles.

Observation sommaire de fracture comminutive sans plaie. — Conservation. — Accidents graves. — Ligature osseuse. — Guérison.

Pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon, en 1851, dans le service de mon bien affectionné maître l'habile docteur Long, on nous apporta un ouvrier maçon qui venait de tomber dans un escalier et qui portait à la partie moyenne de la jambe droite une fracture comminutive du tibia sans plaie, et une fracture simple du péroné.

La réduction ne fut pas laborieuse, mais le déplacement se reproduisait à mesure avec une extrême facilité. Appareil à faux fanons, extension, compresses froides, puis irrigation continue. Des accidents inflammatoires formidables se déclarent; des abcès se forment et font de la jambe un vaste foyer purulent, à plusieurs ouvertures, communiquant avec les plaies osseuses. Suppuration énorme; émaciation extrême du sujet; mouvement fébrile le soir. Vingt jours après la fracture, il n'y avait pas la moindre trace du travail réparateur dans les fragments osseux. La jambe était devenue un vaste foyer purulent empoisonnant l'organisme du malheureux. L'amputation de la cuisse au tiers inférieur fut décidée.

Je prépare l'appareil opératoire, je rase le membre à l'endroit où le couteau doit porter; je fais transporter le malade dans la salle d'opérations; mais, au moment d'être amputé, ce pauvre homme fait une peinture si énergique et si éloquente de son effroi, de la misère qui le menace s'il guérit, qu'il nous émeut tous. Il refuse nettement l'opération.

M. Long fait alors une incision sur la face interne de la jambe, d'une ouverture d'abcès à une autre; les fragments de l'os sont mis à nu et apparaissent aussi nets que si on les avait disséqués avec soin. Ils sont très-mobiles les uns sur les autres, sans aucun travail de réparation. S'armant alors d'une très-grosse aiguille courbe, l'opérateur passe un fil de plomb de 1 millimètre de largeur autour des fragments; il les fixe les uns aux autres comme on raccommoderait un morceau de bâton cassé, par trois viroles de ce fil; et, quand cette opération curieuse est terminée, les bords de l'incision cutanée sont rapprochés modérément; la plaie pansée avec une vaste compresse cératée et un épais coussinet de charpie; puis soumise de nouveau à l'irrigation froide.

Vingt jours après, les fils de plomb furent enlevés, les accidents avaient été nuls; les fragments osseux adhéraient les uns aux autres. Peu à peu les plaies se ferment; un bandage dextriné est mis alors en place, et enfin, cent cinq jours après son accident environ, le pauvre ouvrier commençait à marcher avec des béquilles d'abord, puis avec un bâton. Bientôt il quittait l'hôpital; son membre, quoique volumineux et déformé, n'était pas raccourci. Six mois après la fracture, il n'avait plus la moindre claudication, et il avait pu reprendre son travail.

J'ai revu cet ouvrier en 1860, neuf ans après son accident, il était aussi ingambe, aussi agile que s'il n'avait jamais été blessé, et, malgré une cicatrice adhérente à l'os dans toute l'étendue de la face interne du tibia, il n'avait jamais ressenti la moindre incommodité du fait de sa fracture.

M. Béranger-Féraud a présenté à l'Académie de Médecine, séance du 8 novembre, un mémoire ayant pour titre : *De l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées.* C'est le développement de l'idée qui avait inspiré l'auteur de cette observation. (Voir *Gazette* du 10 novembre 1864).

Dr Berchon.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° La copie d'un rapport du comité de vaccine de Rouen concernant la découverte récente du cowpox sur une femme des environs de cette ville. (Commission de vaccine).

2° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Manouvrier (de Valenciennes), Bouchet (de Lyon), Cailleux (de Montreuil-sur-Mer).

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département de l'Aisne. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANDE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Boudin, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène.

2° Deux observations recueillies par M. le docteur Prost, et tendant à prouver la presque impossibilité de connaître l'état de santé des vaccinifères. (Commission de vaccine.)

3° Une note de M. le docteur Lasserre sur le traitement de la diphthérie et de l'angine couenneuse par la tisane d'ipécacuanha, de fleurs de bourrache, de graine de lin et de violette. (Commissaire : M. Barth.)

4° Un travail sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement rationnel au moyen des inhalations forcées et méthodiques, par M. le docteur Guirette. (Commissaires : MM. Beau et Roger.)

— **M. Béclard** présente la première livraison du t. IIe du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Béclard signale particulièrement, parmi les articles que renferme cette livraison, les articles : Adhérences, par M. Cornil; Tissu adipeux, par M. Ch. Robin; Affusion, par M. Tartivel; Afrique, par M. Dutrouleau; Ages, par MM. Beaugrand et Tourdes; Agonie, par M. Parrot; Aine, par MM. Guyon et Verneuil, et Aisselle, par MM. Guyon et Dolbeau.

— **M. Ch. Robin** présente les tomes IIe et IIIe des *Mémoires de physiologie humaine* de M. da Costa Simõas, professeur de physiologie et d'histologie à l'Université de Coimbre.

— **M. Tardieu** dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Bertherand, contenant la description d'un appareil pneumatique destiné à remédier aux cas d'asphyxie et d'empoisonnement.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Briquet.

Discussion sur la syphilis vaccinale.

M. Briquet se propose d'examiner si les faits de transmission de la syphilis par la vaccine qui ont été avancés dans cette discussion ont une valeur, et s'ils sont en rapport avec la gravité de la question. Dans le cas contraire, il recherchera quels sont les moyens de sortir de l'état de doute et d'indécision où se trouve à cet égard le public médical.

La question est beaucoup plus grave qu'on ne le dit. Elle est grave pour trois raisons. La première, c'est que c'est une chose d'une importance immense que d'introduire dans l'économie un virus morbide; il faut par conséquent y regarder à deux fois. Une deuxième considération, qui n'est pas moins importante, est celle de la responsabilité médicale. On dit bien : Le médecin a pour lui sa conscience. Mais cela ne suffit pas. Le témoignage de sa conscience n'a pas empêché M. Hubner d'aller en prison. Quand vous aurez passé par six mois de tracasseries, d'inquiétudes, d'insomnie, pour aboutir ensuite à la prison et à l'amande, en prendrez-vous si facilement votre parti? Et les dommages-intérêts! Voyez-vous le médecin qui a eu le malheur d'inoculer la syphilis à une soixantaine d'enfants avoir à subir soixante procès en dommages-intérêts!

Enfin, malgré tout ce qu'on a dit, et c'est là mon troisième point, on n'offre pas de garanties suffisantes contre le prétendu danger de l'inoculation de la syphilis par la vaccine.

Pour traiter cette question avec toute la circonspection possible, il faut voir si le développement de la syphilis par la vaccination est bien établi, et, s'il est bien démontré, il faut voir jusqu'à quel point c'est là un fait commun; car il ne me suffit pas qu'on me dise qu'il est rare, prodigieusement rare. Sur le chiffre des sujets vaccinés, qu'on peut hardiment élever à dix milliards, combien compte-t-on de cas de transmission de syphilis par la vaccine? On vous en a produit une centaine. Ajoutez-y ceux qui ont été connus depuis le rapport. Tout compte fait, nous arrivons à ce chiffre : 155 cas en Italie, 29 en Allemagne, 16 en France et 2 en Angleterre.

Ce dénombrement a déjà une certaine valeur. Il se trouve, qu'on le remarque bien, que c'est dans les pays où la vaccine a été le plus récemment introduite et où elle est encore le moins généralement répandue, qu'on a constaté le plus grand nombre de cas de syphilis. En France, où elle est très-généralement pratiquée, on n'en compte que seize, et en Angleterre, où elle est soumise à une très-sévère sur-

---

ces conséquences absurdes; ils s'arrêtent en route et oublient volontiers leurs théories et leur point de départ. Mais il est bon que les naturistes sachent que c'est là qu'ils tendent et qu'il se trouvera toujours des systématiques convaincus ou charlatans pour pousser les prémisses jusqu'aux dernières conclusions. — Or, si ces conclusions sont fausses et absurdes, que peut-on penser des principes d'où elles découlent (1).

Le livre de M. Bouchut se termine par un chapitre sur Barthez et le vitalisme qui mériterait une longue réfutation. L'espace nous fait défaut aujourd'hui pour l'entreprendre, mais comme l'auteur doit revenir, dans son second volume, sur cette question, nous ne manquerons pas d'y revenir à notre tour.

M. Bouchut a, lui aussi, sa *Théorie de la vie;* pour nous, elle ne vaut ni mieux ni moins que toutes les autres. Les médecins useront leur existence et tous leurs arguments pour essayer de démontrer ce qu'il ne nous sera jamais donné de comprendre très-probablement. Et à ce sujet qu'on nous permette une réflexion qui ne manque pas d'une certaine portée. Les vitalistes qui abordent la question de la vie ont tous leur explication particulière; celle de leur prédécesseur ne leur convient jamais, et ils se réfutent mutuellement d'une façon très-satisfaisante; cela se conçoit, tous ces systèmes péchant par la base et ne pouvant satisfaire que ceux qui les ont inventés. M. Bouchut réfute Van Helmont, Stahl, Bordeu, Barthez, etc., en attendant qu'il soit réfuté à son tour. Nous verrons que M. Chauffard agit absolument de même.

Comment s'entendre et se comprendre, en effet, quand on se perd dans des raisonnements que rien ne démontre et qu'on base sa théorie sur le sentiment et non sur l'observation vraie?

M. Bouchut n'admet pas que l'âme soit le principe de la vie et de l'organisation; il ne saurait accepter le principe vital de Barthez, et il met à leur place, quoi? un agent vital, sorte de ferment, tantôt *substance matérielle, principe de vie matériel, dirigeant le mouvement de la matière vivante, au service de l'âme maîtresse souveraine dont il est l'instrument.* Ainsi un principe peut être matériel, et ce principe matériel peut être intelligent, puisqu'il dirige le mouvement de la matière; puis il est nécessaire que l'âme intervienne pour donner la direction suprême. Et cet agent vital, quel est-il? où est-il? Il fait partie du germe, du sperme chez l'homme. En sorte qu'après avoir bien lu M. Bouchut, au milieu de ses contradictions, il reste que la formation de l'organisme et ses dispositions spéciales dépendent de la semence ou du germe. Ce que personne, je pense, n'a encore contesté.

Jusqu'ici seulement les esprits sages s'arrêtent devant ce mystère, et aiment mieux avouer leur ignorance que se perdre dans de nuageuses théories. Nous ne pensons pas que jamais il soit donné à l'homme de le sonder et de le comprendre, mais nous devons avouer en toute sincérité que la théorie de M. Bouchut ne nous satisfait nullement. Vitaliste, M. Bouchut veut garder quelque chose des principes de l'école de Paris; nous préférons les théories franches de Stahl et de Barthez que ces compromis, qui ont cela de fâcheux qu'ils peuvent entraîner les esprits qui ne vont pas au fond des choses. Ils ont encore cela de plus fâcheux qu'ils les éloignent de la vraie science; pendant que vous, médecins, vous raisonnez à perte de vue sur toutes ces belles et transcendantes questions, que vous enfourchez ce dada qui vous porte droit au troisième ciel, tout au moins, quel intérêt pouvez-vous prendre à ce morceau de matière qui souffre et s'agite sur un grabat? Le principe vital, à la bonne heure! l'âme, bien mieux encore! mais le corps, allons donc; guenille que tout cela. Laissez faire l'âme, laissez faire le principe vital, c'est son affaire, et il s'en tire *ad majorem artis gloriam!*

Je ne dis pas en vérité que cela ne soit très-beau et ne vaille de grandes et savantes discussions; mais sur beaucoup de points je suis de l'avis de Molière (quoique médecin), et sur celui-ci, en particulier, on peut dire avec lui :

Guenille, si l'on veut, ma guenille m'est chère!

Dr H. Montanier.

(1) Si les gens du monde croient à l'homœopathie, la plus vaine de toutes les sottises éditées par un esprit humain, s'ils donnent quelque créance au spiritisme et aux évocations; — si des hommes plus grossiers croient aux sorciers et aux maléfices, c'est toujours pour la même cause, et tous ces faits se tiennent et s'enchaînent étroitement. Il y a chez l'homme une malheureuse tendance qui fait qu'au lieu de croire à la raison et d'utiliser ses conseils, on aime mieux, soit par paresse, soit par un défaut d'éducation, soit par ignorance, se laisser bercer par les rêveries de l'imagination et du sentiment. Le merveilleux a pour nous un attrait invincible, et les charlatans le savent bien. Le plus curieux, en tout cela, c'est que des gens d'esprit croient à l'homœopathie, aux esprits, etc., qui, dans un autre ordre d'idées ne croient nullement au merveilleux, au surnaturel ni aux miracles. Pauvre espèce humaine, comme elle connaît mal la logique!

Anatomie descriptive et dissection; par M. le docteur Fort, professeur particulier d'anatomie. 3e fascicule. Arthrologie et angéiologie, avec 34 figures intercalées dans le texte. Un vol. in-12. Prix, 3 fr. Paris, 1865. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

veillance, deux seulement. N'y a-t-il pas là quelque chose qui semble aller contre tous les raisonnements et contre toutes les vraisemblances? Et si l'on cherche à se rendre compte de ce singulier rapport, ne serait-on pas tenté d'y voir l'influence de l'imagination des pays où des faits ont eu lieu? Où est la preuve que les cas que l'on nous a donnés pour des syphilis étaient bien en effet des syphilis? Nous en a-t-on donné les caractères? Mais je veux bien, pour un instant, les admettre comme tels. Nous arriverons en somme à cette proportion d'un cas de syphilis sur cinq millions de vaccinés! Est-ce donc dans cette proportion que la syphilis s'inocule? et si de la syphilis nous passons successivement à tous les autres virus, quel est celui que nous verrons ne manifester ses effets que dans une pareille proportion? Voilà donc un fait qui est en opposition avec toutes les lois connues de la pathologie.

On a dit que plusieurs maladies contagieuses, la rougeole, la scarlatine pouvaient être transmises par le sang. Guersant a cité dans un dictionnaire un exemple de transmission de la variole par une lancette qui avait servi à saigner un varioleux. Je ne crois pas que le sang d'un varioleux ait jamais donné la variole; c'est le pus des pustules, c'est un produit morbide élaboré dans l'économie qui transmet la maladie et non le sang. Il en est, à cet égard, de la variole comme de la syphilis. En règle générale, ce sont des produits morbides et non des éléments normaux de l'économie qui transmettent les maladies.

Pour admettre des faits aussi graves que ceux de transmission de la syphilis par la vaccine, il faut qu'ils soient entourés de toutes les conditions d'une rigoureuse observation. Je ne pense pas qu'un fait douteux, incomplet, et ici ils le sont tous, ajouté à d'autres faits aussi douteux et aussi incomplets, puissent faire en somme un ensemble de faits de quelque valeur. Il faudrait que de pareils faits eussent été vus par des hommes connus, par des observateurs sérieux et présentant toutes les garanties de savoir et de véracité nécessaires. Nous voulons des observations complètes, exactes, probantes. Il faut que le lecteur soit mis en mesure de pouvoir contrôler lui-même les faits.

Les observations du rapport réunissent-elles ces conditions? Je ne parlerai pas des observations faites en France et en Angleterre; elles ont été suffisamment examinées; mais je veux parler de celles d'Italie. (Ici, M. Briquet entre dans des détails d'analyse des faits qui se sont passés récemment dans les États sardes. Il résulte de cette analyse que ces faits ne présentent aucune garantie, qu'ils ne sont pas sérieux, et qu'on n'en saurait tirer aucune preuve certaine en faveur de la transmission de la syphilis par la vaccine.)

En résumé, dit M. Briquet en terminant, il faut prendre un parti. Le plus sage, à mon avis, est de nommer une commission chargée d'examiner et d'étudier expérimentalement la question.

La parole est à M. Gibert.

M. GIBERT. Après les longs débats auxquels nous venons d'assister, je me crois fondé plus que jamais à redire que la discussion sur la question de la syphilis vaccinale était prématurée.

En présence de faits aussi insolites, et d'ailleurs aussi rares et aussi exceptionnels que ceux signalés dans le rapport de M. Depaul et rappelés dans le cours de cette discussion, il est très-permis de rester encore dans le doute.

On a dit que la syphilis vaccinale découlait naturellement des résultats récents obtenus de l'inoculation des accidents secondaires de la syphilis : on m'a même fait l'honneur d'invoquer mon témoignage à l'appui de cette assertion. Mais, en vérité, cette assertion me paraît reposer sur une erreur capitale. Est-ce que la contagion possible des accidents consécutifs de la syphilis n'était pas connue longtemps avant ces tentatives d'inoculation? Et cette connaissance ne s'appuyait-elle pas sur les deux bases les plus solides de la science médicale, la tradition et l'observation clinique? Aussi, dans la discussion qui a suivi mon rapport académique, ai-je pu répondre à notre regretté collègue, M. Cazeaux, qui croyait pouvoir arguer du petit nombre de mes expériences, qu'à mes yeux ces expérimentations tiraient toute leur valeur de l'expérience de trois siècles qu'elles étaient venues confirmer. Et d'ailleurs, pourquoi avaient-elles été faites? Comment étaient-elles devenues nécessaires? C'est qu'en présence d'un système nouveau qui avait cherché à donner une nouvelle base à la syphiliographie en la faisant reposer tout entière sur les inoculations artificielles, il avait bien fallu combattre ce système sur le terrain où il s'était réfugié.

Mais qu'on ne vienne pas nous dire que les faits signalés dans le rapport de M. Depaul découlent comme conséquences naturelles de ces expérimentations. Comment! dans un cas je vois des opérateurs qui scarifient des condylômes, qui incisent des plaques muqueuses, qui percent des pustules ecthymateuses... et qui inoculent le produit de ces accidents secondaires? Et, dans l'autre, vous agissez sur une portion saine de la peau, vous piquez une vésicule de vaccin et vous prétendez en tirer un virus syphilitique? En vérité, je ne comprends plus, je me récuse, et j'attends une interprétation légitime de ces faits, qui, je le répète, sont essentiellement insolites!

Se hâter de donner l'alarme, en pareil cas, et vouloir donner un caractère officiel au projet de rapport présenté par M. Depaul, serait plus qu'une imprudence. A quoi bon d'ailleurs soumettre à une autorité aussi incompétente en pareille matière que l'autorité administrative, nos doutes et nos incertitudes? De grands inconvénients pourraient résulter d'une pareille communication, et qui donc pourrait espérer en voir sortir le moindre avantage?

Je me joins donc à mon honoré collègue, M. Ricord, pour demander que le projet de rapport de M. Depaul cesse d'être regardé comme l'œuvre officielle de la commission de vaccine, et pour qu'il soit renvoyé comme document à cette commission à laquelle on adjoindra quelques membres nouveaux dans le but spécial de mettre à l'étude la question de la syphilis vaccinale, question encore entourée aujourd'hui d'obscurités et de difficultés insolubles.

M. LE PRÉSIDENT. Le tour d'inscription appellerait M. Bouvier à la tribune, mais M. Bouvier, un peu fatigué, désire ne pas prendre la parole aujourd'hui. Si l'Académie n'y voit pas d'inconvénient, la suite de la discussion serait renvoyée à la semaine prochaine et la parole serait réservée à M. Bouvier. L'Académie approuve.

— M. Piorry, appelé à la tribune pour la lecture d'un mémoire, est absent.

— La parole est à M. Jolly pour la lecture d'un travail ayant pour titre : *Études hygiéniques et médicales sur le tabac.*

M. BÉCLARD commence, pour M. Jolly, la lecture de ce travail, interrompue par l'heure avancée. La lecture sera continuée dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

147. Considération sur le rôle de la nature et de certains moyens simples dans les maladies, par M. David Hodgkinson.

148. Eaux minérales alcalines d'Evran et eaux minérales ferrugineuses acidules d'Amphion (Haute-Savoie), par M. F. Taberlet.

149. Historique de la gymnastique médicale depuis son origine jusqu'à nos jours, par M. Gustave Chancerel.

150. Du café, par M. Penilleau.

151. De la gangrène du poumon, par M. René-Arthur Deleau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. Jaillard, professeur agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce, est nommé professeur de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Roucher, appelé à d'autres fonctions.

— La Société de biologie, dans sa séance du 4 février 1865 et sur le rapport de la commission composée de MM. Charcot, Martin-Magron, Robin, Vulpian et Gubler, rapporteur, a décerné le prix E. Godard (500 fr.) à M. Cayrade, docteur en médecine, demeurant à Decazeville (Aveyron), auteur du mémoire ayant pour titre : *Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes.*

De plus, la Société a accordé une mention honorable à M. le docteur Samuel Chédevergne, auteur du mémoire ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques.*

Le prix Godard sera décerné pour la seconde fois en janvier 1867.

Seront admises à concourir les personnes dont les travaux *manuscrits* ou *imprimés* seront adressés à la Société avant le 1er septembre 1866.

La Société rappelle aux concurrents les termes du testament de E. Godard : « Je lègue à la Société de biologie une somme de cinq mille francs, dont les revenus, tous les deux ans, formeront le capital d'un prix qui sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. »

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 24 février, à la Faculté de médecine (salle des thèses), à huit heures du soir.

Ordre du jour :

1° Observation d'hémorrhagie cérébelleuse, par M. Leven;

2° De l'atrophie musculaire progressive, par M. Menjaud;

3° Observation sur un cas de maladie du cœur et de pneumonie interstitielle, par M. Hayem.

Les séances sont publiques.

— Les *Archives de médecine navale*, pour février 1865, renferment les mémoires originaux suivants :

I. Études sur la nature et les causes des lésions traumatiques à bord des bâtiments de guerre, suivant les professions, par le docteur Barthélemy, chirurgien de 1re classe (2e article).

II. Recherches ozonométriques faites pendant la campagne de la frégate *la Danaé* en Islande (1864), par le docteur Jacolot, chirurgien de 1re classe.

III. Un mot sur la fièvre bilieuse hématurique, de l'apoplexie des reins dans cette maladie, par le docteur Pellarin, chirurgien de 1re classe.

IV. Note pour servir à l'histoire des poissons vénéneux, par A. Corre, chirurgien de 2e classe.

V. Étude sur deux plantes tinctoriales de Taïti, par M. Lavigerie, pharmacien.

VI. Leçon clinique sur l'ostéomyelite, par le docteur Roux, directeur du service de santé à Toulon.

De l'urèthrotomie interne, par le docteur RELIQUET, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 135 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 24. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 25 FÉVRIER 1865. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sclérose des cordons latéraux de la moelle chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres.

L'altération de la moelle, désignée dans ces derniers temps sous le nom de sclérose ou de dégénérescence grise, n'a été constatée jusqu'ici que dans un petit nombre d'affections; c'est à ce genre d'altération qu'on a attribué en particulier les phénomènes de l'ataxie locomotrice; et, dans ce cas, on a remarqué que la lésion affectait exclusivement les cordons postérieurs de la moelle. M. Charcot vient de constater cette lésion chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. La sclérose, dans ce cas, siégeait dans les cordons latéraux. Voici la relation de cette observation intéressante à plusieurs titres, dont M. Charcot a fait tout récemment l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux.

Une femme, qui avait déjà été observée en 1850 à la Charité dans le service de M. Briquet, était depuis quelques années à l'hospice de la Salpêtrière dans le service de M. Charcot. Cette femme présentait depuis l'âge de quatorze ans les symptômes de l'hystérie convulsive la mieux caractérisée. Plus tard les accès convulsifs devenus plus rares avaient fait place à des troubles permanents de la motilité. A trente-quatre ans, elle resta, à la suite d'une attaque, dans un état de contracture des deux membres gauches, qui dura quinze jours et cessa brusquement. Un an plus tard une nouvelle contracture se déclare, d'abord d'un seul côté, le côté gauche, puis s'étend bientôt au côté droit. La malade reste pendant près de deux ans dans une immobilité presque absolue, à peine interrompue par quelques moments de répit. Une amélioration notable survient alors spontanément : la malade peut marcher et s'occuper de son ménage. Enfin, en 1855, une nouvelle attaque violente ramène la contracture des quatre membres et des muscles du tronc qui persiste cette fois d'une manière définitive jusqu'à la fin de l'année 1864, où elle est emportée par une maladie intercurrente. Ainsi cette femme est restée pendant neuf ans, de 1855 à la fin de 1864, au lit, privée de tous mouvements, sauf ceux de la tête et du cou. L'intelligence est restée jusqu'à la fin dans une intégrité parfaite.

L'autopsie faite avec le plus grand soin par M. Bouchard, interne des hôpitaux, a fait connaître les particularités suivantes :

Les cordons postérieurs et antérieurs de la moelle étaient intacts. Les cordons latéraux, au contraire, à droite et à gauche, étaient atteints de sclérose dans une bonne partie de leur épaisseur et dans toute leur longueur, depuis le bulbe jusqu'au renflement lombaire. Plusieurs des racines antérieures étaient aussi atrophiées, tandis que les racines postérieures étaient à l'état normal. — Il n'y avait aucune trace de méningite spinale.

Les caractères de la sclérose étaient très-nets : aspect gris, demi-transparent, gélatineux, consistance plus ferme, infiltration de la substance nerveuse par une matière amorphe ou fibrillaire transparente, et parsemée de noyaux de tissu conjonctifs et de corpuscules amyloïdes; enfin atrophie des tubes nerveux, qui présentaient une série de dilatations et d'étranglements. La substance grise était intacte. Les cellules nerveuses étaient également intactes, comme dans les cas d'ataxie locomotrice étudiés précédemment par M. Charcot et M. Vulpian.

Cette observation a fourni à M. Charcot le texte de quelques réflexions très-importantes pour l'histoire de l'hystérie et dont il y aura lieu de tenir sérieusement compte désormais dans la pratique.

La plupart des accidents névropathiques de l'hystérie ont été mis jusqu'à présent sur le compte d'une altération purement fonctionnelle des centres nerveux. Il est certain encore qu'à l'origine de la maladie il en est généralement ainsi, et que chez un certain nombre de malades les désordres nerveux ne dépassent jamais ces limites. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement. Voici un fait, en particulier, qui vient démontrer que les troubles nerveux devenant permanents, des lésions matérielles s'établissent et deviennent définitives. Dans ce cas, en effet, ainsi qu'on a pu le voir, la sclérose des cordons latéraux et des racines spinales a suivi une marche progressive, et il s'en est suivi, avec la déformation des membres, une série d'altérations profondes, atrophie des masses musculaires, rétraction des tissus blancs, hypertrophie du tissu conjonctif des troncs nerveux, friabilité du tissu osseux, etc.

Ce fait n'est d'ailleurs pas isolé. M. Charcot a actuellement dans son service plusieurs cas d'infirmité incurable par contracture permanente des membres, dont l'origine est l'hystérie. Il a cité, entre autres, l'exemple d'une femme âgée de quarante-huit ans, prise, il y a treize ans, de contracture à la suite d'une violente crise hystérique, et chez laquelle les articulations ont subi de nombreuses et irréparables déformations; l'hystérie convulsive n'est pas encore entièrement éteinte chez cette femme, qui a parfois encore des attaques violentes.

Il ressort, en outre, de ce fait ce point d'anatomie pathologique intéressant et nouveau, savoir : que la sclérose médullaire, qui dans les faits connus jusqu'ici ne s'était traduite que par des symptômes de paralysie, peut, comme on vient de le voir, se traduire par des convulsions et de la contracture.

Enfin, il est une conséquence pratique importante à déduire de ce fait, c'est qu'il ne faut pas trop se fier à la prétendue mobilité des accidents paralytiques de l'hystérie, ni s'endormir avec trop de sécurité sur la foi de leur caractère purement fonctionnel. Purement fonctionnels au début, en effet, dans la plupart des cas, et susceptibles dans cette première période d'être avantageusement modifiés par un traitement approprié, les désordres nerveux hystériques peuvent devenir, comme on le voit, permanents et incurables par le développement ultérieur d'altérations matérielles définitives. C'est ce dont il y a grandement lieu de tenir compte au double point de vue de la thérapeutique et du pronostic.

Traitement de l'inflammation chronique du sac lacrymal.

A l'occasion d'une de nos dernières *Revues cliniques* nous avons reçu de M. le docteur Guépin père, de Nantes, une lettre par laquelle il nous priait de faire connaître à nos lecteurs que c'était son fils qui avait traité des tumeurs lacrymales par le procédé dit de Bowmann.

Nous nous empressons de faire droit à cette réclamation, en ajoutant que la confusion du père et du fils était à l'avantage de l'un et de l'autre, puisque le fils avait fourni de bonnes observations que l'on pouvait attribuer à son père.

M. Guépin père a fait suivre sa lettre d'un exposé de sa pratique pour le traitement de la tumeur lacrymale.

Voici ce qu'il dit :

« Permettez-moi d'ajouter, puisque j'en ai l'occasion, que je n'ai jamais eu recours jusqu'ici à la manière de faire du chirurgien anglais, parce que des moyens très-simples m'ont toujours suffi.

« Dans les cas de suppuration du sac lacrymal, sans fistule, je fais vider le sac par pression cinq à six fois par jour et j'introduis au coin de l'œil, au grand angle, une pommade dont la substance médicamenteuse pompée par les points lacrymaux entre dans le sac et médifie sa surface. Quelquefois, mais rarement, j'obtiens ainsi une cure radicale : le plus souvent une cure palliative dont les malades se contentent.

« S'il y a fistule, je lave le fond du sac avec des injections médicamenteuses et je rétablis le conduit nasal, presque toujours oblitéré, au moyen d'une fine tige en argent en forme de 7 à laquelle je fais succéder des tiges d'étain de plus en plus grosses jusqu'à guérison. Cette guérison obtenue, je m'occupe de la plaie fistuleuse qui se ferme en quelque sorte d'elle-même. Je n'ai incisé, et je n'incise les points lacrymaux que dans le cas d'ulcères de ces points. Cette incision est alors indispensable à la guérison. — Si la fistule est entretenue par des pierres formées dans le sac et le canal nasal par suite d'une composition anormale des sécrétions, je regarde comme de la plus grande importance de les expulser; celles du sac, en les saisissant avec une pince; celles du canal nasal, en les broyant peu à peu avec une tige métallique. J'ai rencontré l'an dernier deux cas de ce genre : dans l'un, assez peu grave, le canal seul était oblitéré; dans l'autre, j'ai extrait du sac deux pierres dont l'une était grosse comme une petite noisette. »

L'auteur de cette lettre termine en disant que la cautérisation du sac lacrymal lui a donné plusieurs succès. En oblitérant les voies lacrymales, il a pu guérir plusieurs malades, et d'une façon définitive.

Le traitement dit médical de la tumeur lacrymale et qui consiste à faire des frictions sur la tumeur, avec l'onguent napolitain, avec la pommade iodurée, a été depuis longtemps employé. Ces médications agissaient comme résolutives.

Les collyres émollients ont été instillés entre les paupières, pour être absorbés par les points lacrymaux, et portés dans le sac, mais on n'avait pas établi le principe de cette médication, et on attribuait généralement depuis Anel un meilleur résultat aux injections faites dans le sac lacrymal par les points lacrymaux. La pratique de M. Guépin père est évidemment plus simple que l'emploi des injections, on est donc autorisé à l'admettre pour ces cas où il est facile de vider entièrement la tumeur par les points lacrymaux. Seulement, lorsque le mal résiste, il serait peu sage de se borner exclusivement à ce traitement.

Céphalotripsie rendue nécessaire par le volume énorme de l'enfant.

Une femme, accouchée déjà deux fois spontanément à terme, a été apportée à l'hôpital des Cliniques le 5 février, en travail de son troisième accouchement à terme, après avoir subi chez elle des tentatives réitérées d'application de forceps et même de version. La tête de l'enfant, surmontée d'une énorme tumeur séro-sanguine, était engagée dans le petit bassin; mais, bien que la malade se plaignît beaucoup de contractions utérines, elle ne faisait aucun effort pour obtenir l'expulsion. L'utérus était encore très-volumineux, très-contracté, et les parties génitales externes étaient tuméfiées et d'un rouge violacé. Cette femme paraissait très-fatiguée, et elle était en proie à une exaltation excessive; son visage était profondément altéré.

L'enfant ne vivait plus; aussi M. Depaul a-t-il terminé promptement l'accouchement par une perforation du crâne suivie d'une application de céphalotribe. Aucun de ces procédés n'a rencontré de difficultés.

L'enfant pesait 4,950 grammes; mais en tenant compte d'une grande partie de la matière cérébrale et du sang écoulés pendant la céphalotripsie, le poids total pouvait être porté à 5,300 grammes.

A la Clinique, on n'a constaté un poids aussi énorme que trois ou quatre fois sur un chiffre de près de 24,000 accouchements. La longueur de cet enfant était de 59 centimètres.

La situation de la femme, déjà si grave à son entrée à l'hôpital, s'est aggravée promptement, et elle a succombé à une péritonite le 9 février, quatre jours après.

L'autopsie a permis de reconnaître, outre les lésions du péritoine, une gangrène de la vessie et de la paroi antérieure de l'utérus.

Si l'application du forceps et même du céphalotribe est jamais réclamée par le volume exagéré de l'enfant, c'est assurément dans des cas pareils à celui-ci. Car ordinairement un enfant à terme pèse de 3,000 à 3,500 grammes; rarement il pèse 4,000 grammes, et une fois sur 2,000 environ il pèse 4,500 grammes. Or on vient de voir que celui-ci pesait plus de 5,000 grammes. Ajoutons que la mort de l'enfant ne laissait place ici à aucune hésitation ni à aucune alternative.

Collodion morphiné.

Un de nos correspondants d'Italie nous envoie une note sur l'emploi d'un collodion morphiné contre les névralgies rebelles. M. le docteur Caminiti, chirurgien de l'hôpital de Messine, avait été appelé auprès d'une dame qui était atteinte d'une névralgie trifaciale avec photophobie, larmoiement et douleurs continues. On avait employé en vain les préparations de belladone; les vésicatoires, pansés avec le chlorhydrate de morphine, avaient produit une amélioration passagère; les frictions sur la région douloureuse avec la teinture d'aconit; l'acétate de morphine et le camphre en pilules; le sous-carbonate de fer, suivant la méthode de Hutchinson, avaient échoué à différentes périodes, au moment des récidives des crises.

M. Caminiti, attribuant à l'influence des variations de température fréquentes en Sicile le retour de la névralgie, eut l'idée d'enduire d'un vernis toutes les parties douloureuses. Il fit préparer par M. Arrosto, pharmacien à Messine, un collodion ainsi composé :

Collodion élastique.	30 gr.
Hydrochlorate de morphine.	1

voulant associer ensemble le moyen protecteur de la peau et le topique calmant.

La malade a été soulagée immédiatement, l'enduit de collodion est tombé seul, et le vingt-cinquième jour après l'application de ce médicament la malade n'avait pas encore vu reparaître de douleurs.

Y a-t-il là simple coïncidence, c'est ce qu'apprendront de nouvelles expériences. Cependant on a déjà plusieurs fois employé et on retrouve dans les vieux formulaires des remèdes contre les névralgies, dont le principe était la protection des parties douloureuses par un enduit emplastique. Ainsi cette vieille formule désignée sous le nom de peau divine :

Poix résine.	120 gr.
Poix de Bourgogne.	40
Cire jaune.	20
Suif de mouton.	20
Térébenthine de Venise. . .	20
Huile d'olive.	10

L'on faisait fondre et l'on étendait sur la peau.

NOTE SUR L'INCUBATION DE LA VACCINE,

Par M. le docteur MONTANIER.

Dans un mémoire publié dans la *Gazette des Hôpitaux* en janvier 1863, j'ai établi et prouvé par un certain nombre d'observations que la vaccine ne présentait aucune période d'incubation ; que les auteurs qui ont fixé à *quatre jours* cette période d'incubation, ou bien n'ont pas suffisamment observé les faits, ou bien ne les ont pas observés du tout, et, ce qui arrive assez fréquemment, se sont copiés les uns les autres ; que, suivant l'élévation de la température extérieure, le travail qui se produit sur les points piqués par la lancette est très-apparent, et manifeste au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures au plus ; que, ce temps écoulé, il est toujours facile de dire à l'avance quels boutons se développeront ou avorteront ; que par conséquent la vaccine est une affection d'abord locale, et qui ne se généralise que secondairement.

Nous maintenons tous ces dires, que de nouvelles observations n'ont fait que confirmer.

Nous ne savons pas d'ailleurs que personne se soit inscrit en faux contre nos assertions ; cela ne serait pas possible à un observateur attentif et consciencieux ; il suffit pour voir de regarder soit à l'œil nu, soit à la loupe.

Nous supposions ces faits désormais acquis à la science, mais nous n'avons pas tardé à être profondément désabusé ; la discussion actuelle à l'Académie de médecine sur la *syphilis vaccinale* nous a prouvé que, si nous avions convaincu quelqu'un, ce n'était certainement pas un académicien.

L'incubation de la vaccine paraît admise sans contestation parmi les honorables savants de la rue des Saints-Pères, et aucun d'eux ne paraît se douter que cette incubation pourrait bien n'exister que dans les livres. Tout le monde, moi le premier, admet qu'un académicien est un puits de science ; cependant on peut également admettre qu'il ignore quelque chose, et, entre autres, un aussi petit détail que celui que nous signalons en ce moment. Je pardonne donc volontiers à tous les académiciens ; mais je ne peux avoir la même indulgence pour M. le docteur Ricord, qui par goût aime à tout savoir, et qui par position n'a pas le droit d'ignorer un mot de ce qui s'écrit sur les virus.

Or, M. Ricord n'a pas le moindre doute, et son opinion est clairement fixée ; cela découle de son dernier discours. « Quatre jours, remarquable coïncidence, car c'est le temps ordinaire de l'incubation vaccinale.... La pustule vaccinale est, en effet, *pour tout le monde*, un produit d'infection virulente particulière, avec toutes ses conditions d'incubation et d'action générale précédant la manifestation locale..... Il faudrait que la pustule vaccinale ne constituât d'abord qu'un accident local, *contrairement à toutes les opinions reçues....* »

Nous regrettons que M. Ricord n'ait pas connu notre mémoire, car il nous semble qu'il eût été moins affirmatif, et qu'il eût pu y trouver quelques arguments différents en faveur de sa thèse que nous soutiendrons avec lui, mais plus énergiquement.

Cette conviction nous autorise à engager l'éminent académicien, et du même coup tous ses collègues, à lire notre travail. Il n'est pas long, et cela nous rendra le plus heureux homme de la terre ; car, et ce n'est pas douteux, si la plus belle récompense pour un travailleur c'est de voir ses ouvrages lus et appréciés à leur juste valeur, il faut avouer que nous avons été assez mal récompensé de la peine que nous avons prise.

ÉRYSIPÈLE. CÉRAT CAMPHRÉ.

Le *Bulletin des séances de la Société de médecine de Bordeaux* contient une communication de M. Bazin, médecin de l'asile des aliénés, sur les bons résultats qu'aurait donnés le cérat camphré dans une épidémie d'érysipèles observée par ce praticien. Ce traitement consiste à appliquer sur les parties atteintes d'érysipèle une pommade ainsi composée :

Cérat.	20 grammes.
Camphre.	1 à 2 gr.

La couche de cérat doit avoir 1 à 2 millimètres d'épaisseur et être recouverte d'une feuille de ouate.

Dernièrement M. Bazin a vu disparaître avec une rapidité insolite un érysipèle du sein ainsi traité chez une jeune fille atteinte de manie aiguë, et à laquelle on avait ouvert un abcès consécutif à un coup. M. Bazin pourrait citer 20 ou 25 cas de succès obtenus dans des circonstances pareilles.

CONDYLOMES. COLLODION CAUSTIQUE.

Le n° 41 de la *Gazetta medica italiana Lombardia* signale l'heureux emploi que le docteur Giovanni Finco, de Padoue, a fait du collodion additionné de sublimé pour détruire les condylomes. Ce journal cite, entre autres, le cas d'un homme âgé de cinquante-six ans, qui portait autour de l'anus un nombre considérable de ces productions, les unes petites, les autres très-développées, et toutes augmentées dans leurs proportions par l'application du nitrate d'argent. M. G. Finco fit préparer le mélange suivant :

Collodion riciné.	52 grammes.
Bichlorure hydrargyrique. . . .	25 centigr.

Il chargea de ce mélange préalablement agité un pinceau à aquarelle et en badigeonna les deux plus grosses tumeurs. Le lendemain celles-ci étaient presque entièrement détruites. En seize jours, M. Finco en fit disparaître ainsi plus de soixante.

(*Journ. de méd. et chir. prat.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

(ADDITION.)

M. RICORD. L'Académie a entendu avec quel soin M. Depaul a repris l'histoire de mes doctrines et la bibliographie complète de ce que j'ai pu écrire depuis 1838 : j'accepte cette revue sans vouloir rien en retrancher, rien y ajouter ; ce que je n'accepte pas, ce qui, j'espère, ne sera pas accepté par des esprits plus justes et plus désintéressés, c'est que mes travaux, pendant une longue et laborieuse carrière, se résument dans un point de la doctrine de Hunter, que j'ai défendu fermement, parce que je l'avais adopté avec conviction ; et c'est sans doute pour cela qu'il a été l'objet incessant des attaques de M. Depaul qui, cependant, n'avaient plus de raison d'être à partir du rapport de M. Gibert.

On sait avec quelle confiance et quelle loyauté j'ai accepté les conclusions de ce rapport, quoiqu'on ne m'eût pas fait suivre les expériences dont j'ai vu seulement les résultats.

C'était bien le cas de faire acte de défiance, non pas certainement contre les honorables membres de la commission, mais contre l'interprétation des faits, si j'avais eu cet esprit de résistance quand même, qui m'est si obligeamment prêté. A ce sujet, M. Depaul est revenu à sa tactique habituelle, qui consiste à me tenir de force dans la négation absolue et partout. Il me reproche d'avoir fait observer que, jusque-là, on n'avait inoculé, en fait d'accidents secondaires, que la plaque muqueuse !... Mais avait-on fait autre chose alors. . et, à ce point de vue, est-il indifférent d'arriver à un diagnostic exact et précis, ce à quoi M. Depaul ne paraît pas tenir, entre la plaque muqueuse et le chancre infectant en voie de transformation *in situ*, constituant cette variété, à laquelle quelques pathologistes ont donné le nom d'*ulcus elevatum* : deux accidents si faciles à confondre, pour quiconque ignore les signes diagnostiques différentiels ; on n'en tient pas compte ?

Oui, sans doute, je tiens beaucoup à cette étude de l'évolution du chancre et de l'aspect qu'il peut prendre à une période donnée, comme moyen d'établir une distinction importante entre l'accident primitif et l'accident secondaire. Ce n'est pas avec des habitudes d'à peu près en observation qu'on éviterait la confusion dans ces circonstances.

Depuis lors, je croyais la question définitivement jugée. Il paraît qu'il n'en est pas ainsi pour M. Depaul, qui cherche sans cesse de nouvelles preuves pour se convaincre, et qui, attachant un prix bien flatteur à mon assentiment, semble ne pouvoir être satisfait que lorsque j'aurai proclamé que désormais la syphilis ne se transmet plus que par les accidents secondaires... et la vaccine. Il me permettra pourtant de ne rien changer aux règles générales établies, et de ne pas leur substituer des exceptions.

Si M. Depaul n'avait pas eu besoin de me faire nier quand même, il aurait tenu compte de quelques passages assez explicites de mon discours, celui entre autres où je dis que la syphilis vaccinale semble être un corollaire naturel de la contagion secondaire.

En résumé, depuis la discussion du rapport de M. Gibert, ai-je écrit, ai-je enseigné ou professé quelque part des principes contraires à mon acceptation ?... Non. Mais cela ne m'enlève nullement mon droit d'examen sur les faits observés, et ne m'oblige en aucune façon à les accepter tous, de toutes mains et *par ordre*.

Quant aux témoignages que j'avais invoqués pour prouver qu'avant moi, comme pendant mon enseignement à l'hôpital du Midi, des observateurs très-distingués avaient, sans nulle préoccupation doctrinale, repoussé la transmission de la syphilis par la vaccine, quel compte en a tenu M. Depaul ? n'a-t-il pas voulu donner le change sur leur signification ? et avec quel dédain n'a-t-il pas traité les opinions d'honorables collègues, comme si je les avais invoquées contre les faits de transmission, tandis que mon but était de repousser l'accusation d'influence doctrinale que le rapport faisait peser exclusivement sur moi ! Étaient-ce donc des témoignages sans valeur, donnés à la légère, ceux de Chomel, de Moreau, de M. Bousquet ? M. Velpeau, M. Rayer, qui a motivé son opinion, sont-ils des observateurs légers ?

Et vous, monsieur Depaul, pourquoi n'avez-vous pas répondu aux questions posées par le comité d'hygiène anglais ?... Les membres de ce comité ne vous paraissaient-ils pas dignes d'une réponse ; avez-vous craint de vous commettre avec toutes les illustrations qui ont donné leur avis ?... De deux choses l'une : ou vous ne saviez rien, vous attendez, comme la grande majorité des observateurs, des faits plus concluants ; vous n'étiez donc plus avancé que personne. Vous n'aviez donc le droit de reprocher à personne des doutes que vous partagiez sans le dire. Si vos convictions datent d'hier, comme votre rapport, en quoi êtes-vous plus avancé que qui que ce soit ?...

Ou vos convictions sont anciennes, et vous étiez depuis longtemps édifié sur cette voie de transmission et sur ses dangers : oh ! alors, vous êtes coupable, très-coupable, de n'avoir pas prévenu plus tôt, dans votre position officielle, vous qui prétendez que la vérité est toujours bonne à dire, qu'il y a tout avantage à le faire, et nul péril à semer l'alarme. Car, enfin, vous aviez la plupart des observations que vous invoquez, et, entre autres, cette deuxième observation de Cerioli, si convaincante à vos yeux, et que vous m'avez si inexactement accusé de n'avoir pas citée. Vous ménagiez-vous donc la possibilité d'avoir deux opinions au besoin ?

Selon votre habitude, vous m'avez encore enrichi d'une négation absolue relativement au fait de l'Hôtel-Dieu, et je suis bien obligé de vous rappeler le sens non défiguré de mes paroles : j'avais constaté une syphilis bien caractérisée, ayant le bras pour point de départ. J'avais nettement établi qu'il était rationnel de rattacher ce fait à la vaccine : cette donnée était acceptée par moi comme probable, *très-probable même*. Mais pourquoi aurais-je dit certaine, puisque la certitude n'y était pas ?

Au sujet de cette observation, notre savant ami commun, M. Trousseau, a soulevé des difficultés, et m'a reproché des hypothèses dont il ne s'est cependant pas fait faute. Sa principale objection était l'impossibilité que sa malade se grattât le bras. Cette Lucrèce, devenue plus tard ce que vous savez, ce que nous a dit M. Trousseau, était-elle trop décente pour se découvrir les bras ?

En tout cas, les soldats de marine de M. Lecoq n'avaient pas, je pense, les mêmes motifs de réserve. M. Trousseau a dit que les militaires affectés de syphilis n'ont rien de plus pressé que d'en avertir leur chirurgien. Il est vrai qu'on ne les punit pas en pareil cas, et c'est d'une sage prévoyance. Il ne faudrait pourtant pas croire qu'on les récompense pour cela. Je tiens, au contraire, de confidences certaines, qu'ils sont très-mal notés quand ils entrent à l'hôpital pour des blessures de ce genre. Voyez, d'ailleurs, comme le rapport semble toujours vouloir me servir. Le vaccin, qui avait infecté ces deux soldats, avait été pris sur de belles pustules vaccinales que portait un autre militaire, qui, trois mois auparavant avait un chancre induré. « Je n'ai pas besoin de dire, ajoute M. Depaul, que cet antécédent était complétement ignoré. »

J'aime qu'on me reproche d'être exigeant pour les preuves en fait d'observation, et de chercher des explications possibles en dehors des incertaines qu'on me présente. Mais ceux qui me font ce reproche s'abstiennent-ils d'hypothèses ? Voyez ce qui arrive pour le vaccinifère de l'Hôtel-Dieu. Il est très-curieux qu'on ait su que cet enfant avait été vu, quelques mois plus tard, par un médecin du quartier Montmartre, mais sans pouvoir dire pourquoi il a été vu. Cela n'empêche pas qu'on suppose que c'était pour la vérole, car autrement, ce post-scriptum de l'observation n'a plus de sens !... S'il en était ainsi, quelle considération aurait pu retenir le confrère en question, et l'empêcher de faire connaître une circonstance si intéressante ?

Je n'ai pas été frappé, comme M. Trousseau, de la parfaite ressemblance qu'il y aurait entre son observation et celle de M. Lecoq, où, *dès le quatrième jour, la marche de l'éruption fût essentiellement irrégulière*. Ici, incubation de quatre jours, qui se rapproche singulièrement des courtes incubations qu'on m'a reprochées ; là, incubation de cinquante-deux jours dans le sens du rapport, mais que la version donnée par moi *seulement comme possible*, d'une contagion médiate réduisant à vingt et un jours, bien près, par conséquent, de la moyenne ordinaire d'incubation des accidents secondaires.

Quant aux siéges insolites, M. Trousseau nous a dit que le bras n'était pas une place. Je dis, moi, que ce n'est pas une place forte que la syphilis ne puisse enlever d'assaut : témoins, dans les faits de Rivalta, ces mères et ces nourrices qui furent infectées à l'avant-bras aux points de contact du siége des enfants malades.

Je tenais à rétablir le sens vrai de mon interprétation des faits, aussi bien de celui de l'Hôtel-Dieu que de ceux de M. Lecoq, que des observations de Rivalta. Je suis loin de les avoir repoussés, comme le donnerait à entendre la tactique de M. Depaul. Non, je ne repousse pas, je ne nie pas les faits ; mais je les commente et les discute, c'est mon droit et j'y tiens. Ceux qui sont probables, je les reconnais comme probables, non comme certains, et il me semble que c'est prudent, surtout lorsqu'il s'agit de conclusions très-graves à en tirer, et lorsqu'ils ne constituent que de bien rares exceptions. Quant aux observations qui ont un caractère de certitude, comme quelques-unes tout récemment connues, je ne les discute même pas, loin de les nier.

Vous reparlerai-je, maintenant, de la circoncision de ces enfants israélites, qu'a rappelée M. Trousseau, et du péritotomiste Galantus qui fit innocemment, je le crois, tant d'innocentes victimes ?... Cet homme je l'examinai, suivant mes habitudes, avec un soin minutieux, rigoureux même, sans découvrir sur lui aucune trace d'accidents primitifs ou constitutionnels ; je soumis sa femme au même examen, car je crois aux contagions médiates, comme aux siéges insolites, qui deviennent un peu moins insolites quand on a l'occasion de voir beaucoup. On vous a rappelé que j'expérimentai, sans produire d'accidents, avec les instruments, les pièces d'appareils du péritotomiste ; tandis qu'entre ses mains, avec de nouveaux instruments, de nouvelles pièces d'appareil, la contagion ne s'arrête pas immédiatement. Si à cette époque les phénomènes de la morve, si les caractères du farcin m'eussent été mieux connus, la physionomie si exagérée de ces accidents qui ressemblaient à une vérole maligne, les suppurations étendues des éruptions, leur tendance commune à la forme rupiale et aux vastes concrétions croûteuses soulevées par le pus, la mortalité inusitée même des accidents, tout cela m'eût incliné peut-être à une autre opération.

Mais revenons un peu à Rivalta. J'ai fait voir que l'infection du premier vaccinifère, de Chiabrera, eût été bel et bien mise sur le compte de la vaccine si, huit mois après la vaccination et à une cinquième enquête, on n'eût trouvé la véritable explication que j'ai donnée d'après le mémoire écrit au courant des faits et complété par M. Pacchiotti. Ce n'était donc pas là de l'observation rigoureuse, quoi qu'en dise M. Depaul, et l'erreur ici commise pouvait se reproduire ailleurs, car on n'avait pas encore insisté alors sur la différence que présente la pustule vaccinale chez l'enfant *antérieurement* infecté par hérédité ou par d'autres voies, et chez celui qui ne tient l'infection que de la vaccine impure elle-même.

Il y avait bien aussi quelques circonstances qui étaient dignes d'attention dans cette histoire de contagion, où l'on voit un foyer d'endémie syphilitique à côté de ce que l'on a appelé épidémie vaccino-syphilitique. Rappelez-vous la source première de l'infection de Chiabrera : cette jeune femme était syphilitique, on ne sait par quelle voie, mais elle accusait de sa maladie un nourrisson d'Acqui. Quoi qu'il en soit, son enfant était mort à trois mois de syphilis, suivant les uns ; selon les autres, asphyxié dans son lit. C'est cette femme qui, allaitant accidentellement sa nièce, lui communiqua l'infection que l'enfant transmit à sa mère en la tétant. Chiabrera, qu'elle avait aussi allaité accidentellement, lui dut la syphilis qu'il transmit également à sa mère par le mamelon. Est-ce que de pareils faits sont insignifiants ? et la mortalité des victimes enfants ou adultes, non-seulement à Rivalta, mais dans d'autres observations citées par le rapport, cette mortalité qui a sévi si cruellement, qui a dépassé de si loin les proportions ordinaires, comment les concilier avec l'opinion des expérimentateurs qui ont trouvé que la syphilis, communiquée par la contagion des accidents secondaires, était relativement bénigne ?

Je crois avoir suffisamment justifié la réserve qui me semblait commandée dans l'interprétation des faits incomplets ou incertains ; ré-

serve que M. Depaul a voulu convertir en opposition systématique.

J'espérais n'avoir plus à revenir sur la question des garanties dont doit être entourée la vaccine, car on n'y a rien ajouté, M. Depaul m'y ramène malgré moi.

Et d'abord, quand il s'agit d'induire de la santé des parents, pour emprunter du vaccin au bras des enfants, il est bon de savoir que ce genre d'induction ne peut pas donner une sécurité absolue, et pourquoi? Je ne vois là qu'une réserve raisonnée et prudente, puisqu'elle est quelquefois consacrée par l'expérience. Je suis donc surpris qu'ici encore M. Depaul ait incriminé mon scepticisme.

Relativement à l'âge d'élection des enfants à qui on prend le vaccin, M. Depaul était arrivé à le fixer à deux ou trois mois; et j'ai montré qu'il ne manquait pas d'exceptions, à l'immunité que donnerait cette limite.

Il ne suffisait pas de nier, il eût fallu infirmer les règles générales que j'ai cherché à déduire de l'expérience au sujet des époques des manifestations de la syphilis héréditaire. Par exemple, il est certain que les périodes de la syphilis des parents et les traitements subis par eux influencent l'époque des manifestations chez les enfants, et l'observation de chaque jour démontre clairement que l'influence du traitement, en particulier, peut être indéfiniment retardatrice. L'argumentation n'a même pas effleuré ces questions. En revanche, de ce que M. Blot a prouvé que les vaccinations faites ici même par M. Depaul laissaient beaucoup à désirer, de ce que j'ai signalé l'imperfection des précautions et des garanties sur lesquelles on prétend s'appuyer aujourd'hui, on voudrait nous faire conclure au rejet absolu des unes et des autres. Ces conclusions ne sont nullement la conséquence de ce que nous avons fait ressortir; nous repoussons l'absolu, qui ne conduit en médecine qu'à l'impossible ou à l'absurde.

D'ailleurs, il n'est pas très-surprenant que les convictions de M. Depaul, sur l'opportunité de l'âge des enfants vaccinifères, ne soient pas très-fermement arrêtées, j'ai là, sous la main, un document qui ne date pas de bien loin : c'est le rapport de la commission des hôpitaux chargée de rechercher les causes de la mortalité des enfants assistés. Il a été imprimé en 1862, et, par conséquent, est contemporain de la publication des faits de Rivalta et de mes leçons si fort attaquées de l'Hôtel-Dieu. Or, je ne vois pas que M. Depaul ait même soulevé cette question de la syphilis vaccinale, et il n'a pas combattu les motifs de la commission qui a conclu résolûment à la vaccination des enfants assistés *quelques jours seulement après leur naissance.*

L'importance des vaccinations que j'ai appelées intermédiaires ne paraît pas avoir été saisie par tout le monde. Il faut cependant bien distinguer ce qui arrive dans deux cas bien différents. L'enfant, en puissance de diathèse, à qui on inocule du vaccin que nous supposerons pur; cet enfant ne présentera rien de particulier lors de l'éruption vaccinale. Ses pustules seront régulières, normales; on pourra, dans cette circonstance, invoquer le bénéfice non assuré, mais probable, qui résulte du fait général : précocité des manifestations héréditaires de la syphilis. L'âge ici pourra donc donner un certain degré de garantie, à condition, encore, que l'enfant, indemne d'hérédité, n'aura pas rencontré à huit ou neuf mois, comme Chiabrera, une source accidentelle de contagion. Mais en sera-t-il de même pour les enfants sains, auxquels on aura inoculé du même coup les deux virus : syphilis et vaccin?... Non certainement; car, avec les longues incubations, avec une incubation de cinquante-deux jours, par exemple, vous aurez pu, de huit en huit jours, arriver à une sixième génération de contagion avant que le bras du premier vaccinifère révèle la présence du chancre infectant. Ainsi, dans ces circonstances, les prétendues garanties résultant de l'âge des vaccinifères, de leur santé et de celle de leurs parents, ne signifient plus rien du tout.

Il y a, il est vrai, les courtes incubations, qui se rapprochent beaucoup de celles qu'on m'a reproché d'admettre. Dans celles-ci, qui ne sont pas les plus communes, on sera averti du danger, par l'aspect insolite de la pustule, comme dans les faits de M. Lecoq, où, dès le quatrième jour, la marche de l'éruption était essentiellement irrégulière. Quatre jours, remarquable coïncidence, car c'est le temps ordinaire de l'incubation vaccinale, en sorte que la syphilis et la vaccine ont été couvées et sont écloses en même temps, dans le même nid. Quel mélange que celui que renferme alors cette pustule, lymphe virulente vaccinale, pus virulent vérolique, sang impur!... Eh bien, dans les cas de ce genre, à quels signes reconnaîtrez-vous le chancre d'inoculation, *accident initial obligé de toute syphilis?* à l'induration de sa base, à l'engorgement multiple, indolent et sans tendance suppurative des ganglions de la région voisine... et cette notion, ces signes, quelle école les a fait connaître, les a répandus et fait entrer dans la science et dans les déterminations diagnostiques auxquelles vous avez recours?...

J'avais parlé de la contagion vaccinale par le sang, et discuté même cette théorie, que je n'ai pas niée, et qui a laissé M. Depaul en plein doute; il a jugé à propos de m'objecter de nouveau le fait de Waller. S'il n'y avait pas dans la science d'autre preuve de la contagion du sang, je resterais encore ferme dans mes doutes et dans ma réserve; et les expériences de M. Diday, quoique négatives, pèseraient d'un grand poids contre celle de Waller Quoi, sur cet enfant, si laborieusement inoculé, on voit pousser, en même temps que les accidents aux points d'insertion, un accident tout à fait semblable, sur un point à distance non inoculé, et vous voulez que j'accepte ce fait comme probant!...

Quant au fait de Pellizari, je n'avais pas à le repousser : il est tout différent de celui de Waller; il faut même reconnaître qu'il diffère beaucoup des faits d'observation. Quel travail n'a-t-il pas fallu pour obtenir le résultat?... Est-ce là ce qui se passe dans les simples inoculations vaccinales? Non, bien heureusement; car, s'il en était ainsi, avec votre procédé de vaccination, avec votre vaccin si riche en globules sanguins, c'est vous qui auriez dû fournir les cas les plus nombreux de syphilis vaccinale.

Il paraît très-difficile de concilier le fait d'une pustule vaccinale, renfermant la lymphe vaccinale pure, avec celui d'une contamination syphilitique préalable du sang, soit par hérédité, soit par autre voie accidentelle étrangère à la vaccine (car, dans ce cas, la pustule est vaccino-syphilitique). Dire que la pustule vaccinale peut être assimilée à un produit physiologique est un non-sens; elle est, en effet, pour tout le monde un produit d'infection virulente particulière, avec toutes ses conditions d'incubation et d'action générale précédant la manifestation locale; en sorte que, quand l'effet se produit sur un sujet syphilitiquement diathésé, le sang doit être à la fois vaccinal et syphilitique.

Une assimilation moins forcée, plus rationnelle, serait celle de la pustule vaccinale aux solutions diverses de continuité, plaies de vésicatoire, de caustiques, piqûres de sangsues, de saignée, incisions, etc., etc. J'ai, en effet, observé et enseigné que, chez les syphilitiques, les plaies, règle générale, ne prennent pas de caractère spécifique. Et cela ne résout pas la difficulté; il faudrait que la pustule vaccinale ne constituât d'abord qu'un accident local, contrairement à toutes les opinions reçues, pour qu'on pût concevoir qu'elle reste sans mélange.

En tout cas, cette question de la contagion de la syphilis par le sang seul, est assez importante, et intéresse assez sérieusement la responsabilité médicale pour qu'il soit urgent de s'assurer s'il est ou non possible d'obtenir avec la lancette ou l'aiguille de la lymphe vaccinale pure de tout globule sanguin.

Si, en effet, il était affirmé que la contagion vaccino-syphilitique ne peut avoir lieu que par le sang, et que, cependant, il pût en être autrement, toute infection syphilitique survenant après la vaccine serait imputée au vaccinateur, accusé alors d'avoir mal opéré, et nous savons jusqu'où cela peut conduire.

Reste la question du renvoi à M. le ministre, sur laquelle je suis obligé de revenir, puisque M. Depaul y insiste. Je demanderai si le projet de rapport est un acte d'accusation?... Non, je ne veux pas le croire. A-t-il pour but de faire connaître les dangers auxquels expose la vaccine, afin qu'on la supprime, et ces dangers du même coup? Non, sans doute. M. Depaul s'est montré assez sévère pour la vaccine pour être compté au rang de ses véritables amis! Veut-on faire savoir qu'on a trouvé des moyens d'éviter le danger signalé? Mais M. Blot et moi avons, bien à regret, constaté qu'il n'en est rien; et l'aiguille même ne mettrait absolument à l'abri de ce danger qu'à force de prendre si peu de vaccin qu'elle n'en prendrait plus du tout. Autrement, en effet, dans de petites proportions susceptibles de produire un effet, n'y aurait-il pas un péril équivalent à celui des piqûres de puces de M. Diday?...

M. Diday n'a pas été heureux. Ses tubes pour la conservation du vaccin n'ont pas davantage trouvé grâce devant les railleries de notre collègue. Il me semble pourtant qu'avec du vaccin conservé, dont on pourrait attendre les effets sur un premier vaccinifère, on aurait l'avantage de savoir quelle est la qualité du vaccin.

A défaut de ces tubes, le rapport voudrait-il donner place à la méthode d'inoculation unique pour chaque bras, adoptée par M. Chailly; méthode rationnelle, car s'il est arrivé nombre de fois que les piqûres vaccinales n'aient pas toutes donné lieu à l'infection syphilitique, il est évident, par là, que ces chances sont réduites en raison de la réduction du nombre des piqûres.

Peut-être le rapport a-t-il pour but de demander à M. le ministre de nouveaux moyens de préservation, puisque vous n'en avez produit aucun?... Mais il vous renverra au comité d'hygiène. Ou bien, après l'avoir effrayé sur les dangers de la vaccine, vous voulez ensuite le rassurer en lui disant que les accidents ne sont qu'une bien rare exception, qu'ils sont *prodigieusement* rares?... Mais non : Dans la péroraison de votre argumentation, ces accidents sont devenus si fréquents qu'ils se comptent aujourd'hui par centaines.

Je ne trouve plus qu'une raison au renvoi. Ce serait qu'on y sollicitât la création d'usines vaccinogènes par toute la France. Mesure sur laquelle on pourrait compter, sous toutes réserves, en associant, par exemple, des vétérinaires aux vaccinateurs.

En terminant, je fais des vœux pour que les questions de personnes puissent être écartées des discussions qui doivent se débattre à cette tribune. Pour que chacun de nous, libre et respecté dans ses opinions, n'ait à en répondre que devant la science, sans avoir à repousser, comme l'a dit notre honorable secrétaire perpétuel, aucune intimidation, aucun despotisme. Cherchons nos convictions dans nos efforts mutuels pour nous éclairer, dans la persuasion mutuelle sans violence, et que, désormais, on puisse résumer nos débats sans avoir recours aux métaphores cynégétiques!... Je maintiens donc le fond et la forme de mon premier discours, et persiste dans mes conclusions.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Séance du 3 février. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Boys de Loury, secrétaire-général, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et fait part à la Société du malheur de famille qui vient de le frapper.

MM. Briquet et Collineau sont chargés de se présenter chez M. Boys de Loury au nom de la Société de Médecine.

2° M. Voisin fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De l'état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique, et dans l'absinthisme.*

Remercîments. — Rapporteur : M. Simonot.

3° M. Jules Worms fait hommage à la Société, au nom de M. Spencer Wells, d'un ouvrage intitulé : *Des maladies de l'ovaire, de leur diagnostic et de leur traitement.*

M. le président invite M. Jules Worms à donner de cet important ouvrage une analyse détaillée.

La parole est à M. Cavasse pour la communication suivante :

Plaie pénétrante de l'artère pulmonaire avant sa sortie du péricarde; mort le onzième jour, par le docteur Cavasse.

Les plaies de l'artère pulmonaire sont assez rares; ce qui est plus rare encore, c'est de voir un homme, ayant une ouverture de l'artère pulmonaire, continuer à vivre et ne succomber que plusieurs jours après l'accident au milieu des apparences d'une santé parfaite.

Un jeune homme de vingt ans, Louis G..., a reçu le 1er janvier un coup de poignard dans la poitrine. Il a été immédiatement transporté à l'hôpital Saint-Louis, crachant et vomissant le sang. Les symptômes qu'il présentait en ce moment étaient peu graves ou tout au moins ne furent pas de longue durée, puisque le 7 janvier le blessé fut transféré à Mazas.

A son arrivée dans la prison, toutes les fonctions paraissaient s'accomplir régulièrement. Nous avons causé avec le détenu; ses idées étaient parfaitement nettes; il demandait à travailler et ne gardait pas le lit. Comme maladie, il ne nous signala que la petite plaie cutanée qui avait été faite par le poignard et qui était à moitié cicatrisée.

Le 12 janvier, le blessé est mort subitement.

J'ai procédé à l'autopsie sous les yeux de mon maître, M. Jacquemin; en voici le résultat :

1° Sur les parois de la poitrine, nous constatons une petite plaie ayant la forme et l'étendue d'une pièce de cinquante centimes : elle est en voie de cicatrisation et elle siége dans le deuxième espace intercostal du côté gauche, à 2 centimètres du sternum. C'est par là qu'a pénétré la lame du poignard. En enlevant la peau, on voit que le trajet parcouru par l'instrument n'existe plus, mais il y a dans tout le tissu cellulaire qui entoure les deux pectoraux un épanchement de sang noir, qui date du jour de l'accident et dont la résorption ne paraît pas avancée. Nous pensions que la mort était due au déplacement d'un caillot oblitérant une plaie artérielle : aussi nous avons examiné avec soin l'artère, l'intercostale et la mammaire interne; ces vaisseaux n'offraient aucune solution de continuité.

2° Dans l'appareil respiratoire, nous nous attendions à trouver une lésion quelconque, puisque le blessé, immédiatement après l'accident, avait expectoré une assez grande quantité de sang (plusieurs litres, nous avait-il dit); en effet, le bord antérieur du lobe supérieur du poumon gauche présente vers sa partie moyenne des adhérences avec la paroi de la poitrine Ces adhérences occupent un espace de 2 ou 3 centimètres carrés; elles sont solides et cependant elles sont récentes, car leur aspect rappelle celui de la fibrine à peine organisée; il n'y en a pas d'autres autour de ce poumon. Le tissu pulmonaire, à ce niveau, est revenu sur lui-même; sa surface est plissée. Il y a eu évidemment une plaie superficielle du poumon faite par un instrument tranchant; on voit qu'elle s'est rapidement cicatrisée. puisque le septième jour il n'y avait plus d'expectoration sanguinolente; on voit aussi qu'il y a eu inflammation d'une portion très-limitée de la plèvre et que les adhérences qui en ont été la suite ont certainement contribué à assurer la guérison de la plaie pulmonaire.

Dans la plèvre du côté gauche, nous trouvons un épanchement de sang noir n'ayant subi aucune transformation et provenant probablement du péricarde, ainsi que nous allons le montrer.

Les feuillets de la plèvre du côté droit sont dans toute leur étendue réunis par des adhérences anciennes, traces d'une pleurésie bien antérieure à l'accident.

3° L'appareil circulatoire devait nous offrir la lésion la plus intéressante. Dans le tissu cellulaire qui entoure les bronches et la partie supérieure du péricarde, on trouve des ganglions lymphatiques engorgés, on y trouve de l'infiltration sanguine datant de quelques jours, mais on n'y voit pas le trajet du poignard. On pourrait croire que l'arme, après avoir touché le poumon, s'est arrêtée dans le médiastin. Cependant la cavité du péricarde nous apparaît énormément distendue; sur la face externe de son feuillet fibreux, on voit des vaisseaux gorgés de sang, et après avoir incisé l'enveloppe fibro-séreuse, on trouve tout autour du cœur de gros caillots de sang noir.

Sur la face interne du feuillet pariétal, en avant et à 2 centimètres au-dessous du point où la séreuse se réfléchit sur les gros vaisseaux de la base du cœur, on voit une plaie ayant de 6 à 7 millimètres, dirigée un peu obliquement en bas et à droite; en y introduisant un stylet, on ne peut pas traverser le péricarde : la cicatrisation est complète dans le tissu cellulaire du médiastin, elle n'est qu'ébauchée du côté de la séreuse où les lèvres de la plaie sont à peine réunies par de la lymphe plastique molle. Il n'y a pas de péricardite récente.

La lame du poignard a ensuite atteint l'artère pulmonaire : la plaie, sur la paroi antérieure, a la forme et l'étendue de celle du péricarde; elle siége à un centimètre tout au plus de l'anneau fibreux qui unit l'artère pulmonaire au ventricule droit; elle est pénétrante; on la retrouve en dedans de l'artère, correspondant exactement au bord libre de l'une des valvules, que la lame du poignard a dû raser. Cette plaie de 6 à 7 millimètres est oblitérée par un caillot fibrineux, qui fait à peine saillie dans le vaisseau, mais qui est assez volumineux dans la partie logée dans la cavité du péricarde C'est ce caillot qui, après l'accident, a servi de bouchon et qui, en se déplaçant plus tard, a laissé se produire l'hémorrhagie dont nous trouvons les traces dans le péricarde et jusque dans la plèvre du côté gauche : le sang qui était dans les deux cavités était tellement semblable, que l'on doit admettre qu'il y a eu communication entre elles.

Ce n'est pas tout; la lame du poignard a encore perforé la valvule postérieure de l'orifice artério-ventriculaire droit, puis la paroi postérieure de l'artère pulmonaire, qui en cet endroit est accolée au ventricule gauche et a pénétré jusque dans cette cavité. Partout la plaie conserve la même étendue, la même direction, la même forme; sur la valvule, elle n'est pas cicatrisée; entre l'artère pulmonaire et le ventricule gauche, il n'y a pas de caillot. Vue par le ventricule gauche, la plaie a une étendue plus considérable que sur le tissu artériel; elle est au-dessous des valvules aortiques, tout près de la paroi interventriculaire.

En somme, l'instrument a traversé de haut en bas et de gauche à droite la paroi thoracique, le bord antérieur du poumon gauche, le médiastin antérieur, le péricarde, la paroi antérieure de l'artère pulmonaire, une de ses valvules, sa paroi postérieure et a pénétré jusque dans le ventricule gauche.

Sur ce trajet, partout où il y avait du tissu cellulaire en abondance, la cicatrisation était faite au douzième jour; la plaie du poumon était aussi cicatrisée; les plaies du péricarde, de l'artère et du ventricule ne présentaient qu'une cicatrisation rudimentaire.

La blessure artérielle, dans ce cas très-exceptionnel, n'a pas été mortelle immédiatement après l'accident, parce qu'elle a été oblitérée en avant par un caillot et en arrière par les contractions musculaires du ventricule. Il n'y a eu pendant la vie aucun signe indiquant le mélange du sang veineux avec le sang artériel. La formation du caillot a été probablement favorisée par la situation de la plaie au niveau de l'une des valvules. Je n'ai eu aucun renseignement sur les causes qui ont pu amener son déplacement.

On ne trouve que des indications très-vagues sur les plaies de l'artère pulmonaire; il n'en est pas question dans un travail très-complet de M. de Buman sur la *pathologie de l'artère pulmonaire* (thèses de Paris, 1858). L'observation que je rapporte est donc intéressante, parce que ces blessures ont été rarement décrites et aussi parce que la mort, contrairement à toutes les prévisions, n'est arrivée que plusieurs jours après l'accident, alors que la vie du blessé ne paraissait nullement en danger.

En outre, ce fait montre, après beaucoup d'autres, que le médecin

légiste est tenu à une très-grande réserve, quand il s'agit de plaies récentes.

M. J. WORMS voit dans l'observation de M. Cavasse une des preuves de l'innocuité possible de caillots fibrineux fixés dans l'artère pulmonaire. Le blessé dont l'histoire est rapportée par M. Cavasse est mort d'hémorrhagie, onze jours après la perforation de l'artère pulmonaire, qui bien certainement s'est accompagnée de dépôts de fibrine sur la paroi interne du vaisseau; et la projection de ces caillots dans les ramifications, l'embolie en un mot, n'a pas eu lieu.

M. J. Worms vient d'observer un fait qui semble être la confirmation de cette vue.

Un jeune homme atteint de phlébite crurale double, suite d'une fièvre typhoïde, est pris tout à coup de palpitations, d'oppression; le pouls est petit et d'une irrégularité extrême, les bruits du cœur très-sourds, les battements transformés en un frémissement imperceptible.

Cet état s'est prolongé pendant cinq jours sans aucune modification. Mais tout à coup les battements du cœur sont redevenus plus forts et réguliers, l'oppression et les palpitations ont cessé. Il ne semble pas douteux, en présence d'une phlébite crurale double, que les troubles cardiaques n'aient été déterminés par une embolie et que le caillot placé pendant cinq jours dans les cavités droites, de façon à en troubler les fonctions, a été ou dissous ou fixé de façon à cesser d'être une cause de trouble des fonctions du cœur. Ce fait permet d'admettre l'innocuité possible d'une embolie lancée dans le cœur droit; la probabilité d'une embolie faisait craindre que la mort ne survienne d'un instant à l'autre.

M. GUIBOUT croit qu'en présence de phénomènes, que des troubles de l'innervation suffiraient à expliquer, on est généralement trop enclin à invoquer comme cause une embolie dont la démonstration ne repose le plus souvent sur aucune preuve. A ce propos, M. Guibout rappelle l'observation d'une dame âgée de cinquante ans environ et qui à diverses reprises accusa subitement une angoisse inexprimable avec pâleur de la face, troubles dans le rhythme des battements du cœur et intermittence considérable du pouls.

De l'avis de MM. Trousseau et Barth, et de celui de M. Guibout, ces accidents, attribués à un désordre de l'innervation, furent traités comme tels. Sous l'influence des antispasmodiques et des toniques, ils disparurent pour ne plus se renouveler. Leur issue favorable est venue prouver qu'ils n'avaient nullement été engendrés par un obstacle mécanique à la circulation, et que c'était à bon droit que l'idée d'une semblable origine avait été repoussée.

M. CAVASSE fait remarquer que chez le sujet dont il a fait l'autopsie la mort ne saurait être attribuée à la présence d'un caillot dans l'artère pulmonaire.

Il existait à la vérité un caillot dans le vaisseau, mais il était compris dans sa paroi même, et interceptait les lèvres de l'incision produite par l'instrument vulnérant. Ce coagulum avait fait l'office d'un bouchon et, seulement aux derniers instants de la vie, avait dû se déplacer.

Alors une hémorrhagie avait eu lieu dans le péricarde, et la mort a été instantanée. A l'autopsie le péricarde a été trouvé distendu par l'épanchement; le cœur était en état de vacuité. Il y a donc lieu de conclure que la mort a été due à l'hémorrhagie et à la compression exercée sur le cœur, par la présence du sang dans son enveloppe.

M. BRIQUET. Les phénomènes observés entre le moment de la blessure et celle de la mort démontrent l'exactitude de l'explication donnée par M. Cavasse.

Située, en effet, entre le cœur veineux et le cœur artériel, la plaie constituait une sorte de trou de Botal artificiel. Or pendant les douze jours que les accidents ultimes se sont fait attendre, aucun signe ne s'est présenté qui indiquât le mélange du sang artériel avec le sang veineux.

Il faut donc que durant tout ce temps la plaie ait été oblitérée par le caillot adhérent aux parois du vaisseau. Il est probable enfin que la contraction des fibres musculaires a contribué à brider la plaie en exerçant sur chacune de ses commissures une traction en sens inverse.

Cette dernière hypothèse paraît d'autant plus admissible à **M. FORGET** qu'un effet analogue s'observe fréquemment lorsqu'on pratique l'ouverture des abcès sous-musculaires.

Dans cet autre ordre de faits, dans le traitement des abcès sous-musculaires, il suffit d'introduire entre les lèvres de l'incision chirurgicale une sonde cannelée pour faire cesser la constriction qui au premier abord s'opposait au libre écoulement du pus.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

152. Nouvel appareil pour toutes les fractures du membre inférieur, par M. Léon Carrez.
153. De la mort subite, par M. Emmanuel Clément.
154. Des rémittences de la paralysie générale, par M. Ch. M. Faure.
155. Considérations sur la chaleur et le froid, envisagés surtout comme causes des maladies, par M. Louis Girod.
156. Contribution à l'étude des concrétions fibrineuses de l'aorte, par M. Ernest Moreaud.
157. Des lavements de vin, par M. Théophile Faurie.
158. Étude sur la paralysie essentielle chez les enfants, par M. Émile Goin.
159. Des tumeurs sanguines et purulentes de la cloison des fosses nasales, par M. Simon Beaussenat.
160. Quelques notes médicales recueillies pendant un séjour de cinq ans en Chine, Cochinchine et Japon, par M. J. Charles Duteuil.
161. Recherches physiques sur la respiration de l'homme, par M. Nestor Grehant.
162. De quelques considérations sur l'empirisme et l'exercice illégal de la médecine, par M. Édouard-Louis Jacquet.
163. De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance; — des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier, par M. J. V. Laborde.
164. Des troubles visuels qui se lient à la diphtérie, et de leurs causes, par M. Joseph-Auguste Loubet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, M. le docteur Bourbier;

Des médecins de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine, M. le docteur Gaudet;

Des médecins de l'arrondissement de Dijon, M. le docteur Vallée;

De la commune de Lajoux, M. le docteur Bavoux;

De la commune de Foncine-le-Haut, M. le docteur Mimier;

Des médecins de l'arrondissement de Meaux, M. le docteur de Saint-Amand;

Des médecins de l'arrondissement de Melun, M. le docteur Bancel père;

De la commune de Chenoise, M. Gilquin, officier de santé;

Des médecins du département, à Clermont-Ferrand, M. le docteur Bertrand;

Du Saint-Esprit, à Toulon, M. le docteur Signoret;

De Saint-Victor, à Toulon, M. le docteur Cabissol;

De Saint-Paul à Hyères, M. le docteur Verignon.

— Il y a quelques mois, la *Gazette des Hôpitaux* a annoncé que la Société médico-psychologique de Paris avait été consultée au sujet de l'état mental du gentleman G. Townley, condamné à mort pour avoir assassiné sa fiancée et à l'exécution duquel il avait été sursis. Cette savante compagnie avait chargé MM. Jules Falret, Brierre de Boismont et Legrand du Saulle, d'examiner avec un grand soin cette importante affaire qui passionnait au plus haut degré la presse anglaise. La mission de nos confrères se trouve terminée : G. Townley vient de se suicider dans sa prison, *sous l'influence de sa folie,* dit le *Times.* Ce dénoûment donne complétement raison à l'opinion médico-légale que M. le docteur Forbes Winslow avait soutenue devant le jury.

— En réponse à la question mise au concours : *État actuel de la thérapeutique; ses progrès depuis vingt-cinq ans,* la Société de médecine de Caen, adoptant les conclusions de sa commission, a décidé, dans sa séance du 7 février 1865, 1° que le prix de 500 fr. ne serait pas donné; 2° qu'une première mention honorable avec 200 fr. serait accordée à M. le docteur Léon-Théodore Tisseire, à Fangeaux (Aude), auteur du mémoire n° 5, et une seconde mention honorable avec 100 fr. à M. le docteur N. P. Anquetin, à Valmont (Seine-Inférieure), auteur du mémoire n° 3. Elle confère à ces deux lauréats le titre de membre associé correspondant, ainsi qu'à MM. les docteurs Adam (Léon), à Paris; Maurin (Sélim-Ernest), à Marseille; Deslong (F.), à Paris, auteurs des mémoires nos 1, 2, 4.

— Nous avons annoncé, dans le numéro de jeudi, que l'Académie de médecine avait gagné le procès qui lui a été intenté par M. le docteur Guillon, au sujet de l'application qu'elle a faite des legs d'Argenteuil et Barbier. M. Guillon nous prie d'annoncer qu'il en a appelé de ce jugement à la cour impériale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Annuaire pharmaceutique ou Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, suivi du rapport sur les modifications à introduire dans la loi de germinal an XI concernant la législation pharmaceutique; par M. O. Réveil, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants malades, professeur agrégé à l'École de pharmacie et à la Faculté de médecine de Paris. Troisième année — 1865. — Un vol. in-18 de 432 pages, avec figures. Prix, 1 fr. 50. Paris, chez J. B. Baillière et fils.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne; par MM. Belhomme, ancien interne du Midi et de Lourcine, et Aimé Martin, ancien interne de Saint-Lazare. Un très-fort in-18 jésus; papier glacé. Prix, 6 fr. 50. Paris, 1864. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Leçons sur les maladies cutanées dartreuses, professées à l'hôpital Saint-Louis, par le docteur Hardy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, rédigées et publiées par le docteur Pihan-Dufeillay, ancien interne des hôpitaux, revues et approuvées par le professeur. 3e partie; in-8°. Prix, 3 fr. 50. Paris, 1862. Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 28 FÉVRIER 1865. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Méningo-myélite aiguë occasionnée par le froid (1).

(Observations recueillies par M. le docteur Auguste VOISIN, ex-chef de clinique du service.)

OBS. I. — Au n° 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé X..., âgé de soixante-quinze ans, entré le 4 janvier 1863.

Aucune maladie antérieure.

Hier au soir, vers une heure, par une température de — 12 degrés, il s'est jeté volontairement dans la Seine, de la berge du quai de la Conférence. Saisi par le froid, il a cherché à gagner le rivage, mais il n'a pu que se cramponner aux glaçons du bord, qui tous fuyaient devant lui. C'est ainsi qu'il est resté trois quarts d'heure, la plus grande partie du corps dans l'eau, jusqu'au moment où sont arrivés deux sergents de ville attirés par ses cris. Il a été transporté aussitôt sur un brancard à la Charité, où dès son arrivée on lui a fait prendre un émétique, qui a amené le rejet d'une notable quantité de sérosité claire, mousseuse d'abord, puis rougeâtre, et d'amas de mucus d'un vert clair, épais, comme gélatineux, et de lamelles blanchâtres.

Le 5 au matin, abattement, air hébété, face rouge, répond un peu aux questions.

Langue épaisse, un peu sèche. La lèvre inférieure est très-bleuâtre (la supérieure peu). L'arrière-gorge est tuméfiée, œdématiée, baignée de mucus rougeâtre.

Râle bronchique entendu à distance; la respiration est forte; elle est principalement diaphragmatique; sifflement trachéal laryngé se produisant dans l'expiration. En arrière, la respiration est faible, et l'on entend de très-nombreux ronchus graves : 28 respirations par minute. Diminution notable de sonorité dans la moitié inférieure de la poitrine en arrière et à droite, et dans toute la région axillaire du même côté. Là, diminution du frémissement vibratoire et du retentissement de la voix, faiblesse du murmure respiratoire; expiration un peu soufflante (souffle doux) ; nombreux ronchus graves et quelques-uns sous-crépitants. En avant des deux côtes, râles bullaires et ronflants.

Partout il y a une légère diminution de sonorité, sauf dans la fosse sus-épineuse gauche où la sonorité est normale.

Peau, de chaleur exagérée, moite; 92 pulsations fortes et résistant sous le doigt.

Température dans les aisselles, 36 degrés. Les pieds sont chauds.

La sensibilité au pincement est obscure aux membres supérieurs, tandis qu'elle est exagérée à la poitrine, à la tête et aux membres inférieurs. Le chatouillement est très-pénible à la plante des pieds. La douleur des sinapismes appliqués aux membres inférieurs l'irrite au plus haut point, si bien qu'il se lève et fait quelques pas, tout en chancelant.

Des mouvements réflexes sont assez faciles à produire. La contractilité électro-musculaire est normale aux membres inférieurs, mais la sensibilité à l'électricité est très-vive et exagérée.

Le malade serre bien des deux mains; les mains tremblent d'une façon sensible quand elles sont détachées du lit et du reste du corps.

Conjonctives très-rouges.

Les pupilles ont une dilatation moyenne; elles se contractent normalement sous l'influence de la lumière. Pendant l'application de sinapismes, les deux pupilles se dilatent, mais la gauche devient moitié plus large que la droite. Dix minutes après leur ablation, les pupilles reviennent à leur état primitif.

Le malade a uriné deux fois depuis hier au soir; l'urine de ce matin est très-acide, assez colorée, présente un léger nuage dans le milieu de sa hauteur. L'acide nitrique seul ne produit aucun précipité ni changement de couleur; mais l'acide nitrique et la chaleur donnent au liquide une teinte rouge écarlate.

La potasse et la chaleur ne produisent aucun changement dans l'aspect de l'urine.

La solution de Barreswill et la chaleur donnent à l'urine une teinte vert olive.

La solution de Barreswill donne à froid une teinte gris-vert.

Le foie a 0,15 dans la ligne mamillaire. Il déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Traitement. — Potion kermétisée, 0,15; 2 vésicatoires aux cuisses; 2 sinapismes toutes les demi-heures sur le tronc et les membres inférieurs.

Le soir, mêmes râles bronchiques. Expiration un peu soufflante à droite; respiration faible à gauche.

Abattement assez considérable.

Pouls fort, résistant; 96 pulsations.

Traitement. — Ventouses scarifiées sur la partie postérieure de la poitrine; trois palettes; 30 ventouses sèches à la partie antérieure de la poitrine.

Pendant la nuit, agitation; il s'est mis trois fois debout sur le bord de son lit. Engouement pulmonaire. Râle.

Mort le 6 au matin.

Autopsie. — Pendant les vingt-quatre premières heures de la mort, la raideur a été considérable; puis les articulations se sont assouplies et se laissent enfin fléchir très-facilement.

Cerveau. — Les méninges cérébrales sont congestionnées, présentent quelques plaques opalines adhérentes à la face viscérale de l'arachnoïde; nulle part il n'existe d'adhérences des méninges avec la substance cérébrale.

La pulpe cérébrale a partout une grande fermeté. Beaucoup de sérosité fortement rougie dans les ventricules latéraux; on n'y voit pas d'exsudats.

Quelques artères cérébrales sont athéromateuses, et dans ces points ont une consistance fibreuse.

Moelle. — Au niveau de l'entrecroisement des pyramides, la moelle est légèrement ramollie dans sa partie antérieure.

Injection considérable dans toute l'étendue de la face viscérale de la dure-mère. Les autres méninges ont perdu de leur transparence, sont notablement injectées.

Toute la moelle paraît présenter avant la section des méninges une diminution de consistance, qui va en effet jusqu'à la mollesse la plus grande.

Par des coupes perpendiculaires pratiquées sur la moelle dorsale, on constate que cette mollesse va jusqu'à la fluidité, et en particulier dans les parties centrales; dans ces derniers points, la couleur est rougeâtre, et on y aperçoit un très-grand nombre de capillaires très-rouges et d'un volume notablement plus fort qu'à l'état normal. Les cornes grises ne sont visibles à aucune coupe; sur toutes ses tranches de section, la moelle a un aspect crèmeux.

Sur une tranche de la portion dorsale existe une tache gris-rougeâtre qui touche la partie centrale et se porte en dehors dans une étendue de 0,03; sa forme est irrégulièrement arrondie, et dans son épaisseur on voit facilement plusieurs capillaires très-rouges et anormalement développés.

La portion lombaire de la moelle, fendue d'arrière en avant, présente le même ramollissement en bouillie, s'enlevant, comme à la portion dorsale, par le simple lavage en certains points, et partout (ainsi du reste qu'à la portion dorsale) se dissociant complétement sous le filet d'eau. Ainsi fendue, la substance blanche apparaît en bouillie, et dans les parties centrales on voit une teinte rouge grisâtre, mal limitée, de très-nombreuses arborisations, et plusieurs petites taches ecchymotiques d'un rouge vif.

Sur toute la surface de section, la moelle lombaire a un aspect crèmeux.

Les artères médullaires ne présentent rien de particulier.

Au microscope, les tubes et les cellules, considérés en eux-mêmes, ont une apparence tout à fait normale; mais une très-grande quantité se trouvent isolés et sans rapport de continuité avec les autres. On aperçoit un certain nombre de grains d'hématosine, de granulations rougeâtres, et beaucoup de gouttes d'huile.

Cœur, vaisseaux. — Du sang noir comme de la mélasse sort des veines caves supérieure et inférieure.

Dans le ventricule droit, caillot blanchâtre se prolongeant dans l'artère pulmonaire jusqu'à sa bifurcation sous forme d'un caillot noirâtre.

L'oreillette droite, flasque à l'extérieur, renferme un caillot jaunâtre adhérent à sa face interne droite.

L'aorte, dans ses portions ascendante, descendante et sa crosse, présente de très-nombreuses arborisations et une teinte rouge dans certains points.

Pas de sang dans le ventricule gauche; l'oreillette gauche renferme beaucoup de sang noir fluide et en grumeaux (une cuillerée à soupe). Des colonnes du cœur les plus voisines de l'orifice aortique part un caillot blanchâtre qui leur est peu adhérent, et qui se prolonge jusqu'à la moitié de la hauteur de l'aorte ascendante.

Sur l'aorte et dans le cœur gauche, quelques plaques athéromateuses molles.

Trois petites plaques laiteuses à la face antérieure du cœur; là, dix-sept petites saillies analogues à des grains de semoule, pointues, transparentes, adhérentes au péricarde viscéral.

Trachée, bronches, poumons. — Beaucoup de mucus blanc à la face interne de la trachée, des bronches, et la tapissant comme ferait une membrane. Dans quelques points, le mucus est rouge.

Le poumon droit est notablement plus volumineux que le gauche; il crépite partout; à sa face postérieure, nombreux produits plastiques filamenteux. A la face postérieure et au bord postérieur du lobe moyen, on voit trois plaques noirâtres qui correspondent à des infiltrations sanguines situées dans l'épaisseur de l'organe, dont elles occupent tout le tiers moyen, et tranchent par leur coloration noire sur la couleur rouge vermeil, entremêlée seulement de marbrures et de quelques petites plaques noirâtres; du reste, cette portion noire surnage; elle renferme beaucoup d'écume très-aérée. A la partie moyenne du poumon et dans une partie du lobe inférieur droit, la couleur est uniformément noire. Lorsque l'on pratique des coupes dans ces points, il s'en écoule du sang noir, collant aux doigts, soit par les mailles du tissu cellulaire, soit par les ouvertures des vaisseaux. La couleur noirâtre, vue à la loupe, est uniforme. On n'aperçoit pas d'arborisations dans ce tissu, mais on y voit seulement des traînées celluleuses normales.

Dans le reste du poumon droit le tissu est d'un beau rouge; là on y voit de petites plaques de grandeur variable, qui à la coupe sont constituées par de nombreuses arborisations très-noires, en réseaux serrés, et des ecchymoses noirâtres de forme variable.

Le poumon gauche présente à peu près le même état que le droit, mais les lésions sont beaucoup moins accentuées.

Le tissu cellulaire du poumon droit offre, surtout dans les points où il entoure les vaisseaux, de très-nombreuses petites ecchymoses infil-

(1) Travail lu à la Société du département de la Seine.

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

III.

Nous n'avons pas l'intention de faire une analyse complète des *Principes de pathologie générale* de M. Chauffard. Cette analyse a déjà été faite ici même avec beaucoup de développements, et, bien que personnellement elle ne nous ait guère satisfait, c'est une raison suffisante de nous abstenir. D'ailleurs, l'espace nous manquerait pour donner au livre de M. Chauffard toute l'attention qu'il mérite à plus d'un titre, et, comme en dernier compte, nous ferons moins une étude bibliographique qu'une étude philosophique et doctrinale, nous ne prendrons à la *Pathologie générale* que ce que nous croirons utile d'y prendre pour faire bien ressortir notre pensée.

M. Chauffard, on le sait, est profondément vitaliste, mais à sa manière, et il a la prétention, courageuse sans nul doute, de faire une nouvelle exposition de doctrine. Nous pourrions répéter ici ce que nous disions dans le chapitre précédent, qu'il n'est pas un vitaliste qui ne s'applique à détruire le vitalisme de son voisin et à en montrer les erreurs et les contradictions. M. Chauffard, qui est un profond penseur (trop profond, hélas!) et un argumentateur puissant, n'a pas manqué à la tâche commune et presque obligée; il s'est complétement séparé de l'animisme, et personne peut-être n'a plus malmené Barthez et son système. Et cependant il ne faudrait pas de grands efforts pour prouver bien clairement que le système de M. Chauffard, qui paraît d'abord et qu'il croit si fortement échafaudé, n'est, suivant qu'on le veut comprendre, en un sens ou en l'autre, que l'animisme de Stahl ou le vitalisme de Montpellier, et qu'on peut lui opposer victorieusement tous les arguments que l'auteur accumule lui-même contre ces deux systèmes avec une ténacité et une vigueur peu communes.

Nous ne dirons rien de la première partie du livre de M. Chauffard, où se déroule une métaphysique nuageuse et germanique pour laquelle, on le sait, nous avons une très-profonde répulsion. M. Chauffard a essayé de prouver et de démontrer ce que nous ne pourrons jamais comprendre, ce qui est en dehors du raisonnement; je ne sais s'il a convaincu quelqu'un, pour moi j'avoue qu'il n'a pas réussi à me persuader. Involontairement j'appliquais à son œuvre cette phrase, qui en est comme la critique anticipée et qui cependant est de lui : « Les systèmes destinés à se vulgariser et à exercer une influence étendue sont, dans tous les temps, les systèmes simples, faciles à concevoir et à transmettre (p. 135). » Cela est vrai en général, et, je le crains pour M. Chauffard, plus vrai encore dans le cas particulier.

Pour notre auteur, la vie est un principe, et la maladie n'a pas d'autres lois que celles de la vie. Laissons la vie, cela nous entraînerait beaucoup trop loin; disons seulement que, selon lui, elle est un mode particulier d'existence; que la force vitale (le grand pivot de toute la doctrine) est le principe en vertu duquel la vie manifeste sa puissance et son action sur l'organisme tout entier; que la force est une et simple et comme le composé indécomposable de la vie isolée de chaque organe (ce que Bordeu avait appelé *les Petites vies*, mais dans une acception différente); que la vie reçoit bien les influences des modificateurs externes, physiques et chimiques; mais ils restent d'abord complétement étrangers et ne deviennent vitaux qu'à la condition que la vie se les assimile, ce qu'elle ne fait pas toujours. Encore un coup laissons tout cela, il y aurait trop à dire, et occupons-nous de la maladie.

Selon M. Chauffard, les lois qui président à la vie président aussi à la maladie, et il la définit ainsi : « La maladie est une évolution d'actes anomaux reconnaissant comme cause une impression vitale morbifique qui surmonte la résistance de l'activité saine, et provoque une tendance active au rétablissement (p. 217). » Galimatias triple, aurait dit Voltaire. Et d'où viennent-ils ces actes anomaux? où se passent-ils? où s'accomplissent-ils? Qu'est-ce que cette impression vitale morbifique? Qui l'a vue? qui l'a pesée? qui l'a mesurée? Qu'est-ce qui la démontre? Comment se fait cette tendance au rétablissement? La lésion de l'organe est-elle cette tendance? Et dans votre définition, où est-elle cette lésion organique? N'entre-t-elle pas même comme élément de la maladie? En quoi donc alors différez-vous de l'école de Montpellier qui définit la maladie : *Une affection du principe vital?*

Non, cent fois non! la maladie n'est pas cela, cette définition est une erreur, nécessaire pour M. Chauffard et découlant fatalement de ses principes; mais ce n'en est pas moins une grande erreur. La ma-

trées dans ses mailles; on en voit aussi beaucoup dans tout le tissu cellulaire qui double la plèvre costale et pulmonaire.

Même état du tissu cellulaire qui entoure la trachée et les grosses bronches.

RUPTURE DES CORPS CAVERNEUX

sans déchirure de l'urètre.

Par le docteur Sernin FONTAN, à Arreau (Hautes-Pyrénées.)

E. L..., quarante-trois ans, ancien militaire, affirme n'avoir jamais été atteint de blennorrhagie ni d'aucun accident syphilitique.

Dans la nuit du samedi 14 janvier au dimanche 15, étant à moitié endormi à côté de sa femme et se trouvant en érection, il appuie violemment de la main sur la face dorsale de la verge qui cède, et il ressent aussitôt une atroce douleur bientôt suivie elle-même du retrait de l'organe.

Cet homme saute hors de son lit, épouvanté. Sa première pensée est de s'assurer qu'il peut uriner : il urine sans peine à plein canal (je ne dis pas sans souffrance, elle se rapportait à ce récent traumatisme, mais elle était presque absolument étrangère au passage de l'urine dans l'urètre.) Pendant la miction, le malade éprouve une syncope causée moins par l'excès de la douleur peut-être, que par l'épouvante. Il n'avait pas uriné une seule goutte de sang.

Quelques minutes après, notre malade put s'apercevoir que la verge lui *rentrait dans le ventre;* il remarquait en même temps qu'un gonflement se produisait à la racine de cet organe, immédiatement en avant de sa portion sous-pubienne. Il me fit appeler.

Je le trouvai couché dans le décubitus dorsal; le gonflement embrassait la verge à sa racine; moins prononcé à sa face dorsale qu'à sa face inférieure, il contournait le pénis dans l'étendue d'un pouce et l'enchâssait dans son épaisseur. De la racine de la verge, cette tuméfaction descendait dans les bourses et les soulevait à leur angle de réunion avec la face inférieure du pénis, de manière à figurer en ce point, sur la ligne médiane, un troisième testicule.

Le prépuce recouvrait entièrement le gland. La peau présentait à peine quelques changements de coloration, elle était pâle et offrait une très-légère teinte vineuse : on devinait plutôt qu'on ne reconnaissait une ecchymose. La tuméfaction qui s'était produite à la racine de la verge présentait déjà une certaine consistance.

Repos horizontal, compresses résolutives, tenir le scrotum et la verge relevés comme dans l'épididymite, régime doux, lavements laxatifs.

Je le revois le vendredi, 20 janvier. Il n'est survenu rien de fâcheux. Le malade a bon appétit. Il digère bien, dort mieux, les selles sont régulières, les urines sortent facilement et presque sans douleur. Cependant, conformément aux habitudes de la plupart des malades de nos contrées, celui-ci, ni plus ni moins docile, s'empresse de se lever le jour même de l'accident, de se promener le lendemain, en dépit de toutes mes recommandations de repos au lit.

La tuméfaction du prépuce a pourtant diminué. Toute la portion cutanée de la verge a pris une coloration noirâtre uniforme, qui gagne les bourses et s'étend sur toute la portion antéro-supérieure et inférieure des enveloppes tégumentaires des testicules jusqu'à leur moitié inférieure et antérieure à droite du raphé médian, jusqu'aux deux tiers antérieurs de leur portion périnéale à gauche. C'est une ecchymose presque générale du tissu cellulaire sous-cutané du scrotum et de la verge. Dans celle-ci, l'ecchymose s'arrête net au point de jonction de la peau et du repli muqueux du prépuce. Le gland que j'ai pu découvrir enfin, ne présente non plus aucun changement de coloration. Tout le scrotum est le siége d'un épais empâtement sans œdème véritable.

Pas la moindre inflammation consécutive, pas le plus petit abcès, aucune infiltration d'urine.

Que s'est-il passé? A mon avis, le diagnostic ne saurait être douteux : il s'est produit une rupture des corps caverneux sans qu'aucune solution de continuité ait intéressé l'urètre.

Lundi, 30 janvier. — L... m'annonce qu'il ne souffre plus.

La tuméfaction persiste plus dure et plus nettement circonscrite; elle embrasse toujours l'urètre à sa racine, mais par sa face inférieure seulement, elle représente toujours un troisième testicule situé à la partie supérieure et antérieure des bourses. Cette tumeur est indolente, mais elle devient douloureuse à la pression. Le malade nous apprend les détails suivants. Au moment de l'érection, la tumeur redevient douloureuse, et c'est lorsque l'éjaculation s'accomplit que la douleur atteint son summum d'intensité. Il a dû, dans ses premiers essais, pratiquer le coït avec infiniment de précautions devenues aujourd'hui moins nécessaires. Pendant l'érection, la tumeur se limite encore avec plus de netteté, elle semble alors s'isoler tout à fait et on la sent se porter davantage vers la face latérale gauche de la verge. Elle présente assez exactement la forme et la dureté d'un gros marron; je n'ai jamais pu y percevoir la crépitation sanguine.

Le phénomène qui frappe le plus notre malade, c'est que, pendant l'érection, son pénis n'acquiert plus les mêmes dimensions en longueur; il est très-sensiblement raccourci.

Aujourd'hui, 6 février, la tumeur conserve sa forme, sa consistance et sa position; elle a positivement diminué de volume. Quoique jouissant d'une assez grande mobilité, on sent qu'elle adhère toujours intimement à la face inférieure de la verge.

L'ecchymose du scrotum a disparu, celle du fourreau de la verge ne s'est pas encore très-complétement effacée.

MOLLUSCUM ÉLÉPHANTIASIQUE (1).

Par M. le docteur CHEDEVERGNE.

La tumeur paraissait appartenir à la catégorie des lipômes. On ne pouvait cependant méconnaître que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané avaient subi une hypertrophie qui n'appartient qu'à la lèpre arabe. L'écoulement d'un liquide albuminoïde fourni par des kystes venait à l'appui de la même manière de voir. L'existence d'autres tumeurs dans divers points du corps devait faire penser à une diathèse qui était probablement congénitale et transmise héréditairement. En effet, le grand-père et d'autres personnes de la famille avaient été porteurs de tumeurs analogues.

Ablation. Mort.

Poids immédiatement après l'opération, 38 livres.

La tumeur était composée de tissu conjonctif hypertrophié, dont les mailles étaient très-larges çà et là et infiltrées de sérosité, et d'une masse lardacée.

La peau avait dans quelques points plus d'un pouce d'épaisseur. La tumeur était très-vasculaire, et notamment traversée de veines nombreuses, qui, coupées en travers, ne s'affaisaient pas, mais restaient béantes comme des artères.

Toutes les veines étaient considérablement dilatées, allongées et sinueuses; les plexus veineux de la face postérieure de la colonne vertébrale étaient énormément développés. Les artères aussi étaient considérablement dilatées depuis leurs troncs jusqu'à leurs ramifications les plus fines.

Quand la congestion a disparu, que l'état stationnaire est établi, si la tumeur a déjà pris de grandes proportions, elle se présente, selon la région qui lui a donné naissance, sous la forme d'une masse pédiculée, ou sous les apparences d'une duplicature de la peau hypertrophiée. Si on la soulève, ses diverses parties semblent très-mobiles et glissent les unes sur les autres, de sorte qu'on a beaucoup de peine à les tenir en équilibre; on dirait un sac en caoutchouc incomplétement rempli d'eau.

Elle paraît mollasse; mais si on la saisit dans ses mains, si on la presse, on la trouve ferme et même indurée, et cette sensation on la reconnaît quelle que soit la région que l'on palpe.

Pendant que le tégument des parties environnantes a conservé son aspect et sa laxité ordinaires, sauf dans les points où se rencontrent les petits molluscums que nous avons signalés, celui qui revêt la tumeur, et particulièrement celui de sa face extérieure, offrent des caractères tout à fait différents de ceux de l'état normal. Cette face, qui appartient au noyau central de la lésion primitive, a perdu son apparence habituelle. Elle est ridée et mamelonnée, parsemée de dépressions profondes qui ne sont autre chose que les orifices d'émergence des poils. Tantôt ces poils sont longs et ressemblent à de véritables cheveux, tantôt ils sont courts; tout dépend du département cutané qui a été le point de départ de la lésion; mais ils sont toujours fort espacés par suite de l'interposition entre les bulbes pileux d'une masse d'éléments fibroïdes.

L'aspect général de la peau malade est, sauf la coloration, celui de l'orange.

Sa surface est rosée, et, lorsqu'on la déprime en un endroit quelconque, il se fait une tache blanche résultant du reflux du sang dans les régions voisines. Sa sensibilité est obtuse, souvent même perdue. L'anesthésie est alors complète. C'est ce qui avait lieu chez Chenailler. Il s'agit seulement, bien entendu, du tégument qui a perdu ses caractères physiques et non de tout celui qui recouvre la tumeur.

Nous avons dit que sous l'influence de son poids, qui l'entraîne dans les parties déclives, la masse se pédiculise; son pédicule est généralement très-étendu, en longueur aussi bien qu'en épaisseur; c'est dire qu'il n'y a pas toujours de pédicule véritable; en effet, si l'on étreint la tumeur au niveau de son attache à la région qui lui a donné naissance, on remarque là, comme ailleurs, un épaississement énorme, et les doigts portés de part et d'autre ne peuvent jamais arriver à se rencontrer, à se sentir à travers le tégument, comme s'il s'agissait de certaines productions sous-cutanées.

Les tumeurs de cette nature sont parcourues par des veines très-volumineuses qui se dessinent souvent à sa surface, et par des lymphatiques dilatés et indurés qui se rendent à des ganglions hypertrophiés; c'est ce qui a été particulièrement observé chez notre malade. Cette hypertrophie du système lymphatique s'établit-elle à la suite des congestions qui surviennent, comme nous l'avons vu périodiquement, chez cette espèce de malade, et qui ont pu être considérées comme des érysipèles lymphatiques?

Le molluscum est souvent confondu avec le lipôme; nous avons vu cependant que sa structure, aussi bien que sa nature, sont essentiellement différentes de celles de ce dernier. Nous allons exposer les signes qui permettent de l'en distinguer facilement.

Dans les tumeurs adipeuses, il est facile de faire glisser la peau sur le tissu sous-jacent et même de l'en détacher, de sentir à travers elle les limites précises du lipôme, et, lorsqu'il est pédiculé, de reconnaître que le pédicule est seulement constitué par deux couches de tégument normal plus ou moins accolées l'une à l'autre. Dans l'hypertrophie molluscoïde, il n'en est rien, et en saisissant la peau au pédicule ou ailleurs, il faut de toute nécessité saisir en même temps une substance ferme, dure, qui n'a nullement la consistance molle et élastique de la graisse.

D'un autre côté, le tégument ne perd pas ses caractères physiques dans le lipôme; il ne prend pas cet aspect chagriné, mamelonné; il conserve ses apparences et il ne devient point insensible. Les masses adipeuses ne se développent pas par poussées successives, à la suite de phénomènes pathologiques manifestes du côté de la tumeur, accompagnés d'ailleurs d'un état général grave. Quand Chenailler est entré dans les salles de la clinique, la comparaison était d'autant plus facile à faire pour nous que nous avions vu pendant cette année, dans le service de M. Nélaton, plusieurs lipômes pédiculés du bras pesant de six à huit livres, et par conséquent d'un volume déjà remarquable.

Notre molluscum hypertrophique ou plutôt hypertrophié offre, comme on l'a vu, plusieurs des caractères extérieurs de l'éléphantiasis des Arabes, et il me paraît bien évident qu'il représente une affection voisine de lui à certains points de vue. Cependant, il me semble qu'elle doit en être distinguée. Cela est si vrai que, parmi les chirurgiens qui examinèrent notre malade, le plus grand nombre ne pensa pas même à l'éléphantiasis; il en fut ainsi pour le fait de Hecker, et ce qui dans les deux cas détournait l'attention de cette maladie, c'est l'existence d'une tumeur véritable. Sans doute, dans l'éléphantiasis des Arabes, il y a une tuméfaction notable des tissus, mais il ne se forme pas de saillies bien délimitées. Le mal des Barbades, qui se développe par poussées successives et périodiques, s'étend surtout en superficie, il gagne de proche en proche; le molluscum éléphantiasique, au contraire, s'accroît aussi bien en épaisseur qu'en surface, et ne se propage pas aux portions de peau environnante. C'est seulement par suite de l'excès d'ampleur du tégument résultant d'une hypergenèse excessive sur un espace circonscrit dont le rayon augmente démesurément, il est vrai, qu'il se forme des plis plus ou moins étendus.

Enfin, la lèpre arabique qui peut naître sur un point quelconque de la peau, mais qui atteint de préférence les membres abdominaux, attaque des individus qui ne présentent aucunes difformités cutanées antérieures, pendant que l'affection en cause est caractérisée par le développement hypertrophique d'une ou de plusieurs des petites tumeurs molluscoïdes qui parsèment la surface du corps du malade. L'une se traduit par le gonflement des parties molles de toute une région, l'autre par l'augmentation de volume d'un molluscum. Enfin, comme tous les faits que nous avons cités tendent à le prouver, le molluscum éléphantiasique est héréditaire dans son élément primitif au moins, puisque nous avons vu les parents de nos malades offrir des saillies cutanées semblables à celles de leurs enfants, tandis que l'éléphantiasis ne l'est nullement comme cela est attesté par les auteurs.

L'éléphantiasis arabe siége presque toujours aux extrémités inférieures, ce qui lui a valu le nom de jambe des Barbades, il atteint assez fréquemment les organes génitaux; dans les faits que nous publions, le tronc a été le point de départ du mal. Une fois cependant ce fut la cuisse; je veux parler du cas de M. Cusco. Cet exemple se rencontre bien à propos pour nous montrer clairement la différence qui existe entre les deux affections. En effet, le mal des Barbades attaque la peau de toute la circonférence du membre, et toute la région se tuméfie en conservant à peu près sa forme naturelle; nous

(1) Fin. Voir le numéro du 21 février.

---

ladie, c'est, au contraire, le trouble apporté à l'accomplissement des lois qui président à la vie dans son état d'intégrité, et le point capital pour la science médicale, c'est de déterminer ce trouble, toujours matériel, toujours appréciable, alors même que nous ne savons pas l'apprécier; à chercher le *pourquoi* et le *comment* de ce trouble, son point de départ, sa marche, sa terminaison; à déterminer *pourquoi* et *comment* l'organisme a fini par succomber.

Car s'il succombe ici, tandis qu'il se rétablit ailleurs, dans des maladies qui paraissent semblables, ce n'est point parce que la cause a été plus ou moins violente, parce que la lésion a été primitivement plus ou moins forte, c'est uniquement parce que le désordre local et général s'est arrêté d'une part et qu'il a continué à marcher de l'autre, jusqu'à rendre la manifestation de la vie désormais impossible. Et dans les deux cas les choses se sont passées ainsi, non point au hasard, non point en vertu de lois occultes et indéterminables, mais toujours par l'effet de lois chimiques, physiques ou mécaniques nécessaires, fatales, que nous ignorons presque dans tous les cas, parce que nous ne les avons pas encore suffisamment cherchées, mais qu'il faut s'efforcer de découvrir, quelle que soit la difficulté d'une semblable recherche, parce que c'est la seule façon de faire de la vraie science et de la médecine bonne et utile. Il ne s'agit plus de se payer de mots et de se tenir satisfaits par quelques explications, bonnes au plus pour des enfants, il faut approfondir les phénomènes et en saisir le mécanisme.

Mécaniciens, dira-t-on, chimistes, matérialistes! Assurément, et, comme médecin, je me vante très-haut de mériter de semblables injures, car elles seront bientôt de vrais titres de gloire. Et celui-là sera glorieux entre tous qui aura le premier démontré le mécanisme réel de la plus simple des maladies!

La définition de M. Chauffard nous met en présence de la nature médicatrice. Ici l'auteur fait de suprêmes efforts pour se séparer de la nature médicatrice telle que l'ont entendue tous les vitalistes ses devanciers. Pour eux, en effet, la maladie n'est pas autre chose qu'une lutte entre le principe vital, l'âme et l'impression morbide. La nature intelligente, l'archée, l'âme de Stahl s'appliquent à chasser la maladie; mais qu'on ne pense pas que l'organe malade soit pour rien dans tout cela; il n'est que le champ de bataille où se livre le combat. La maladie existe, la nature médicatrice oppose un effort; si celui-ci est impuissant, elle en tente un second, un troisième, un quatrième..... Or, comme à chaque fois c'est au détriment ou aux dépens de l'organe malade que cet effort s'opère, celui-ci s'altère de plus en plus, et si bien que, pour peu qu'il soit essentiel à la conservation de l'existence, la mort survient comme terme suprême de cette lutte d'une nature intelligente, mais impuissante. Singulière intelligence et nature vraiment médicatrice! Ne voit-on pas, en suivant les idées vitalistes, que si cette bonne nature avait eu l'esprit de se tenir tranquille et de ne pas lutter, le malade ne serait pas mort très-probablement.

M. Chauffard, quoique vitaliste et naturiste, ne se laisse pas prendre à ces idées; aussi arrive-t-il sans s'en douter bien près de l'organicisme. Il a beau vouloir établir que celui-ci ne peut pas concevoir la nature médicatrice, il sait bien le contraire, et qu'il n'est pas d'organicien qui ne sache parfaitement que l'organisme malade lutte en vertu de certaines lois, inhérentes à l'être vivant, contre les altérations qui tendent à compromettre ou à détruire la vie. Seulement, pour nous, il n'y a pas d'agent intelligent qui intervienne, et les lois ordinaires suffisent à expliquer les phénomènes qui se produisent dans le sens de l'*affection* et de la *réaction*.

Nous nous servons à dessein de ces deux expressions, parce que ce sont celles qu'emploie M. Chauffard pour expliquer l'action de la nature médicatrice L'affection, c'est la maladie; la réaction, c'est la nature médicatrice, et nous n'aurions rien à objecter si les explications ne venaient tout gâter et tout obscurcir. Pris entre les conséquences absurdes du vitalisme ordinaire et les explications organiciennes, dont il ne veut à aucun prix, notre auteur s'en tire comme il peut et fort mal. Nous n'avons ni le temps ni l'envie de citer le livre de M. Chauffard, et nous y renvoyons le lecteur. Plus heureux que nous, peut-être saura-t-il dégager la pensée intime de l'auteur, et comprendre « que la vie s'emploie tout entière à la réaction qu'elle organise; « elle devient cette réaction elle-même, et doit s'appeler vie ou force « médicatrice. » D'où il suit que quand nous sommes malades nous ne vivons plus que pour la maladie!

Les théories radicales de M. Chauffard sur la vie, sur son action, sur sa puissance, l'ont conduit aux conséquences les plus inattendues, et je ne sais, en vérité, qui pourra les accepter après lui. A ceux qui veulent tout comprendre, tout expliquer dans le sens vitaliste, les maladies virulentes viennent souvent présenter de bien graves objections; ils ne savent va jusqu'au bout. Qu'on n'aille pas croire que ces maladies sont, dans certaines circonstances, obligées et fatales

voyons, au contraire, la tumeur opérée par M. Cusco naître à la face postérieure de la cuisse et y rester constamment limitée.

Obs. V. — Il s'agit d'une femme d'environ trente-huit ans, qui portait sur la surface du corps une quarantaine de petites saillies molluscoïdes de la grosseur d'une noisette, et une énorme tumeur pédiculée derrière la cuisse. Cette tumeur, de forme ovoïde, si l'on considère une de ses coupes transversales parallèles au fémur, était très-allongée d'avant en arrière dans le sens de l'axe du membre et de haut en bas. En effet, lorsque la malade était assise sur une chaise de hauteur ordinaire, la masse pendait et touchait à terre; quand on recherchait ses limites précises, on constatait qu'elle s'étendait du jarret à la partie la plus élevée de la fesse, sur une longueur de 60 centimètres. La peau qui recouvrait la masse était chagrinée; elle présentait des saillies et des dépressions, et avait de la ressemblance avec le tégument du visage d'un individu qui a été maltraité par la petite vérole. Sa coloration était foncée. Par sa conformation, la peau contrastait avec celle des parties voisines, avec celle des faces supérieures et latérales de la cuisse qui était normale. La tumeur paraissait ferme quand on la pressait avec énergie, quand on examinait ses couches profondes. Son épaisseur était considérable; elle diminuait peu au niveau du pédicule qui fournissait à la palpation la même sensation que le reste de la masse. Il était impossible de faire glisser la peau à la surface des tissus sous-jacents; il était facile de voir qu'elle était confondue avec eux, car on ne pouvait l'en détacher en y faisant un pli. Autour apparaissaient des vaisseaux veineux assez volumineux.

Avant de procéder à l'opération, M. Cusco, pour empêcher une trop grande effusion de sang, fit préalablement une espèce de ligature enchevillée.

La tumeur pesait de 45 à 46 livres; elle était formée d'un tissu blanchâtre lardacé. M. Cusco reconnut au microscope qu'elle était composée de tissu fibroïde, que les glandes du derme y étaient très-développées, et qu'elle était pourvue à la surface d'une grande quantité de pigment.

Je me suis minutieusement étendu sur la question du diagnostic; mais ceux qui savent combien d'erreurs sont commises en présence de ces tumeurs, ne seront point étonnés des longueurs qui précèdent. Je ne craindrais pas même d'entrer dans d'autres détails si l'espace ne me manquait. Je passe maintenant à l'anatomie pathologique qui relie si intimement le mal des Barbades au molluscum.

Le tissu morbide se présente, comme nous l'avons vu, sous l'aspect d'une masse semi-œdémateuse, lardacée, d'un blanc grisâtre, laissant suinter de la coupe par la pression un liquide légèrement opaque quelquefois, d'autrefois blanc-laiteux, ce qui a fait penser à M. Nélaton que les lésions du système lymphatique doivent jouer un rôle important dans cette maladie. Cette opinion est d'autant plus vraisemblable, que les lymphatiques qui reviennent de la région sont volumineux, hypertrophiés, variqueux même, et contiennent un liquide semblable à celui dont nous parlions il n'y a qu'un instant. Les ganglions lymphatiques ont pris des dimensions remarquables; ils sont mobiles et durs, comme nous l'avons constaté pendant la vie; à la coupe, ils laissent écouler une matière blanchâtre et un peu filante qui les imprègne : c'est du moins ce qui avait lieu chez notre malade.

Des veines d'un gros calibre traversent la tumeur et se rendent aux vaisseaux voisins qui sont augmentés de volume. Dans le cas que nous avons observé et dans celui de Hecker, elles admettaient le doigt dans leur intérieur. Elles restent béantes comme celles du foie, et elles sont tellement adhérentes au tissu environnant, qu'elles semblent faire corps avec lui; elles sont, pour ainsi dire, creusées dans la masse. Leur dissection est très-difficile. Les capillaires sont en général très-abondants, et la tumeur est souvent très-vasculaire; aussi perd-elle rapidement de son poids lorsqu'on l'abandonne à elle-même après qu'elle a été enlevée, et laisse-t-elle écouler une grande quantité de sang pour se dégorger complétement.

Le tissu morbide, à l'œil nu, offre l'aspect fibreux; il ne contient pas trace de graisse. Mais d'où vient ce tissu fibreux; est-ce celui du derme hypertrophié ou celui de la couche sous-cutanée? Avant d'exprimer l'opinion des micrographes, voyons ce que la dissection nous montre. Quelque soin qu'on y apporte, il est impossible de découvrir une véritable couche sous-dermique au-dessous du tissu pathologique, ni de saisir dans ce tissu même une ligne de démarcation qui puisse indiquer jusqu'où va le derme et à quelle distance il se termine. Il y a donc confusion apparente de toutes les parties qui se trouvent en dehors de la couche musculaire. Mais est-elle réelle?

Les recherches microscopiques peuvent nous éclairer sur ce point. Dans tous les cas, on constate une hypergenèse de tissu conjonctif, d'où résultait l'hypertrophie; mais cette hypertrophie est la même, que la préparation soit prise près de la surface ou vers les parties profondes : des cellules de tissu cellulaire, des noyaux embryoplastiques, des cytoblastions et une certaine quantité de matière amorphe. Les glandes sébacées sont très-développées; elles ont 3 ou 4 millimètres de longueur. On les dissèque facilement à l'œil nu. Il en est de même des bulbes pileux et de leurs conduits, qui pénètrent profondément dans l'épaisseur de la tumeur et ont acquis des dimensions considérables (6 à 12 millimètres de longueur sur 1 à 2 de diamètre). Ce fait suffit pour démontrer d'une façon certaine que le derme a pris part à l'hypertrophie. Mais derrière le cul-de-sac qui termine ces glandes, existe encore une épaisseur très-notable de tissu fibreux; il est donc naturel de considérer celui-ci comme remplaçant la couche cellulaire sous-cutanée; d'autant plus que cette dernière ne peut être rencontrée au-dessous de ce qui pourrait être regardé comme le derme. Cette manière de voir concorde tout à fait avec l'opinion que M. Robin a émise après l'examen de la tumeur de Chenailler, et qui est aussi celle de M. Laborde. Pour M. Robin, en effet, celle-ci n'était qu'une hypertrophie du tissu lamineux sous-épidermique, tant de celui qui entre dans la constitution de la peau que de celui qui forme le tissu cellulaire sous-cutané.

Après cette étude de la tumeur, il nous resterait encore, pour compléter l'anatomie pathologique, à examiner l'état du squelette; mais nous ne pourrions, à ce sujet, nous livrer à aucune considération générale, car les lésions varient dans les différents cas et dépendent du volume de la masse, de son poids et de sa situation. Il vaut mieux négliger ici ce côté de la question et renvoyer, pour tout ce qui y touche, aux observations particulières, dans lesquelles sont décrites des déformations du tronc ou des membres, des courbures anormales, des dénudations osseuses, etc. Ces changements dans la conformation du squelette en gênant les principales fonctions, ne manquent jamais d'amener des troubles profonds dans l'économie, et aggravent singulièrement le pronostic d'une maladie déjà si sérieuse par elle-même. Sa gravité tient, d'une part, à ses progrès incessants, et, d'autre part, aux secousses périodiques qui viennent ébranler la constitution, ruiner les forces et la résistance, et hâter l'accroissement du mal.

En résumé, la maladie que nous venons de décrire emprunte ses principaux phénomènes à diverses espèces morbides, avec lesquelles elle ne peut cependant être confondue. Elle a quelque ressemblance, au premier abord, avec la dermatolysie ou dermatose hétéromorphe d'Alibert, qui est habituellement congénitale et caractérisée par un relâchement considérable de la peau, et par l'hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané avec épaississement du névrilème des nerfs de la peau (Robin); mais elle en diffère essentiellement par son origine et par son mode d'accroissement.

L'affection en question se développe par poussées successives, comme l'éléphantiasis, de sorte qu'on serait facilement porté à la considérer comme une des variétés du mal des Barbades; mais il ne faut pas oublier qu'elle se manifeste par une tumeur circonscrite, quelle que soit son étendue, et qui ne tend pas à englober dans sa masse les parties voisines; et il faut se souvenir que cette tumeur naît d'un mamelon cutané d'une nature parfaitement déterminée, et qui a reçu en pathologie le nom accepté de tout le monde de molluscum.

Les chirurgiens, qui, après avoir assisté au début de l'affection, ont suivi sa marche, n'ont donc pas eu si grand tort, il me semble, de lui conserver la dénomination de molluscum. Les chirurgiens seuls ont eu occasion de l'étudier. Les médecins dermatologistes ne voient jamais que le petit molluscum, le molluscum médical, qu'ils regardent comme une difformité habituellement stationnaire de la peau. Ils ne sont plus consultés quand le *statu quo* a cessé d'être, quand une véritable tumeur, une tumeur déjà grosse, a succédé à un tubercule insignifiant, car alors le malade réclame une opération, et il recherche un opérateur. Un de mes honorables collègues et amis disait dernièrement : « Je n'ai jamais vu à l'hôpital Saint-Louis ni molluscum ni éléphantiasis de cette espèce. » Et il concluait par suite qu'il ne fallait pas appeler l'affection molluscum éléphantiasique. Il ne doit pas, en effet, en avoir vu, et c'est pour cela que son raisonnement est faux.

Mais on ajoutera : La masse hypertrophique n'a pas nécessairement pour point de départ un molluscum, et beaucoup de gens ont le corps couvert de molluscums ne progressant nullement (et cela est vrai; mon excellent maître, M. le docteur Hillairet, me montrait aujourd'hui même, dans son service, une malade qui en a une multitude ne changeant pas depuis plusieurs années). La réponse est facile. Les malades qui, portant une tumeur hypertrophique de la peau, n'ont pas de mamelons tégumentaires, offrent une variété d'hypertrophie différente de celle dont je m'occupe, peut-être une dermatose hétéromorphe. Quant à ceux qui ont des mamelons cutanés sans molluscum éléphantiasique, et c'est le cas ordinaire, Dieu merci, ils ne m'embarrassent guère. Est-ce que le lipôme ne reste pas quelquefois stationnaire? Est-ce que le *noli me tangere* ne sommeille pas souvent pendant bien longtemps? Certains enchondromes ne demeurent-ils pas indéfiniment au même volume? Combien de temps une diathèse existe-t-elle chez un individu avant de se manifester par des produits morbides?

D'ailleurs, je concéderais au besoin que cette hypertrophie n'a pas plus de tendance (ce qui est complétement erroné) à se développer chez un individu qui a des molluscums que chez un autre qui n'en a pas; mais je demanderai, pourquoi dans le cas où il est pourvu de cette difformité, c'est elle qui sert de substratum à cette prodigieuse hypergenèse? La raison m'en paraît simple : le molluscum ordinaire est une légère hypertrophie du derme, et le molluscum éléphantiasique est une immense hypertrophie de ce même derme. L'un est en petit ce que l'autre est en grand, au point de vue histologique; bien entendu; il n'y a dans leur structure qu'une différence relative de la quantité des cystoblastions entre deux portions égales des deux tumeurs; mais qu'est-ce qu'un certain nombre de cystoblastions en plus ou en moins? Il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que l'une des tumeurs soit le point de départ de l'autre.

Tenant alors compte des motifs de divers ordres que je viens d'invoquer, j'ai cru devoir adopter, avec Virchow, le nom de molluscum éléphantiasique, plutôt pour consacrer l'origine, le mode d'accroissement et la parenté de l'affection avec le mal des Barbades que pour indiquer l'énormité de la tumeur hypertrophique.

Que faire contre un pareil mal?

Il faut voir de front les difficultés pour mieux les connaître et avoir plus de chance de les vaincre. Or, le problème est complexe; nous avons deux éléments à combattre, la maladie, ses productions pathologiques.

Si, rapprochant notre molluscum éléphantiasique de la jambe du mal des Barbades, nous n'y voyions avec quelques auteurs qu'une simple hypertrophie du derme, qu'une difformité résultant d'une cause qui a cessé d'agir ou doit cesser dans un temps déterminé, la solution de la question serait facile; il n'y aurait qu'à enlever la tumeur, à débarrasser le malade d'un fardeau gênant, et à songer ensuite à hâter la cicatrisation de la plaie. Mais il n'en est point ainsi, et cette cause génératrice du mal, qui nous est tout aussi inconnue ici que dans la plupart des diathèses, quand disparaîtra-t-elle ou quel agent anéantira ses fâcheux effets?

Et d'abord, est-elle purement locale? Non évidemment, car s'il en était ainsi, pourquoi ces formidables symptômes, ces congestions périodiques et régulières? Il y a dans cette périodicité, dans cette régularité, un cachet dénotant une influence morbide qui va plus profondément que le derme.

Cependant, nous l'avons vu, ces congestions et les phénomènes généraux qui les accompagnent sont d'autant plus importants que la tumeur est plus volumineuse. Quand elle est petite, ils sont insensibles. Si on supprimait la tumeur, on aurait peut-être chance de supprimer cet appareil menaçant. On aura au moins espoir d'obtenir, comme dans le cancer, une guérison d'une certaine durée. Rien ne démontre même qu'elle ne puisse pas être définitive. Admettons le cas le plus défavorable, celui où la maladie choisirait pour lieu nouveau de sa manifestation, si je puis m'exprimer ainsi, un des petits molluscums qui parsèment la surface du corps des malades; nous savons combien est lent l'accroissement de ces tumeurs à leur début; il y aurait donc au moins toujours beaucoup de temps gagné.

Que tenter d'ailleurs en présence d'une tumeur qui accable l'individu de son poids, qui déforme son squelette et le réduit à l'inertie? que tenter contre une affection qui menace directement les jours du malade?

Sous quelque point de vue qu'on la considère, il faut donc opérer.

Mais une opération est une chose grave dans ces conditions : quand on a à enlever une tumeur de dimensions aussi colossales que celles dont il est question dans nos observations, et si richement pourvues de veines énormes.

Avant de l'entreprendre, M. Nélaton, aussi bien que M. Cusco, n'ont pas hésité à étreindre préalablement par des ligatures solides le pédicule de la masse pour empêcher une déperdition exagérée de sang pendant l'opération. L'un a employé la ligature par la méthode de Récamier, l'autre une sorte de ligature enchevillée. On ne devrait pas manquer de les imiter.

M. le professeur Nélaton nous a encore indiqué un procédé d'étranglement du pédicule qui serait peut-être plus puissant que les précédents. Il consisterait à embrasser le pédicule divisé en plusieurs segments, si cela était nécessaire, par un lien très-solide serré au moyen d'une espèce de tourillon passé entre le lien et la tumeur. On disposerait ainsi d'une force considérable.

On ne pourrait guère songer, je crois, à employer l'écraseur linéaire, car il se brise souvent en sectionnant la peau, quand on n'a pas soin de la diviser au préalable. Or ici il n'y a que de la peau à couper.

---

en quelque sorte; c'est une erreur, la vie les accepte ou les repousse à son gré; la vie peut les modifier et les transformer; la vie peut, quand elle le veut, les produire spontanément et sans infection nécessaire. Mais ici nous devons laisser la parole à notre auteur, on ne voudrait plus nous croire;

« ..... Son esprit conséquent exigeait une cause spécifique; il la « lui fallait à tout prix pour amener logiquement une maladie spécifi- « que. Et, en effet, cette exigence est légitime lorsqu'on supprime la « spontanéité de la vie dans ses modes soit hygides, soit morbides, « lorsqu'on croit qu'un virus, qu'une cause délétère quelconque en- « traîne directement la maladie par un mécanisme physico-chimique « plus ou moins connu. Les conditions sont singulièrement différentes « dès que la vie et la spontanéité nécessaire sont la raison suprême « de tous les actes vitaux. La maladie, c'est encore la vie, et les actes « morbides sont, avant tout, actes vitaux. *Dès lors il n'y a plus de « cause extérieure, virulente ou autre, qui produise par elle- « même et directement la maladie. L'économie conçoit, engendre « spontanément, c'est-à-dire par elle-même, la maladie. Elle peut « concevoir une maladie virulente, la morve ou tout autre, aussi « bien sous la provocation des causes communes que sous celle de « causes spécifiques* (1); *elle peut aussi résister et ne concevoir « nullement la maladie sous la provocation la plus formelle, com- « mune ou spécifique*. Elle demeure maîtresse de toutes ses manifes- « tations; les sollicitations extérieures ne sauraient la pousser à une « manifestation que si elle y consent, que si elle enfante en son sein « procréateur les manifestations auxquelles on l'appelle (p. 267). »

Et plus loin :

« Rarement il (notre esprit) peut évaluer une cause avec les don- « nées calculables et le genre de certitude que comportent les sciences « physiques. Quoique les occasions virulentes en approchent par suite « des caractères fixes de l'occasion à laquelle elles se rapportent, « elles restent néanmoins soumises aux déterminations intérieures, « la vie qui peut les accepter, les modifier ou les refuser tout à fait (p. 301). »

Cette longue citation est tellement importante que nous avons cru devoir la rapporter tout entière; le lecteur voudra bien nous excuser.

Mais que penser, je le demande, d'une doctrine qui ne recule pas devant de pareilles conséquences et qui est forcée de s'appuyer sur de semblables principes? Et notez bien qu'il n'en peut être autrement; dès que la vie est ce que M. Chauffard la fait, qu'on le veuille ou qu'on ne le veuille pas, on arrive à cette idée qu'elle est un être intelligent, construisant et dirigeant l'organisme, le menant à sa volonté, maître absolu de tous ses actes et de toutes ses actions, et, si on est logique, il faut absolument arriver jusqu'au système de Stahl.

Les vitalistes raisonnent à perte de vue sur la vie, et n'arrivent guère à rien prouver; quant à la mort, ils en parlent moins, et cela se comprend, car il leur est bien difficile de l'expliquer. Le plus logique de tous, Stahl, ne peut arriver à la comprendre, et pour moins que rien il dirait que c'est par une simple erreur que nous ne sommes pas immortels. A Montpellier, on a bien de la peine à s'expliquer la fin du principe vital, et M. Chauffard est tout aussi embarrassé qu'eux. Une force ne saurait périr; que devient la force vitale quand l'individu meurt? où va-t-elle? en quoi se transforme-t-elle? comment se fait-il que son action puisse cesser? Notre auteur le dit lui-même : *Une force ne s'use pas*. Et il admet que par la génération cette force se transmet, et est ainsi perpétuée; « dès lors la vie n'a plus de raison « d'être dans l'individu qui l'a émise de son sein; ce qui en reste à « l'organisme n'est plus qu'un déclin, qu'une lente extinction.... Les « synergies fonctionnelles se dissociant peu à peu, l'unité se relâche, « la vie cesse enfin. Mais il n'y a pas là une vraie victoire des forces « physiques sur la vie; il y a restitution au monde inorganique d'un « organisme qui, continuant sa vie hors de lui, l'a frappée en lui. »

Est-il nécessaire de s'arrêter à réfuter de semblables propositions, plus puériles encore qu'elles ne sont obscures? Et pouvons-nous mieux terminer notre critique des idées de M. Chauffard que par une telle citation?...

Dr H. Montanier.

(1) Appliquez cela à la syphilis, et nous voilà revenus en plein seizième siècle, à l'époque où l'on croyait que la syphilis pouvait se transmettre par l'air, par les aliments, par l'haleine des personnes malades, même à travers les grilles d'un couvent ou d'un confessionnal!

De la coxalgie, de sa nature, de son traitement, par les docteurs Martin et Collineau; ouvrage couronné par l'Académie des sciences. Un vol. in-8° de 556 pages et 30 gravures intercalées dans le texte. Prix, 7 fr. *franco*. Paris, 1865. Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

TRACHÉO-BRONCHITE ÉPIDÉMIQUE.

Par M. le docteur Mayres.

Plusieurs considérations dirigent le médecin dans le traitement des maladies. Il y a la question d'individualité ou de tempérament; il y a l'opportunité qui n'est bien saisie que par celui qui a vraiment le tact médical; il y a la climatologie, dont l'influence indiquée par Hippocrate a été si pratiquement étudiée par Huxham, Ramazzini, Sydenham, Lepecq de la Clôture, etc., etc. « Je tiens pour certain, dit Sydenham, que la « *connaissance des saisons* qui produisent les maladies sert de « beaucoup au médecin, tant pour distinguer l'espèce de la ma- « ladie que pour la guérir, et que faute de cette connaissance il « réussit mal dans ces deux points. »

Aussi aujourd'hui, à la Société médicale des hôpitaux, dans les sociétés particulières, à Paris et en province, on s'occupe d'une manière toute spéciale de cette question de climatologie. Chaque saison a ses maladies propres, chaque constitution médicale réclame un traitement particulier. Telle maladie qui à une époque a été traitée d'une façon avec succès, le sera sans résultat avec la même médication et à une autre époque.

Ainsi que le constate le dernier rapport de M. Gallard à la Société médicale des hôpitaux, rapport dont la *Gazette* a donné l'analyse (28 janvier 1865), les phlegmasies des voies respiratoires ont été les maladies dominantes de ces deux derniers mois. Au mois de novembre, la forme catarrhale dominait dans les bronchites; chez les vieillards et chez les enfants, dans les hôpitaux comme à la ville, les pneumonies ont été graves, et cette gravité s'est accrue encore au mois de décembre, où l'on a pu remarquer la prédominance d'un état catarrhal fort gênant. La phlegmasie avait de la tendance à s'étendre des bronches au tissu pulmonaire lui-même. En général, toutes ces affections se montraient fort tenaces et avaient un caractère de prostration très-marqué. Ce que ne constate pas le rapport officiel, mais ce que nous avons observé, ce sont plusieurs cas de mort subite dus évidemment à l'influence climatérique.

La tendance à la prostration exige un traitement tonique. Sans adopter complétement les opinions de M. le docteur Carrière sur le caractère intermittent de ces phlegmasies, nous avons cependant reconnu dans des cas l'utilité du sulfate de quinine à la dose de 0,25 à 0,50 chaque matin, ou du vin de Séguin à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour. Graves, de Dublin, prescrivait une potion légèrement calmante et nitrée. En même temps, il faisait pratiquer des fomentations sur la région trachéale et sur la poitrine avec une éponge imbibée d'eau très-chaude. Tous ces traitements sont excellents, mais ils sont insuffisants. Il y a dans l'épidémie actuelle trois points principaux à atteindre : le premier, c'est l'élément inflammatoire; le second, c'est l'élément adynamique; le troisième, c'est l'élément nerveux. Contre l'élément inflammatoire, tous les antiphlogistiques sont particulièrement recommandés; ce sont les infusions pectorales, la décoction de polygala, vantée par Graves à la période de déclin, et que nous employons en tout temps; ce sont les pâtes et les sirops pectoraux. Les pâtes ont l'inconvénient d'occasionner de l'altération, tandis que les sirops peuvent être pris avec les tisanes, de sorte qu'on donne aux malades deux médicaments qui agissent ensemble. Aux boissons pectorales, qui sont émollientes, nous avons l'habitude d'ajouter un sirop antiphlogistique, tels que le sirop d'érysimum ou d'althéa composés, celui de Briant, qui sont à la fois antiphlogistiques et calmants. Le sirop de Briant est un de ceux qui nous ont le mieux réussi. Ce traitement peut être suivi sans inconvénient pendant toute la durée de la maladie.

C'est contre l'élément adynamique que nous employons le sulfate de quinine, ou le vin de Séguin vers le huitième jour, ce qui ne contre-indique pas les antiphlogistiques.

Enfin, contre l'élément nerveux, nous faisons prendre, le soir, 1 gramme de bromure de potassium dans un demi-verre d'eau sucrée tiède.

Tel est le traitement qui nous a donné les meilleurs résultats jusqu'à ce jour. Il est simple, facile, et nos confrères peuvent l'essayer en toute confiance.

CORRESPONDANCE.

Arcachon, 23 février 1864.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Voulez-vous me permettre de réclamer dans votre *Gazette* contre une inexactitude historique échappée à l'auteur du *Rapport sur la pellagre* à l'Académie des sciences?

Tombée de si haut, l'erreur s'accréditerait rapidement, au grand détriment d'un nom dont le souvenir est resté, j'ose le dire, honoré dans la Gironde.

Ce n'est pas M. Th. Roussel *qui, le premier, appela en France l'attention sur cette maladie*, comme il est dit dans le rapport. Le livre de M. Roussel détruit cette affirmation. Car il n'est pas seulement remarquable par le talent qui l'a inspiré, il l'est aussi par l'impartialité la plus parfaite.

En 1829, mon père, J. Hameau, signalait la pellagre dans les Landes, comme il avait le premier signalé la contagion de la morve à l'homme en 1811, et la décrivait avec une telle exactitude qu'on n'a presque rien ajouté depuis aux traits caractéristiques de cette affection.

Je ne récrimine pas assurément; mais il est pénible de voir que M. Rayer ait oublié à ce point la lettre que le regretté Landouzy adressait en 1860 au président de l'Association générale des médecins de France, pour appeler son attention sur le mérite qu'avait eu J. Hameau à découvrir la pellagre landaise dans le milieu où il vivait, et pour provoquer de la part de l'Association une manifestation publique qui consacrât sa mémoire.

M. Rayer a eu sans doute, et je le dis sans aucune ironie, d'excellents motifs pour ne donner aucune suite à cette provocation généreuse en faveur d'un modeste docteur de province; mais pourquoi négliger l'occasion facile de lui conserver sa part de gloire?

Ceci soit dit sans prétendre toucher en rien au mérite des concurrents.

Je fais le vœu seulement de voir tenter l'expérience réclamée depuis si longtemps par le docteur Costallat, afin que nous sachions si l'étiologie de la pellagre est enfin trouvée, ou si nous devons rester sur les incertitudes mises solennellement en lumière par le rapport.

Veuillez agréer, etc.

Dr G. Hameau.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

166. Étude sur la bosse séro-sanguine des nouveau-nés, par M. Pierre Bonenfant.
167. Essai sur un nouveau traitement de la hernie ombilicale, par M. Henri Accarie.
168. Du pansement des plaies par l'alcool, par M. de Gaulejac.
169. Quelques recherches sur l'état de la température dans les maladies, par M. Duclos.
170. De la thoracenthèse et de quelques autres procédés thérapeutiques, appareils, opérations, spécialement au point de vue de leur utilité pour la médecine des campagnes, par M. Ganiayre.
171. Paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. Belliard.
172. Quelques considérations sur la médication altérante, par M. Gustin.
173. De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie (cerveau, moelle, poumon, etc., etc., stéatose du foie), par M. Chédevergne.
174. De l'hémorrhagie utérine pendant et après l'accouchement, par M. Marret.
175. De la dyssenterie, par M. Cluve.
176. De la muqueuse utérine et de son évolution pendant la menstruation et la grossesse, par M. Gillet de Grammont.
177. Étude sur l'hygiène des ouvriers employés à la fabrication du verre mousseline, par M. Duménil.
178. Quelques mots d'hygiène appliquée aux maisons d'éducation, par M. Leriche.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 22 février, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Damour, médecin major de 2e classe, et Lévy, médecin aide major de 1re classe.

— Nous venons de recevoir la nouvelle de la mort d'un des praticiens les plus consommés de l'Allemagne. M. le docteur Betschler, qui, pendant trente-six ans, se trouva placé à la tête des études obstétricales et gynécologiques de l'université de Breslau, avait publié un grand nombre d'écrits remarquables parmi lesquels on peut citer des recherches approfondies sur la difformité du bassin. En outre, il avait créé une clinique qui comptait toujours parmi les mieux organisées du pays.

Comme professeur, M. Betschler a toujours excellé par la hauteur de vue avec laquelle il s'est constitué le promoteur de tous les progrès réels dans l'intérêt de l'humanité et de la science.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 1er mars, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Voici son ordre du jour :

1° De l'iridectomie et de ses indications; procédé opératoire sûr et facile, par M. le docteur Coursserant.

2° Recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'iodoforme, par M. le docteur Moretin.

3° Des maladies régnantes, par les membres de la Société.

4° Comptes rendus d'ouvrages, par MM. Domerc, Koffmann, Langlebert.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er MARS 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

On n'a pas oublié la communication intéressante de M. Aug. Voisin sur les mariages entre consanguins dans la commune de Batz. M. Vernois a fait hier, au nom d'une commission, un rapport sur cette communication. Tout en reconnaissant que si, dans un avenir prochain, une solution peut être donnée à la question de l'influence de la consanguinité sur les produits de la conception, ce résultat ne sera obtenu qu'à l'aide de travaux semblables à celui de M. A. Voisin, M. le rapporteur a très-sagement conclu que le moment n'était pas encore venu de soumettre cette question à une discussion approfondie. On sait, en effet, qu'une enquête, dont l'administration a pris l'initiative, se poursuit en ce moment dans le but de réunir les éléments statistiques nécessaires pour établir les bases d'une étude comparative.

Nous reviendrons néanmoins, au premier jour, sur ce sujet, provoqué que nous y avons été par une lettre de M. le Dr de Ranse dont l'abondance des matières nous a obligé d'ajourner la publication.

M. Béclard a terminé dans cette séance la lecture du mémoire de M. Jolly sur l'influence hygiénique du tabac. Nous publierons prochainement quelques extraits de cette dissertation, éloquent et spirituel réquisitoire que l'Académie a entendu avec le plus vif intérêt et qu'elle a accueilli par les témoignages unanimes les plus flatteurs de satisfaction. Nous nous bornerons à dire pour le moment, sans espérer plus que M. Jolly ne paraît le croire lui-même, que son travail porte la conviction dans tous les esprits et qu'il arrête le courant de la mode qui entraîne en ce moment toutes les classes de la société, nous nous associons de grand cœur aux propositions qui terminent son mémoire et qui ont pour objet, faute de pouvoir conjurer le mal, de chercher du moins à en atténuer les effets, en conseillant de substituer aux tabacs qui sont le plus communément en usage en France et qui renferment des proportions considérables de nicotine, les tabacs d'Orient qui n'en renferment que des quantités très-minimes et presque insignifiantes. Cette substitution aurait ce double avantage d'atténuer notablement les dangers de l'usage excessif de fumer, et de rendre à une destination plus utile les terrains consacrés aujourd'hui à la culture exclusive du tabac.

Après cette lecture, l'Académie a repris la discussion sur la syphilis vaccinale. M. Bouvier lui a fait entendre une de ces solides et substantielles argumentations auxquelles il a depuis longtemps habitué son auditoire. Il y a dans ce discours, vigoureusement écrit et pensé avec une grande indépendance, des faits et des arguments qui méritent d'être pris en très-sérieuse considération. M. Depaul a trouvé dans l'argumentation de M. Bouvier un solide soutien, et M. Bousquet y est mis en demeure de s'expliquer sur les modifications que les événements récents ont pu apporter dans les opinions qu'il a toujours professées jusqu'ici, avec tout le monde d'ailleurs, sur l'innocuité quand même de la vaccine. C'est ce qu'il fera probablement dans la séance prochaine. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Méningo-myélite aiguë occasionnée par le froid.

(Observations recueillies par M. le docteur Auguste VOISIN, ex-chef de clinique du service.)

OBS. II. — *Méningo-myélite. — Autopsie.*

Au n° 8 de la salle Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé T..., âgé de cinquante-cinq ans, horloger.

Son père est mort d'une attaque d'apoplexie en cinq minutes à peu près.

Mère morte de maladie de poitrine.

En 1848, étant en Afrique, maladie de quatre mois caractérisée en particulier par des vomissements d'ingesta, et traitée par des sangsues à l'épigastre.

Pas d'habitudes alcooliques invétérées.

Il y a quatre jours, le 1er janvier, il s'est livré chez un ami à quelques excès consistant en café et cinq ou six verres d'eau-de-vie; il lui a été impossible de regagner son domicile, et a passé sa nuit dans un corridor ouvert à tous les vents, et n'a eu pour se couvrir qu'une simple couverture de coton. La nuit a été très-froide (le thermomètre marquait — 10 à — 12°), et le lendemain matin cet homme n'a pas pu se lever; il se plaignait d'un froid considérable de tout le corps. C'est alors qu'on l'a transporté sur un brancard chez lui; puis, après quatre jours, à l'hôpital de la Charité, où il entre le 5 janvier 1864, sans avoir pu se réchauffer depuis ces quatre jours ni reprendre l'usage de ses membres.

État actuel. — Décubitus dorsal, face pâle, yeux cernés, mouvements des paupières libres.

Traitement. — Bouillon, potages. Limonade vineuse.

Le 6, la chaleur des membres est devenue plutôt un peu exagérée et sèche. Même écoulement involontaire d'urine et de fèces.

Même contracture des bras et des jambes, même paralysie de la motilité; impossibilité de s'asseoir dans son lit. Douleurs le long des vertèbres dorsales. Un peu de raideur du cou. Le pouls s'est relevé, soixante-quatre pulsations.

Le 7, sensation de froid aux pieds. Mouvements de la main gauche un peu moins limités. Soif intense; peau du tronc, de la tête, chaleur exagérée. Raideur des muscles des membres supérieurs et du cou. Difficulté d'étendre les bras et les avant-bras.

Intelligence à peu près complétement saine; cependant il ne comprend pas la valeur de certaines questions posées au point de vue de sa moralité.

Le 8, engourdissement continu, très-douloureux dans les quatre membres; par intervalles, douleurs fulgurantes dans les membres et le cou.

Contracture des muscles des bras, des épaules, du cou et des membres inférieurs.

La peau est partout d'une chaleur un peu exagérée et sèche, + 39° à + 39° 1/2. Rétention d'urine, constipation. Un peu de somnolence. Quatre-vingt-quatre pulsations de force moyenne.

Toute la nuit il s'est plaint de son engourdissement, du malaise où le met son immobilité forcée.

Le 8 au soir, œdème des deux pieds. Les draps sont mouillés d'urine; le malade urine par regorgement. La vessie est pleine et nécessite deux fois par jour le cathétérisme. Conservation de l'intelligence.

Le 9, douleurs dans les membres, dans la région lombaire.

L'urine est un peu sanguinolente et très-muqueuse.

Le 9 au soir, sensibilité électro-musculaire très-diminuée aux membres inférieurs, surtout à gauche.

La contractilité électro-musculaire est de même amoindrie, et davantage à gauche. Les contractions ne se produisent qu'après quelques secondes d'électrisation. Aux membres supérieurs, phénomènes électriques normaux. Urine acide, un peu sanguinolente. Commencement d'escharres au sacrum, sous forme de plaques noirâtres. Écoulement involontaire des fèces et des urines.

Mémoire entièrement conservée; intelligence saine; le jugement, la conscience de sa position sont absolument nets. Il raconte d'une façon précise ce qu'il a éprouvé une partie de la nuit, à partir du moment où le sommeil ébrieux a cessé, le froid intense qu'il a éprouvé, l'impossibilité de mouvoir ses membres.

La parole est facile. L'action de souffler, de siffler se fait normalement; langue rougeâtre non déviée. Pas de soif.

Les deux mains sont placées sur la poitrine; contracture des muscles de l'avant-bras rendant l'extension absolue impossible. Le malade peut éloigner les mains et les avant-bras du tronc, mais dans des limites restreintes.

La distance extrême entre les mains et le tronc est alors de 0,15 à 0,20. Il ne peut porter les mains à la tête. Les mouvements des bras sont à peu près nuls. — Peau des membres supérieurs notablement refroidie.

Température dans la paume des mains, + 27°. Température dans les aisselles, + 37°.

La sensibilité aux piqûres, au toucher, les sensations de poids, de température, la sensibilité à la pression musculaire sont normales aux membres supérieurs.

La motilité est absente dans les membres inférieurs, qui sont un peu raides; c'est à peine si le malade peut imprimer quelques mouvements à ses doigts de pieds, même lorsqu'on provoque avec la flamme d'une bougie une brûlure que le malade perçoit très-nettement.

La température des membres inférieurs est au-dessous de l'état normal. Entre les deux cuisses rapprochées, + 31°. Entre les deux mollets rapprochés, + 27°. Entre les deux doigts de pieds, + 17°. Les pieds glacent la main de l'observateur.

Sensibilité aux piqûres, au toucher, à la température, au poids conservée aux membres inférieurs. Fourmillement et sensation d'engourdissement dans les deux pieds, face dorsale et plantaire. Sensibilité et contractilité électro-musculaires normales. Mouvements réflexes faciles à produire aux membres inférieurs. Écoulement involontaire de l'urine; le besoin d'uriner fait complétement défaut; selles involontaires.

La hauteur du foie est de 0,09.

Bruits du cœur sourds, impulsion à peine sensible; le champ de matité du cœur est de 11 cent. en longueur et de 9 cent. en largeur. Souffle fort, mais de timbre doux à la base du cœur.

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

IV.

Chaque fois que le médecin, lassé de vaines discussions, fatigué par des théories impuissantes ou creuses a voulu réagir contre la métaphysique médicale, il est forcément devenu *organicien*. De même que nous avons vu que les diverses opinions vitalistes n'étaient qu'une seule et même déduction d'un principe identique, de même nous devons faire rentrer dans l'organicisme tous les systèmes qui ont pris pour base de la médecine la lésion de l'organe malade. Méthodistes, iatro-mécaniciens, chimistes, humoristes, anatomo-pathologistes, etc., tous se rattachent à l'organicisme et se trouvent englobés dans cette doctrine, assez féconde pour les contenir tous et n'ayant, en somme, pour dernière expression, que la recherche par tous les moyens possibles, de la lésion morbide, son mode de production et le mode de traitement en rapport avec ces deux éléments. Hyppocrate est aussi organicien qu'il pouvait l'être; Galien l'est bien davantage, l'école d'Alexandrie, les méthodistes, Asclépiade, Thémison, Boerhaave, Morgagni, les humoristes anciens et modernes, les chimistes, Stahl lui-même assez souvent, M. Mialhe, M. Poggiale; les physiologistes expérimentateurs et tous les esprits d'élite, tous ces hommes qui cherchent dans l'organisme, dans la lésion, dans l'application intelligente des lois de la nature l'explication des phénomènes morbides, tous peuvent être rangés parmi les organiciens.

Il y a quelques mois, il fallait un certain courage pour s'avouer partisan de l'organicisme, et l'auteur de ces lignes sait trop bien ce qu'il lui en a coûté, dans un concours, pour avoir eu ce courage. C'était le moment où l'on avait retrouvé les fièvres essentielles et réédité la synoque; que dis-je, la synoque? Toutes les synoques, s'il vous plaît. Le langage médical s'émaillait de ces vieilles expressions si chères aux archéologues. Bref, de progrès en progrès nous marchions tout droit vers le XVIIe siècle médical et avions beaucoup de chances pour ne pas nous arrêter en si beau chemin. Aujourd'hui les choses ont un peu changé de face, et il est permis, sans trop de danger, de faire sa profession de foi. D'ailleurs un homme d'un grand talent, justement estimé, d'une probité scientifique et d'une conviction à toute épreuve, M. le professeur Rostan, nous donne l'exemple, et il serait au moins honteux de ne point oser le suivre. Dans la troisième édition de l'*Organicisme* qui vient de voir le jour, non-seulement le savant professeur reste fidèle à tous ses principes, mais il les affirme de nouveau et les défend avec une énergie que l'âge n'a nullement affaiblie.

M. Rostan est justement orgueilleux de son œuvre et fier de l'impulsion qu'il a, pendant quarante années, donnée à la science. Il est pénible pour l'homme qui arrive à la fin de sa carrière, de reconnaître qu'il s'est trompé et que ses efforts n'ont abouti qu'à une stérile impuissance. Grâce au ciel, tel n'est pas le lot de M. Rostan, et il lui est bien permis de montrer avec une noble fierté les grands résultats obtenus par l'organicisme, en présence des résultats négatifs du vitalisme proprement dit.

« Les magnifiques découvertes qu'a faites l'école de Paris depuis « un demi-siècle, dit M. Rostan, les immenses progrès que cette école « a accomplis, le rang suprême qu'elle a conquis parmi toutes les « écoles sont dus aux principes dont nous exposons ici le résumé... « Ces lois sont si claires, si simples, si intelligibles, que chacun se « les assimile, pour ainsi dire, et se dirige d'après leur inspiration. « L'illustre auteur de l'*auscultation*, homme orthodoxe s'il en fut ja- « mais, se fut révolté à la qualification d'organiciste; eh bien! on ne « trouve pas dans tout son livre une seule proposition de vitalisme... « Son admirable ouvrage est entièrement expérimental... et quel plus « magnifique monument élevé à la gloire de l'école de Paris! Qu'on « nous cite un semblable chef-d'œuvre enfanté par le système vita- « liste!...

« Tout ce qui a été produit de grand, de fort, de durable, l'a été « sous l'influence des principes de l'organicisme; hors de ces principes « nous ne trouvons rien, rien que la stérilité la plus absolue, la plus « complète. C'est une chose remarquable que la nullité des travaux « enfantés sous l'influence de ces impuissantes illusions. Cela devait « être. Il n'y a de fertile que la raison et de stérile que l'erreur. Il « n'en peut être autrement : avec de fausses prémisses, peut-on avoir « autre chose que de fausses conséquences? »

Ces assertions, le livre de M. Rostan en fournit la preuve dans toutes ses pages; et même on peut dire que ces lignes sont comme la philosophie de cet ouvrage remarquable. L'auteur, en effet, ne s'amuse pas à discourir et à raisonner à perte de vue, au risque de se perdre dans le vide, il montre à chaque instant tous les progrès obtenus par la méthode expérimentale et l'impuissance, l'inanité et le *statu quo* de la méthode contraire. L'observation, le phénomène visible, qu'est-ce que cela fait aux vitalistes; et c'est justement le reproche qu'ils adressent aux organiciens de s'arrêter au phénomène

Pouls chétif, très-dépressible à la moindre pression, régulier, battant cinquante-six fois par minute.

Traitement. — Sinapismes répétés sur la colonne vertébrale et les membres. Ventouses sèches (30 par jour) le long de la colonne vertébrale.

Le 10. — Le matin, frissons. Le malade s'occupe de tout ce qui se passe autour de lui, sa parole est nerveuse, un peu d'exaltation et d'excitation intellectuelles. Par moments, il se manifeste un peu de difficulté à rendre sa pensée.

Persistance des douleurs fulgurantes des membres, de l'engourdissement de la plante des pieds. ....

Troubles de la sensibilité cutanée ; ainsi, quand on tire les poils des membres inférieurs ou quand on pratique un léger frottement sur la peau des membres inférieurs, il croit qu'on le pince. Le frôlement du doigt est bien perçu aux membres supérieurs.

Œdème du scrotum, du prépuce, des deux pieds et des jambes.

Peau de chaleur exagérée, sèche ; soixante-huit pulsations de moyenne force.

Douleurs disséminées dans les deux régions scapulo-humérales et exagérées par la pression.

Traitement. — Cathétérisme deux fois par jour, suivi d'une injection d'eau froide dans la vessie.

Le 11. — Somnolence ; peau de chaleur exagérée, moite, pouls fort, résistant : quatre-vingt-huit pulsations ; nuit calme, un peu de sommeil, plus de douleurs fulgurantes. La pression, même la plus légère, des masses musculaires des quatre membres et du tronc provoque une vive douleur. Analgésie de la peau des membres inférieurs complète aux piqûres. Insensibilité électro-musculaire presque nulle aux membres inférieurs. Pupilles égales, d'un diamètre moyen.

Le 12 au soir. — Même état douloureux des masses musculaires.

Le malade a parlé toute la journée ; il se plaint de ce que les infirmiers ne le soignent pas avec toute l'attention désirable. Urine par regorgement. L'urine, très-rouge, renferme beaucoup de mucus, est très-peu acide ; le papier bleu de tournesol ne rougit que peu à peu.

Le 13. — Même état. Peau de chaleur exagérée.

Le 14. — Le malade s'affaiblit, perd la conscience de son état. La peau prend une teinte d'un jaune clair.

Hyperesthésie des masses musculaires. Soixante-quatre pulsations.

Sensibilité électro-musculaire normale au tronc, aux membres supérieurs, presque nulle aux cuisses, nulle aux jambes et aux pieds.

Contractilité électro-musculaire nulle aux jambes et aux pieds, presque nulle aux cuisses, diminuée aux membres supérieurs, normale au tronc et à la face.

Le 18. — Affaiblissement de plus en plus prononcé ; plaintes continuelles.

Le 19. — Paralysie de la motilité complète aux membres inférieurs ; les mouvements des membres supérieurs sont limités. Insensibilité à la douleur, complète aux membres inférieurs. Conservation de la sensibilité à la douleur, aux membres supérieurs, à la face et à la moitié supérieure du tronc ; à la moitié inférieure, diminution de la sensibilité.

Respiration à type abdominal ; les côtes sont presque immobiles pendant l'inspiration.

Le 20. — Respiration accélérée (quarante-huit respirations saccadées.) Quatre-vingt-seize pulsations.

La pression des muscles des membres est douloureuse. Analgésie complète de la peau aux inférieurs. Écoulement involontaire d'urine et des fèces.

Le soir, engouement pulmonaire, râle, agonie de deux heures et mort à huit heures du soir.

Autopsie. — La moelle est enlevée du canal rachidien avec la dure-mère ; puis celle-ci est ouverte ; ses deux faces ne présentent rien d'anormal. La pie-mère ne présente pas une vascularisation anormale. Partout elle est, ainsi que l'arachnoïde, très-transparente, sauf dans la moitié inférieure de sa portion cervicale et le commencement de sa portion dorsale, où les membranes offrent une teinte légèrement jaunâtre, un aspect demi-opaque qui en diminue la transparence et empêche d'apercevoir, comme ailleurs, la teinte bien blanche de la moelle.

Dans cette moitié inférieure, la moelle est un peu plus large que dans les autres points, et pour ainsi dire épatée ; l'arachnoïde viscérale présente en cette partie une teinte opaline, qui n'empêche pas tout à fait sa transparence, et, dans quelques points, des flocons blancs accolés à sa face viscérale. Avec la loupe, on constate aussi que la teinte opaline est constituée par des produits plastiques, blancs, filamenteux, accolés à la face viscérale de l'arachnoïde viscérale.

Les racines antérieures et postérieures des nerfs ont un volume normal.

Si, à partir de la protubérance on pratique un grand nombre de coupes très-minces, on arrive, après une longueur de 4 cent. 7 millimètres, à une portion un peu ramollie, et, en poursuivant les coupes, on découvre, après un trajet de 1 centimètre et 2 à 3 millimètres, un ramollissement très-considérable occupant surtout les parties centrales de la moelle, qui présente en ce point une sorte de cavité.

A ce niveau, la substance médullaire est réduite en bouillie, a une couleur gris-rougeâtre, s'enlève un peu sous l'action du filet d'eau ; l'état de bouillie existe surtout dans les parties centrales, mais toute la tranche est ramollie à des degrés variables. Cet état se voit dans une longueur de 0,010 au plus.

Examen microscopique de la portion ramollie, 250 diamètres : nombreux leucocytes du diamètre de grains de millet à celui de lentilles, granuleux, de teinte jaunâtre, pâlis par l'acide acétique, qui en fait disparaître à peu près complètement le contenu granuleux et tout à fait la teinte jaunâtre, évidemment constituée par des granulations graisseuses. L'action de l'acide fait apparaître dans quelques globules 1 à 3 noyaux.

Quelques globules sont disposés en forme de chapelet ; la paroi externe de quelques-uns est irrégulière.

Dans la portion cervicale de la moelle, le microscope montre plusieurs globules un peu ovoïdes de mêmes caractères que les précédents, les uns plus petits que les autres, et renfermant, outre de la matière granuleuse, 1 à 3 noyaux visibles sans l'action de l'acide acétique.

M. Cornil n'a pas trouvé de corpuscules amyloïdes en excès, ni une plus grande proportion de névroglie ; — la moelle épinière, examinée sur des coupes durcies par l'alcool et l'acide chromique, ne lui a permis de voir aucune autre altération que le premier degré de l'inflammation.

Méninges cérébrales un peu épaissies dans toute leur étendue ; quelques plaques opalines à la convexité et à la base de l'organe. La toile arachnoïdienne que couvre l'espace interpédonculaire est toute blanche.

Pas d'adhérences entre les méninges et la substance corticale.

Sérosité sanguinolente (1 verre) dans les ventricules latéraux.

Cœur très-gras, foie gras, reins décolorés.

DE LA MÉNINGO-MYÉLITE

occasionnée par le froid,

Par M. le docteur Auguste VOISIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

(Mémoire lu à la Société du département de la Seine, dans les séances des 20 janvier et 3 février 1865.)

J'ai eu l'hiver dernier l'occasion d'observer à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, deux individus qui, par suite de l'impression du froid ont contracté des maladies mortelles ; le hasard a voulu que ces deux cas, très-rares, se présentassent à moi à quelques jours d'intervalle ; leur étude sera l'objet de ce travail.

Le but que je me propose ici est de signaler l'influence exercée par le froid sur les centres nerveux, et en particulier sur la moelle, influence qui était irréfutable chez ces deux individus.

Telle n'est pas, on le sait, l'opinion générale, et dans ces derniers temps Stokes et Graves ont considéré les phénomènes paralytiques causés par le froid comme des altérations des nerfs périphériques. Graves, en particulier, a cité dans sa *Clinique* (1) plusieurs faits de paraplégie produite par le froid, et a rejeté complétement l'idée de lésions primitives des centres nerveux ; mais pas une autopsie n'a été faite, et en leur absence il est permis de douter de la justesse de ses explications. C'est avec des faits et des autopsies que cette question m'a paru pouvoir seulement être jugée.

J'ai dû rechercher dans les auteurs classiques les observations ayant trait à cette question ; quoique rares, j'en ai trouvé quelques-unes.

Les *Mémoires de chirurgie militaire* de Larrey relatifs à la campagne de Russie (1) sont presque uniquement consacrés à la description des symptômes produits par le froid : pâleur du visage, sorte d'idiotisme, difficulté de parler, faiblesse et perte totale de la vue, impossibilité de se tenir sur les jambes, émission involontaire de l'urine, phénomènes éminemment propres à des altérations des centres nerveux ; mais les autopsies, et cela se comprend à l'armée, n'ont pas été faites. Pourtant, Larrey a pu en pratiquer chez des soldats atteints à Kœnigsberg d'une maladie qu'il a appelée *ataxie catarrhale de congélation*, et qui se caractérisait par des douleurs compressives de tête, des troubles mentaux et sensoriels, de la fièvre, un engourdissement douloureux des membres, des crampes, des soubresauts et une chaleur piquante à la plante des pieds ; de l'injection des vaisseaux conjonctivaux, des rêves sinistres, du délire, puis un assoupissement léthargique, et enfin le plus souvent la mort. Larrey n'a malheureusement pas examiné la moelle, mais il a vu la surface du cerveau couverte d'une couche blanchâtre de substance albumineuse, et les vaisseaux cérébraux très-injectés ; Larrey a insisté beaucoup aussi sur le traitement antiphlogistique au début de cette maladie, et en particulier sur l'emploi des ventouses scarifiées aux tempes, à la tête, à la nuque, et de la saignée d'une veine jugulaire ou d'une artère temporale. En un mot, l'illustre chirurgien a considéré ces accidents comme ayant leur cause intime dans les centres nerveux et comme appartenant à la classe des congestions.

Un des effets du froid, dit Cullen (*Traité de médecine pratique*, t. I, p. 162), est de produire la paralysie de quelque membre, et à ce sujet il cite l'opinion de Galien (2), à savoir : qu'il suffit de rester longtemps sur une pierre froide ou dans l'eau froide pour éprouver la paralysie des sphincters de l'anus et de la vessie.

D'après Rollet (3), le refroidissement subit pendant l'état de sueur a produit plusieurs fois la méningite cérébro-rachidienne ; les symptômes ont été exactement les mêmes que ceux dont on doit la relation à Larrey : conjonctives injectées, douleurs violentes de tête, se prolongeant sur le trajet du rachis ; engourdissement des membres, fourmillement des pieds, fièvre ; assoupissement.

M. Cruveilhier a vu un jeune homme qui, pour s'être endormi au frais pendant qu'il était en sueur, fut pris de paraplégie avec douleur extrêmement vive le long du rachis et des extrémités inférieures, paralysie de la vessie et du rectum. La paralysie du mouvement se propagea aux membres supérieurs, et le malade mourut.

L'autopsie ne put être faite (4).

J'ai trouvé dans Ollivier d'Angers, une observation de Chabrely relative à un capitaine de quarante et un ans, qui fit une promenade en bateau sur la Garonne pendant une nuit assez fraîche ; le trajet dura trois ou quatre heures.

Le soir, la démarche était lente, embarrassée.

Le lendemain matin, le malade, voulant se lever, tomba lourdement de son lit sur le plancher et dut y être transporté à bras. M. B... avait encore la faculté d'exécuter quelques mouvements peu étendus ; son pouls était calme, sa figure avait son expression ordinaire ; ses membres, souples, indolores, d'un degré de chaleur normale, n'indiquaient en rien le rhumatisme aigu.

Traitement. — Saignée du bras.

Nul amendement ne s'ensuivit ; le mouvement s'éteignit en entier dans les membres abdominaux et thoraciques, et peu après dans les trois quarts inférieurs de la colonne vertébrale. La tête pouvait cependant être tournée de tous côtés. La plus grande partie des muscles inspirateurs étaient *frappés d'inertie* ; la toux était difficile, l'expectoration impossible. Constipation.

(1) *Clinique médicale.* Trad. par Jaccoud. T. I, p. 636 et suiv.

(1) T. IV.

(2) *De locis affectis*, l. VI, cap. vi.

(3) Rollet. *Mémoires de l'Académie de médecine.* T. 10, p. 291. Observat. 1re et 5e.

(4) Cruveilhier. *Anat. pathol.*, 3e livr., p. 9.

---

visible ; il est bien plus utile et instructif de discuter et de philosopher sur ce que l'homme n'a jamais pu saisir et ne comprendra sans doute jamais. Et, en somme, n'est-ce pas là toute la raison d'être du vitalisme ? Passer à côté de ce qu'on voit sans en tirer aucun profit, et chercher au delà de ce qu'on ne peut ni voir ni comprendre. Le livre vitaliste de M. Chauffard roule presque entièrement sur cette erreur, que, pendant qu'il reproche à ses antagonistes de s'arrêter à ce qu'ils peuvent saisir, lui, au contraire, croit tout comprendre et n'est jamais embarrassé pour tout expliquer.

Les principes de l'organicisme sont exposés très-clairement par M. Rostan, et on peut les résumer dans la proposition suivante :

Il n'y a dans les maladies que des organes malades, et les troubles de ces organes, comme les actes physiologiques, obéissent aux lois ordinaires de la chimie, de la physique et de la mécanique, non point changées, mais modifiées par les propriétés inhérentes à l'organisme vivant. Tenir d'abord un très-grand compte de ces propriétés, et voir ensuite comment elles agissent sur les lois ordinaires de la matière, comment elles peuvent les influencer et les modifier, telle est, en un mot, toute la science pathologique, d'où découle nécessairement la science thérapeutique. L'organicisme repose surtout sur ces deux propositions, que M. Rostan met souvent en relief, à savoir :

1° Que *la vie* est un *résultat* et non pas un *principe*, et qu'en dehors de l'organisme et de ses lois, il n'existe point un principe abstrait et intelligent présidant aux fonctions vitales et les dirigeant.

2° Que la matière animée n'est pas douée de propriétés spéciales, autres que celles de la chimie et de la physique générales, plus ou moins modifiées par les propriétés vitales des organes et des tissus ; ces dernières étant non pas des êtres abstraits, comme Bichat a cherché à l'établir, mais seulement le résultat de l'organisation.

Cette dernière proposition ne sera peut-être pas admise sans conteste ; elle est cependant aussi fondamentale que réelle. La circulation du sang, quoiqu'on en dise, se fait dans le système circulatoire à peu près comme dans une pompe et ses tuyaux ; les seules différences tiennent à ce que ces tuyaux étant vivants et doués de propriétés spéciales ne se comportent pas comme des tubes inertes, et viennent ajouter leur action propre à celle du cœur pour concourir au même but : la circulation. La pesanteur s'exerce sur le corps vivant comme sur un corps inerte, avec cette seule différence que les propriétés des divers tissus la contrebalancent, l'annihilent même dans certains cas ou seulement la diminuent, etc., etc.

Étant bien connues les propriétés des tissus, étant bien connues les lois de la chimie et de la physique ordinaires, il doit arriver un jour où la science pourra se rendre compte de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques, les tenir en quelque sorte dans sa main, en déterminer toutes les lois, les prévoir et les empêcher de se produire ou de progresser quand la chose sera possible.

M. Rostan a exposé, à la fin de son ouvrage, sous forme d'*aphorismes*, une série de propositions qui en sont le résumé et qui montrent, en quelques pages, tout ce qu'il y a de vrai et de fécond dans son système ; nous y renvoyons le lecteur, et nous ne saurions trop l'engager à méditer longuement sur toutes ces propositions ; il est impossible qu'il ne sorte pas convaincu de cette lecture aussi attrayante qu'instructive.

Chacun sait comment l'anatomie pathologique, après avoir joui d'une extrême faveur, quoique toujours heureusement cultivée, a été plus tard accusée d'impuissance et honnie en quelque sorte. Il est certain qu'on a beaucoup trop demandé à cette partie de la science, et que ses adeptes ont promis en son nom plus qu'ils n'étaient en mesure de tenir. Ce n'est pourtant pas une raison pour la rejeter systématiquement ; elle est une des fortes colonnes de la vraie science et de l'organicisme en particulier. M. Rostan en est convaincu plus que personne, et il s'applique avec un soin extrême à montrer toutes les ressources de l'anatomie pathologique et tout ce qu'on est légitimement en droit d'attendre d'elle.

Les vitalistes et tous les ennemis de l'organicisme n'ont pas manqué de se prévaloir de la prétendue impuissance de l'anatomie pathologique, M. Rostan n'hésite pas à relever cette accusation aussi grave qu'injuste. Si l'anatomie pathologique n'a pas donné plus qu'elle ne l'a fait, nous tâcherons de dire pourquoi lorsque nous exposerons nos propres idées ; mais même dans l'état actuel de la science, il n'y a pas de proposition plus fausse que celle qui dénie sa légitime influence à l'anatomie pathologique et, comme le dit le savant professeur, « c'est à l'anatomie pathologique que nous devons de marcher « avec assurance dans le traitement des maladies. Nier qu'elle ait eu « cette influence, c'est nier le progrès de l'art ; c'est nier que les travaux des Bonet, des Valsalva, des Morgagni, des Senac, des Portal, « des Corvisart, des Bayle, des Laennec et de beaucoup d'auteurs vivants (1) aient eu aucune influence sur le traitement des maladies... « Dire que l'anatomie pathologique a éclairé le diagnostic des maladies

(1) Pourquoi ne les nommerions-nous pas ces auteurs vivants ? Pourquoi ne pas mettre en relief à côté de leurs devanciers, les noms de MM. Andral, Cruveilhier, Barth, Bouillaud, Piorry, etc., etc., et, au premier rang, celui de M. Rostan lui-même ?

Traitement. — Nouvelle saignée, vésicatoire sur tout le rachis, pilules d'extrait de noix vomique.

Au quinzième jour, pas la moindre amélioration ; réapplication du vésicatoire rachidien. L'urtication pendant une semaine ne produisit aucune amélioration.

Dix mois après, il pouvait se mouvoir dans son lit, et signer les lettres qu'il dictait (1).

Ollivier considéra les phénomènes comme étant dus à une congestion rachidienne.

L'observation suivante, empruntée à Ollivier d'Angers, a trait à une congestion rachidienne survenue sous l'influence du froid chez une femme, pendant l'époque menstruelle :

Paralysie de la motilité des membres et de la vessie. Guérison (2).

Marie Beaujoin, âgée de vingt-huit ans, courant un jour après une vache qui s'était échappée du troupeau confié à sa garde, passa dans l'eau d'une fontaine, dans les derniers jours de septembre ; elle était dans son temps périodique. Elle se plaignit aussitôt de fortes douleurs lombaires ; les extrémités pelviennes s'engourdirent ; le second jour, elle ne marchait plus ; la vessie fut frappée de paralysie, le pouls devint fort ; il y eut céphalalgie.

Traitement. — Application de dix-huit sangsues à la vulve ; fomentations sur les lombes avec des flanelles trempées dans une solution de muriate d'ammoniaque.

Le cinquième jour, réitération des sangsues. La paralysie cessa, la fièvre se calma.

Le sixième jour, la malade alla mieux, et le septième, entra en convalescence.

La *Gazette médicale de Milan* (t. IV, p. 32) renferme une observation très-intéressante de tétanos causé par un refroidissement subit guéri par un traitement antiphlogistique énergique consistant en applications de sangsues le long de la colonne vertébrale.

Voici encore un fait de tétanos rhumatismal suivi de guérison, emprunté à Stein :

Un garçon de douze ans, d'ordinaire bien portant, se baigna ayant chaud dans une rivière froide.

Le jour suivant, survinrent un trismus et une raideur tétanique des extrémités, qui occupa successivement tout son corps, et particulièrement le dos et les muscles du cou. Des moments de calme survinrent, mais les convulsions se reproduisirent à courte durée avec une ténacité douloureuse ; les mouvements réflexes furent dès le début très-exagérés ; le corps était en sueur.

Dans les premiers jours, le pouls devint fréquent ; le nombre des respirations était de 28 ; la température, au contraire, mesurée vers quatre et six heures du soir, était de 30°,6 Réaumur, et variant de quelques dixièmes seulement.

Au bout d'un mois, les crises tétaniques ne se produisirent que faiblement dans le dos et le cou, et P... put se promener un peu dans la chambre.

Quatorze jours plus tard, il était complétement guéri.

Le traitement consista en tartre stibié, morphine et applications de linges mouillés froids, continuellement d'abord, puis à intervalles, lorsque l'excitation réflexe et les paroxysmes de crampes devinrent plus rares (3).

L'observation suivante, empruntée à M. Bouillaud, prouve évidemment l'action du froid sur la moelle épinière (4) :

Le nommé Contesse couche pendant un hiver sur un matelas étendu sur le plancher d'une chambre humide et nouvellement bâtie.

Vers la fin de l'hiver, il est pris de fièvre ; puis ses bras s'engourdissent, ainsi que ses mains, au point qu'il ne peut plus tenir ses outils.

Le lendemain, ses doigts étaient fléchis convulsivement. La maladie fut prise pour une épilepsie.

Les jours suivants, crampes très-douloureuses dans les membres, convulsions tétaniques de tous les muscles des membres, du tronc, de la face. Mort.

(1) Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle*, t. II. p. 73.
(2) Ollivier d'Angers, *Maladies de la moelle épinière*, 1837, t. II, p. 31.
(3) Stein, *Memorabilium*, VIII, 1863, et *Schmidt's Jahrbücher*, 1864, p. 42.
(4) Bouillaud, *Maladies du cœur*, I, p. 364. 2e édit.

A l'autopsie, grande quantité de sérosité dans la grande cavité arachnoïdienne spinale. Injection des deux faces de la moelle, plus prononcée à la face postérieure. Dans la moitié antérieure du renflement supérieur, ramollissement de 2 centimètres d'étendue, transformation du tissu médullaire en une sorte de crème d'une couleur jaune rougeâtre.

GASTRALGIE. — SPERMATORRHÉE.

Par M. le docteur Tourrette.

Un homme des hautes montagnes du Vivarais, âgé de trente-cinq ans, maigre, sec, d'une laideur repoussante, vint me consulter pour une maladie de l'estomac ; il avait bon appétit ; mais quand il l'avait satisfait, il éprouvait à l'épigastre des douleurs qui remplissaient sa poitrine et l'empêchaient de respirer.

A la suite de digestions toujours pénibles et douloureuses, ce malade tombait dans un grand état d'alanguissement, état qui devint tellement grave qu'il l'obligea de renoncer à travailler. Il était menuisier. Il avait la tête lourde, pesante ; il éprouvait des serrements, des douleurs violentes qui ne lui permettaient pas de rester longtemps debout ; il ressentait dans toute l'étendue des membres pelviens, surtout à la partie externe, des fourmillements précédés ou suivis d'un froid glacial, ou d'une chaleur mordicante ; ses idées étaient tristes, mélancoliques, incohérentes.

J'avais évidemment affaire à une gastralgie, mais la gastralgie ne me donnait pas raison de tous les symptômes qu'éprouvait le malade.

Je lui demandai si dans sa longue maladie il n'avait pas consulté d'autres médecins que moi. Il me répondit qu'il en avait consulté plusieurs, et me donna une consultation de M. Desgranges, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Après m'être assuré que presque tous les médecins consultés lui prescrivaient des bains et des lotions avec l'eau froide de rivière, je compris que j'étais en présence d'un homme qui se livrait depuis longues années à la masturbation.

Interrogé convenablement, le malade m'avoua péniblement, mais d'une manière sincère, que depuis sa dix-neuvième année il se polluait avec une coupable complaisance ; que depuis un an seulement il avait complétement renoncé à cette funeste habitude non pas volontairement, mais forcément, attendu qu'il n'avait plus éprouvé de véritables érections, quelles que fussent les incitations qu'il eût mises pour en provoquer.

Aux manœuvres ononiaques pratiquées, s'il faut en croire le malade, avec une fréquence et une fureur incroyables, succédèrent des pollutions nocturnes involontaires qui l'ont jeté dans un si pitoyable état soit au physique, soit au moral.

Ces pollutions nocturnes involontaires ont lieu souvent au milieu d'un rêve pénible autant que bizarre, et jettent le malade dans un état d'alanguissement, de faiblesse inexprimable. Une sueur froide, visqueuse, couvre le front et le visage ; une douleur tensive extrême presse les tempes et cercle la tête. Le gosier est sec, la langue embarrassée ; le cœur bat avec violence ; la respiration est courte, pénible, suffocante.

Le malade est d'une maigreur extrême ; les yeux, qu'il a fort laids, sont timides, honteux ; la peau du visage est d'une couleur blafarde, un peu anémique ; la langue est large, sale, froide ; le pouls petit, serré ; les organes thoraciques en assez bon état ; l'estomac, qui remplit à peine ses fonctions, est le théâtre de nombreux phénomènes gastralgiques.

Prescriptions. — Le matin à jeun, six demi-verres d'eau de la Saint-Jean (Vals) et quatre demi-verres le soir.

Après dix jours de ce traitement, le malade semble s'apercevoir qu'une amélioration s'est prononcée du côté des voies digestives. Quant aux pertes séminales involontaires, elles sont toujours les mêmes. Le malade pense que le moment de doubler la dose de l'eau minérale est arrivé ; il croit que son estomac a acquis assez d'énergie pour pouvoir digérer sans difficulté six verres d'eau entiers le matin et autant le soir.

J'y consens, mais je lui prescris l'eau de la Désirée (Vals) pendant huit jours.

Le malade s'en trouve bien ; les digestions sont bonnes, ainsi que le sommeil ; les forces reparaissent et deviennent de jour en jour meilleures ; les pertes séminales sont moins fréquentes et moins abondantes, et au réveil le malade est moins fatigué. Alors, voyant son état s'améliorer, il conçoit l'espoir d'une guérison prochaine et durable. En effet, au bout de trois à quatre semaines, ce malade n'était plus le même homme, tant il avait gagné en bonne mine.

Du côté des organes génitaux, l'amélioration était évidente, en ce sens que les pollutions nocturnes involontaires étaient presque nulles, et qu'il croyait avoir eu quelques velléités d'érection.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire sur les endémies et enzooties paludéennes du bassin de la Seille-Supérieure, par M. le docteur Ancelon, de Dieuze ;

2° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Braye (de Tarascon), André (de Courcelles-Chaussy), Dagan (d'Alby-en-Savoie), et Carassus (de Milly) ;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Moselle et de Maine-et-Loire. (Commission des épidémies.)

— M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du t. XII de la 3e série du *Recueil des mémoires de médecine et chirurgie militaires*.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Bouchut et Bertillon, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et médecine légale ;

2° Une note sur l'auscultation de l'œsophage, par M. le docteur Natanson, de Varsovie. (Commissaire : M. Pidoux.)

3° Une note en latin sur la rage, par M. le docteur Salava, de Brezora (Hongrie). (Commission de la rage.)

— **M. le Secrétaire annuel** donne lecture d'une lettre de M. le docteur Corlieu, qui se déclare tellement convaincu de l'impossibilité de transmettre la vérole par le vaccin qu'il se tient à la disposition de M. Depaul pour être inoculé avec du vaccin pris sur un enfant syphilitique. (Commission de vaccine.)

— **M. Tardieu** présente :

1° Un ouvrage sur les parfums et les cosmétiques, par M. Piesse, parfumeur à Londres, traduit par M. O. Réveil ;

2° Une étude médico-psychologique sur l'homme dit le Sauvage du Var, par M. le docteur Mesnet.

M. Tardieu entre dans quelques détails sur la vie de cet individu, et demande qu'une commission soit chargée de ce travail et de l'étude des faits analogues qui existent dans la science. (Commissaires MM. Tardieu, Baillarger et Cerise.)

— **M. Larrey** présente une brochure de M. le docteur Marmisse relative à la reproduction des os par le périoste.

— **M. Depaul** dépose sur le bureau les *Leçons cliniques* de M. André Lee, traduites par M. le docteur Baudot.

— **M. de Kergaradec**, au nom de la commission des épidémies, pense qu'il y a lieu de rappeler aux médecins des épidémies que le délai de rigueur pour la remise de leurs rapports a été fixé par le ministre au 30 juin.

RAPPORT.

Mariages entre consanguins. — **M. Vernois**, au nom d'une commission composée de MM. Tardieu, Béclard et Vernois rapporteur, donne lecture d'un rapport sur le mémoire de M. le docteur Aug. Voisin, ayant pour titre : *Études sur les mariages entre consanguins* dans la commune de Batz, près le Croisic (Seine-Inférieure.)

Après avoir rappelé les faits exposés dans le travail de M. A. Voisin, M. le rapporteur ajoute : « Le moment n'est pas encore venu de soumettre devant vous à une discussion approfondie la question de l'influence de la consanguinité sur les produits de la conception. Mais on peut affirmer que si dans un avenir prochain une solution peut lui être donnée, ce résultat ne sera obtenu qu'à l'aide de travaux semblables à celui de M. A. Voisin. »

La commission propose, en conséquence, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments et de déposer honorablement son mémoire dans les archives (adopté).

— **M. Béclard** termine pour **M. Jolly** la lecture de son mémoire sur le tabac. (Nous résumerons prochainement l'ensemble de ce travail.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Bouvier.

Discussion sur la syphilis vaccinale.

M. Bouvier. Le 19 mai 1863 un de nos plus savants collègues

« depuis près d'un siècle, c'est avancer un fait si évident que son énonciation est presque une trivialité. Dire que le diagnostic des maladies « est la plus sûre base de leur traitement, que pour combattre une ma- « ladie il faut la connaître, c'est énoncer une vérité si simple qu'on « éprouve quelque pudeur à l'émettre. »

Cela n'empêche pas M. Rostan, dans son impartiale justice, de reconnaître que beaucoup de maladies existent sans lésion anatomique actuellement appréciable, les maladies nerveuses en particulier. Mais aussi qu'on nous dise ce qu'est le traitement de ces maladies, s'il présente quelque certitude et sur quoi il est basé. On pourrait presque soutenir que là où l'anatomie pathologique manque, la science fait presque entièrement défaut.

Nous ne pouvons pas suivre M. Rostan dans tous les développements où il entre, il nous suffira de dire qu'à notre sens il a assis très-solidement l'organicisme et n'a laissé sans réfutation aucune objection sérieuse. Et cependant qu'il nous permette de lui adresser un reproche en finissant.

Est-ce bien un reproche ? Non, assurément ; le respect que nous portons au savant célèbre et au maître vénéré ne nous le permettrait pas ; l'excuse que pourrait invoquer M. Rostan ne nous le permettrait pas davantage. M. Rostan n'est plus jeune, et bien que ses convictions soient toujours aussi fermes et aussi vivaces, bien qu'il les développe avec la même loyauté, on sent cependant en lisant son livre qu'il manque là quelque chose ; cette troisième édition en un mot est trop semblable aux précédentes ; la science marche toujours et elle a beaucoup marché dans ces dernières années, apportant un grand nombre de faits et d'arguments en faveur de l'organicisme. M. Rostan, plus jeune de vingt ans, eût complété son œuvre en la grandissant, en lui donnant de nouveaux horizons plus féconds et plus vastes. Pourquoi n'a-t-il pas songé à s'adjoindre, pour atteindre ce but, quelque jeune savant qui eût ajouté, sous l'inspiration de l'auteur, les développements nécessaires et assez importants pour faire du traité de l'organicisme, non pas une troisième édition, mais un livre vraiment nouveau et complet ?

« La tombe va bientôt se fermer sur moi, » dit M. Rostan, lassé et presque découragé. Non, cher maître, vous vivrez, je l'espère, longtemps encore, assez longtemps pour voir triompher vos idées ; et peut-être, à mon tour, verrai-je mon désir se réaliser ! Vous qui commencez à vous désintéresser des misères d'ici-bas, jetez autour de vous un regard calme et impartial, et voyez si le spectacle est fait pour désespérer ! Regardez le navire de la science, il enfle majestueusement ses voiles, et, bien qu'il avance avec une certaine lenteur, il n'en marche pas moins sûrement, et son sillon, profondément creusé, n'en est que plus durable. Cherchez bien ; le pilote est un homme de progrès et ses regards sont tournés vers l'avenir ; les matelots connaissent tous le passé ; mais ils savent que, s'il a produit de grandes choses, il a été infécond sur beaucoup d'autres, et que la science doit chercher de nouvelles voies. Quand arrivera-t-il au port, ce navire qui porte avec lui les destinées de l'humanité future ? Nul ne saurait le dire, pas plus qu'on ne pourrait dire quelles tempêtes le balloteront sur les flots, quelles avaries il aura à subir ; mais il arrivera, soyez-en bien certain, il arrivera sain et sauf. La science médicale moderne, l'organicisme, l'expérimentation sont embarqués sur ce navire ; souhaitons-leur un vent propice et une heureuse traversée.

Ce qui vous désespère, cher maître, c'est ce qui désespère tous les bons esprits ; c'est cette lutte perpétuelle entre la raison et le sentiment, entre ce qui est réellement et ce que l'on souhaite, entre l'expérience et le faux raisonnement ; lutte impie dans les sciences autant que ridicule et stérile. C'est toujours le vieux monde luttant contre le monde nouveau, et, si je puis le dire ici, la foi aux prises avec la raison. La science ne connaît pas la foi et elle ne doit point la connaître ; la science cherche froidement, tranquillement, sans inquiétude, sans trouble, et enregistre ses découvertes quelles qu'elles soient. La démarcation d'ailleurs se tranche de plus en plus. Que dis-je ? Elle est désormais si complètement tranchée qu'il n'est plus au pouvoir de personne de la combler. La science de l'avenir marchera éclairée par ce seul phare qu'on nomme *le Progrès*, et il est si brillant et si lumineux que tous les souffles de l'ancien monde seraient impuissants à l'éteindre ou seulement à le voiler.

Dr H. Montanier.

Éléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques, à l'usage des étudiants des écoles de médecine humaine et de médecine vétérinaire, par le docteur Thomas (de Tours), ex-professeur d'anatomie de l'École de médecine de Tours, chirurgien en chef de l'hôpital général, etc. 1 vol. in-8° accompagné d'un atlas de 12 planches renfermant 89 figures dessinées par M. Lackerbauer. Prix : 12 fr. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Examen de la loi du 31 juin 1838 sur les aliénés ; par J. B. Petit, médecin en chef de l'asile des aliénés de Nantes. In-8° de 68 pages. Prix, 2 fr. *franco*. Paris, 1865. Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

prononçait les paroles que voici : « J'ai d'abord repoussé ce mode de transmission de la vérole par la vaccination. Les faits se reproduisant et paraissant de plus en plus confirmatifs, j'ai accepté la possibilité de ce mode de transmission avec réserve, avec répugnance même. Mais aujourd'hui je n'hésite plus à proclamer leur réalité. » Ainsi s'exprimait il y a deux ans M. Ricord. En 1865, cette déclaration formelle ne s'est pas reproduite; elle a été remplacée par le doute, l'hésitation, par une sorte d'embarras, enfin par un appel à de nouveaux faits. Ce doute, cette hésitation de la part d'une aussi haute autorité en syphiliographie devaient produire d'autres doutes dans l'esprit de plusieurs d'entre nous. Mon but est de faire mes efforts pour répandre quelques lueurs sur ces incertitudes.

La discussion n'a presque roulé jusqu'ici que sur les faits présentés par M. Depaul et sur le récit très-sommaire qu'il en a donné. Or, votre rapporteur devait, dans un rapport officiel, se renfermer dans l'exposé le plus restreint possible. Que ses contradicteurs cessent donc de demander à ce rapport la réponse à toutes les objections! On n'a pu placer sous les yeux de l'Académie qu'une partie de la vérité; ce n'est qu'en remontant aux sources que l'on peut la découvrir tout entière. Croit-on, par exemple, que le rapport donne le chiffre exact de tous les faits? il faudrait peut-être le doubler; et cette évaluation serait encore au-dessous de la vérité.

Qui n'a été vivement impressionné par le tableau émouvant du désastre de Rivalta? Eh bien! il y a eu deux ou trois catastrophes à peu près égales à celle de Rivalta. (Ici M. Bouvier donne des détails circonstanciés sur le fait de Crémone en 1841, qui n'est qu'indiqué seulement dans le rapport de M. Depaul. Ce fait ne diffère de celui de Rivalta qu'en ce que trentre-quatre enfants qui reçurent le vaccin de huit des trente-cinq infectés, ne contractèrent pas la vérole. Puis vient le fait de Lupara en 1856, rapporté par Marone, dans lequel trente-quatre enfants inoculés de la syphilis par le fait de la vaccination, contaminèrent immédiatement ou médiatement un plus grand nombre d'individus.)

En ajoutant à ces trois faits le premier fait cité par M. Depaul, celui de ces 40 enfants infectés sur 46 vaccinés en 1821, au rapport de M. Cerioli, on trouve pour ces quatre cas seulement 155 enfants atteints de syphilis inoculée par la vaccine, et un nombre de contagions secondaires qui porte le total des sujets infectés à près de 300.

La vaccine était-elle bien la cause de ces malheurs? Ne faut-il pas en accuser plutôt d'autres modes de transmission de la syphilis? Cette infection générale d'une même localité ne fait-elle pas supposer une sorte d'endémie syphilitique? Ces questions et d'autres encore, les médecins italiens se les sont posées comme nous, et ce n'est pas à la légère qu'ils ont cru devoir les résoudre dans le sens de la syphilis vaccinale; ils n'étaient pas plus disposés que nous à voir dans la vaccine un moyen d'inoculation de la vérole. On verra dans la savante et consciencieuse relation de M. Pacchiotti quel soin minutieux ses collègues et lui ont apporté dans l'enquête de Rivalta. Dans tous ces cas italiens la contagion a été suivie de maison en maison, d'individu à individu. Qui donc pourrait nier que son point de départ n'ait été le bras des enfants vaccinés? qu'elle n'ait passé de là, quand leur bouche est devenue malade, au sein de leurs mères ou nourrices, où a paru le chancre infectant, pareil à ceux des bras des enfants? qu'elle n'ait ensuite gagné des nourrissons, des maris et d'autres personnes parentes ou étrangères, et toujours par le contact des organes infectés chez les femmes ou les enfants avec les organes sains des autres individus? Si l'on voulait établir un ordre inverse, il faudrait aussi renverser les temps et les dates.

Que certaines circonstances soient restées mal connues, que quelques détails soient douteux, inexacts, d'accord; mais quelques obscurités de détails peuvent-elles conduire à douter du fait fondamental de la contagion syphilitique vaccinale démontrée sur une aussi large échelle? Ma raison se refuse à l'admettre.

M. Ricord a dit qu'il y avait quelques faits qu'il ne discutait pas, parce qu'il les croyait réels. Il est regrettable qu'il n'ait pas désigné ces faits. Pour moi, j'avoue qu'il m'a été impossible de les reconnaître parmi leurs pareils, je les ai trouvés tous semblables. « C'est toujours la même chose, a dit M. Briquet. » Oui, c'est toujours la même chose, et c'est précisément cette uniformité des faits qui constitue leur force.

J'ai ajouté un premier fait, celui de M. Marone, à ceux que M. Depaul a présentés; j'en ai quelques autres à vous faire connaître.

(M. Bouvier énumère ici sommairement deux faits de M. Marcolini, observés en 1814 et 1822; les faits de M. Viani en 1839, de M. Whitehead en 1859, de M. Galligo en 1857, de M. Rodet en 1855, etc.)

On a souvent répété, ajoute-t-il, que l'Académie pratiquait des milliers de vaccinations par an, et que depuis quarante ans que ce service lui est confié, elle n'avait jamais eu d'accident de ce genre. Parole imprudente! car nos vaccinateurs officiels seraient fort en peine s'il leur fallait soutenir une semblable assertion. Ce que leurs vaccinés deviennent au delà du huitième ou du dixième jour, ils l'ignorent, et, même à cette date, ils n'ont guère cherché jusqu'à présent s'ils observeraient quelque signe avant-coureur d'une manifestation morbide qu'ils croyaient impossible. Il est très-vraisemblable que le vaccin syphilitique a dû se présenter ici comme ailleurs. Trois faits qui m'ont été communiqués par M. Auzias prouveraient au besoin le contraire. (Ces faits ont été consignés dans le *Courrier médical* de 1863 et dans la *Correspondance syphiliographique* de M. Auzias-Turenne, 1860.)

En 1863, M. le docteur Morax, alors interne de mon service, actuellement médecin à Morges, en Suisse, a recueilli sous mes yeux une observation encore inédite, qui n'est certainement pas un fait unique dans nos hôpitaux d'enfants. (Nous publierons les principaux détails de cette observation.) Réunis à ceux de M. Auzias-Turenne, ces cas ouvrent la série des faits parisiens, qui se multiplient à mesure qu'on y regarde de plus près.

M. Bouvier passe à l'examen des faits exposés dans le livre bleu anglais de 1857 cité par M. Ricord, et il en prend occasion de faire une excursion historique sur les premiers temps de la vaccine, pour montrer que dès cette époque déjà des faits semblables s'étaient produits, mais que la vérité fut étouffée dans les discussions qui eurent lieu alors.

Je ne m'arrête pas, poursuit-il, aux expériences négatives que l'on a opposées à la contagion vaccino-syphilitique. Elles ne méritent pas l'importance qu'on a voulu leur donner. Je n'examinerai pas si, selon l'opinion de MM. Viennois et Blot, la contagion se produit exclusivement par l'inoculation du sang. Quelque insuffisant que soit cet exposé, il pourra, joint à celui de M. Depaul, faire apprécier jusqu'à quel point on doit appliquer à la contagion vaccino-syphilitique cette épithète de *prodigieusement rare* lancée un peu au hasard par M. Trousseau. Nous ne sommes plus au temps où l'on pouvait dissimuler ou atténuer les faits. On voudrait en vain aujourd'hui comprimer la vérité, elle se ferait jour de toutes parts. Prévenir le retour de ces malheurs, tel est maintenant le but à poursuivre. Telle est aussi la conclusion de tous les modernes qui ont écrit sur cette matière. Il en a été autrement à l'Académie de médecine. On vous a dit qu'il n'était pas opportun d'aborder ce sujet, et on a proposé un ordre du jour plus ou moins déguisé.

M. Bouvier combat ici l'inopportunité et l'inefficacité prétendues des mesures proposées dans le rapport ou dans la discussion, puis il termine en ces termes :

Je crois avoir démontré l'inanité des reproches adressés au projet de rapport de M. Depaul, dans ce qu'il contient d'exclusivement scientifique. Quelques passages de ce projet ont reçu une interprétation différente. Je suppose que notre honorable rapporteur ne trouverait pas d'inconvénient à ce qu'ils fussent supprimés.

Quelle que soit la décision de l'Académie, elle a un devoir à remplir : c'est de faire entendre sa voix en faveur de ce qu'elle croit vrai et utile; c'est d'éclairer par un vote significatif le corps médical, qui a les yeux fixés sur elle.

L'Académie de médecine a dit en 1830 à tous les vaccinateurs de la France :

« Des faits innombrables ont démontré que le virus vaccin puisé chez des sujets atteints de maladies susceptibles de se communiquer par contagion, comme la syphilis et la petite vérole, ne se chargeait, dans aucun cas, d'autres principes, et ne donnait que la vaccine. »

L'Académie voudrait-elle, en 1865, laisser croire à tous les vaccinateurs de l'empire qu'elle n'a rien changé à ses convictions de 1830, et qu'appuyés de sa haute autorité, ils peuvent impunément inoculer le vaccin des sujets syphilitiques?

Je vote pour l'adoption du rapport de M. Depaul avec les modifications que je lui ai indiquées. (Applaudissements.)

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— En exécution de sa décision du 20 mai 1864, mentionnée au *Moniteur* du 22 juin suivant, le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics vient de décerner des médailles aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont distingués par leurs services et leurs travaux pendant l'année 1863 savoir :

Médaille d'or. — M. le docteur Pilat, de Lille (Nord.)

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Clémenceau, de Bordeaux (Gironde.) — Brigandat, de Lille (Nord.) — Gintrac, de Bordeaux (Gironde). — Vingtrinier, de Rouen (Seine-Inférieure.) — Lecadre, du Havre (Seine-Inférieure.) — Halleguen, de Châteaulin (Finistère.) — Caussé, d'Alby (Tarn.) — M. l'ingénieur Billaudel, de Versailles (Seine-et-Oise.) — M. le docteur Forlin, d'Evreux (Eure.).

Médailles de bronze. — M. Delezenne, de Lille (Nord.) — MM. les docteurs Demange, de Nancy (Meurthe.) — Saucerotte, de Lunéville (Meurthe.) — Bordes, de Beauvais (Oise.) — Noirot, de Dijon (Côte-d'Or.) — Avenel, de Rouen (Seine-Inférieure.) — Bailly, de Bains (Vosges.) — MM. Girardin, de Neufchâteau (Vosges.) — Limouzin-Lamothe, d'Alby (Tarn.) — Hérouard, de Belle-Isle (Morbihan.)

— L'un des plus anciens et des plus honorables praticiens de Paris, M. le docteur Ledeschault, ancien médecin des bureaux de bienfaisance et président de la Société médicale du IV[e] arrondissement, vient de succomber dans un âge avancé. M. Ledeschault emporte l'estime et les regrets de ses confrères et de la nombreuse population de son quartier.

— La Société de médecine du département de la Seine tiendra sa prochaine séance le vendredi 3 mars 1865.

Ordre du jour :

Suite de la discussion sur le mémoire de M. Voisin, de la myélite occasionnée par le froid.

— Le docteur Fort, professeur particulier d'anatomie, médecin aux eaux de Cauterets, commencera un cours de névrologie le 3 mars 1865, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, rue Antoine-Dubois, 2, et le continuera tous les jours à la même heure.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 27. — SAMEDI 4 MARS 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 4 MARS 1865. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la percussion et du plessigraphe.

Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur un petit appareil nouveau, imaginé par M. Peter, pour circonscrire dans la plus petite surface possible la sensation que donne la percussion. M. Trousseau, dans le service duquel ont été faits les premiers essais de cet instrument et qui a pu en apprécier les avantages, a consacré la dernière leçon clinique qu'il a faite à l'Hôtel-Dieu à l'exposé des divers procédés de percussion et à leur parallèle avec le procédé de M. Peter. On ne lira pas sans intérêt cette appréciation qui est comme le dernier écho d'un enseignement clinique qui a eu un si grand et si légitime retentissement (1).

« La percussion sur le doigt ou sur le plessimètre, dit M. Trousseau, a le très-grand inconvénient de donner le plus souvent un son *mixte* et non pas *simple*. En effet, au point de jonction des organes, le doigt, et à plus forte raison le plessimètre, sont pour ainsi dire à cheval sur deux ou plusieurs organes, que la percussion fait vibrer simultanément, de sorte qu'il en résulte un son mixte, dû au mélange de deux ou plusieurs ordres de vibrations. Par exemple, au point d'intersection du foie et du poumon droit, il est bien rare que le doigt ou le plessimètre ne porte simultanément sur le foie et le poumon, de manière à donner par la percussion un son mixte, qui n'est ni celui du foie ni celui du poumon. Assurément, le son est alors bien plus mat que celui du poumon, mais il n'a pas la matité de celui que donnerait le foie percuté isolément. Pour avoir le point précis où commence le foie, il faut alors tâtonner, percuter un peu plus haut et un peu plus bas que le point où commence le son mixte, et à la suite de ces tâtonnements, on a, une grande habitude aidant, le point assez précis où commence le foie. Il en est ainsi du cœur au niveau du médiastin. Bien plus, nous perdons habituellement les traces de cet organe, au niveau de son bord gauche, alors qu'il s'enfonce dans la poitrine et se dérobe pour ainsi dire derrière le poumon.

« L'idéal de la percussion eût donc été de percuter sur la plus petite surface possible, afin de n'ébranler que la plus petite partie possible d'un organe, de telle sorte que, à quelques millimètres de distance, les points non percutés n'entrassent point en vibration et ne mêlassent pas leurs sons à celui des points percutés. Il est bien évident qu'alors, aussitôt que le son change, c'est qu'on est, à quelques millimètres près, sur la limite d'un nouvel organe. Pour atteindre à cet idéal, mon ancien chef de clinique, M. le docteur Peter s'est proposé de réduire au minimum la surface de percussion, en employant une surface percutante *minima*. Mais, comme une surface percutante ainsi réduite n'aurait donné que très-peu de son, il a eu l'idée d'*amplifier celui-ci par une tige de renforcement;* en d'autres termes, il a imaginé de percuter avec un instrument formé d'une tige cylindrique, terminée à son extrémité percutante par un cône tronqué, et à son extrémité percutée par un disque plus large que la portion cylindrique, et où le doigt qui percute frappe à plat et facilement. Le plan circulaire qui porte sur la peau n'a que 5 ou 6 millimètres carrés de surface; il n'ébranle nécessairement et ne fait vibrer qu'une surface de cette étendue. Et comme en percutant avec cet instrument on le promène successivement suivant une ligne dont on parcourt tous les points, il s'ensuit qu'aussitôt que le son change de nature, on sait, à 1 ou 2 millimètres près, et sans *aucun tâtonnement*, qu'un nouvel organe se présente sous l'instrument de percussion.

« De plus, l'instrument de M. Peter est muni, à son extrémité percutante, d'un crayon qui se meut à frottement doux; de manière qu'en le poussant, on marque un point noir dès que le son change de nature. Cet instrument est donc tout à la fois un agent de percussion et de délinéation. Et vous comprenez qu'il abrége singulièrement l'investigation tout en la rendant plus commode et plus précise, car on n'a pas besoin de tenir de la main qui percute le crayon destiné à marquer la limite des organes.

« Ce n'est pas tout : cet instrument, que M. Peter a nommé *plessigraphe*, est doué d'une remarquable délicatesse; il ne faut pas le percuter, il suffit de le toucher seulement. Et le toucher doit être aussi rapide que possible; voici d'ailleurs la manière de s'en servir :

« On tient l'instrument de la main gauche très-solidement entre le pouce et l'index; moins on met de doigts, et moins on amortit les vibrations de l'instrument. Le pouce est appliqué sur le bouton qui fait mouvoir le crayon. Le plessigraphe ainsi tenu de la main gauche, doit être appliqué solidement et perpendiculairement à la surface de la peau.

« Le plessigraphe solidement tenu, on le *touche* avec la face palmaire de l'index droit placé dans l'extension; on ne le percute pas comme on fait pour le plessimètre, avec la portion unguéale des doigts préalablement fléchis. On a de cette façon l'avantage de ne pas frapper fort, ce qui pourrait être douloureux, eu égard à la petite surface de percussion; et comme on touche le plessigraphe par toute l'étendue de la face palmaire de l'index (et non point par l'extrémité unguéale), on a une incroyable délicatesse de sensation; on perçoit avec la plus grande netteté la consistance des tissus, ce qui se conçoit, puisqu'on les touche par l'intermédiaire du plessigraphe, de la même manière dont on palpe quand on veut connaître la nature des corps.

« L'instrument de M. Peter, long de 10 centimètres, est divisé en dix parties égales, chacune d'un centimètre; un de ces centimètres est divisé en millimètres, de sorte qu'après avoir servi à percuter et à dessiner les organes, cet instrument sert encore à les mesurer.

« En résumé, le plessigraphe me semble destiné à donner la mesure de nos organes avec une extrême précision et une grande rapidité. Il est d'un maniement facile, et l'élève le plus inexpérimenté peut aisément s'en servir et obtenir du premier coup des résultats qu'on n'atteint avec le plessimètre qu'à la suite d'une longue habitude et d'un tâtonnement assez prolongé. Il a encore un autre avantage, c'est de laisser une série de points noirs partout où l'on a trouvé une différence de sonorité; de sorte que, une fois l'organe délimité, il se trouve par cela même dessiné, et que l'opérateur *voit* après avoir *entendu;* l'image restant sous les yeux d'une façon permanente, alors que les sons avaient depuis longtemps disparu.

« En dernière analyse, messieurs, qu'on percute avec les doigts rapprochés et étendus, suivant la méthode d'Avenbrugger; qu'on percute avec le plat de la main comme l'enseignait Corvisart; qu'on percute sur son doigt, sur le plessimètre avec ou sans marteau et sur le plessigraphe, on fait une bonne chose dans tous les cas où la percussion est indiquée. Cependant il faut ici distinguer. La percussion immédiate d'Avenbrugger et de Corvisart doit être préalablement pratiquée pour l'examen de la poitrine, afin de faire connaître d'emblée l'état général de la sonorité de cette cavité. Elle suffit ordinairement pour reconnaître un épanchement pleurétique ou une pneumonie de médiocre étendue. La percussion sur le plessimètre est de mise pour les sommets de la poitrine, en arrière surtout. Vous m'avez vu quelquefois percuter sur la clavicule même avec l'extrémité des doigts, me servant de cet os comme d'un plessimètre, et j'en ai parfois obtenu des résultats très-satisfaisants dans les cas de tuberculisation pulmonaire. Mais pour les recherches de précision, pour limiter très-exactement les organes, le cœur surtout, les tumeurs du médiastin, telles qu'un anévrisme profond de l'aorte; pour limiter la rate, le foie, etc., le plessigraphe me semble en certains cas préférable. »

— En reproduisant ce fragment de la dernière leçon clinique de M. Trousseau, nous ne pouvons nous empêcher de faire une remarque pénible et qui n'a certainement échappé à aucun de ses auditeurs, comme elle n'échappera sans doute à aucun de ses lecteurs, c'est que l'éminent professeur ait pu faire une leçon sur la percussion sans parler une seule fois de celui de ses collègues dont le nom restera attaché à cette utile invention, qui lui a mérité dans l'opinion d'un grand nombre de médecins une place à côté de Laënnec. M. Trousseau a-t-il pensé qu'il pouvait se reposer sur son successeur à la chaire de l'Hôtel-Dieu du soin de faire valoir lui-même ses titres?

(1) La leçon dont nous extrayons le passage qui suit termine le t. IIIe et dernier de la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, qui vient de paraître récemment.

Nouveau traitement du Goître parenchymateux.

M. le docteur A. Bovet, un des élèves de M. le professeur Billroth, chirurgien de l'hôpital cantonal de Zurich, vient de nous envoyer une note sur un nouveau traitement du goître parenchymateux; il appelle l'attention des praticiens sur une opération applicable dans un bon nombre de cas et déjà légitimée par un succès.

Nous empruntons à la note de M. Bovet les lignes qui suivent :

« Voici quelle est l'opération qu'a pratiquée pour la première fois notre maître, M. le professeur Billroth, chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Zurich (Suisse). Frappé des résultats peu brillants obtenus par les méthodes ordinaires de traitement du goître parenchymateux dans les nombreux cas qui se présentaient dans son service, il conçut l'idée de pratiquer à réitérées fois le déchirement dit sous-cutané, jusqu'à ce qu'il s'ensuive dans le goître ainsi opéré une extravasation de sang accompagnée d'un broiement du tissu strumeux; M. Billroth prévoyait que, par ce moyen, il ne tarderait pas à se former dans le goître une cavité remplie de liquide, laquelle, au bout d'un certain temps, présenterait la plus grande analogie avec un goître enkysté ordinaire, ce qui permettrait d'avoir alors recours soit à la ponction (suivie ou non d'injection iodée), soit à l'incision, deux moyens infiniment préférables à l'extirpation. Le déchirement sous-cutané se pratique comme il suit : On enfonce dans la tumeur un trocart de moyen calibre, puis, le poinçon retiré, on fait décrire à la canule des évolutions en tous sens dans le tissu qu'on veut broyer; cela fait, on retire la canule et on colle sur la plaie un petit morceau de taffetas anglais; enfin, on applique sur toute la surface du goître un bandage compressif au collodion. Il est bon d'y aller prudemment à la première opération; à la seconde ou troisième, on pourra procéder avec moins de ménagements.

« On se convaincra facilement que cette opération est d'une exécution très-facile, et qu'elle est peu dangereuse, car la seule chose qu'on ait à redouter est une inflammation du goître. M. Billroth ne tarda pas à rencontrer dans son service un cas qui paraissait s'approprier très-bien à l'inauguration de la nouvelle méthode. On va du reste en juger.

« Suzanne M..., de Zurich, âgée de trente-deux ans, entre à l'hôpital cantonal de Zurich le 6 novembre 1863. Elle porte, depuis l'âge de dix-sept ans, à la partie antérieure du cou, à la région correspondant au lobe droit du corps thyroïde, une tumeur saillante, arrondie, longue d'environ 9 centimètres sur 6 de large, présentant tous les caractères d'un goître parenchymateux ordinaire, et, en outre, soudée à la trachée; cette tumeur produit depuis plusieurs semaines une dyspnée considérable accompagnée de raucité de la voix, et a pris un développement assez rapide, de sorte qu'une opération devient urgente, l'emploi antérieur des médicaments iodés étant demeuré infructueux. Le 9 novembre, déchirement sous-cutané pour la première fois. Bandage compressif au collodion. La réaction après l'opération est insignifiante; on remarque seulement une tuméfaction qui persiste pendant plusieurs semaines, mais finit par céder à des applications répétées de teinture d'iode. Le 15 décembre, seconde opération; le 3 février, troisième opération, encore sans qu'il s'ensuive d'accidents inflammatoires : à cette troisième opération, il semble qu'il s'est déjà formé une petite cavité dans le goître; des brides cicatricielles, qui traversent la tumeur, rendent l'opération plus difficile. La malade quitte l'hôpital pendant deux mois. A sa rentrée dans le service, le 30 avril, on ne constate pas de changements dans le goître. Nouvelle opération, suivie cette fois d'une injection de 4 grammes de teinture d'iode; même absence de réaction inflammatoire. Le 10 mai, le goître se trouvant avoir acquis une consistance molle et présentant une fluctuation assez distincte, et, en outre, la dyspnée ayant encore augmenté pendant les derniers jours, l'opération radicale semble indiquée. On incise les téguments sur une longueur de 10 centimètres, puis on fend la tumeur de haut en bas; il s'en échappe un liquide épais, crémeux, mêlé de caillots sanguins : on aperçoit alors une cavité assez vaste, à parois rugueuses, résistantes, comme cela se voit dans certains kystes. Le liquide écoulé, on coud les bords de la paroi cystique avec les lèvres de la plaie extérieure, afin de maintenir la cavité béante et de procurer au pus un libre écoulement. Pansement simple. Peu de jours plus tard, la plaie se met à suppurer; le pus, mêlé au commencement de lambeaux gangrenés, devient bientôt de bonne nature. La fièvre est modérée, la dyspnée a tout à fait disparu. Pansement à la charpie imbibée d'eau de chlore. Le 18, on enlève les fils. Le 20, à la suite d'un violent frisson, se déclare un érysipèle qui s'étend en peu de temps à la poitrine et au dos, et met la malade en grand danger; on parvient cependant à s'en rendre maître par les moyens curatifs usités et le sulfate de quinine à hautes doses. Le 6 juin, la malade est à peu près remise; il y a encore une certaine faiblesse générale et de l'amaigrissement; la suppuration est louable, la plaie très-rétrécie. Enfin, le 31 juillet, on constate une guérison complète. La plaie est fermée, le cou a repris sa forme et son volume normaux; la ci-

catrice est légèrement enfoncée. La malade jouit de nouveau de son embonpoint primitif; toutes ses fonctions s'exécutent dans l'ordre le plus parfait; elle quitte l'hôpital. »

M. Bovet est loin de vouloir envisager la nouvelle méthode comme un moyen infaillible et applicable au traitement de tous les goîtres, mais il croit qu'il est bon nombre de cas (particulièrement ceux dans lesquels une opération n'est pas urgente) où elle est indiquée de préférence, à d'autres moyens plus radicaux mais aussi plus dangereux; on pourra d'ailleurs toujours passer à l'opération radicale si le déchirement sous-cutané n'a pas réussi.

Le procédé de M. Billroth est entièrement nouveau, et il n'y a dans la science de procédés de ce genre que pour le traitement des tumeurs érectiles. Marshall-Hall a proposé de broyer les tumeurs érectiles avec une aiguille à cataracte, et ce traitement a été employé avec succès, par Blandin, dans quelques cas.

Voici donc aujourd'hui une nouvelle opération à mettre à l'étude, et à joindre à la cautérisation à la ligature des artères thyroïdiennes, à l'extirpation de la tumeur, à l'ablation partielle et à la ligature de la tumeur que l'on a mis en usage, avec des résultats divers mais souvent désastreux.

Cystite chez la femme.

M. le docteur Bernadet nous prie de vouloir bien donner ici un résumé des opinions auxquelles il attache une grande importance, et qu'il a voulu défendre dans le travail cité par nous dans une de nos précédentes revues cliniques. Voici les deux conclusions de M. Bernadet: « 1° Dans l'état actuel de la science, malgré le peu d'observations qu'on possède, il est possible et facile de distinguer la cystite ou catarrhe vésical de toutes les affections, telles que polypes de l'urèthre, uréthrite, cystalgie, qui donnent lieu à des symptômes sensiblement analogues du côté de la miction; 2° envisagé d'une façon tout à fait générale, et en dehors de ses causes, soit générales, soit mécaniques extérieures, le catarrhe vésical chez les femmes jeunes ou encore réglées, trouve dans la fonction menstruelle la triste raison de sa chronicité et de son incurabilité. »

Nous avons cru devoir accorder à notre confrère la publicité de ces conclusions, qui, du reste, ne doit pas faire modifier ce qui a été dit de la possibilité du développement de cystite chronique sous la seule influence du froid.

DE LA COXALGIE.

Diagnostic, pronostic et traitement,

Par M. Verneuil.

(Mémoire lu à la Société de chirurgie.)

Je ne comptais parler d'abord que du traitement, mais les récentes communications de M. Marjolin nous ramènent au diagnostic. Notre collègue nous a montré qu'une affection limitée au grand trochanter pouvait simuler à s'y méprendre une maladie de la hanche, et M. Chassaignac a insisté sur le même fait. Je n'ai pas vu, pour ma part, d'erreurs de ce genre, mais j'en ai observé d'autres. J'ai commis, de mon côté, quelques méprises que j'énumérerai rapidement. J'ai pris autrefois pour une coxalgie un abcès de la bourse séreuse du psoas, constaté plus tard par l'autopsie. Dans un second cas analogue, l'abcès était situé de même à la partie antérieure de l'articulation; il s'était développé probablement dans les ganglions iliaques externes. Dans les deux cas, il y avait allongement apparent, abduction, rotation en dehors, sans compter la douleur, l'impossibilité des mouvements, etc. Je crois qu'il eût été bien difficile de ne point se tromper au début. J'ai vu, de même, la seconde forme de la coxalgie caractérisée par le raccourcissement, avec adduction et rotation en dehors, simulée de la manière la plus complète et des deux côtés par un double abcès par congestion venu de la région lombaire, et qui, sorti du bassin par le sommet des échancrures sciatiques, avait fusé derrière la capsule coxo-fémorale; c'était chez un jeune enfant, à l'autopsie duquel j'ai assisté il y a quelques années : on avait diagnostiqué une double coxalgie, et la lésion rachidienne avait passé inaperçue, car la gibbosité n'existait pas.

Plusieurs praticiens recommandables avaient cru reconnaître une sciatique chez un jeune étudiant en médecine, qui, après plusieurs mois de douleurs intermittentes dans la hanche et la cuisse, fut enfin pris d'une coxalgie très-douloureuse, avec déviation extrême du membre. Plus tard, le redressement obtenu et maintenu par l'appareil de Bonnet n'empêcha pas le retour de douleurs intenses à la partie antérieure de l'articulation, avec tuméfaction limitée, et surtout avec pulsations énergiques et circonscrites de l'artère fémorale; ce dernier symptôme, tout à fait insolite, m'inspira pendant plusieurs jours de vives inquiétudes. Je craignais le développement d'un anévrisme; il n'en était rien par bonheur.

Comme tout le monde, j'ai vu la douleur du genou donner le change pendant quelque temps, mais avec d'autant plus de raison, qu'en réalité l'articulation fémoro-tibiale avait été primitivement affectée ou même l'était encore en même temps que celle de la hanche. A en juger par ce que j'ai vu, cette coïncidence ne serait pas même très-rare. En redressant le membre d'un adolescent du Midi, avec le docteur Cavasse, je constatai dans le genou, qui d'ailleurs était encore le siége d'un certain empâtement, des craquements, des frottements rudes, vestiges non équivoques d'une lésion de ce côté; au reste, le médecin ordinaire avait reconnu et traité quelques mois auparavant une hydarthrose des plus évidente. Les choses se passèrent à peu près de même chez la fille d'un médecin des environs de Meaux, que je soignai avec MM. Houzelot et Charpentier de Meaux, et Linas de Paris. Au moment où je fus appelé, il existait encore un peu d'épanchement dans le genou.

Un jeune enfant lymphatique était atteint depuis longtemps d'une double hydarthrose du genou qui guérit lentement. Un jour, il fut pris de claudication avec douleurs dans la hanche droite, déviation du membre; en un mot, symptômes évidents de coxalgie commençante. Huit semaines d'appareil inamovible suffirent pour guérir la hanche. Un mois plus tard, et sans cause bien appréciable, les deux genoux gonflèrent de nouveau, modérément à la vérité, mais sans que l'existence de l'épanchement puisse être mise en doute.

A la suite d'une attaque de rhumatisme généralisé ou erratique, deux articulations peuvent rester malades; comme je l'ai vu chez une femme de Bercy que j'ai soignée avec le docteur Chatillon. La hanche gauche et le poignet droit étaient pris. Voici donc des preuves de la coexistence possible de deux articulations malades, ce qui facilite l'explication des douleurs et des lésions simultanées de la hanche et du genou du même côté, phénomène pour lequel on a créé plusieurs hypothèses bien connues.

Quoique je n'aie cité jusqu'à présent que ce que j'ai vu et me sois abstenu de rappeler les erreurs déjà signalées par les auteurs, je ne puis m'empêcher d'en noter une dernière, plus signalée que les autres, et surtout plus sérieuse; elle a été rapportée par notre collègue M. Berend.

La hanche, malade depuis longtemps, était fortement fléchie; autour d'elle existaient trois grosses tumeurs fluctuantes qu'on prit pour des collections purulentes. On décida la résection et l'on trouva un encéphaloïde du bassin et de la hanche : les prétendus abcès étaient des masses cancéreuses ramollies. (*Onzième rapport sur l'Institut de Berlin*, 1863, p. 26.)

Reconnaître une coxalgie ne suffit point au diagnostic, il faut encore déterminer la période, le degré, les formes et, autant que possible, l'état anatomique précis des éléments articulaires, ici surgissent fréquemment des difficultés considérables. Et d'abord, au début, le mal est très-souvent ignoré; les parents, quelques médecins même, invoquent les *douleurs de croissance*. L'existence d'une affection rhumatismale ambulante bien constatée trompe également. Chez un jeune enfant que je soigne avec le docteur Gombault, cette cause était manifeste. Plusieurs articulations furent prises entre autres, et d'abord la hanche droite qui, au bout de quelques semaines, redevint entièrement libre; puis la hanche gauche; puis une seconde fois la hanche droite; enfin une double coxalgie s'établit d'une manière définitive. La marche souvent très-bizarre de l'affection explique un bon nombre d'erreurs; je veux parler des rémissions complètes, ou au moins des rémittences très-communes pendant une période qui peut durer des mois entiers. J'ai observé sous ce rapport des faits curieux. Chez l'enfant d'un chaudronnier, que je vis avec le docteur Grenat, l'état variait d'un jour à l'autre depuis les douleurs les plus vives, avec déviation extrême du membre jusqu'à un retour presque complet de l'état normal. Nous conseillâmes le redressement et l'application d'un appareil. La mère, qui s'effrayait beaucoup de ce moyen, ajourna deux fois l'opération à cause des rémissions. Un dernier rendez-vous fut pris. La veille, l'enfant ne souffrait plus et marchait sans trop de difficulté; sans doute on nous aurait prié de différer encore, lorsque les douleurs et la difformité reparurent avec plus d'intensité que jamais, dans la nuit qui précéda notre visite.

Chez la fille du médecin, dont j'ai parlé plus haut, la marche du mal était si capricieuse qu'un jour M. Houzelot, effrayé du raccourcissement considérable et de l'attitude vicieuse du membre, crut qu'il s'agissait d'une luxation spontanée. Trois jours après son traitement particulier, les symptômes avaient disparu et le membre avait repris à peu de chose près sa longueur et sa direction normales.

Les mêmes irrégularités se montrent dans la coxalgie confirmée et déjà soumise à un traitement rationnel. Lorsque celui-ci a été continué pendant quelque temps, on examine le membre; tout paraît rentré dans l'ordre et l'on peut croire à la guérison. Tout à coup, sans cause connue, au milieu du repos de la nuit, tous les symptômes reparaissent, et il faut recommencer, c'est-à-dire recourir de nouveau à l'immobilisation. Je vis, avec le docteur G. Dufour, l'enfant d'un confiseur atteint depuis près d'une année de coxalgie. Divers praticiens avaient été consultés. On avait placé le petit malade dans la gouttière de Bonnet, ce qui avait procuré beaucoup de soulagement au bout de sept mois de séjour dans cet appareil. La guérison semblait complète; déjà on avait, à plusieurs reprises et pendant plusieurs heures, replacé l'enfant en liberté dans son lit, on songea donc à supprimer définitivement la gouttière. Tout alla bien pendant deux jours. On donna un bain; la nuit suivante, cris violents, agitation extrême, reproduction instantanée de la déformation du membre aussi marquée qu'avant le commencement du traitement.

Autre cas semblable. J'ai soigné, avec le docteur Cavasse, la fille d'un pharmacien du quartier Saint-Denis. Nous appliquâmes l'appareil inamovible avec le plus grand succès. Sur ces entrefaites, une bronchite chronique nous inspirant des inquiétudes, l'enfant partit avec sa mère pour le Midi.

Le séjour devant être prolongé, nous avions prévu le cas où l'appareil viendrait à se détendre, il devait être enlevé et réappliqué sur-le-champ. Au bout de quelques semaines effectivement, la réparation du bandage devint nécessaire. Un jeune médecin fort instruit, ancien interne de nos hôpitaux, fut mandé, et, après avoir mis le membre à nu, l'examina fort attentivement; il déclara qu'il n'existait plus aucune lésion et, en présence de la mère, fit exécuter tous les mouvements aussi complétement que possible. « Il ne songeait point, ajoutait-il, à nier l'existence antérieure d'une coxalgie, puisqu'elle avait été reconnue et traitée par MM. Cavasse et Verneuil, mais il affirmait qu'actuellement l'articulation de la hanche était tout à fait saine; » le bandage ne fut donc pas replacé. Quarante-huit heures se passèrent sans encombre, puis soudainement reparurent les cris, les douleurs, la déviation. On plaça, sans tenter le redressement, un nouvel appareil inamovible, et la fillette nous fut ramenée à la hâte; elle arriva très-fatiguée d'un voyage de plus de cent cinquante lieues, pendant lequel elle avait cruellement souffert.

Je viens de citer les cas extrêmes, mais à un degré plus modéré ces intermittences et ces rémissions sont très-communes. Si j'en excepte les coxalgies rhumatismales franches, en d'autres termes, l'arthrite sous-fémorale aiguë, les autres, presque sans exception, sont précédées d'attaques passagères et peu graves, qui se renouvellent un plus ou moins grand nombre de fois avant que la maladie s'installe en permanence. Il ne faut point s'en rapporter à cet égard aux parents, qui déclarent que le début a été soudain. L'interrogation attentive et, mieux encore, l'examen direct démontrent le contraire. L'insouciance des parents et des praticiens, au début, est d'autant plus nuisible que pour ces prétendues douleurs de croissance on prescrit l'exercice, la marche, les frictions excitantes, alors que le repos et les antiphlogistiques légers seraient indispensables. Je me résume en disant que les débuts de la coxalgie sont très-insidieux, qu'il faut examiner attentivement tout enfant atteint de douleurs siégeant à la hanche ou au genou, ou de claudication, si légère qu'elle soit.

Je ne parlerai point des causes de la coxalgie, quoiqu'elles puissent éclairer le diagnostic; je dirai seulement quelques mots des formes de l'affection qui servent à établir le pronostic et le traitement. Comme tout le monde, j'en admets trois principales: la coxalgie est scrofuleuse, rhumatismale ou spasmodique. La première est de beaucoup la plus fréquente chez les enfants; c'est elle que j'ai le plus souvent observée. Les antécédents du malade ou de sa famille, la coïncidence avec d'autres manifestations de la même maladie constitutionnelle, le début bénin, la marche lente, l'état général, la font aisément reconnaître. Le pronostic est grave, soit à cause des complications viscérales qui peuvent survenir en dehors de l'affection locale, soit à cause des désordres anatomiques graves dont l'articulation peut devenir le siége et qui compromettent la santé par eux-mêmes. En effet, c'est dans ces cas qu'on peut craindre la suppuration de l'article, l'ostéite, la carie, la luxation spontanée, les abcès, les fistules, etc.

La forme rhumatismale est beaucoup plus commune chez l'adulte. Je l'ai rencontrée trois fois seulement et, entre autres, chez un jeune homme de Meaux que j'ai soigné récemment avec le docteur Charpentier. L'étiologie avait cela de remarquable que le mal avait succédé à une blennorrhagie, et que le rhumatisme n'avait attaqué que la seule hanche droite. Ici, le début est brusque, les douleurs, extrêmement vives dès les premiers jours, s'accompagnent ordinairement de fièvre. On n'a guère à redouter les lésions osseuses ni la suppuration, mais on peut craindre la luxation rapide par hydarthrose aiguë (j'en ai vu deux exemples), puis l'ankylose fibreuse plus ou moins complète par brides intra-articulaires, en tous cas des déviations permanentes, des difformités très-difficiles à corriger.

La forme spasmodique est la plus rare des trois. J'en ai pourtant vu et traité deux cas, chez des femmes jeunes, dont l'une, hystérique au dernier degré, fut prise deux fois des mêmes symptômes de contracture coxo-fémorale, et dans l'autre, après une suppression des règles, fut considérée comme atteinte de coxalgie. Immobilisée pendant près de trois mois sur un appareil à plan incliné et enfin guérie très-rapidement par l'hydrothérapie, qui ramena promptement les menstrues. Cette forme avait été déjà décrite très-clairement par Brodie, mais la plus curieuse observation que je connaisse est celle que Robert a publié dans ses *Conférences de clinique chirurgicale*, p. 451. La malade qui en fait le sujet avait été traitée pour une coxalgie véritable par Ph. Boyer et par moi-même, et cela sans succès et depuis près de deux ans, quand Robert porta le véritable diagnostic.

L'âge des malades, le sexe, la coïncidence de la chloro-anémie et de l'hystérie peuvent faire soupçonner la nature du mal, mais non les symptômes locaux qui rappellent plutôt l'arthrite coxo-fémorale; aussi le chloroforme est-il souvent nécessaire, l'anesthésie tranche aussitôt la question et montre l'intégrité absolue des éléments articulaires, quelle qu'ait été la durée du mal et l'intensité des symptômes.

Les signes fournis par les antécédents, par l'état constitutionnel, par l'élément douleur et l'élément spasme musculaire, enfin par l'anesthésie rendront le plus souvent très-facile le diagnostic de ces trois formes. Cependant il est bon d'ajouter que pendant sa durée souvent fort longue l'affection peut changer d'aspect. La coxalgie scrofuleuse, ordinairement peu douloureuse et à marche lente, peut naître brusquement sous l'influence occasionnelle du froid et provoquer des douleurs très-vives comme la coxalgie de cause rhumatismale. Le spasme des muscles qui d'ordinaire accompagne et suit la douleur, et par conséquent indique l'arthrite peut ouvrir la marche et naître sous l'influence d'une lésion articulaire très-minime, sans doute par action réflexe et dans un but instinctif de la nature. Il peut se montrer à diverses reprises, cesser spontanément, puis reparaître; manquer absolument ou durer autant que la maladie, ou au moins jusqu'au moment où survient l'ankylose ou la dégénérescence musculaire.

Dans la coxalgie hystérique, il constitue le mal à lui tout seul, mais il s'associe fréquemment aux autres formes et n'est nullement en proportion directe avec l'état anatomique de l'articulation. Chez quelques enfants, atteints depuis deux ou trois mois de coxalgie confirmée, bien caractérisée par des déviations permanentes du membre, j'ai été surpris de constater pendant l'anesthésie la conservation complète des mouvements dans toute leur étendue et l'extrême facilité avec laquelle on corrigeait sans violence aucune l'attitude vicieuse. Il fallait bien en conclure que les éléments articulaires n'avaient subi que des altérations très-légères. Le même raisonnement sert à interpréter le fait de M. Marjolin qui n'a trouvé à l'autopsie que des lésions insignifiantes, quoique la coxalgie datât déjà de quelque temps et que les signes en fussent très-manifestes. C'est à cet élément spasmodique qu'il faut attribuer les intermittences, les rémissions, les recrudescences, les récidives subites dont j'ai déjà parlé, et il ne me semble pas que l'on ait accordé jusqu'ici assez d'importance à ce phénomène que M. J. Guérin a signalé depuis bien longtemps, à la vérité plutôt par induction que par observation directe, et que l'anesthésie seule pouvait bien mettre en lumière.

S'il m'était permis de faire une comparaison à un tout autre ordre de maladies, je dirais que le spasme et la contracture jouent dans la coxalgie un rôle analogue à celui qu'ils présentent dans les affections du larynx et du canal de l'urèthre.

Il est un point du diagnostic qu'il importerait infiniment d'établir pour le pronostic et le traitement. Je veux parler de l'état anatomique précis des parties malades. Les os sont-ils malades ou les parties molles sont-elles seules affectées, et y a-t-il suppuration intra ou périarticulaire, luxation ou seulement attitude vicieuse exagérée, ankylose vraie ou fausse, due à des brides étendues d'une surface diarthrodiale à l'autre ou à la rétraction de la capsule et des muscles périphériques? etc.

Il est plus facile de poser ces questions que de les résoudre au lit du malade, et cependant les indications et contre-indications opératoires en découlent. Ici encore je dirai donc ce que j'ai observé.

L'ankylose vraie est fort rare; le plus ordinairement l'immobilité est due à la rigidité des parties molles. Quoiqu'il en soit, il est utile, avant de rien tenter, de savoir si les surfaces articulaires présentent encore quelques mouvements, mais les malades, et surtout les enfants, par crainte de la douleur, contractent tellement leurs muscles qu'on ne sait à quoi s'en tenir. C'est en vain qu'on fixe le bassin, on reste souvent dans le doute. En pareil cas, j'ai l'habitude d'explorer surtout

les mouvements de rotation; pour cela je procède seul, sans aides, pour ne point effrayer le patient; je place la main gauche sur l'épine iliaque, et, de la main droite, je saisis le genou après avoir élevé le membre de façon à faire disparaître l'encellure. Je cherche alors à imprimer au fémur quelques mouvements de latéralité ou à le faire tourner sur son axe. J'ai pu reconnaître ainsi une mobilité légère impossible à constater dans toute autre attitude et par d'autres manœuvres.

Au reste, l'absence ou l'existence de la mobilité, l'étendue même de cette dernière n'indiquent pas rigoureusement d'avance le degré de résistance qu'on rencontrera dans les tentatives de redressement, cette donnée est tirée plutôt d'autres sources. Si la coxalgie est très-ancienne, s'il n'y a presque plus de douleurs, si la marche est possible, si les muscles péri-articulaires sont atrophiés, s'il y a eu suppuration prolongée et fistules périphériques actuellement cicatrisées, il faut s'attendre à de puissants obstacles. Dans les conditions opposées, on aura moins de peine à rectifier l'attitude vicieuse. Toutes les fois qu'on note des intermittences et surtout des douleurs très-vives spontanées ou provoquées, continues ou rémittentes, on peut en inférer que l'élément spasmodique est prédominant et que les manipulations en feront aisément justice.

La chloroformisation, à la vérité, tranche la plupart de ces incertitudes, mais c'est un moyen dont, autant que possible, il ne faut user que comme adjuvant de la thérapeutique, et alors que l'intervention chirurgicale est décidée en principe.

J'ai peu de choses à dire de la luxation spontanée. Deux fois, pendant mon internat, je l'ai vu se produire à la suite d'hydarthrose coxo-fémorale très-aiguë. A cette époque on ne connaissait pas encore la méthode de Bonnet, qui serait plus utile dans ces cas que dans tous les autres.

Quant à la luxation lente par altération des os, je ne l'ai pas vue, bien qu'elle ait été admise chez plusieurs des petits malades que j'ai soignés ou vu soigner. Les déviations les plus étendues n'impliquent nullement cette complication. Toutefois il me semble avoir une fois rencontré une subluxation, c'est chez le jeune adolescent que j'ai traité avec le docteur Cavasse. La maladie était déjà ancienne et le raccourcissement de 8 centimètres environ. Les manipulations avaient rendu au membre presque toute sa longueur, moins 2 centimètres. Un reste de flexion me paraissant expliquer la différence, j'essayai de le corriger en plaçant mon poing fermé sous l'articulation pendant que le bassin était vigoureusement fixé d'une part et que d'autre part je pressais avec force sur le genou pour exagérer l'extension. Tout à coup j'entendis, ainsi que mes aides, un petit bruit sec tout à fait comparable à celui qui indique la rentrée de la tête dans la cavité glénoïde quand on réduit les luxations de l'épaule sans chloroforme. En même temps je pus constater que la fesse avait repris sa forme et que les membres étaient d'une longueur égale. J'avais probablement reporté dans le cotyle la tête qui s'en était quelque peu séparée. Je craignais que ce signe ne fut l'indice d'une altération osseuse. Mais il ne survint point d'abcès, et je reste dans le doute sur la vraie signification de ce que j'ai observé.

Le diagnostic précis des altérations osseuses est également fort difficile. Nous sommes bien loin du temps où l'on admettait avec Rust que la coxalgie débute presque toujours par la tête du fémur. On n'est en droit de croire à une lésion osseuse que lorsque les abcès se forment autour de l'articulation; mais ce symptôme lui-même n'est pas pathognomonique, puisque les ostéites, caries et nécroses du pubis, du grand trochanter, de l'ischion même, peuvent faire naître des collections purulentes autour de la hanche et à la partie supérieure de la cuisse exactement comme dans la coxalgie; puisque les abcès de la bourse séreuse du psoas et même les abcès par congestion peuvent simuler l'affection de la hanche; puisqu'enfin, étant donnée une coxalgie confirmée avec abcès circonvoisin, il est impossible de dire sûrement si celui-ci est intra ou péri-articulaire. Dans le cas de déformation et d'empâtement considérables de la fesse, il est d'ailleurs très-difficile de décider si un abcès profond existe ou non, la fluctuation étant très-incertaine à la région fessière. Chez le jeune enfant du Midi dont j'ai déjà parlé, deux chirurgiens de Paris des plus éminents furent partagés d'opinion. Appelé à trancher ce problème difficile, je ne pus me prononcer. J'inclinais vers la négative, puis lorsque je crus avoir affaire à une luxation incomplète, je craignis au contraire la suppuration. Une année s'est écoulée sans nouvelle alerte. Je crois actuellement qu'il n'y a pas eu d'abcès, mais je signale à dessein cette longue incertitude.

Les cris nocturnes et les douleurs ostéocopes n'ont pas grande valeur. S'ils ont servi une fois à M. Bœckel (qui a publié récemment d'excellentes leçons sur la coxalgie. Strasbourg, 1864) pour diagnostiquer un abcès intercurrent, en revanche ils se montrent dans une foule de coxalgies douloureuses qui pourtant ne suppurent jamais. Les symptômes généraux, fièvre, inappétence, pâleur du visage, amaigrissement, ont plus d'importance, et s'ils surviennent pendant le cours du traitement, ils doivent éveiller les soupçons et provoquer une exploration minutieuse de la hanche.

L'embarras est grand, surtout quand l'articulation est masquée par un appareil inamovible; il est fâcheux d'enlever celui-ci, mais il ne l'est pas moins de s'abandonner à une trop grande confiance. Deux fois en pareil cas j'ai ôté l'appareil et n'ai rien trouvé, mais en revanche trois fois je me suis applaudi d'avoir eu des scrupules. Chez l'enfant du confiseur, j'ai trouvé un vaste abcès fémoral partant de la hanche atteignant le tiers inférieur de la face externe de la cuisse. Chez un enfant auquel j'avais appliqué avec le docteur Messier un appareil mécanique, sans doute un peu serré, nous trouvâmes cinq jours après une eschare superficielle sur la crête iliaque. Chez l'enfant que je traite avec le docteur Gombaut, l'accident fut plus tardif. L'appareil inamovible avait été appliqué en novembre. L'enfant marcha avec des béquilles quelques jours plus tard et continua cet exercice jusqu'au 5 janvier sans ressentir la moindre douleur; sans cause connue celle-ci s'éveilla s'accompagnant de cris nocturnes, d'amaigrissement et surtout d'une odeur fétide. Je crus devoir fendre l'appareil et bien m'en prit; au niveau de l'épine iliaque antérieure et de la partie attenante de la crête, il y avait une plaie de 5 centimètres de long sur 2 de large, au fond de laquelle l'épiphyse marginale encore cartilagineuse se montrait à nu facilement reconnaissable à sa belle couleur blanche.

En dehors de ces cas séreux les cris nocturnes sont attribués par M. Bœckel, et avec beaucoup de raison, au relâchement de l'appareil et au retour de la mobilité articulaire et du spasme musculaire instinctif. Raison de plus pour enlever le bandage, puisqu'en le réappliquant plus exactement on met un terme aux accidents. Ces plaintes d'ailleurs, en présence de complications d'abcès ou d'eschares, présentent un caractère particulier : les enfants ne souffrent point le jour, ils s'endorment comme à l'ordinaire; bientôt après, sans sortir du sommeil, ils crient, ils gémissent et se plaignent de la hanche, de la cuisse ou du genou; on s'approche, on les interroge, ils s'éveillent et répondent qu'ils ne souffrent pas; on percute l'appareil, on presse sur le pied, on met l'enfant dans la position verticale, il ne se plaint pas et se rendort. La scène peut se reproduire dans la même nuit, mais en général il n'y a qu'un accès qui même revient souvent à la même heure, c'est pourquoi j'ai donné plusieurs fois avec succès le sulfate de quinine une heure ou deux avant l'invasion du sommeil.

Je ne veux pas, à propos du diagnostic, passer en revue les symptômes qui servent à l'établir. Je n'ai rien à dire sur la douleur spontanée ou provoquée par les diverses explorations, ni sur la claudication, ni sur les changements fonctionnels, ni sur les déviations. On a beaucoup discuté sur l'allongement et le raccourcissement aussi bien que les procédés de mensuration. Ces signes n'ont pas la valeur qu'on leur a attribué, et si je m'en occupais ce serait pour prouver qu'on est loin d'avoir épuisé la question; je n'admettrais qu'une seule variété de l'allongement qui est toujours apparent. En revanche, je reconnaîtrais quatre espèces de raccourcissement, deux réelles par atrophie ou ascension du fémur; deux apparentes par élévation du bassin ou oscillation du fémur hors de sa normale. Je montrerai également qu'un seul procédé de mensuration est insuffisant et qu'entre autres, pour mesurer certains raccourcissements, on ne doit pas prendre ses points de repère sur le membre malade. Je suis prêt à suivre sur ce terrain quiconque voudrait m'y ramener; mais je désire pour aujourd'hui rester dans la clinique. A ce seul point de vue, je dirai seulement que l'allongement et le raccourcissement ont d'autant moins de valeur qu'ils peuvent changer et alterner d'un jour à l'autre. On croyait autrefois que l'allongement ouvrait toujours la scène et que le raccourcissement suivait, mais le contraire est aussi vrai; l'élément spasmodique ici encore joue son rôle, occasionne ces variations et les explique.

Le signe auquel j'attache le plus d'importance est, sans contredit, la limitation ou l'abolition complète de l'abduction. Quand l'articulation coxo-fémorale est malade, on constate toujours une difficulté à porter la cuisse en dehors. A peine exécute-t-on ce mouvement qu'aussitôt le bassin suit et s'élève. Je n'ai pas encore vu pour ma part d'exception à cet énoncé; j'ai vu se manifester des signes de négation, c'est pourquoi je pose la question catégoriquement : La coxalgie peut-elle exister sans la perte ou la diminution du mouvement d'abduction? Si oui, combien de fois l'a-t-on vu et dans quelles circonstances? J'espère qu'on voudra bien répondre par des faits explicites plutôt que par des souvenirs.

On m'objecte que le signe que j'invoque existe dans des affections autres que la coxalgie; je l'accorde aussi, je ne le considère pas comme *pathognomonique*, mais seulement comme *constant*, ce qui est toute autre chose.

Quelques mots sur le pronostic. On sait ce qu'il était il y a quelques années; tous les auteurs ont proclamé sa gravité. La mort n'était pas rare après des mois et des années de souffrance. Les accidents aigus cependant s'amendaient à la longue et la vie n'était plus menacée, mais la difformité restait avec ou sans trajets fistuleux, presque toujours avec claudication prononcée, raccourcissement considérable, ankylose; en un mot, perte plus ou moins complète des fonctions du membre.

Les cas de guérison complète dans le sens littéral du mot étaient rares, pour peu que la coxalgie datât de quelques semaines lors du commencement du traitement. On ne tenait pas compte des récidives, et quelques observations ont été publiées à coup sûr prématurément. Pour le pronostic de la coxalgie du jeune âge en particulier, j'en appelle aux chirurgiens des hôpitaux d'enfants. J'ai naguère fait des remplacements dans ces hôpitaux, la thérapeutique était illusoire et n'amenait guère de bons résultats; bien entendu je ne faisais pas mieux que mes collègues.

Depuis la publication des travaux de Bonnet et leur introduction dans notre pratique parisienne, les choses ont, ce me semble, complètement changé de face. Je ne parle pas des cas extrêmes qui nous sont amenés trop tard ou de ceux que compliquent des lésions internes irrémédiables, mais bien des cas moyens. Or, j'ai traité seul une quinzaine de cas et j'en ai vu un nombre égal dans la clientèle de divers autres chirurgiens, en particulier dans l'établissement orthopédique de Duval, et, jusqu'à ce moment, je n'ai pas eu à constater une seule terminaison funeste. J'en excepte l'enfant du chaudronnier. Sur le conseil d'un chirurgien qui n'adoptait pas le traitement nouveau, on reprit les anciens errements, et j'ai appris plus tard la mort du petit malade. La plupart des sujets à qui je fais allusion appartenaient, il est vrai, à la pratique civile, mais quelques-uns d'entre eux étaient gravement atteints; d'ailleurs autrefois, dans la même pratique privée, j'ai vu mourir dans les meilleures conditions hygiéniques un enfant de neuf ans et une jeune fille de dix-huit ans que les douleurs, le séjour prolongé au lit, la suppuration intarissable ont manifestement fait périr. Je suis persuadé que mes collègues ont changé d'opinion sur la gravité actuelle de la coxalgie; or, il n'a que deux explications plausibles de cet heureux changement : ou la maladie est devenue moins grave de nos jours, ou la thérapeutique est devenue plus efficace. Le choix n'est pas douteux entre ces deux interprétations.

On guérit donc beaucoup plus de malades. Pour ne point tomber dans l'exagération ni dans les disputes de mots, il faut cependant s'accorder sur le sens du mot guérison radicale et complète avec retour intégral des fonctions; elle est encore rare, néanmoins elle est commune depuis que le mal est mieux connu à son début et combattu plus tôt par des moyens efficaces.

Mais les améliorations dans lesquelles on prévient le progrès du mal en même temps qu'on restitue un membre utile sont surtout très-communes. On fait cesser les douleurs, on permet à la santé générale de se rétablir et l'on rend enfin la marche possible avec un membre raide, mais rectiligne. Pour les cas graves, qui jadis tournaient souvent si mal, ce résultat, quoique imparfait, est encore très-satisfaisant.

Prochainement j'aborderai l'importante question de la thérapeutique qui, malgré les progrès accomplis, laisse encore un vaste champ ouvert à la discussion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 février 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu : Les Journaux de la semaine. — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Notre collègue, M. Guyon, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Maurice Perrin, élu membre titulaire dans la dernière séance, écrit pour remercier la Société.

M. Larrey présente à la Société, au nombre de M. Borelli, membre correspondant étranger, une brochure en italien : *Sur l'ankylose angulaire du genou et son traitement.*

M. le docteur Dolbeau présente, au nom de M. A. Morillon, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Recherches pour servir à l'histoire jusqu'ici incomplète du spina bifida.*

RAPPORT.

M. Giraldès donne lecture d'un rapport sur une observation de *prétendue luxation de l'astragale*, lue à la Société de chirurgie par le docteur Avrard (de La Rochelle). M Giraldès conclut au dépôt dans les archives.

LECTURES.

M. Tarnier lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, une note sur l'*avortement provoqué chez une femme atteinte d'ostéomalacie.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Danyau, Laborie et Blot.

M. Tillaux, à l'appui de sa candidature à la même place, lit une note sur *la maladie kystique du testicule.*

Cette note est renvoyée à une commission composée de MM. Dolbeau, Gosselin et Boinet.

DISCUSSION.

De la Coxalgie.

M. Boinet. Dans les séances précédentes, M. Verneuil s'est appliqué à faire ressortir les difficultés du diagnostic de la coxalgie. Je viens aujourd'hui confirmer ce qu'a dit notre collègue, en rappelant qu'il y a plusieurs années j'ai également signalé des faits dans lesquels des abcès péri-articulaires ont pu simuler la coxalgie.

Dans d'autres circonstances, j'ai vu également des sciatiques prises pour des coxalgies. M. Richet doit se rappeler, entre autres, un malade que nous vîmes ensemble, et chez lequel une sciatique avait fait croire à l'existence d'une coxalgie.

A cette époque, j'ai cherché à montrer que l'allongement apparent du membre malade n'avait pas la valeur qu'on lui accorde généralement. J'ai fait voir qu'on peut le rencontrer dans tous les états qui gênent la station sur un des membres abdominaux. Or, voici, suivant moi, comment les choses se passent : la douleur faisant cesser les contractions détermine l'allongement apparent, surtout chez les jeunes sujets qui ont boité plus ou moins longtemps, et chez lesquels, par suite de la claudication habituelle, il s'est exécuté un mouvement de torsion dans le bassin. C'est alors l'obliquité du bassin qui simule l'allongement.

M. Ferdinand Martin pense que l'inflammation de la capsule articulaire est le fait initial. Cette inflammation, une fois développée, s'irradierait aux parties environnantes et en particulier aux muscles, d'où une rétraction qui amènerait l'abaissement de la hanche. Je ne suis pas disposé à partager cette opinion, car on trouve des faits dans lesquels il n'y a pas trace d'inflammation, et cependant on a pas moins tous les symptômes de la coxalgie.

M. Marjolin. Je crois qu'il faut traiter la question surtout au point de vue clinique; les théories viendront après. Ce qui, suivant moi, rend si difficile le diagnostic de la coxalgie, c'est sa complexité. Il est, en effet, impossible de ne pas reconnaître qu'elle touche, par certains points, à l'histoire des tumeurs blanches. En sorte qu'un pronostic bien net et bien catégorique est presque impossible à porter.

Pour ce qui a trait à la fréquence de la maladie, je dirai que c'est une affection plus commune qu'on ne le pense généralement. J'ai voulu comparer ce qu'on observe dans la classe pauvre et dans la classe aisée. Pour cela, j'ai interrogé les souvenirs de plusieurs de nos confrères, dont la position les mettait à même de pouvoir observer des sujets atteints de coxalgie. M. Danyau, qui est depuis plus de vingt ans médecin du collége Sainte-Barbe, considère la coxalgie comme excessivement rare. M. Michon, attaché déjà depuis longues années au collége Louis-le-Grand, n'en a vu que quelques cas au début. Enfin, M. Moulin, qui remplit les fonctions de chirurgien au lycée Saint-Louis, également depuis fort longtemps, dit n'en avoir jamais vu.

Quant à moi, j'en observe malheureusement trop souvent à l'hôpital Sainte-Eugénie, et, en ce moment, on peut en compter trente-neuf cas, à toutes les périodes de la maladie. Il y a donc une très-grande différence de fréquence dans la classe pauvre et dans la classe aisée; chez les pauvres, on la trouve même au berceau. J'ai vu souvent des enfants revenir de nourrice complétement infirmes.

Cette fréquence, plus grande dans la classe pauvre, s'explique facilement, soit par l'obligation pour les pauvres enfants malades de continuer l'exercice et le travail malgré l'existence des symptômes du début, soit par l'impossibilité, pour un grand nombre d'entre eux, d'entrer à l'hôpital sans attendre leur admission pendant des semaines entières, quelquefois même pendant plusieurs mois.

MM. Verneuil et Boinet ont insisté, avec raison, sur la facilité des erreurs de diagnostic; et, pour confirmer leur opinion, je citerai un fait dont j'ai été témoin il y a déjà bien longtemps.

Roux, Gerdy, M. Malgaigne et mon père se trouvèrent un jour réunis en consultation pour voir un malade âgé de cinquante ans, qui, à la suite d'une chute, éprouvait de vives douleurs dans la hanche. On diagnostiqua une luxation, et, d'un commun accord, on fit, avec les moufles, des tentatives de réduction; le résultat fut négatif. Quelques années plus tard, la santé générale du malade s'altéra, et il mourut. A l'autopsie, dont je fus chargé, on ne constata rien autre chose qu'une fracture du col du fémur. Si des hommes de cette valeur ont pu commettre une semblable erreur, personne ne saurait nier la difficulté du diagnostic dans ces sortes de cas. Mais ce n'est pas seulement au début de l'affection qu'on voit chaque jour com-

mettre de telles méprises ; cela s'observe encore dans des circonstances où la maladie est déjà fort avancée, et je crois, pour ma part, que tous les moyens géométriques de mensuration peuvent bien contribuer souvent à produire l'erreur en obscurcissant la question.

Un signe qui m'a paru d'une grande utilité diagnostique, c'est la différence de *rhythme* dans la marche. Il suffit, en effet, bien souvent, à l'observateur, de fermer les yeux pendant qu'on fait marcher le malade, et alors l'oreille est frappée du défaut d'harmonie dans les bruits successifs produits par les deux pieds au moment où ils frappent le sol.

Pour ce qui est de la déformation, elle varie beaucoup de fréquence. Elle peut se produire sans suppuration ; tantôt à cause d'une simple hydarthrose coxo-fémorale, tantôt par le gonflement des parties molles qui rend la mensuration presque impossible. La thèse de M. Gibert renferme un de ces exemples d'hydarthrose coxo-fémorale, survenue à la suite d'une fièvre typhoïde ; cette hydarthrose avait suffi à produire une luxation qu'un simple mouvement de flexion a pu réduire. Dans d'autres cas, il existe une sorte d'élévation du bourrelet cotyloïdien, qui rend également la mensuration illusoire. Enfin, le même résultat peut s'observer aussi après la destruction, plus ou moins avancée, des parties molles et des parties dures.

Quant aux variétés de la coxalgie, je n'ai jamais observé la *forme spasmodique*. Je ne puis admettre non plus, avec notre honorable collègue, que le pronostic de cette affection soit généralement peu grave.

M. VERNEUIL. J'ai déjà dit que je n'attachais pas une grande importance à l'allongement apparent comme moyen de diagnostic ; mais M. Marjolin n'a pas répondu à la question que j'adressais à mes collègues, sur la valeur du signe consistant dans l'impossibilité de porter le membre malade dans l'*abduction* sans imprimer aussi un mouvement au bassin.

M. MARJOLIN. Cette impossibilité d'imprimer un mouvement d'*abduction* sans faire mouvoir le bassin a une très-grande valeur, mais non une valeur absolue, car, dans quelques coxalgies bien constatées, l'*abduction isolée* du membre malade est encore possible.

M. VERNEUIL. Je considère ce signe non pas comme *pathognomonique*, mais comme *très-important*.

Quant au doute de M. Marjolin sur l'existence de la *coxalgie spasmodique*, je ne puis pas le lever ; mais je puis seulement lui affirmer qu'il m'a été donné d'en observer des exemples.

Pour ce qui est du pronostic de l'affection, j'ai seulement voulu dire que, depuis l'usage des procédés de Bonnet, employés à temps, la gravité de la maladie est singulièrement devenue moins grande.

M. GIRALDÈS. Je dirai seulement, pour aujourd'hui, que l'*impossibilité de l'abduction* constitue un symptôme d'une très-grande importance. Je ne l'ai jamais vu manquer dans la coxalgie confirmée. La valeur de ce moyen de diagnostic est surtout très-grande, si, préalablement à sa constatation, le malade a été plongé dans l'anesthésie par les inhalations du chloroforme.

On peut d'ailleurs ajouter à ce signe le suivant : si, plaçant un doigt sur l'épine iliaque antérieure et supérieure, on imprime des mouvements au membre malade, on voit ces mouvements transmis à l'épine iliaque antérieure et supérieure s'il y a coxalgie.

Une commission, composée de MM. Larrey, Giraldès et Foucher, est nommée pour examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, Hipp. BLOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 février 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend les ouvrages suivants :

1° *De l'endocardite comme complication de la scarlatine*, par M. le docteur Martineau ;

2° *Mémoire sur les lésions anatomiques des reins dans l'albuminurie*, par M. Cornil ;

3° *Contributions à l'étude des altérations anatomiques de la goutte*, par MM. Charcot et Cornil.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de MM. Hayem et Odier qui demandent à être inscrits sur la liste des candidats aux places vacantes.

RAPPORT.

M. Ball lit un rapport sur une observation ayant pour titre : *Bronchite, insuffisance tricuspide, mort, autopsie*, et lue dans la dernière séance par M. Gouraud à l'appui de sa candidature.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées ; en conséquence, M. Gouraud est inscrit sur la liste des candidats.

COMMUNICATION.

M. Laborde lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire ayant pour titre : *Étude sur les effets physiologiques de la narcéine et sur son action thérapeutique dans quelques maladies chez les enfants.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de : MM. Chedevergne, Beaumetz et Bricheteau.

La séance est levée à 9 heures et demie.

Le secrétaire, G. DUJARDIN-BEAUMETZ.

CORRESPONDANCE.

Dax, le 24 février 1865.

Monsieur et honoré confrère,

Je lis dans la *Gazette* du 21 le rapport de la commission sur la pellagre.

La commission déclare n'avoir rien vu par elle-même ; elle n'a fait que lire ; elle n'a formé son jugement que sur la lecture de livres bien écrits, je n'en saurais douter ; si tous les praticiens savaient ou osaient eux aussi faire des livres, ils feraient éviter des erreurs.

M. le docteur Roussel se trompe, et plus encore M. Costallat, quand il dit : « Ne changer dans le régime des pellagreux qu'une seule « chose, la farine de maïs avarié, à laquelle on substituera la farine « de maïs en bon état. »

Ce ne peut pas être le verdet qui donne la pellagre ; ce petit insecte n'attaque jamais que le maïs très-sec et de parfaite nutrition.

C'est la plus fausse erreur que de mettre le maïs en jeu comme cause de la pellagre.

Pourquoi ne dit-on pas que le pain donne l'ecthyma, le lichen, l'éléphantiasis, voire même l'acarus de la gale ?

Non, ni le maïs, ni l'insolation, ni l'insuffisance de nourriture, ne sont la cause de la pellagre. Tous nos paysans cultivateurs seraient pellagreux, et qu'ils viennent voir.

Cette maladie, comme toutes les maladies de la peau, tient à une cachexie particulière et héréditaire. M. le docteur Bouchard (Ch.) est dans le vrai.

Je n'ai jamais vu la folie précéder la pellagre, mais l'idiotisme en être la suite. La lienterie termine toujours cette affreuse existence.

Il est vraiment malheureux que M. Costallat ait été converti par M. Balardini, et que MM. Roussel et Costallat aient converti la commission.

Recevez, etc.

Ch. LAMATHE,
médecin de l'hôpital de Dax.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année 1864.*

179. Du céphalomatome chez les enfants nouveau-nés, par M. Charnay.

180. De la pituite vitreuse stomacale, par M. Lebouvier.

181. Des injections iodées dans le traitement des épanchements articulaires et particulièrement de l'hydarthrose, par M. Ballard.

182. Études sur la chlorose, par M. Partenay.

— Voici le programme du deuxième prix triennal Riberi de 20,000 fr. (années 1865, 1866, 1867) à décerner par l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin :

Extrait du testament de Riberi :

« Je lègue la somme nécessaire en rente de 1849 afin que l'Académie de médecine et de chirurgie, que j'ai contribué à former, puisse décerner tous les trois ans un prix de vingt mille francs pendant vingt et un ans (sept prix en tout de la même valeur). »

L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin a décidé que, pour obtenir le deuxième prix de 20,000 fr. fondé par le commandeur professeur Riberi, à décerner à la fin des années 1865, 1866, 1867, les règles suivantes seront observées :

1° Seront admis au concours du prix mentionné tous les travaux de médecine opératoire manuscrits ou publiés pour la première fois pendant l'époque triennale du concours.

2° Les travaux pourront être rédigés en langue italienne, ou française ou latine ; tous les ouvrages imprimés devront être envoyés en double exemplaire.

3° L'auteur d'un travail manuscrit est libre de faire connaître son nom, ou de joindre à son travail un bulletin cacheté, suivant les habitudes académiques, en répétant des mots sur le titre du manuscrit.

4° Les concurrents devront envoyer à l'Académie leurs travaux affranchis, à l'époque qu'ils voudront, durant les trois années, pourvu que ce soit avant le terme péremptoire, fixé au 31 décembre 1867. Les auteurs feront remarquer à cette occasion les parties ou les points qu'ils regardent comme les plus importants de leurs travaux, sur lesquels ils désirent que l'Académie fixe de préférence son attention.

5° Les ouvrages imprimés demeureront propriété de l'Académie. S'il s'agit de manuscrits, l'auteur qui se fera connaître au bureau de la présidence pourra en faire faire une copie à ses frais.

6° La commission chargée d'examiner les ouvrages présentés au concours et d'en faire un rapport sera nommée dans le sein de l'Académie.

7° L'Académie prononcera son jugement pour décerner le prix, autant qu'il lui sera possible, durant le premier semestre qui suit la clôture du concours.

8° Tout concurrent qui aura pris part ou qui prétend de prendre part, en quelque manière que ce soit, au jugement sera exclu du concours.

9° Le rapport de la commission, ainsi que le jugement de l'Académie, seront publiés dans son journal ou dans ses actes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 28. — MARDI 7 MARS 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 7 MARS 1865. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 MARS 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

A part deux communications, l'Académie des sciences ne nous livre encore aujourd'hui aucun fait touchant directement à nos études. De ces deux communications, l'une est due à M. Béchamp : elle a trait à l'urine normale. Le savant chimiste y a découvert une substance de nature protéique capable de fluidifier l'empois de fécule et de saccharifier cette matière. Ce nouveau ferment soluble a reçu de M. Béchamp le nom de néfrozymase. Comme la diastase et la sialozymase, il est sans action sur le sucre de canne, et c'est là ce qui explique, sans doute, pourquoi le sucre de canne, injecté dans le système vasculaire, se retrouve intact dans les urines, ainsi que M. Cl. Bernard l'affirme. Le travail de M. Béchamp n'est que le premier trait de recherches qui seront poursuivies et que nous placerons sous les yeux de nos lecteurs.

Aujourd'hui, nous ne reproduirons au compte-rendu que la conclusion du mémoire de M. Reveil sur la dialyse au point de vue toxicologique. — Dr E. Le Sourd.

DES MARIAGES CONSANGUINS.

La question, si longtemps et si savamment débattue de l'influence des mariages consanguins, est entrée dans une phase nouvelle. La discussion a fait place à l'étude et à l'observation des faits. Grâce à l'appel fait par l'administration à toutes les municipalités de France pour obtenir les éléments d'une statistique générale des mariages entre consanguins, et au concours de tous les médecins qui ne laisseront désormais échapper aucune occasion d'apporter le tribut de leurs observations particulières, on peut espérer réunir, dans un délai qui n'est peut-être pas très-éloigné, sinon tous les éléments d'une solution complète et définitive, du moins un ensemble de documents et d'éclaircissements capables de la préparer. Sans attendre toutefois le résultat de cette enquête, on ne peut méconnaître que les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société d'anthropologie et dans la presse médicale n'aient déjà contribué à jeter quelque jour sur la question, et qu'elles n'en aient facilité l'étude en élaguant du débat tout ce qui ne pouvait que le compliquer sans l'éclairer et en le faisant passer du terrain de la statistique, qui ne produit que des éléments bruts, sans rapports précis et définis entre eux, sur le terrain de l'observation directe et de l'analyse des faits individuels qui en donne la signification et la valeur réelles (1). C'est ainsi qu'après avoir passé au crible de l'analyse les relevés statistiques sur lesquels s'appuie l'opinion de la nocuité absolue des unions consanguines, on est arrivé à affaiblir considérablement la portée des chiffres et à en suspecter même le témoignage, rien ne prouvant qu'ils eussent en réalité la signification qu'on a voulu leur donner; tandis que d'un autre côté surgissaient de diverses sources des faits nouveaux, recueillis dans les meilleures conditions d'observation, qui déposent de la manière la plus manifeste contre les conclusions déduites de la statistique.

Ce contraste même entre des faits qu'il semblait si difficile de concilier, soit dans l'une, soit dans l'autre hypothèse, a fait surgir dans les esprits l'idée d'une première distinction à établir. Il était évident, en effet, que tous ces faits n'étaient pas pareils et qu'il y avait à rechercher les conditions diverses qui conduisaient à des résultats si différents et si contradictoires en apparence : ici, dégénération et abâtardissement; là, maintien et même perfectionnement des qualités organiques des parents. Dès lors, les termes de la question devaient être changés. Ce n'était plus d'une manière générale, et en quelque sorte absolue, l'influence bonne ou mauvaise de la consanguinité conjugale qu'il fallait chercher, mais les conditions qui rendaient cette influence tantôt bonne, tantôt mauvaise. En un mot, un nouvel élément était introduit dans le problème, celui de la sélection qui joue un si grand rôle, comme on le sait, en zootechnie.

Telle était pour nous l'impression qui était résultée de cette longue discussion, impression confirmée par l'examen attentif des faits apportés à l'appui de leur opinion par MM. Périer et Dally, et des observations extrêmement intéressantes publiées par MM. Bourgeois, Séguin, Maximin Legrand, par notre collaborateur, M. Révillout, et enfin tout récemment par M. Aug. Voisin. C'est la conviction portée par ces faits dans notre esprit, qui nous a dicté l'avis que nous avons eu à émettre dans une circonstance où la solution de cette question était en cause, avis que nous avons su depuis avoir été partagé par plusieurs de nos éminents confrères.

Cependant cette opinion n'a pas tellement prévalu qu'elle ne rencontre encore des opposants.

Voici ce que nous écrit à ce sujet M. le docteur F. de Ranse :

« Monsieur le Rédacteur,

« La *Gazette des Hôpitaux* contient, dans son numéro du 28 janvier dernier, un article de M. le docteur Revillout, à propos de la note lue, par M. le docteur Voisin, devant l'Académie de médecine et l'Académie des sciences, sur les résultats d'un certain nombre de mariages consanguins observés dans le bourg de Batz. Ces deux notes ont pour objet de démontrer l'innocuité des unions consanguines, et, dans l'appréciation que vous avez faite de celle de M. Voisin, vous êtes disposé vous-même à adopter pleinement les conclusions de cet auteur. Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, d'exposer ici quelques considérations qui montreront, je l'espère, que la question de la consanguinité n'est peut-être pas encore définitivement jugée, mais que jusqu'à présent l'opinion qui en proclame les dangers est celle qui s'appuie sur les arguments les plus solides.

« Je suis le premier à reconnaître tout l'intérêt que présente la note de M. Voisin; les faits qu'elle contient ont été rigoureusement observés et sont très-remarquables, mais ils n'autorisent pas à poser des conclusions aussi générales que celles qui sont émises par notre honorable confrère : en bonne logique, on ne saurait conclure du particulier au général.

« Dans la discussion que la consanguinité a soulevée devant la Société d'anthropologie, j'ai insisté sur le peu de valeur qu'on doit attacher à un fait isolé, quelque importance qu'il semble présenter. D'abord, il peut constituer une exception; ensuite on trouve toujours, dans l'opinion adverse, un fait aussi important qui le contredit.

« Il faut en outre voir un fait, non-seulement en lui-même, mais encore entouré de toutes les circonstances extérieures qui peuvent en modifier la signification. Ainsi, M. Voisin a observé quarante-six unions entre consanguins, mais quarante et une de ces unions avaient eu lieu entre cousins issus de germains ou parents à un degré plus éloigné encore, et cinq seulement entre cousins germains. Or, tout le monde sait que l'influence de la consanguinité croît ou décroît rapidement avec le degré de parenté; elle ne doit pas être très-grande dans le mariage entre cousins au quatrième degré. On voit par là que les quarante-six observations de mariages consanguins contenues dans la note de M. Voisin sont loin d'avoir la même importance, et que leur nombre n'a pas toute la valeur qu'on pourrait, au premier abord, y attacher.

« En second lieu, les conditions dans lesquelles se trouvent les individus observés par M. Voisin sont si bonnes, que l'idée de sélection est venue naturellement à son esprit. Or, cette sélection dont parle notre confrère, et sur laquelle M. Jules Guérin a le premier appelé l'attention, est une des circonstances heureuses qui peuvent contrebalancer les effets de la consanguinité. Dans quelle mesure ces deux causes agissent-elles l'une sur l'autre? C'est ce qu'on ne saurait encore déterminer; mais, dans tous les cas, il est prématuré, sinon erroné, de dire que, dans des conditions de bonne sélection, la consanguinité, non-seulement ne nuit pas aux produits, mais encore en exalte les qualités.

« Enfin, M. Revillout nous dit qu'au bourg de Batz les enfants sont lymphatiques dans le premier âge; mais que ce lymphatisme ne tarde pas à disparaître sous l'influence de l'exercice au sein d'une atmosphère éminemment chargée d'émanations marines. Les conditions climatériques sont donc excellentes à Batz; elles expliquent le petit nombre d'infirmités qu'on y rencontre, en dehors de toute influence de consanguinité : pourquoi n'agiraient-elles pas à l'encontre de cette même influence dans les familles issues de consanguins? Si nous voyons les affections essentiellement diathésiques et héréditaires, telles que la scrofule et la phthisie, heureusement modifiées par l'action de certains climats, il n'y a pas lieu de s'étonner que, dans les mêmes circonstances, les effets de la consanguinité puissent être atténués.

« Je n'insisterai pas davantage pour montrer que la note de M. Voisin, quelque intéressante qu'elle soit, ce que d'ailleurs je me suis plu à reconnaître tout d'abord, ne saurait infirmer d'*une manière générale* les dangers attribués à la consanguinité. On pourrait lui opposer bien des faits tout aussi remarquables, où l'évidence de ces dangers ne saurait être récusée; et si l'on voulait comparer le nombre des observations favorables à la consanguinité avec le nombre des observations qui lui sont contraires, il serait facile de s'assurer que ce dernier nombre l'emporterait de beaucoup sur le premier.

« Mais ce n'est pas seulement sur cette supériorité du nombre des

1. C'est le cas de rappeler ici les principaux travaux publiés sur cette question, ceux notamment qui ont servi de base à la discussion de la Société d'anthropologie : Devay, *Du danger des unions consanguines*, 1862.—Boudin, *Dangers des unions consanguines et nécessité des croisements dans l'espèce humaine et parmi les animaux*. Paris, 1862. — *Du croisement des familles et des races* (Société d'anthropologie, 1863). — De Ranse, *Discours sur la consanguinité* (ibid.). — Périer, *Essai sur les croisements ethniques; unions entre consanguins* (Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris, t. I, 2e fascicule, 1861). — Dally, *Sur les dangers attribués aux mariages consanguins* (Gazette hebdomad. de médecine, 1862), et *Recherches sur les mariages consanguins et sur les races pures*. Paris, 1864.

C'est surtout à la discussion contradictoire engagée par MM. Périer et Dally, à l'analyse savante et à l'argumentation solide auxquelles ils ont soumis les faits dans les trois derniers mémoires cités, que revient le mérite d'avoir engagé la question dans la phase nouvelle où nous nous félicitons de la voir entrée aujourd'hui.

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

V.

Il n'y a pas de savant, je ne dis pas seulement en France, mais en Europe, pour les travaux duquel je professe une aussi grande estime, que pour ceux de M. le professeur Claude Bernard. Et comme chez lui, selon ceux qui le connaissent (et nous avons le regret de n'être pas du nombre), l'élévation du caractère est au moins au niveau de son immense talent, la médecine française doit être justement fière de le compter parmi ses adeptes. — Esprit profond, chercheur ingénieux, expérimentateur d'une habileté incontestée, et avec tout cela homme d'une science et d'une érudition très-vastes; il était impossible que M. Cl. Bernard ne recherchât pas la vérité à l'aide des bonnes méthodes scientifiques, et qu'il allât s'égarer dans les vaines et infécondes spéculations de la métaphysique médicale et de la scolastique. Chaque fois qu'il en trouve l'occasion, il ne manque pas de s'élever contre ces vieilles doctrines que rien ne saurait rajeunir; mais la meilleure réfutation qui s'en puisse donner, c'est justement l'œuvre entière de M. Claude Bernard, sa méthode d'investigation, ses recherches, et ses expériences si concluantes et si nombreuses, et enfin la conséquence qui doit en découler quelque jour.

M. Bernard a compris et il enseigne que la science des corps vivants ne repose pas sur d'autres bases que celle des corps bruts; — que la matière animée présente deux sortes de phénomènes, ceux qui sont propres à l'organisme vivant et ceux qui lui sont communs avec toute matière organisée ou non; — que ces deux ordres de phénomènes sont intimement liés; — que les phénomènes vivants sont toujours mis en jeu par les autres, et que c'est à bien démêler la part des uns et des autres, à en bien saisir le mécanisme et la liaison que doit principalement s'appliquer celui qui veut se rendre compte de la machine vivante et en bien saisir le mécanisme, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique. Car, pour M. Bernard comme pour nous, celui-ci n'est que la déviation de celui-là. Il n'y a point un état particulier, spécial de l'organisme qui serait la maladie, il y a seulement un trouble dans les lois qui président à l'état physiologique, trouble qui se manifeste par une lésion des organes, appréciable ou non à nos moyens d'investigation et par un trouble plus ou moins considérable des fonctions. Aussi M. Bernard regrette-t-il, et avec raison, ces vieilles dénominations de physique animale et végétale qu'on donnait autrefois à la physiologie; car si jamais on peut arriver, et on y arrivera, à bien reconstituer cette branche de la physique, on aura la clef des phénomènes vivants, non-seulement à l'état de santé, mais aussi à l'état de maladie.

Il y a dans tout être vivant trois ordres de matières : 1° des matières minérales se ramenant toutes à quatorze corps simples aujourd'hui bien connus; 2° des matières organiques, mais non organisées : les unes azotées, les autres qui ne le sont pas, dissoutes en grande partie dans les liquides de l'organisme. — Ces deux parties constituent le milieu dans lequel vit la troisième espèce de matière, c'est-à-dire : 3° des éléments anatomiques ou organiques, cellules et fibres, présentant en général des formes déterminées, solides par conséquent, sauf peut-être ce qu'on appelle le proto-plasma.

« L'action de la vie donne lieu à trois ordres de phénomènes : d'abord des phénomènes physiques et des phénomènes chimiques, qui se passent là comme ils se passeraient autre part dans la nature brute et qu'on ne doit pas considérer *comme opposés à la vie et sans cesse en lutte avec elle*, mais au contraire comme concourant à sa manifestation; — puis des phénomènes vitaux propres aux êtres vivants, et qui ne se produisent que là. »

On voit qu'il y a loin de là aux idées vitalistes et animistes dont nous nous sommes occupés précédemment; combien la distance est plus grande encore, combien la différence est plus tranchée quand on suit attentivement les recherches du professeur du collége de France et de la Sorbonne. Il est impossible de fournir des démonstrations plus claires, plus lumineuses, et, quand on sort de la lecture de ces livres presque mystiques et souvent inintelligibles qu'enfante le vitalisme, on ne saurait dire quelle joie on éprouve à retrouver cette parole nette, claire et précise, ces raisonnements invincibles et ces déductions logiques jusqu'à l'évidence. Pour être juste cependant, rendons à un mort illustre, qui fut un très-grand médecin, la part de gloire qu'on ne saurait lui dénier; celle de M. Bernard n'en sera nullement amoindrie. Broussais avait entrevu en grande partie ce que M. Bernard parviendra à établir, il avait compris les mêmes

faits observés que s'appuie l'opinion anti-consanguiniste; elle trouve une base encore plus solide dans les résultats de la méthode numérique, dont l'initiative est due à M. Boudin. Je n'ai pas l'intention, Monsieur le Rédacteur, de rappeler ici les travaux de statistique connus de vos lecteurs; je dirai seulement que les recherches faites en France par MM. Boudin, Brochard, Landes, Chazarain, Piroux, Perrin, etc., en Allemagne par M. Liebreich, en Amérique par MM. Bemis et Morris, donnent des résultats à peu près identiques, et tendent à prouver la nocuité des mariages consanguins. Or, si de pareils documents, exprimant des faits généraux, puisés à des sources différentes par des observateurs d'un mérite incontestable, ne suffisent pas pour convaincre tous les esprits, il faut avouer qu'ils constituent un argument bien puissant en faveur de l'opinion qui proclame les dangers de la consanguinité. J'étais donc autorisé à dire, en commençant, que cette opinion est celle qui repose sur les données les plus probantes.

« Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, etc.

« Dr F. de Ranse. »

Nous ferons remarquer que les réflexions de notre distingué correspondant au sujet de l'observation de M. Aug. Voisin, n'affaiblissent pas la portée de ce fait autant qu'il paraît le penser. Nous ne saurions admettre l'objection qu'il voudrait tirer de cette circonstance, que les quarante-six unions consanguines relevées par M. Voisin devraient être réduites en réalité à cinq, quarante et une d'entre elles ayant eu lieu entre cousins issus de germains ou parents à un degré plus éloigné encore; car il ne s'agit pas ici seulement de quarante-six unions consanguines qui auraient eu lieu en quelque sorte fortuitement et à une même époque, mais bien d'un fait beaucoup plus général dont ces quarante-six exemples ne sont qu'autant de cas particuliers recueillis simultanément, puisque l'usage de se marier entre cousins ou parents à des degrés plus ou moins éloignés subsiste de temps immémorial dans cette localité. Le fait a donc une valeur beaucoup plus considérable que ne semble vouloir l'accorder M. de Ranse. L'excellence du milieu climatérique et des autres conditions dans lesquelles se trouvent les sujets observés, qui a naturellement fait surgir le mot de sélection sous la plume de notre confrère, ne change rien non plus à sa signification, puisqu'elle vient confirmer au contraire la thèse que nous avons soutenue avec M. Voisin. Ce fait, fut-il unique, aurait donc une importance considérable dans la question. Mais il n'est pas seul, on le sait; et rapproché des faits rappelés plus haut et de ceux que chaque médecin peut avoir eu l'occasion de constater dans le cercle de sa clientèle, — ce qui constituerait indubitablement un chiffre considérable, — il acquiert une valeur qu'il est impossible de méconnaître.

Quant aux faits contraires qu'oppose M. de Ranse, quelque nombreux et probants qu'ils puissent être, ils ne détruisent nullement, en réalité, la valeur de ceux-ci. Ou ils rentrent dans la catégorie commune des lois de l'hérédité morbide, ou ils constituent un ordre de faits particuliers et différents dont il reste à déterminer les conditions spéciales. Dans l'un comme dans l'autre cas, nous trouvons la justification de la distinction qu'il nous a paru utile d'établir dans la manière d'envisager le fait général de la consanguinité conjugale. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Natalis Guillot.

Variole anomale,

Par M. A. Proust, chef de clinique de la Faculté.

(Lu à la Société médicale d'observation.)

J'ai observé dernièrement à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Guillot, plusieurs cas de variole anomale. Deux de ces observations, surtout, me paraissent pouvoir donner lieu à des remarques cliniques et à des considérations de physiologie pathologique, qui ne sont pas entièrement dénuées d'intérêt. Cette raison m'a engagé à les communiquer à la Société.

Voici la première de ces observations :

Obs. I. — Le mardi 20 décembre 1864 entra au n° 14 de la salle Sainte-Anne une nommée Coupier, âgée de trente-quatre ans, couturière.

Cette femme était accouchée le 16, quatre jours auparavant, d'un enfant mâle vivant; le travail ne présenta rien de particulier; et cette malade ne peut donner sur son enfant absolument aucun autre détail.

Le 18, deux jours après son accouchement et quarante-huit heures avant d'entrer à l'hôpital, elle remarqua que sa face était gonflée, et que quelques boutons se montraient sur son corps : elle n'avait point eu les jours précédents ni fièvre marquée, ni douleurs de reins, ni vomissements, ni nausées; la nuit elle continuait à dormir et ayant toutefois quelques rêvasseries. Ces renseignements sont les seuls qu'on peut obtenir, et à la visite du mercredi 21 la malade offre l'état suivant :

Elle porte des traces de vaccin.

La face est tuméfiée dans toute son étendue et présente une coloration d'un gris livide qui fait croire à quelques personnes que des onctions avec la pommade mercurielle ont été faites; au niveau des lèvres quelques stries sanguines concrétées témoignent de petites hémorrhagies antérieures; ces mêmes stries sanguines s'observent aux ailes du nez, quoique la malade prétende n'avoir eu de ce côté aucune hémorrhagie.

Le tronc est parsemé d'une éruption assez discrète, remarquable surtout par son irrégularité; dans certains points ce sont des taches livides faisant à peine saillie, ne disparaissant pas par la pression, véritables pétéchies à dimensions fort inégales; ailleurs ce sont de petites saillies papuleuses livides; dans d'autres points encore ce sont des vésicules, dans quelques points enfin on constate quelques pustules véritables, mais ces pustules laissent échapper, lorsqu'on les pique, un liquide séreux; les pustules, les vésico-pustules sont flétries, affaissées, et n'offrent pas la résistance et la dureté de la pustule variolique normale.

A l'aine, à la partie inférieure du ventre et dans le tiers supérieur de la cuisse la peau présente une coloration livide tout à fait particulière; la malade dans ce point, suivant une comparaison qui a été déjà faite, paraît avoir été trempée dans une cuve de vin; cette teinte livide persiste malgré la pression.

La partie inférieure des cuisses, les jambes, les bras et les avant-bras offrent les mêmes particularités que j'ai signalées sur le tronc; c'est un mélange incohérent de vésico-pustules, la plupart hémorrhagiques, flétries, affaissées, irrégulières et inégales par leur âge et leur mode de développement.

Sur les membres supérieurs comme sur les inférieurs on constate aussi quelques plaques scarlatiniformes inégalement disséminées. La plaque d'une teinte beaucoup moins livide que la plaque de l'aine disparaît par la pression pour revenir quelques secondes après.

L'examen microscopique du sang obtenu par une piqûre faite au doigt révèle ce qui suit :

La couleur n'a rien de particulier; le point piqué ne continue pas à laisser écouler de sang; ce liquide ne paraît donc pas présenter une fluidité considérable.

La seule altération appréciable portait sur les globules. Ces petits corps paraissaient comme agglutinés; accolés les uns aux autres, ils formaient des plaques irrégulières. Ces hématies étaient déformés, considérablement élargis, ou bien allongés dans un seul sens, de manière à figurer une sorte de petit tube clos, bombé par les deux extrémités. Les parois de ces globules semblaient épaissies, comme si la matière colorante du contenu s'était condensée dans l'enveloppe. Le bord des globules en effet est très-nettement accusé et offre une teinte violacée très-insolite. La disposition étoilée s'observe sur quelques-uns, mais dans ce cas, c'est le relâchement et non la rétraction de l'enveloppe qui prédomine, il y a eu plutôt endosmose qu'exosmose. Le sérum n'est pas teint en rouge, il a sa coloration normale.

A ces altérations du sang et de l'enveloppe tégumentaire externe se joignaient des troubles des diverses fonctions :

Une oppression et une dyspnée très-intense qui ne pouvaient s'expliquer suffisamment par quelques râles sous-crépitants que l'on entendait à la base du poumon droit; le nombre des respirations dépassait cinquante par minute; le pouls battait quatre-vingt-seize et n'offrait pas d'irrégularité; les extrémités étaient froides.

Cette malade répondait assez bien aux questions qu'on lui adressait; elle avait un contentement particulier, une satisfaction générale, et était loin de soupçonner la gravité de son état.

Les fonctions digestives n'offraient d'autre trouble que quelques vomissements bilieux; la langue était couverte d'un enduit blanchâtre; il n'y avait ni diarrhée, ni constipation. L'utérus n'était pas douloureux; les urines ne renfermaient ni sang ni albumine.

On prescrivit à cette malade de la limonade nitrique et un julep avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina; mais elle succomba une heure environ après la visite.

L'autopsie fut faite le 23.

On ne trouva d'hémorrhagie dans aucun viscère; une plaque de Peyer seule offrit quelques points ecchymotiques; la base du poumon droit était congestionnée, au sommet il y avait deux tubercules crétacés. L'altération qui parut plus importante fut celle du foie. Cet organe était augmenté de volume; la surface était parsemée de taches plus jaunâtres qui semblaient graisseuses. Ces points examinés au microscope renfermaient des cellules hépatiques volumineuses, parfaitement conservées, avec des contours aussi bien accusés que dans les préparations les plus heureuses. Ces cellules étaient remplies de granulations de volume variable et généralement jaunes. Quelques-unes étaient arrondies et réfringentes comme des corpuscules graisseux; d'autres étaient opaques et irrégulières, comme de petits amas biliaires. Chaque préparation offrait une quantité considérable de sang mêlé aux cellules.

Le jour même où la malade dont je viens de donner l'observation entrait à la salle Sainte-Anne, on recevait dans cette même salle une autre femme atteinte de variole confluente. Chez cette dernière, qui n'avait pas été vaccinée, les phénomènes morbides avaient débuté le même jour, et l'on pouvait comparer la marche de deux maladies, l'une tout à fait anormale, l'autre, au contraire, quoique fort grave et présentant une éruption confluente extrême, suivait une évolution régulière. Je n'insisterai pas sur les divers symptômes présentés par la dernière malade, qui était couchée au n° 5; elle eut des prodrômes très-intenses, l'éruption fut précoce, la fièvre persista, la salivation fut énorme, le gonflement de la face fut considérable, les extrémités se tuméfièrent également, et la malade, qui délira presque constamment la nuit, succomba le 29, c'est-à-dire le douzième jour après le début de la maladie. Je veux seulement insister sur un point, l'état du sang de la malade atteinte de variole confluente. Le jour même où je piquai au doigt la première, j'en fis autant à l'autre et au même point. L'examen microscopique ne me dénota absolument aucune altération; les globules présentaient leurs caractères histologiques normaux. Cette absence de modification pathologique des hématies donnait à l'altération du sang de la première malade une importance qui ne saurait échapper. Certes, cette altération, coïncidant avec les hémorrhagies observées, devait frapper l'attention, et il fallait se demander s'il n'y avait pas entre la modification des globules et la production de l'hémorrhagie un rapport de cause à effet.

Je ne crois pas que le rapport puisse être nié; sans doute, l'hémorrhagie et la déformation des globules ne sont pas deux faits isolés, mais est-il possible d'expliquer l'un par l'autre? Ici l'interprétation devient plus obscure et la conclusion plus douteuse.

Le système circulatoire est fermé de toutes parts, et l'orifice exhalant des vaisseaux n'étant plus qu'un souvenir historique, l'une des deux conditions suivantes est absolument nécessaire pour qu'il y ait hémorrhagie; ou bien les globules sanguins conservant leurs propriétés physiques, les capillaires se rompront et le sang s'échappera en dehors des vaisseaux; ou bien les capillaires peuvent rester intacts si le sérum, prenant aux globules leur matière colorante, filtre à travers la membrane vasculaire. Ce dernier mode, qui a été désigné dans ces derniers temps sous le nom de pseudo-hémorrhagie, ne pouvait être invoqué chez notre malade. La sérosité, en effet, n'était pas teinte en rouge; l'examen microscopique l'a démontré; d'un autre côté, je ne puis croire, malgré l'altération des globules que j'ai décrite, qu'ils puissent passer à travers la membrane capillaire. Loin d'être rétractés, ces hématies étaient plutôt augmentés de volume; et, bien que, dans certains points, leur caractère glutineux leur permît de s'élever, l'interprétation du passage ne me paraît pas acceptable.

Il faut donc en revenir à la rupture probable des capillaires et à la dégénérescence graisseuse qui paraît précéder cette rupture. J'aurais désiré constater anatomiquement le fait, mais une circonstance toute accidentelle ne m'a pas permis de faire cet examen.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation, l'altération du sang, dans ce cas, ne conserve pas moins une valeur clinique importante.

Il y a encore chez cette malade deux points sur lesquels je crois devoir insister, l'altération du foie et l'influence de l'état puerpéral sur l'anomalie de la variole.

L'examen du foie, en faisant l'autopsie, m'avait fait croire un instant à un état graisseux de cet organe. Me souvenant d'un travail récent sur la stéatose du foie dans certaines formes de fièvre typhoïde, je trouvais le rapprochement tout naturel, et je ne pensais pas devoir expliquer cet état graisseux par deux ou trois tubercules crétacés que j'avais constatés au sommet de l'un des poumons; mais l'examen microscopique ne m'a pas permis d'accepter d'une façon aussi absolue cette opinion. Il y avait bien dans les cellules quelques points brillants, mais il n'y avait en dehors des cellules hépatiques aucune gouttelette graisseuse; de sorte que la dégénérescence graisseuse, dans ce fait, est loin d'être parfaitement établie. Cependant, dans un cas que je citerai tout à l'heure, le foie paraissait encore graisseux; mais, comme

---

choses et peut-être eût-il trouvé la vérité tout entière si au lieu d'être médecin il n'eût été que physiologiste, et si l'esprit de système, en l'entraînant beaucoup trop loin, ne l'eut promptement égaré.

Car la médecine organicienne complète, celle que nous croyons entrevoir, celle-là ne sera jamais un système, tout au contraire, et nous pouvons dire avec M. Bernard : « Le but que nous poursuivons, c'est d'appliquer à la médecine les principes de la méthode expérimentale. Ce n'est donc pas un nouveau système de médecine que nous venons vous proposer, c'est au contraire la négation de tous les systèmes. Le triomphe de la médecine expérimentale aurait pour résultat de faire disparaître de la science toutes les vues individuelles pour les remplacer par des théories impersonnelles et générales solidement établies sur les faits, et qui n'en seraient, comme dans les autres sciences, qu'une coordination régulière. »

On a été longtemps plus qu'injuste à l'égard de Broussais, mais qui oserait nier aujourd'hui que la polémique puissante du grand réformateur, la lucidité de son esprit, sa critique fine et brutale tout à la fois, et, par-dessus tout, son grand tact médical n'aient, en déblayant le terrain, ouvert la voie à la véritable science médicale?

M. Bernard est actuellement en train de développer ses idées sur la médecine proprement dite et d'indiquer les expériences sur lesquelles il s'appuie. Nous regrettons vivement de ne pas connaître exactement ses principes, mais on peut en quelque sorte les déduire des leçons précédentes et surtout de celles qu'il a faites l'année dernière sur les phénomènes vitaux.

A l'encontre de ce que disent beaucoup de physiologistes, M. Bernard pense que les expériences doivent autant que possible être faites sur les animaux d'un ordre supérieur, sur les vertébrés principalement, car si les animaux les plus inférieurs possèdent, à la vérité, toutes les propriétés de l'être vivant, elles sont tellement disséminées qu'il est très-difficile et presque impossible de les saisir et de les isoler. C'est tout le contraire chez l'animal supérieur, grâce aux procédés très-ingénieux qu'emploie M. Bernard. D'ailleurs, suivant une vieille idée toujours juste, l'animal élevé dans l'échelle des êtres représente et résume les animaux inférieurs.

M. Bernard établit « que toutes les manifestations de la vie sont attachées exclusivement aux parties élémentaires des corps vivants : ce sont les *éléments anatomiques ou organiques*, cellules ou organismes élémentaires comme on voudra. Chaque organe a sa vie propre, son autonomie; il peut se développer et se reproduire indépendamment des tissus voisins. » C'est donc dans ces éléments qu'il faut aller chercher la clef des phénomènes vitaux; c'est là qu'il faut descendre pour bien comprendre la physique vivante et probablement aussi la pathologie (1).

(1) Déjà, avant le professeur français, ou en même temps que lui, un célèbre anatomiste allemand, Virchow, avait développé des idées analogues et il en a fait la base d'un ouvrage plein d'intérêt, *la Pathologie cellulaire*. Malheureusement la science n'est pas encore assez avancée pour arriver à une pareille synthèse. L'ouvrage de Virchow restera comme point de départ, comme une vue très-élevée de la vraie médecine, mais sur le plus grand nombre des points, même après *la Pathologie cellulaire*, on peut dire que la vraie science médicale est encore à fonder.

A côté de ces éléments se trouvent leurs milieux physiologiques tant intérieurs qu'extérieurs dont il faut tenir le plus grand compte et qui sont d'une importance capitale au point de vue des fonctions vitales; mais cette influence n'est réellement efficace que si elle s'exerce directement sur les éléments organiques.

M. Cl. Bernard étudie les diverses propriétés vitales des tissus, et il reconnaît que si chaque tissu élémentaire présente des propriétés différentes, tous cependant sont doués d'une propriété particulière, *l'irritabilité*. Aussi l'irritabilité paraît-elle être le caractère vital essentiel de la matière organisée; elle est la propriété des seuls éléments; elle disparaît par la mort. — Brown, comme on le voit, et Broussais avaient entrevu une grande partie de la vérité, sans en bien saisir pourtant ni la véritable portée ni toute la signification. Car malheureusement Brown et Broussais étaient des systématiques, et ils ne voulaient tenir compte que d'un seul des éléments d'une question très-complexe.

Avant eux, Haller, Tiedeman, Virchow s'étaient occupés de ce point important; mais celui qui l'avait le mieux étudié et avec le plus de sagacité, c'était Glisson au XVIIe siècle. M. Bernard lui rend pleine justice et met en relief les découvertes du vieux physiologiste. « Glisson (1672) est le premier qui attribua aux animaux une force spéciale déterminant les mouvements organiques. Il appela cette force *irritabilité*, parce qu'elle était mise en activité par des influences extérieures, diverses, qu'il nommait *causes irritantes*, et qui manifestent ainsi les propriétés des corps organisés. Glisson attribua à toute matière vivante la faculté d'irritabilité, c'est-à-dire une aptitude particulière à

l'examen microscopique n'a pas été fait, la dégénérescence ne peut être affirmée.

J'arrive maintenant à l'influence de l'état puerpéral sur le développement de l'anomalie. L'état puerpéral joue le rôle d'état morbide antérieur, et tout phénomène pathologique qui se développe alors a, pour cette raison, une gravité insolite; ce fait a été assez bien établi pour que je croie inutile d'insister. Cette femme se trouvait donc, à cause de son accouchement récent, dans un état secondaire, et la variole chez elle a eu, pour cette raison peut-être, une marche et une terminaison aussi promptement fatales. Un fait que j'ai observé l'année dernière dans la même salle et au même numéro, me semble devoir être rapproché; il s'agissait encore d'une malade qui se trouvait dans un état secondaire, et, dans ce cas, c'était un érysipèle pour lequel la malade était venue à l'hôpital, qui jouait le rôle d'état morbide primitif, comme l'état puerpéral dans le fait que j'ai relaté. Les deux malades avaient cependant été vaccinées, et chez toutes deux la variole fut aussi anormale et aussi grave.

Voici cette autre observation.

Obs. II. — Le 26 novembre 1863, entra au nº 14 de la salle Sainte-Anne la nommée Adèle Lenormand, vingt-quatre ans, née à Vierzon (Calvados), domestique à Paris, rue Sainte-Anne, 40.

Cette jeune fille, qui était d'une assez bonne constitution, quoique un peu chétive d'apparence, avait eu déjà un premier enfant il y a trois ans, n'était plus réglée depuis deux mois, et n'avait jamais fait de maladie sérieuse. Elle avait été vaccinée et en portait des traces à ses deux bras. Elle entra à l'hôpital pour un érysipèle de la face qui n'offrit d'autre phénomène sérieux qu'un peu de délire la nuit, et qui était guéri le 2 janvier. Elle était en convalescence, ayant cependant conservé une grande faiblesse, et on allait la diriger sur le Vésinet lorsque le dimanche 10 janvier, vers les sept heures du soir, elle éprouva un malaise général avec chaleur vive de la peau qui l'empêcha de dormir toute la nuit.

Le matin (lundi 11), à la visite, on constate une chaleur de la peau considérable, avec accélération notable du pouls (120), céphalalgie, courbature, abattement général, sueur. Langue légèrement blanche. Pas de vomissements ni de selles : un peu de toux, mais rien à l'examen physique de la poitrine. Douleurs de reins; pas de dysurie; aucune localisation. (Boissons émollientes, diète.)

12. Mêmes phénomènes généraux. La chaleur de la peau et l'accélération du pouls ont encore augmenté (140). La malade se plaint de souffrir sous la mâchoire : les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux; la gorge, examinée avec soin, ne paraît nullement rouge, et on ne voit ni sur la face, ni sur aucun point du corps aucune éruption. Toujours douleurs de reins; constipation; même traitement.

13. Mêmes phénomènes généraux. Chaleur toujours très-intense; pouls, 140; rougeur, érysipélation sur la face; pas de bourrelet sur la limite de cette rougeur; gonflement œdémateux des paupières; les ganglions sous-maxillaires toujours tuméfiés et douloureux. Un peu de mal de gorge, quoique son examen n'y fasse découvrir ni cruation ni rougeur. On voit, disséminées sur la surface du corps, diverses éruptions offrant les caractères suivants : sur le dos des avant-bras et sur le dos de la main rougeur érysipélateuse avec tuméfaction douloureuse, mais sans bourrelet empiétant également sur la face palmaire. Au pli de l'aine, dans l'aisselle et sur quelques points du dos, éruption scarlatiniforme offrant tous les caractères du rasch. Toujours constipation, toujours douleurs de reins; il y a eu insomnie la nuit avec un peu de délire. Ce matin, à la visite, l'intelligence est nette comme les jours précédents, l'abattement a seulement augmenté. Boisson chaude, quinquina. Le corps exhale une odeur fétide.

Le 14. L'éruption de la face et du dos de l'avant-bras offre les mêmes caractères : mais aux points où elle était scarlatiniforme, on voit de véritables points ecchymotiques, cette éruption ne disparaissant plus momentanément par la pression. Épitaxis abondante. Même état général.

Le 15. L'éruption de la face et du dos de la main diminue d'intensité. Le corps se trouve parsemé de points ecchymotiques assez nombreux et de dimensions variées. Aucune éruption papuleuse, vésiculeuse ou pustuleuse n'a pu être trouvée sur le corps malgré les recherches les plus minutieuses et les plus complètes. Ce n'est que le soir, vers les 6 heures, que je constate 3 vésicules, l'une sur le bras gauche, une autre au niveau du sternum, et une autre au bras droit. Cette dernière est ombiliquée, mais paraît vide, flétrie; toutes trois sont molles et ne sont pas circonscrites par un liseré rouge. La fièvre n'est pas tombée, et l'état général est toujours aussi sérieux. De nouvelles hémorrhagies se sont montrées. La malade a de l'hématurie et elle a perdu du sang en grande quantité par le vagin. Boissons chaudes. Perchlorure de fer. Quinquina.

Le 16. Il y a eu délire encore cette nuit et de nouvelles hémorrhagies par les voies déjà indiquées. La malade a en outre vomi du sang. Ses gencives et ses lèvres sont couvertes de concrétions sanguines. La langue s'est séchée. Les vésicules vues la veille au soir ne se sont pas modifiées; elles restent flétries et vides; on en voit paraître quelques autres offrant les mêmes caractères. Odeur toujours fétide. L'état général est toujours aussi grave; la dépression des forces est considérable et la malade succombe le 17 janvier à une heure du matin.

Autopsie le 18, à 10 heures du matin.

État de la peau semblable à celui déjà décrit; seulement l'éruption paraît plus avancée qu'elle n'était le 16 à la visite du matin. On voit sur les bras, les mains et sur les jambes une centaine de petites saillies simulant assez la chair de poule, mais quelques-unes (une vingtaine) offrent des points vésiculeux rendant ces papules caractéristiques. On constate aussi que la face ne présente aucune élevure. La peau est le siége des hémorrhagies déjà décrites. Dans le petit bassin en arrière et sur le côté de l'utérus, la poitrine renferme un verre environ de sang qui n'est circonscrit par aucune adhérence; le toucher vaginal pratiqué à ce moment montre qu'il n'y a aucune tumeur rétro-utérine, et refoule le sang. Les trompes renferment des caillots sanguins sous forme de filaments; mais ces caillots ne se prolongent pas dans l'utérus par l'ostium uterinum, ils en restent éloignés de 1 à 2 centimètres. Les parois des trompes ne sont nullement altérées, ni rouges, ni ramollies. L'utérus renferme quelques caillots sanguins et du sang liquide que l'on a vu s'échapper sur le col au moment où on a retiré l'utérus. *Sang dans la vessie, les calices, les bassinets; congestion des reins, de la rate*, sans calynose à leur surface; *foie ramolli et d'un jaune pâle*. Rien dans les poumons. Le cerveau n'a pas été examiné.

Je crois qu'il serait superflu de rapprocher ces deux observations, dont les analogies me paraissent saisissantes : même état secondaire des deux malades dont l'état primitif était chez l'un un érysipèle et chez l'autre un accouchement; même vaccination antérieure, mêmes anomalies dans les prodrômes, dans le développement et les caractères de l'éruption; même issue fatale. En terminant toutefois, je ferai remarquer cette multiplicité de formes des lésions cutanées; Borsieri a longuement insisté sur le mélange et la malignité de ces diverses formes érysipélateuses, rubéoliques, ortiées des varioles, et il place au premier rang de la sévérité du pronostic la forme érysipélateuse que l'on a observée chez nos deux malades. Ce médecin a aussi noté comme fatale cette dyspnée qui était si marquée chez nos deux malades, et qui ne s'explique que par des lésions pulmonaires, nulles chez l'une et insignifiantes chez l'autre. La dyspnée dans ces cas paraît avoir sa source dans l'innervation troublée de la moelle allongée qui, recevant un sang altéré et doué de propriétés nuisibles, ne peut plus accomplir d'une façon convenable et physiologique les actes divers auxquels elle préside.

DE LA MÉNINGO-MYÉLITE

occasionnée par le froid (1),

Par M. le docteur Auguste Voisin, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

(Mémoire lu à la Société du département de la Seine, dans les séances des 20 janvier et 3 février 1865.)

Le livre récent de M. Jaccoud sur les paraplégies renferme les trois faits suivants, empruntés à Walford, Oppolzer et Frerichs :

Un homme de cinquante ans est exposé à l'humidité; puis il dort en plein air dans ses habits mouillés.

Deux jours après, il est paraplégique; trois jours plus tard, la paralysie prend une marche ascendante, et le malade meurt douze jours après le début des accidents.

A l'autopsie, foyers de ramollissement disséminés dans la moelle; quantité considérable de liquide spinal (2).

Un homme de trente-sept ans tombe dans une rivière par un grand froid, et devient paraplégique.

La moelle était considérablement ramollie; les éléments nerveux étaient détruits, surtout dans les cordons antéro-latéraux (1).

Par une température très-basse, un enfant reste assis pendant plusieurs heures sur une pierre; le lendemain, fièvre intense; le surlendemain, paraplégie, et mort en l'espace de quelques jours.

A l'autopsie, méningite exsudative généralisée dans tout le canal vertébral (2).

M. Duchenne, de Boulogne, a, dans son *Traité de l'électrisation localisée*, cité une observation de paralysie causée par le froid qu'il a assimilée, au point de vue pathogénique, aux paralysies des nerfs radial et facial, c'est-à-dire qu'il l'a considérée comme produite par la congestion primitive des nerfs des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, et non point de la moelle et de ses méninges.

M. J. Worms a publié, il y a plus d'un an (3), quelques pages sur ce sujet sous le nom de *paralysie périphérique par refroidissement*, et, après une analyse de travaux anciens et modernes sur la paralysie de la motilité et de la sensibilité *a frigore*, notre collègue a rapporté une observation de paralysie très-étendue de la motilité et de la sensibilité survenue à la suite du froid, qu'il attribue aux troubles fonctionnels de rameaux nerveux périphériques. M. Worms écarte complétement l'idée de lésions des centres nerveux pouvant expliquer ces sortes de paralysies si étendues, et se rattache à l'opinion de Graves.

Les partisans de cette doctrine appliquée aux paraplégies et aux grandes paralysies produites par le froid paraissent considérer comme un argument majeur la guérison de ces états morbides; il semble, à les lire, qu'une congestion médullaire et rachidienne ne puisse pas guérir, et cependant les livres classiques, et en particulier celui d'Ollivier, d'Angers, sur les maladies de la moelle, en renferment plus d'une preuve.

De même, la *Gazette des Hôpitaux* a publié (janvier 1864) une observation de M. Matice relative à un individu pris, à la suite de refroidissement, de congestion méningo-spinale sthénique, suivie d'ataxie locomotrice, et qui guérit par des applications répétées de ventouses scarifiées et de ventouses sèches.

D'autre part, l'absence de nécropsies a peut-être influé sur l'opinion des auteurs que je viens de citer : eussent-ils pensé de même s'ils avaient connu les observations que je vous présente, les faits que je vous ai déjà cités, et le cas suivant tiré d'un livre de Romberg ?

L'observation a pour titre :

Influence du froid chez un étudiant. — Paralysie. — Hémorrhagie du pont de Varole (4).

Un étudiant en philosophie, âgé de vingt-trois ans, s'enivre au mois d'août 1840, et s'expose en cet état à l'action du froid.

Trois semaines après, Romberg le voit, et constate une paralysie des membres à gauche et une paralysie de la face à droite.

Dans les quatre dernières semaines de la vie, affaiblissement des forces physiques et intellectuelles, difficulté de la déglutition. Mort en octobre.

Hyperémie notable des hémisphères cérébraux à la surface et dans la profondeur; exsudats plastiques entre l'arachnoïde et la pie-mère.

Tumeur volumineuse dans la moitié droite du pont de Varole, laquelle est formée d'un gros caillot sanguin, disposé par couches, comme dans les vieux sacs anévrysmaux.

En résumé, vous voyez par ce court exposé que, sauf Larrey, Ollivier, d'Angers, Rollet, Walford, Oppolzer et Romberg, le plus grand nombre des auteurs considèrent la paraplégie ou les grandes paralysies produites par le froid comme tenant soit à une lésion primitive des nerfs des membres, soit à une altération des rameaux nerveux périphériques. Peut-être que la raison de cette opinion consiste dans la rareté de ces sortes de faits; peut-être aussi que la congestion médullaire, qui est après tout la lésion primitivement produite dans ces cas, guérit le plus ordinairement, ou bien que, n'ayant pas l'occasion de faire l'autopsie de ces malades à une époque très-rapprochée du

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

(2) Walford. Sostening of the Spinal cord (*Associat. medical Journal*, 1854) et Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864, p. 381.

(1) Oppolzer, Acute Entzündung mit partieller Érweichung des Rückenmarks (*Spital's Zeitung*, 1860) et Jaccoud, *op. cit.*, p. 381.

(2) Profess. Frerichs; fait rapporté par Jaccoud, *op. cit.*, p. 382.

(3) *Gaz. hebd.*, 17 avril 1863.

(4) Romberg cité par Jaccoud. *Gaz. heb.*, août 1864.

percevoir les causes irritantes avec une tendance à réagir contre elles par des mouvements qu'il considérait en général comme des contractions. »

M. Claude Bernard adopte à peu près les idées de Glisson, et voici comment il résume lui-même ce point important de ses recherches :

« Ainsi, pour nous résumer, on est arrivé aujourd'hui à considérer l'irritabilité comme le caractère essentiel de la matière vivante. S'il y a encore quelques dissidences d'opinions, elles sont peu importantes, et tout le monde s'accorde au moins pour reconnaître deux choses comme indispensables à la manifestation des phénomènes vitaux :

« 1° Une organisation et des propriétés données par cette organisation, c'est-à-dire une matière vivante. Les forces inhérentes et spéciales à cette matière vivante ne peuvent évidemment lui venir de la matière brute; elles sont un résultat de l'organisation.

« 2° La matière vivante ne manifesterait jamais ses propriétés, si le milieu qui l'entoure ne lui en donnait l'occasion par des excitants spéciaux, qui constituent des conditions extérieures à la partie excitée.

« La théorie de l'irritabilité comprend ces deux éléments, et toutes les fois que nous voudrons analyser un certain ordre de phénomènes, nous nous attacherons à faire ressortir parallèlement ces deux conditions.

« On peut dire que l'irritabilité est de trois espèces, car nous avons déjà reconnu avec Virchow l'irritabilité fonctionnelle et l'irritabilité nutritive, qui comprend l'irritabilité de développement, et il faut y ajouter les irritants toxiques ou anormaux. »

Le professeur fait jouer à ces derniers un rôle très-important dans toutes ses recherches.

M. Claude Bernard étudie ensuite avec sa sagacité habituelle les propriétés des tissus organiques élémentaires. Nous n'avons pas à le suivre dans des développements qui nous entraîneraient beaucoup trop loin de notre sujet; il nous suffit d'avoir indiqué comment M. Bernard comprend la vie et ses phénomènes, et d'avoir fait deviner, plutôt que montré, tout ce qu'il y a de fécond dans les idées de l'éminent professeur de physiologie.

En médecine proprement dite, M. Bernard n'accepte, pour comprendre et expliquer les phénomènes morbides, que *l'expérimentation* sur les animaux vivants (1). Nous sommes autant que possible de cet avis, et très-incontestablement là est l'avenir de la médecine. Nous savons déjà ce que cette idée a produit entre les mains de notre expérimentateur; nous le saurons mieux dans quelques mois, quand ses leçons seront terminées. Jusqu'ici (mais ce que je vais dire n'est peut-être pas fondé), je crains que M. Bernard ne passe un peu à côté de la question ou qu'il ne la voie pas tout entière; peut-être à l'encontre de Broussais va-t-il être trop physiologiste et pas assez médecin. Nous craignons qu'en ne considérant que l'action des poisons soit sur les éléments organiques, soit sur l'organisme tout entier, on n'ait pas le problème complet, mais seulement une partie du problème, et qu'on laisse trop de côté la part si capitale qui revient, dans la production et la marche des maladies et des lésions organiques, aux phénomènes très-importants de la physique et de la chimie.

Mais encore une fois nous ne connaissons pas au juste toute la pensée de M. Claude Bernard; nous nous exposerions à lui prêter des idées qui ne sont pas les siennes. Attendons patiemment, et pour moi je suis sûr que les leçons du collége de France seront, pour la médecine, d'une utilité incontestable et d'une très-grande fécondité. Il nous semble aussi qu'il reste à M. Claude Bernard une grande œuvre à accomplir, et qui très-certainement doit faire partie de son programme. C'est, lorsque le moment sera venu pour lui, de coordonner toutes ses idées, d'en faire un vrai corps de doctrine et d'établir, d'une manière telle que nul désormais ne puisse la nier, la véritable base de la médecine, la marche et l'enchaînement des divers phénomènes morbides, leur cause, leur raison d'être et les déductions thérapeutiques certaines, que de semblables prémisses ne peuvent manquer de contenir.

Il ne nous reste plus, pour terminer cette critique, que d'exposer nos propres idées, et nous prions le lecteur de nous accorder encore quelques instants d'attention.

Dr H. Montanier.

(1) Ce n'est pas le moment de revenir sur les visisections; nous devons dire pourtant que non-seulement nous les croyons utiles, mais encore indispensables aux progrès de la médecine et que, sans elles, on s'expose à rester indéfiniment dans le vague et dans l'ignorance des phénomènes physiologiques et pathologiques. Il est toujours cruel de sacrifier des êtres vivants et de les faire souffrir, mais l'intérêt de l'humanité exige ce douloureux sacrifice et on ne peut demander à l'expérimentateur que de ne point se livrer à des recherches inutiles, ou sans but déterminé, ou déjà suffisamment éclairées par ses prédécesseurs.

début, on se croit autorisé à considérer les lésions comme secondaires et non pas comme primitives.

Tel est, je pense, l'intérêt des deux faits suivants de mort par le froid, où les lésions médullaires, examinées et constatées minutieusement à la Charité et à la Société anatomique, en présence de collègues partisans des paralysies périphériques, ont démontré, en particulier, que la moelle peut être primitivement altérée dans ces cas, et qu'il est dangereux, en fait de science exacte, de s'engouer des doctrines anglaises. (Voir les deux observations dans la *Gazette* des 28 février et 2 mars 1865).

1° En résumé, voici deux individus atteints, dans des circonstances à peu près identiques de lésions médullaires, dont le processus morbide me paraît avoir été le même; l'un a succombé trop tôt pour que les lésions se soient traduites par des symptômes paralytiques; le second a présenté toute la série des phénomènes appartenant à la congestion, à l'inflammation et au ramollissement de la moelle : fourmillement et engourdissement des pieds; paralysie absolue des membres inférieurs et des sphincters; contractures des membres inférieurs, du cou; douleur le long de la colonne vertébrale; propagation de la paralysie de la motilité aux membres supérieurs, puis douleurs fulgurantes dans les membres, le cou; diminution et abolition de la sensibilité et contractilité électro-musculaire aux membres inférieurs, coïncidant avec de l'hyperesthésie des muscles sous la plus légère pression; troubles variés de la sensibilité.

L'autopsie a révélé les signes irréfutables de l'inflammation; opacité de l'arachnoïde dans la portion cervicale de la moelle par des produits plastiques; ramollissement en bouillie d'un point du cordon médullaire, et nombreux leucocytes dans cette partie lésée; congestion de tous les vaisseaux sanguins.

2° Ces deux faits m'ont paru très-importants au point de vue doctrinal, tant en raison de l'influence évidente et irréfutable ici du froid sur la genèse de la congestion et de l'inflammation de la moelle, qu'eu égard aux savants qui la nient; le premier malade meurt deux jours après l'immersion dans l'eau glacée, et la moelle présente tous les signes d'une congestion d'emblée des plus intenses; chez le second, les symptômes : paralysie des membres inférieurs et des sphincters, douleurs dans la région dorsale, etc., qui se sont produits de suite, démontrent l'influence immédiate du froid sur le cordon médullaire.

Il nous paraîtrait inadmissible ici de penser que les lésions médullaires ont commencé par les radicules nerveuses périphériques, dont les altérations auraient gagné la moelle de proche en proche; la relation entre cause et effet est ici trop rapide pour s'arrêter à pareille supposition; en effet, l'apparition si prompte des phénomènes paralytiques, des contractures, des troubles de la sensibilité cutanée, de la perte de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaire, joints à des douleurs très-vives le long de la colonne vertébrale, ne peut concorder qu'avec une lésion médullaire primitive.

Je l'expliquerais volontiers par le reflux du sang, de la périphérie du corps vers les organes centraux, et, en particulier ici, vers le cordon médullaire et ses membranes, amenant une congestion suivie ou bien d'exsudats plastiques ou de ramollissement, comme dans notre onzième observation et celles de Walford, d'Oppolzer, ou bien d'hémorrhagie, comme dans le fait de Romberg.

Il ne me paraîtrait pas soutenable d'admettre ici l'opinion d'Eisenmann (1) et Jones (2), à savoir que l'impression centripète *a frigore* déterminerait dans les centres nerveux un *choc* qui abolirait la force nerveuse, et celle de Brown-Séquard (3) voulant que l'excitation périphérique, transmise à la moelle par les nerfs sensitifs, détermine une contraction des vaisseaux sanguins de la moelle ou de la pie-mère, et par suite une insuffisance de nutrition.

Ces opinions sont en contradiction formelle avec mes nécropsies; ainsi, du reste, qu'une explication toute récente de Jaccoud (4). Pour cet auteur, les paralysies par excitation périphérique et de ce nombre est, selon lui, la paralysie *a frigore*, reconnaissent pour cause l'épuisement de l'excitabilité de la moelle par une excitation continue. J'ai de la peine à comprendre comment une impression de froid, aussi peu longue que celle observée dans ces cas et dans mes deux observations, puisse être comparée aux irritations continues ayant leur source dans une maladie urinaire, utérine ou intestinale. D'ailleurs, ce mode pathogénique suppose un trouble purement fonctionnel, contredit par mes deux faits et, ce qui est plus singulier, par les observations de paralysie *a frigore*, citées par Jaccoud lui-même, non moins que par ses réflexions finales, très-dubitatives à l'endroit des paralysies *a frigore* purement fonctionnelles.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

De la dyalise et de son application à la recherche des substances toxiques. De l'emploi de l'iodure de mercure et de potassium pour la recherche des alcalis organiques. Extrait d'un mémoire de M. O. REVEIL, présenté par M. Bussy.

Ce travail se résume en partie dans les conclusions suivantes :

1° La dialyse, c'est-à-dire la séparation des substances cristalloïdes d'avec les colloïdes au moyen d'une membrane ou de vases poreux, peut être appliquée dans quelques cas avec avantage à la recherche des poisons, et à leur séparation d'avec les matières organiques.

2° La présence des matières grasses est un obstacle à la séparation, mais cet obstacle n'est pas absolu; il est d'autant plus grand que leur proportion est plus considérable et qu'elles sont plus divisées (émulsionnées).

3° La séparation des colloïdes des cristalloïdes est d'autant plus rapide qu'il existe une plus grande différence de température entre les deux liquides, celui du dialyseur et celui du récipient, quoique l'équilibre ne tarde pas à s'établir.

4° La présence des substances albumineuses est un obstacle beaucoup plus puissant lorsqu'il s'agit de poisons qui peuvent contracter avec elles des combinaisons insolubles; tels sont les sels de cuivre, de mercure, de fer, de plomb, d'étain, etc. Il faut dans ces cas, et lorsque la dialyse aura donné des résultats négatifs, porter le liquide à l'ébullition en présence d'un acide (nitrique, chlorhydrique), séparer le coagulum, le diviser, le faire bouillir avec de l'eau acidulée par le même acide, recueillir les liquides, les réunir et les soumettre au dialyseur.

5° La présence des substances albumineuses n'est pas aussi nuisible avec les substances non capables de se combiner avec elles; tels sont les alcalis organiques, les acides arsénieux et arsénique, les arsénites, les arséniates et les cyanures alcalins, etc. Toutefois la dialyse s'effectue mieux, et plus rapidement, lorsqu'on opère la séparation préalable par l'eau acidulée et l'ébullition; il faut dans tous les cas agir sur les résidus coagulés.

6° Quelles que soient les précautions prises dans les opérations, la séparation des matières toxiques cristalloïdes n'est jamais assez absolue pour qu'on puisse agir directement sur le produit dialysé au moyen des réactifs ordinaires.

7° La séparation des alcalis organiques tenus en dissolution dans les liquides d'origine animale (lait, urine, sang, bouillon, bile, etc.) se fait lentement et d'une manière spéciale pour chacun d'eux. Le passage se continue quelquefois pendant cinq à dix jours; on hâte cette séparation en changeant l'eau du vase inférieur et la membrane du septum toutes les vingt-quatre heures.

8° La présence des alcalis organiques peut être constatée dans le liquide dialysé au moyen de l'iodure double de mercure et de potassium; et, lorsqu'on agit sur un liquide incolore, on peut opérer directement sur le précipité pour caractériser l'alcaloïde qui le constitue.

9° Certains alcalis organiques, tels que l'atropine, l'aconitine, la daturine, la solanine, la vératrine, et parmi les corps neutres la digitaline, ne sont pas suffisamment caractérisés chimiquement; et, pour pouvoir affirmer leur présence dans des matières suspectes et en justice, il faut absolument avoir recours à l'expérimentation physiologique.

10° La même expérimentation sera indispensable dans tous les cas où les alcaloïdes mieux caractérisés, comme la morphine, la strychnine, la brucine, etc., auraient été isolés impurs et mélangés avec les matières étrangères qui en modifient ou en masquent les réactions.

(Renvoyé à la commission des prix Montyon.)

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

COMITÉ SECRET. — La commission, qui avait été nommée à cet effet, présente la liste suivante des candidats à la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. du Petit-Thouars :

En première ligne, M. Roulin.

En seconde ligne, et par ordre alphabétique, MM. Bourgois, Cap, Michel Lévy.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le service anniversaire pour le repos de l'âme de M. Ernest Le Sourd, ancien directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, sera célébré demain mercredi 8 mars, à midi très-précis, en l'église Saint-Germain-des-Prés.

Ceux de ses amis qui n'auraient pas reçu de billet de faire part sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours, pour trois places de médecin au Bureau central, s'ouvrira le lundi 13 mars. Le jury du concours se compose de MM. Hervez de Chégoin, Potain, Oulmont, Boucher de la Ville-Jossy, Vidal, Guyon et Foucher, juges. MM. Natalis Guillot et Dolbeau, suppléants.

— Dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, au lieu du docteur Marmy, il faut lire le docteur Marmisse.

(1) Die Pathologie und Therapie der Rheumatosen in genere, 1860.

(2) Ou Neurolytic Paralysis (*British med. Journal*) 1861.

(3) Lectures on the diagnosis and Treatement of the principal forms of paralysis of the Lower Extremities, 1861, p. 25.

(4) Les paraplégies et l'ataxie du mouvement, 1864, p. 353 et. suiv.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 29. — JEUDI 9 MARS 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 9 MARS 1865. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 MARS 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Les lectures de candidature pour la place vacante dans la section d'hygiène ont occupé la plus grande partie de cette séance. L'Académie a entendu successivement M. Hillairet et M. Gallard. Un troisième candidat, M. Bertillon, également inscrit, était prêt à lire. Mais son tour n'est pas venu. Ce sera sans doute pour la séance prochaine.

M. Hillairet a donné lecture d'une note extraite d'un mémoire sur l'intoxication saturnine des ouvriers en verre-mousseline, industrie qui, si elle n'est pas nouvelle, ainsi que notre confrère en fait la remarque, n'a du moins pas encore assez attiré l'attention des hygiénistes. Des renseignements exposés dans ce travail sur les divers procédés de fabrication du verre-mousseline et les manipulations de substances toxiques qu'ils nécessitent, et des observations d'intoxication recueillies par l'auteur, il ressort, comme conséquence, qu'il y a lieu de classer cette industrie dans les établissements insalubres, et d'appliquer aux ouvriers qui y sont employés la plupart des mesures hygiéniques et des prescriptions réglementaires qui sont en usage dans les fabriques de sels de plomb et autres établissements analogues. C'est là un travail d'une incontestable utilité et qui entre essentiellement dans l'objet de l'hygiène publique.

M. Gallard a choisi pour sujet de sa lecture une question qui a en ce moment le privilége d'exciter au plus haut point l'intérêt du corps médical et un peu aussi l'intérêt public, la question de l'hygiène hospitalière, ou du moins l'un des points culminants de cette question, savoir : l'aération, la ventilation et le chauffage des salles de malades.

Pour M. Gallard, les divers appareils de ventilation et de chauffage établis depuis quelques années dans un certain nombre d'hôpitaux ne remplissent point les conditions du programme proposé, qui est de donner une ventilation régulière qui renouvelle complétement l'air des salles sans y établir de courants. Ils n'assainissent les salles et ne font diminuer ni la mortalité ni la durée des maladies, et loin de se recommander, au moins, au point de vue de l'économie, ils obèrent au contraire l'administration d'une charge considérable. Il faut donc renoncer à ces appareils pour revenir à la ventilation naturelle par les fenêtres, telle est la conclusion où M. Gallard se trouve conduit. Ce sont de sérieuses considérations à méditer pour l'administration, et qui ont plus que jamais leur opportunité.

Après ces deux lectures, l'Académie a repris la discussion sur la syphilis vaccinale. M. Bousquet a seul occupé la tribune. M. Gibert n'a fait qu'ajouter ensuite quelques mots de sa place à l'appui du dernier discours de M. Bouvier. M. Bousquet, avec ses entrailles de père, plus étonné encore qu'ému des imperfections dont on prétend accuser la vaccine, l'a défendue un peu comme on défend un enfant gâté, en fermant les yeux sur ses défauts, pour ne conserver dans son esprit que le souvenir de ses qualités. Peu soucieux des faits qui n'ont le plus souvent, pour lui, que la valeur et la signification qu'on veut bien leur donner, il s'est retranché derrière les principes, et c'est en se fondant sur les lois d'après lesquelles se comportent les virus qu'il a opposé aux faits et à l'interprétation qu'on en a donnée, une sorte d'impossibilité ou de fin de non-recevoir... Mais nous craindrions de rendre peut-être infidèlement la pensée de l'orateur, n'ayant point son discours sous les yeux. Nous ferons donc plus prudemment d'ajourner une plus ample appréciation.

M. Depaul aura la parole mardi prochain, pour répondre à ses contradicteurs et pour résumer probablement et clore le débat. Nous aurons sans doute à dire aussi, à cette occasion, notre dernier mot sur cette question. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Des perforations de la membrane du tympan.

On appelle perforation du tympan toute solution de continuité ancienne ou récente de cette membrane, avec ou sans perte de substance. On peut encore définir la perforation une ouverture artificielle ou pathologique que l'art, les accidents, les maladies produisent dans la cloison : ainsi, à l'époque déjà bien éloignée où l'on perçait le tympan dans l'espoir de guérir les surdités rebelles et invétérées, le chirurgien pratiquait une perforation; c'est la perforation *traumatique chirurgicale*. De même, quand une phlyctène ou une pustule scrofuleuse ou vérolique développée sur la membrane tympanique pendant le cours de l'otite ou de la myringite scrofuleuse détruit une surface plus ou moins étendue de la cloison, nous disons encore qu'il existe une perforation *pathologique*.

Par rupture ou déchirure, au contraire, on entend plutôt une blessure en général récente, qui vient d'être produite à l'instant ou depuis peu par un corps vulnérant, cure-oreille, cailloux, etc.; ou bien pendant les efforts de toux, d'éternuement, pendant le vomissement, et aussi par un cathétérisme malheureux, soit que le stylet ait été introduit dans le conduit auditif externe pour explorer la sensibilité ou l'élasticité des membranes, ou pour sonder un abcès, la racine d'un polype, un os malade, etc., soit que la sonde ait été portée dans la trompe d'Eustachi afin d'insuffler de l'air ou des vapeurs. Dans ces différents cas, l'usage a fait prévaloir le mot de déchirure, bien que la cloison ait éprouvé en réalité une même solution de continuité (peu importe le nom qu'on veuille lui donner), perforation, déchirure, rupture, etc. Quant à nous, nous emploierons ces dénominations comme synonymes en conservant au mot perforation sa plus large acception.

Division du sujet. — On étudie les perforations relativement à la forme, à l'étendue, au siége. Les causes nombreuses qui les produisent, les symptômes, la manière de les reconnaître, les divers modes de réparation que la nature et l'art mettent en usage pour les guérir, sont autant de points importants que le praticien doit connaître. En conséquence, l'on me permettra d'entrer dans de minutieux détails, car la question des perforations du tympan est une des plus controversées de la chirurgie de l'oreille; c'est aussi une des moins connues (1).

Forme des perforations. — Les perforations peuvent être linéaires, à lambeaux, verticales, rondes, triangulaires, selon la cause qui les a produites. Elles sont linéaires le plus souvent quand elles surviennent pendant les quintes de toux de la coqueluche, de la bronchite; pendant le catarrhe simple de l'oreille moyenne (otite aiguë catarrhale); elles peuvent présenter plusieurs lambeaux dans les mêmes circonstances et chez des enfants ou malades strumeux ou plus ou moins scrofuleux; chez les artilleurs, la déchirure a la forme d'une étoile à quatre, cinq et six rayons divergents entre eux et perpendiculaires à la membrane (2).

La déchirure affecte la forme triangulaire chez les baigneurs qui se brisent le tympan en plongeant dans l'eau d'une grande hauteur; elle est cordiforme chez les pendus qui ont présenté un saignement par une oreille (le plus souvent à gauche); la forme ronde se voit, au contraire, dans presque toutes les perforations pathologiques, dans les otites scrofuleuses, herpétiques, syphilitiques, goutteuses, exanthématiques, et par ce mot j'entends la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la variole, la fièvre typhoïde.

Largeur des perforations. — Les plus petites sont celles qui surviennent au déclin de l'accès de goutte, bien qu'elles livrent passage à un ou deux osselets devenus tophacés et qui sont éliminés; vient ensuite la myringite scrofuleuse, au début, quand une ou plusieurs petites phlyctènes, de la grosseur d'une pointe d'épingle, se montrent à la surface de la membrane (*tanquam stellæ*); mais plusieurs de ces phlyctènes, quand elles sont confluentes, peuvent se réunir, et alors la perte de substance devient considérable, occupe un quart, un tiers, la moitié, et souvent la cloison tout entière. Dans ces cas, il ne reste plus de la membrane qu'une sorte de collerette suspendue à l'os tympanal, et les bords déchiquetés de celle-ci flottent au milieu de la suppuration qui remplit l'oreille.

Les perforations dont l'étendue est moyenne se rencontrent dans l'otite vérolique, herpétique, et aussi dans la fièvre ty-

(1) J'ai donné plusieurs figures représentant cette curieuse disposition (*Gazette des Hôpitaux*, 19 janvier 1864, et *Journ. de méd. et chir. prat.*)

(2) V. *Traité pratique des maladies de l'oreille.* (Des otites dans les fièvres graves, p. 291.)

CRITIQUE MÉDICALE.

LE VITALISME ET L'ORGANICISME.

VI.

Il n'est plus nécessaire que nous disions de quel côté sont nos sympathies et nos aspirations scientifiques; nous n'avons pas déguisé notre pensée, et chacun a pu la voir bien à nu. Peut-être même notre critique a-t-elle été un peu vive; on nous le pardonnera, je l'espère. Autant je crois qu'il faut avoir de ménagements pour les hommes (et en réalité je n'ai combattu que des amis ou tout au moins des confrères que j'aime et que j'estime), autant je suis convaincu que la science ne s'accommode ni des tempéraments, ni des complaisances. Il lui faut des convictions vives et des confessions sincères; quand on l'aime, on doit l'aimer jusqu'au bout et lui tout sacrifier. *Amicus Plato, sed magis amica veritas.* Nous sommes sûr d'avoir en ceci l'approbation de nos antagonistes et de M. Chauffard en particulier, au talent et au caractère duquel nous rendons toujours avec bonheur le plus complet hommage. — Donc je suis organicien, et je dois dire maintenant, à mon tour, comment je comprends l'organicisme et ce que j'en attends.

Aucun phénomène dans la nature, ni dans les corps organisés ou organiques, ne se produit sans qu'une cause matérielle ou appréciable n'ait présidé à son développement. Les idées mystiques, les puissances occultes, l'intervention divine ou diabolique, le hasard, etc., ont fait leur temps; on n'en veut plus, on n'y croit plus, à moins qu'on ne soit un sot ou un fourbe et, dans tous les cas, un homme d'un tempérament tout contraire à celui des savants (1). De même dans la machine humaine, soit à l'état physiologique, soit à l'état pathologique, tout phénomène qui se produit a une cause déterminable et appréciable. Arrière les explications banales qui n'expliquent rien; arrière toutes ces raisons dont les enfants seuls peuvent encore se contenter; pour nous, aujourd'hui, il faut avouer ingénuement que nous savons ou que nous ne savons pas, et, dans ce dernier cas, chercher jusqu'à ce que nous ayons trouvé, et ne nous décourager jamais quelle que soit la difficulté de la recherche. Mais ne nous payons pas de mots, c'est ce qui peut arriver de pire; notre paresse seule en peut être satisfaite; soyons convaincus qu'un problème étant bien posé et franchement accepté, il arrivera toujours un moment où la solution en sera trouvée. Mais, au contraire, comment la trouverait-on si on ne la cherchait pas?

Prenons un exemple pour bien préciser notre pensée. Mais d'abord n'oublions pas que pour nous, comme pour M. Bernard, comme pour tout homme sérieux, il y a dans la machine humaine deux ordres de phénomènes; des phénomènes vitaux, ou mieux organiques, et des phénomènes physico-chimiques; que ces deux ordres de phénomènes sont tantôt isolés et le plus souvent intimement unis, et que les uns et les autres obéissent à des lois analogues à celles de la matière brute, qu'ils sont appréciables et jusqu'à un certain point mesurables. Soit donc une inflammation du poumon, une pneumonie.

Nous supposons qu'elle vient de se manifester et que la lésion organique qui occupe le lobe moyen du poumon droit a à peine quelques millimètres d'étendue. Désormais cette lésion, avec ses retentissements locaux et généraux, constitue toute la maladie; l'auscultation nous l'a montrée et nous avons pu la mesurer. Le lendemain, nous constatons que la lésion s'est étendue dans tous les sens; le surlendemain, elle a marché seulement en haut ou en bas, à droite ou à gauche. Nous sommes tout fiers de notre science et nous nous en contentons. Enfin un beau jour le mal s'arrête, *nous avons guéri le malade;* ou bien, au contraire, le mal a marché jusqu'à ce que le malade soit mort, *ce que nous avons prévu.* Dans les deux cas, nous nous enorgueillissons de notre science et nous sommes satisfaits; nous n'en demandons pas davantage.

Eh bien! il me semble, en vérité et en toute humilité, que nous nous contentons de bien peu, de trop peu. Pourquoi le malade a-t-il guéri? pourquoi est-il mort? nous n'en savons rien. Pourquoi notre traitement a-t-il été efficace et pourquoi ne l'a-t-il pas été? même ignorance; et, si nous sommes de bonne foi, pouvons-nous affirmer que nos remèdes aient été utiles, que le mal ne se serait pas guéri et même mieux guéri sans nous qu'avec notre intervention? Je sais bien qu'il nous reste la ressource d'invoquer dans nos explications le tempérament, l'état organique général, la constitution médicale, la cause trop intense du mal, etc.; mais ce sont justement là les mots dont je voudrais bien qu'on ne se contentât plus. Si le mal a marché, c'est qu'il y avait une raison pour qu'il marchât; s'il s'est étendu à droite plutôt qu'à gauche, c'est qu'il devait matériellement le faire et qu'il ne pouvait faire autrement; s'il s'est limité et arrêté, c'est qu'il devait se limiter et s'arrêter; si le malade est mort, c'est qu'il y a eu des raisons matérielles et appréciables pour cela. Lesquelles? *that is the question.*

Cherchons bien, nous trouverons peut-être. Et comment chercher? A l'aide de ce que M. Cl. Bernard appelle l'*expérimentation*, ce que

(1) Les temps ne sont plus où l'on croyait que l'eau montait dans les tuyaux d'une pompe parce que *la nature avait horreur du vide.* Si l'on nous donne encore trop souvent des explications de cette force, au moins a-t-on le soin de les entourer de mots pompeux et ayant une apparence scientifique.

phoïde, la rougeole (1); mais la scarlatine et la variole sont les deux maladies qui produisent les plus grandes perforations.

J'ai vu souvent la membrane entière détruite dans l'espace d'une nuit sous l'influence de ces graves maladies.

Je l'ai déjà dit ailleurs (2), ces pyrexies mettent en mouvement le ferment de la diathèse strumeuse, et alors, si la scrofule est maligne, elle peut causer, dans un laps de temps relativement fort court, des dégâts considérables et la ruine presque complète de l'organe affecté.

Siége des perforations. — 1° Le plus souvent la perforation occupe le centre de la cloison, un peu au-dessous de l'insertion du manche du marteau, dans le point le plus mince de la membrane. C'est cette situation de la perforation au centre des tympans qui explique pourquoi dans ces cas les osselets, surtout le marteau et l'enclume, sont entraînés si facilement par la suppuration.

2° En second lieu, on les voit au-dessous du manche du marteau; 3° en avant de cet osselet; 4° en arrière, et ce sont les plus larges, elles occupent tout le segment postérieur de la cloison; 5° enfin près du limbe de la membrane, à sa circonférence, là où la peau du conduit auditif se réfléchit, pour former le feuillet externe ou cutané du tympan.

Les divers points occupés par les perforations peuvent, dans une certaine mesure, faire pressentir à l'observateur quelle est leur cause et leur nature; ainsi dans l'otite phlycténulaire, pustuleuse, érysipélateuse, c'est le limbe de la membrane qui est criblé par les perforations les plus petites de toutes, mais les plus nombreuses (comme les étoiles du firmament); et cette prédilection des phlyctènes et des perforations qui en sont la conséquence s'explique très-bien, si l'on veut se rappeler que l'otite ou la myringite phlycténulaire ou pustuleuse est une maladie éruptive, et que par conséquent elle doit affecter plus spécialement le repli du tégument commun qui va au tympan.

Dans l'otite goutteuse, c'est le centre de la membrane qui s'ouvre pour donner issue aux osselets couverts de concrétions tophacées; dans l'otite herpétique, c'est le segment ou pôle supérieur de la membrane qui présente en général le siége le plus constant de l'éruption et des perforations, qui sont encore multiples, par exemple dans l'otite eczémateuse ou impétigineuse; mais quand c'est une éruption d'ecthyma qui envahit la cloison, toute sa surface est atteinte à la fois et souvent détruite dans un petit laps de temps.

Chez les syphilitiques j'ai remarqué que la perforation avait lieu surtout au niveau du segment inférieur de la membrane et sur le segment supérieur, près de son insertion, et dans le point d'élection aux extrémités du grand diamètre (3).

Pendant l'otite catarrhale aiguë, la perforation linéaire, qui donne passage au muco-pus accumulé dans la caisse, se montre un peu en avant et au-dessous de l'ombilic du tympan, tout près du triangle lumineux.

Enfin dans les fièvres exanthématiques tous les points de la cloison peuvent être perforés, mais c'est surtout le segment antérieur de la membrane qui présente le plus grand nombre de perforations dans la rougeole, la fièvre typhoïde. Dans la scarlatine et la variole, au contraire, on les observe principalement à la partie inférieure et postérieure : souvent c'est la moitié, les deux tiers ou même la presque totalité de la cloison qui est détruite. On trouvera d'amples détails sur ce sujet au chapitre statistique des otites dans les fièvres graves de mon *Traité pratique*.

Causes. — Elles sont : 1° traumatiques, accidentelles ou chirurgicales;

2° Pathologiques.

(1) Ce chapitre manque dans la première édition de mon *Traité des maladies de l'oreille*, mais il paraîtra dans la deuxième édition avec tous les détails nécessaires.

(2) Leçons cliniques, *De l'otite scrofuleuse.*

(3) Leçons cliniques, *De l'otite syphilitique.*

Par causes *traumatiques accidentelles*, nous entendons la perforation qui s'accomplit de dehors en dedans pendant la détonnation des pièces d'artillerie de gros calibre; les éclats du tonnerre, pendant l'action de plonger, quand il s'introduit dans le conduit auditif des corps étrangers inanimés, cure-oreilles, bouts d'alumettes, tuyaux de pipe, aiguilles, cailloux pointus, silex; et aussi des mouches, grillons, chenilles, etc., lorsqu'on s'élève sur les hautes montagnes ou en descendant dans les vallées profondes. Enfin une fracture du rocher peut déchirer le tympan, et le trait de la fracture elle-même donner lieu à une perforation; chez les boxeurs (1) il n'est pas rare non plus de voir la cloison perforée par un coup de poing appliqué sur la tempe ou l'oreille; une violence exercée brusquement sur le menton, par exemple; une chute, un coup peuvent aussi perforer la membrane à son centre, mais surtout vers sa circonférence en brisant l'os tympanal qui lui donne attache dans une rainure particulière. Enfin dans les tentatives d'extraction de corps étrangers la cloison est souvent déchirée.

Les causes accidentelles peuvent aussi exercer leur action de dedans en dehors, par exemple l'action de se moucher, un violent éternuement, les vomissements convulsifs de l'ivresse.

Les causes accidentelles chirurgicales sont la ponction de la cloison tympanique dans le but d'évacuer une collection muqueuse ou purulente de la caisse; la perforation que l'on y pratiquait autrefois pour les sourds et les muets; un cathétérisme malheureux, ainsi que je le disais en commençant, etc.

Causes pathologiques. — En première ligne la coqueluche pendant les quintes de toux, l'asthme, la bronchite aiguë ou chronique simple, capillaire ou tuberculeuse; la phthisie pulmonaire, les fièvres graves, exanthématiques, dont j'ai décrit plus haut les particularités.

D'ailleurs en traitant de l'hémorrhagie par les oreilles à cette même place, il y a un an, j'ai mentionné toutes ces causes et ne puis qu'y renvoyer le lecteur; en effet, l'hémorrhagie par l'oreille est un symptôme constant des perforations d'origine traumatique, et je ne puis ni ne veux répéter ce que j'ai déjà dit (2). Faisons remarquer en terminant que l'hérédité figure dans une proportion considérable au nombre des causes de la perforation du tympan. J'ai souvent traité des enfants atteints de perforation du tympan, et dont le père ou la mère étaient eux-mêmes affectés de la même maladie.

ÉTUDES CLINIQUES SUR LA GOUTTE ET LA GRAVELLE,

par M. le Dr Tourrette.

Érasme écrivait, sous une forme aussi plaisante que juste, à un de ses amis : « J'ai la gravelle et tu as la goutte; nous avons épousé les deux sœurs. » Nous ajouterons que les deux sœurs sont souvent *jumelles*.

« La gravelle et la goutte, selon moi, sont la *même chose*. La goutte, on peut le dire, marche de front avec la gravelle; sur cent goutteux, M. Rayer en a vu quatre-vingt-dix-neuf affectés de gravelle, ou dont l'urine déposait des sédiments formés d'acide urique; aussi la goutte a-t-elle été considérée par certains auteurs comme une cause déterminante fréquente de la gravelle. » (*Leroy d'Étiolles.*)

M. Rayer assimile ces deux maladies et les considère comme *deux manifestations du même état morbide*.

« Tous les auteurs qui ont écrit sur la goutte ont noté, comme un signe à peu près constant, que, chez les goutteux, les urines se troublent et laissent déposer un sédiment briqueté très-abondant, qui n'est autre chose que de l'urine urique; de là cette *concomitance si fréquente* de la goutte et de la gravelle rouge. » (*Constantin James.*)

(1) A. Cooper, *OEuvres chirurgicales*, et R. Wilde, *Aural surgery.*

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 19 janvier 1864.

Observation. — M. Guichard, de Vals, âgé de 63 ans, d'une taille élevée, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne et solide constitution, d'un caractère ouvert, franc et généreux, *grand ami des plaisirs de la table*, né de parents sains et robustes, n'avait jamais éprouvé de maladies sérieuses, quand il fut atteint, en 1832, d'un rhumatisme articulaire aigu, dont la marche ne put être enrayée par l'application de 300 sangsues. Le malade était à cette époque sergent des carabiniers dans un régiment en garnison à Strasbourg. Ce rhumatisme, dont la durée fut de quatre mois, ne céda qu'à l'emploi prolongé des bains de vapeurs sèches, après avoir provoqué dans toutes les articulations des douleurs dont le souvenir ne s'effacera jamais de la mémoire du malade, dont cependant l'existence n'a été depuis qu'une longue souffrance.

M. Guichard, après avoir quitté le service militaire, se maria, devint cafetier, puis marchand de domaines. Ce fut en 1842 qu'eut lieu la première attaque de goutte. Elle envahit, subitement, sans signes prodromiques, le gros orteil du pied gauche; elle fut courte, mais excessivement douloureuse. La seconde attaque, — qui survint trois mois après la première, — fut plus longue et tout aussi douloureuse que la première. Au troisième accès, l'orteil du pied droit fut pris. De ce moment là, les attaques se rapprochèrent de plus en plus, furent aussi de plus en plus longues et toujours plus douloureuses. Le malade observa que chaque nouvelle attaque de goutte laissait après elle, dans les articulations envahies, des dépôts tophacés durs et crayeux qui en rendaient les mouvements raides et difficiles, au point qu'en 1846 toute progression était impossible sans le secours de crosses, tant les articulations des pieds et des genoux étaient déformées.

Ce fut à cette époque que se manifesta la première attaque de gravelle urique. Cette attaque, qui fut d'une violence inouïe, coïncida avec un accès de goutte des plus douloureux. Nous ne décrirons pas ici tous les symptômes que déterminaient les coliques néphrétiques pour l'élimination et l'expulsion de trois ou quatre calculs de la grosseur d'un pois ordinaire, toujours raboteux et souvent anguleux, elles furent déchirantes et pleines d'angoisses.

De 1846 à 1855, c'est-à-dire pendant neuf ans, M. Guichard resta de huit à neuf mois au lit ou dans son appartement, souffrant toujours et pouvant à peine poser ses pieds sur le plancher tant la goutte, ou ses manifestations, les avait déformés.

État du malade à son arrivée à Vals. — Malgré les souffrances que lui font éprouver les attaques pressées et simultanées de goutte et de gravelle, M. Guichard a un teint fleuri et conserve encore un reste d'embonpoint qu'il doit très-probablement à une bonne et succulente nourriture d'hôtel; il marche avec la plus grande difficulté en appuyant douloureusement le rebord externe de chaque pied, enveloppé de linges, sur le sol. Sa démarche est lente, pénible et ne pourrait avoir lieu si le malade ne se soutenait dans la position droite au moyen de crosses que ses doigts déformés, presque autant que ses pieds, ont de la peine à manœuvrer.

Toutes les articulations des orteils ont des nodosités ou tumeurs tophacées plus ou moins considérables; elles sont œdématiées. L'articulation du genou droit est complétement déformée et ne peut nullement supporter le poids du corps, elle se déjette en dehors d'une manière étonnante. Les articulations des doigts sont absolument dans le même état que celles des orteils.

M. Guichard nous remet un plein étui de graviers d'acide urique dont les dimensions varient depuis le grain de millet à un petit haricot, ou mieux à un pois-chiche. Presque tous ces graviers sont raboteux ou couverts de petites aspérités.

Nous prescrivîmes à M. Guichard les eaux alcalines de Vals, — source Désirée (autrefois Camuse), — non-seulement comme on les prescrit aux malades, mais encore nous lui conseillâmes d'en faire sa boisson ordinaire. Je fis comprendre au malade qu'une nourriture trop succulente, trop animalisée, que les boissons excitantes lui étaient contraires, surtout pendant son traitement. Je lui conseillai encore de faire autant d'exercice que ses forces le lui permettraient.

Sous l'influence de ce traitement, aidé d'un régime sévère et d'un exercice continu et même un peu forcé, M. Guichard constata au bout de deux mois une amélioration; il n'avait éprouvé qu'un seul accès de goutte et de gravelle, et cet accès avait été et plus court et moins douloureux.

Le malade, comprenant tout l'avantage qu'il pouvait retirer de l'usage de nos eaux et d'un régime sévère, continua de boire l'eau de la Désirée (ancienne source Camuse), et à se nourrir comme on le nourrissait quand il était jeune, c'est-à-dire avec de bons potages au

---

nous pouvons encore appeler l'*anatomie pathologique*, ou mieux la *physiologie pathologique*. Pauvre anatomie pathologique si encensée d'abord et si tombée depuis! Ce n'est pas sa faute, cependant, et elle est bien encore et elle restera la clef de voûte de la vraie science médicale; mais il faut savoir s'en servir, ne lui demander que ce qu'elle peut donner, et surtout l'interroger à chaque heure et à chaque instant, et non pas à ce moment seulement où elle ne peut plus répondre que par un langage inintelligible ou trompeur.

Un homme meurt d'une maladie; trente heures après environ, on ouvre son corps et on note très-scrupuleusement les lésions matérielles qu'il présente. C'est ainsi que se fait actuellement l'anatomie pathologique. Mais combien n'est-elle pas incertaine et surtout insuffisante! Cette lésion que vous observez actuellement, qui vous dit qu'elle est bien ce qui existait au dernier moment de la vie? qui vous dit qu'elle ne s'est point, en grande partie, amoindrie ou effacée au milieu du travail de décomposition qui détruit la machine humaine réduite à l'état de corps inorganique? ou bien, au contraire, qui vous dit qu'il ne s'y ajoute pas des éléments nouveaux ou autres, toujours par le fait de la décomposition? Cela est d'ailleurs extrêmement probable, et dès lors l'altération anatomique que vous observez n'est pas la véritable altération qui existait pendant la vie, et par laquelle le malade a succombé.

Mais admettons même que la lésion n'a pas changé, n'a subi aucune modification et que nous avons bien saisi la nature sur le fait, qu'avons-nous alors devant les yeux? Le dernier terme d'une proposition; le dernier chaînon d'une chaîne dont toute la portion supérieure nous manque. Or, cela ne peut nous enseigner que bien peu de chose. Comment conclure de ce dernier terme anatomique à toutes les modifications fonctionnelles, à tous les symptômes qui ont passé sous nos yeux? Nous ne le pouvons plus, car trop d'intermédiaires nous manquent. Nous ne le pourrions qu'à une condition : il faudrait, à chaque nouveau symptôme, à chaque nouvelle modification de symptôme, pouvoir ouvrir le corps du malade et voir quelles altérations nouvelles a subi l'organe malade, d'où sont venues ces altérations, quelle est leur cause matérielle et leur enchaînement.

Il est bien vrai que, dans les maladies semblables, la mort ne se fait pas toujours au même moment, et que, par suite, on a l'occasion d'observer plusieurs degrés intermédiaires. Mais combien aussi n'en manque-t-il pas que l'on ne peut deviner, car dans les sciences il faut observer et voir d'abord; on déduira ensuite si l'on peut. Il faudrait donc, disais-je, pouvoir ouvrir les corps malades à chaque instant, et observer ainsi sur le vivant, autant que possible, les lésions matérielles au fur et à mesure qu'elles se produisent, pour les comparer aux altérations fonctionnelles. Cela est impossible chez l'homme, et ne pouvant pas prendre la difficulté de face, il faut la tourner.

La pathologie comparée serait, pour cela, d'une importance capitale, elle est malheureusement trop négligée jusqu'à ce jour. Toutes les maladies (et elles sont nombreuses), communes à l'homme et aux animaux, devraient être étudiées jour par jour, heure par heure, dans le sens que j'indique en ce moment. Chaque fois que cela se pourrait, il faudrait créer les maladies de toutes pièces, afin de pouvoir les suivre depuis le point initial jusqu'à leur terminaison. Chaque fois que cela serait impossible, on devrait expérimenter sur un certain nombre d'animaux, à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de force, de tempérament, etc., etc. Les vétérinaires sont mieux placés que les médecins pour entreprendre de semblables recherches, et il en est parmi eux un certain nombre suffisamment instruits pour les mener à bonne fin. Nous faisons donc appel à leur science et leur promettons une ample et féconde moisson.

Ainsi se constituerait la véritable anatomie pathologique, et celle-là serait féconde en résultats et en déductions. A l'aide de cette anatomie, on éclairerait complétement la physiologie pathologique, on aurait la clef de tel ou tel symptôme, on saurait pourquoi ceci arrive, tandis que cela n'arrive pas, et je ne doute point que l'on ne parvînt ainsi à fonder une physiologie pathologique nette, claire et féconde en résultats d'une importance capitale; car, nous le répétons, en pathologie comme en physiologie, si l'on observe tel phénomène, c'est parce qu'il devait arriver et qu'il ne pouvait arriver autrement. Et si nous ne saisissons pas la relation de la cause à l'effet, ou bien c'est parce que nous ne savons pas voir, ou bien c'est que nous ne savons pas encore assez pour bien voir.

Toutes ces recherches pourraient et devraient être éclairées par les lois ordinaires de la chimie; celle-ci donnerait la clef d'une foule de réactions qui ne se passent pas dans nos tissus autrement que dans nos laboratoires; la physique expliquerait également par ses lois ordinaires un grand nombre d'autres phénomènes produits par l'électricité, la lumière, la pesanteur, l'hydraulique, etc. Nous arriverions de la sorte à suivre une maladie pas à pas, à en comprendre parfaitement le mécanisme, à en prévoir la marche et l'évolution, et très-probablement à l'enrayer. Tandis qu'aujourd'hui nous en sommes réduits à faire de l'empirisme plus ou moins scientifique, le traitement des maladies deviendrait rationnel; nous saurions non-seulement comment et dans quel sens peuvent agir les médications, nous saurions encore d'une manière exacte et ce que nous devons faire et ce que nous devons éviter.

Quelques-uns diront que c'est là une utopie irréalisable; nous ne le croyons pas, et nous essayerons de le démontrer plus tard, car ceci n'est guère qu'un exposé de nos opinions. D'autres nous objecteront que nos idées sont fausses, car nous laissons sciemment de côté une foule d'éléments inappréciables à tous nos moyens d'investigation, la

maigre, des pommes de terre, des châtaignes, du laitage, du fromage blanc et des fruits.

Dans neuf ans, M. Guichard, qui ne s'est pas départi un seul jour de ce régime et qui boit continuellement de nos eaux alcalines, n'a éprouvé que deux accès de goutte et pas un seul de gravelle. Les nodosités ou tumeurs tophacées ont disparu, la contracture, la rigidité des muscles et des tendons ont cédé, toutes les altérations que la goutte avait occasionnées se sont amendées; enfin M. Guichard peut aujourd'hui se livrer journellement à la pêche, sa passion favorite, et se livrer à un travail manuel qui exige de la dextérité dans ses doigts, — il fait des filets.

Remarques. — Éloigner les accès, les amoindrir, obtenir la diminution du gonflement, de la tension des articulations, assouplir leur jeu, empêcher la formation de nouvelles concrétions, et partout jeter un peu de baume sur d'atroces souffrances, tels sont les résultats incontestablement obtenus, telle est, dans l'état actuel de la science, la portée, non curative, mais franchement *palliative* des eaux de Vals, notamment des sources Désirée, Précieuse et Magdeleine, dans le traitement d'une maladie qui constitue, à la longue, une des infirmités les plus cruelles dont l'homme puisse être atteint.

On ne peut, on ne doit pas lui demander davantage. Mais un fait très-grave ressort de cette observation; ce fait qui, sans doute, n'a pas échappé à la sagacité de nos confrères, c'est celui-ci : M. Guichard, depuis dix ans, fait chaque jour usage à l'ordinaire et en quantité copieuse de l'eau d'une des sources les plus minéralisées de Vals (la Désirée contient 6 gr. de bicarbonate de soude), sans que cet usage régulier et prolongé ait déterminé le plus léger accident.

Les sources ferrugineuses qui rendent les plus grands services dans la pratique médicale sont, on le sait, les eaux à basses températures et qui contiennent un excès d'acide carbonique. Pour les eaux transportées, ces deux conditions sont indispensables; remarquons ici que la température des eaux de Vals est à 14° et qu'elles contiennent deux fois leur volume d'acide carbonique; les deux sources de Vichy, Grande-Grille et l'Hôpital, sont à 30 et 40° et ne contiennent qu'un demi-volume d'acide carbonique. Il est inutile d'insister sur cette différence essentielle.

Dans les eaux de Vals la richesse des substances toniques (fer, manganèse, chaux) prévient la formation de la diathèse alcaline que détermine l'usage prolongé des eaux de Vichy; usage contre lequel M. le professeur Trousseau s'est élevé avec autant de force que de raison. En effet, dans une leçon restée célèbre, l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu constatait que dans un grand nombre de cas, non-seulement la diathèse alcaline s'oppose à la guérison de beaucoup des malades qui fréquentent Vichy, mais encore aggrave leur état d'une affection nouvelle qui met le praticien en présence d'une complication redoutable.

COUP DE FEU A LA MAIN.

Baguette de fusil ayant traversé l'index. — Irrigations froides continues. — Guérison.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin-major de 1re classe à Strasbourg.

Le nommé G... (Félicien), âgé de vingt-trois ans, tempérament sanguin, constitution forte, vigneron à Mazirot (Vosges), raconte que le 3 octobre dernier, en rendant les honneurs à l'adjoint du maire, son fusil lui est parti dans la main droite au moment où il venait d'introduire la baguette dans le canon de l'arme.

Nous voyons le blessé une heure après l'accident. La baguette, en fer, a traversé l'index à son articulation sans qu'il s'en soit aperçu; pas d'hémorrhagie; le doigt reste étendu, immobile, et ne peut être fléchi, même modérément, sans réveiller des douleurs très-vives. Sensibilité exagérée, pas de refroidissement, pas de déplacement des surfaces articulaires.

La plaie d'entrée se trouve sur le pli palmaire de l'articulation, et celle de sortie au niveau de la tête du métacarpien; la baguette a donc parcouru un trajet oblique en brisant la tête de la phalange, tout en respectant les parties charnues latérales. Un stylet introduit traverse de part en part l'articulation, et constate par des sensations rugueuses une fracture multiple. Mais ce qu'il y a de plus curieux, au point de vue médico-légal, c'est que ces deux ouvertures, faites avec un corps cylindrique, sont tout à fait linéaires transversalement, ayant une dimension de 12 à 13 millimètres; on jurerait qu'elles ont été pratiquées par un instrument tranchant : pas de déchirures. Il faut admettre que l'articulation, distendue outre mesure par le passage rapide de la baguette, a déterminé la forme et le sens de la blessure.

Une autre particularité à noter, c'est qu'on ne remarque pas d'autre lésion à la main, quoiqu'elle soit noircie par la poudre, ce qui ferait supposer qu'elle était assez rapprochée de l'orifice du canon pour être atteinte par les gaz, et cependant assez éloignée pour n'être pas blessée par la bourre. Nous estimons, d'après nos expériences, qu'elle devait se trouver à 30 ou 35 centimètres.

Il y avait deux indications à remplir :

1° Immobiliser le doigt;

2° Combattre l'inflammation.

La main est donc appliquée sur une palette les doigts étendus. Huit sangsues à la racine de l'index, irrigations froides continues.

Le 6 octobre, douleur vive, insomnie, fièvre, légère tuméfaction du doigt, sérosité sanguinolente à travers les lèvres de la plaie : on continue les irrigations à la température ordinaire.

Du 8 au 12, même état; douleur plus supportable, sommeil, bon appétit. — Même traitement.

Le 13, le blessé suspend de son propre chef les irrigations; trois heures après, douleur très-vive avec chaleur dans la main, fièvre : il les reprend aussitôt et éprouve un bien-être indicible.

Du 14 au 19, même état; douleur dans le creux de la main s'irradiant vers le tendon fléchisseur. — Toujours eau froide en permanence.

Les 20 et 21, amélioration. État général et local très-satisfaisants. Les irrigations sont supprimées pendant la nuit seulement.

Le 26, veille de mon départ, le doigt est toujours un peu tuméfié et douloureux à la moindre flexion; peu de suppuration. Les plaies ont toujours les mêmes dimensions. On supprime totalement l'eau froide.

Un mois après, on m'écrit que ce pauvre garçon a beaucoup souffert : suppuration abondante sanguinolente; une petite esquille très-mince, de 5 millimètres de diamètre, est sortie par la plaie dorsale. A la suite de cet orage, les douleurs ont disparu, la suppuration a beaucoup diminué.

Le 12 novembre, la plaie palmaire est presque fermée. Par l'autre ouverture, il est encore sorti trois esquilles de même dimension; le doigt commence à se mouvoir avec plus de facilité.

Le 17 janvier 1865, amélioration progressive; les plaies sont cicatrisées.

Nous avons revu G... dans le mois de février : le doigt est un peu plus court que l'autre, légèrement fléchi, effilé vers la phalange unguéale, plus doux au toucher, car il a perdu ses plis articulaires; pas de fourmillements; sensibilité générale et tactile conservées; tendance à se refroidir à l'air bien plus vite que les voisins; pas d'ankylose, mais les mouvements de flexion sont bornés. Par des manœuvres variées, on détermine une légère crépitation dans l'articulation atteinte. Frictions avec le liniment suivant :

Strychnine.	50 centigrammes.
Alcool.	50 grammes.
Eau distillée.	100 —

et avec alcool camphré.

Depuis quelque temps, il remarque une amélioration sensible. Il pourra continuer son état.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mars 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Prieur (de Graye) et Picard (de Romorantin). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sébastian (de Béziers), qui rappelle que l'expérience proposée par M. Corlieu a été faite par lui et sur lui-même.

2° Un mémoire de M. le docteur Fauconnet (de Lyon) sur la transmission de la syphilis par la vaccine. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

3° Une note de M. Achille Brachet sur l'emploi d'une lampe électrique de son invention. (Commissaire : M. Regnault.)

— **M. le secrétaire annuel** donne communication d'une circulaire de la commission d'organisation du futur congrès de Bordeaux avec le programme des questions qui doivent y être traitées.

— **M. Michel Lévy** présente, au nom de M. le docteur Armieux, médecin-major de 1re classe, une brochure intitulée : *Des marais souterrains. Étude d'hygiène publique;*

Et, au nom de M. le docteur Aguilhon, un rapport sur les vœux à émettre à l'occasion du projet de loi relatif à l'organisation de la médecine, lu à l'Association médicale du Puy-de-Dôme.

— **M. Robinet** fait hommage à l'Académie, pour sa bibliothèque, d'un exemplaire d'un ouvrage de Capuron intitulé : *Nova elementa medicinæ.*

— **M. Mèlier** présente trois brochures au nom de M. le docteur Nardo, médecin-directeur du grand hôpital civil de Venise. La première a pour titre : *Étude critique sur les lits mécaniques;* la seconde est un compte-rendu de la situation et des services du grand hôpital de Venise; la troisième est intitulée : *Vie et travaux du docteur Francesco-Enrico Troïs* (de Venise), ancien correspondant de l'Académie.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Armieux, une brochure intitulée : *De l'héméralopie épidémique;* et au nom de M. le professeur Guido Baccelli, de Rome, un volume intitulé : *Pathologie du cœur et de l'aorte.*

— **M. Depaul**, au nom de M. Cerise, dépose sur le bureau un spéculum remontant au seizième siècle.

M. Cloquet, à cette occasion, rappelle qu'on a trouvé des instruments semblables dans les ruines de Pompeï.

— **M. le président** annonce, au nom du conseil, qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

L'Académie, consultée, approuve. En conséquence, la vacance est ouverte.

LECTURES.

Intoxication saturnine des ouvriers en verre-mousseline. — M. Hillairet, candidat pour la section d'hygiène, donne lecture d'une note extraite d'un mémoire sur l'intoxication saturnine des ouvriers qui travaillent à la fabrication du verre-mousseline et sur l'hygiène de cette industrie.

Il s'agit d'une industrie non classée, qui, si elle n'est pas nouvelle, n'a cependant pas encore suffisamment attiré l'attention des hygiénistes, et qui expose les ouvriers aux dangers de l'intoxication saturnine.

On donne le nom de verre-mousseline au verre à vitre rendu opaque et orné de dessins imitant ceux de la mousseline brodée. L'agent principal de cette fabrication est l'émail réduit en poudre impalpable, et dans lequel entre une grande proportion d'oxyde de plomb. Il y a deux procédés, l'un dit de *pochage*, l'autre dont un appareil appelé *machine* constitue l'outillage principal. Ces deux procédés présentent à des degrés divers des inconvénients plus ou moins sérieux pour la santé des ouvriers. D'après les recherches exposées dans ce travail, M. Hillairet croit être autorisé à admettre que l'estomac est le seul organe où l'élément plombique de la poudre d'émail employée à la fabrication du verre-mousseline puisse être converti en sel soluble, et où par conséquent l'absorption puisse s'effectuer. La marche lente de l'intoxication saturnine chez les ouvriers en verre-mousseline est proportionnée à la faible quantité des poussières ingérées et converties.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'intoxication saturnine est fréquente chez les ouvriers employés à la fabrication du verre-mousseline;

2° Cette industrie se trouve dans les conditions voulues pour être inscrite dans la deuxième classe des établissements insalubres;

3° Il serait facile de diminuer le nombre des malades en prescrivant aux industriels l'emploi des moyens suivants :

A. Séparer les deux ateliers dits du *pochage* et de la *machine*.

B. Installer une seule rangée de tables dans l'atelier de pochage. Ces tables seraient surmontées de hottes communiquant avec des cheminées de tirage.

---

constitution médicale, l'état des forces, les tempéraments, l'idiosyncrasie, l'hérédité, etc. C'est que tout simplement nous ne croyons pas à toutes ces causes en tant que causes occultes insaisissables. Il y a là beaucoup plus de mots que d'idées, et nous n'aimons guère les mots qui ne désignent rien et qui ne servent qu'à couvrir d'une étiquette menteuse notre ignorance ou notre paresse. Sans doute, toutes ces causes existent, mais elles ont leur raison d'être et peuvent être expliquées. Cherchons, cherchons, nous finirons par trouver, c'est le cri de ralliement de toutes les sciences; soyons donc une fois de vrais savants.

Qu'on ne s'y trompe pas cependant, nous ne demandons pas qu'on coure après l'impossible; nous ne prétendons pas qu'on découvrira tout. Il est des choses très-probablement au-dessus de tous nos moyens d'investigation, moins assurément qu'on ne le suppose aujourd'hui; il en est d'autres qu'il faut se garder de chercher. Je ne m'amuserai certainement pas à savoir pourquoi ce sont les glandes salivaires qui font la salive; pourquoi c'est le rein qui sécrète l'urine, etc. Il me suffit d'avoir reconnu que cela est ainsi. Mais je chercherai avec le plus grand soin quel est l'état physiologique de ces organes, leur mode de fonctionnement à l'état de santé, et alors, à l'aide des lésions anatomiques et de leur interprétation vraie, il me deviendra possible d'établir pourquoi ces diverses glandes ne remplissent plus normalement leurs fonctions, pourquoi elles ne sécrètent plus et pourquoi le liquide qu'elles sécrètent est altéré soit dans ses qualités, soit dans ses quantités.

Quand bien même nous n'arriverions à soulever qu'un coin du voile, quand même nous ne découvririons qu'une partie de la vérité, croit-on que cette médecine ne serait pas mille fois plus féconde et plus utile que celle qui consiste à raisonner sur des forces abstraites, sur des principes que la vraie science ne saurait jamais atteindre et qui conduisent forcément, fatalement à ce résultat final que, en présence d'une maladie, nous n'avons à peu près rien à faire qu'à nous croiser les bras et à attendre. Proposition malheureusement vraie dans l'état actuel de la médecine, qui n'a sa raison d'être que dans notre ignorance des lois qui régissent la matière vivante, et qui devra disparaître devant les résultats que nous promet, dans un avenir prochain, la vraie médecine, c'est-à-dire la médecine réellement scientifique et basée sur des expériences bien conduites et bien interprétées.

Ah! si le sort ou les passions humaines ne m'avaient pas éloigné du chemin que je m'étais tracé, peut-être aurais-je pu déjà éclairer de quelque lumière la vérité que je ne fais qu'entrevoir. Que mes amis plus heureux entreprennent ce que je ne puis faire; qu'ils marchent franchement et courageusement dans la direction tracée par M. Cl. Bernard. Quelle moisson de gloire pour eux, et quels immenses services rendus à la pauvre humanité (1)!

M. Chauffard, dans sa critique de l'organicisme, l'accuse de ne point reconnaître la maladie et de ne voir que des états organo-pathologiques, et, à ce sujet, il déclare que le seul organicien réellement logique est M. le professeur Piorry. M. Chauffard se trompe et, pour notre compte, nous ne pouvons accepter un pareil reproche. Nous nous plaisons à rendre à M. Piorry la justice qui lui est due; beaucoup de ses travaux ont une grande valeur et, lui mort, il est certain qu'il sera largement pillé et qu'un grand nombre de ses idées finiront par avoir cours sous un autre nom et avec une forme différente. Mais il est évident qu'il s'est trompé en repoussant l'unité de la maladie et en ne reconnaissant que des états organo-pathologiques divers.

1. Nous avions déjà ici même effleuré cette question et nous avions promis d'y revenir. Ne voulant pas nous répéter, nous renvoyons le lecteur au feuilleton de la *Gazette des Hopitaux* du 21 novembre 1863.

Selon nous, tout se tient, tout s'enchaîne dans une maladie depuis le commencement jusqu'à la fin, et le dernier symptôme, la dernière altération morbide sont la conséquence immédiate et successive de l'altération initiale. Ce que nous avons déjà dit éclaire assez notre pensée pour que nous n'ayons pas besoin d'une plus longue démonstration, et si nous avions à définir la maladie, nous le ferions dans les termes suivants : « La maladie consiste dans une lésion organique et dans tous les phénomènes pathologiques qui en découlent forcément, fatalement, en vertu des lois inhérentes à la matière vivante, jusqu'à la mort ou jusqu'au retour de l'état physiologique, c'est-à-dire à la santé. »

Dr H. Montanier.

M. le professeur Valette, de Lyon, m'a fait l'honneur de m'adresser une brochure sur *le Vitalisme et l'Organicisme*; je ne connaissais pas cet intéressant travail et je regrette de l'avoir connu trop tard, car j'en aurais fait amplement mon profit. Je ne saurais trop en recommander la lecture; elle est aussi attrayante qu'instructive. On y trouvera beaucoup d'esprit et du meilleur, de la verve et du sel gaulois à profusion; on y trouvera, ce qui vaut mieux encore, une clarté dans les démonstrations, une logique dans les idées et une telle évidence dans les exemples choisis par l'auteur, qu'il n'est pas possible de résister à son argumentation si l'on n'est décidé d'avance à ne rien entendre et à ne profiter de rien. Malheureusement beaucoup de gens sont dans ce cas; ceux-là, ni M. Valette, ni moi, ni personne ne pourront les convertir. A la vérité, ce n'est pas à leur intention que nous écrivons, mais seulement pour les hommes de bonne volonté qui recherchent la vérité pour elle-même.

H. M.

C. Installer la machine dans une salle largement ouverte de tous côtés.

D. Interdire l'usage des roues à godet ou à palettes et n'employer que le soufflage, et recommander aux ouvriers de porter un mouchoir devant la bouche et les fosses nasales pendant le brossage des verres.

F. Interdire de la manière la plus formelle aux ouvriers de déposer leurs aliments dans les ateliers.

G. Exiger qu'ils se lavent complétement les mains, la bouche et le visage avant les repas et à la sortie des ateliers.

Le travail de M. Hillairet est renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.

Aération des salles d'hôpital. — **M. T. GALLARD**, candidat pour la section d'hygiène, donne lecture d'un mémoire sur l'*Aération, la Ventilation et le Chauffage des salles de malades des hôpitaux.* — L'auteur, après avoir exposé en détail le mode de fonctionnement des divers appareils de ventilation et de chauffage établis depuis quelques années dans un certain nombre d'hôpitaux, démontre qu'aucun d'eux ne remplit les conditions du programme regardées comme essentielles, savoir : donner une ventilation régulière qui renouvelle complétement l'air des salles sans y établir de courants; donner de l'air d'une pureté parfaite, et enlever en peu de temps les mauvaises odeurs dans les salles, le tout sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir portes ou fenêtres.

Il compare ensuite les résultats obtenus sous le rapport de la mortalité et de la durée des maladies, et constate : 1° que dans les hôpitaux ou les systèmes de ventilation dits perfectionnés fonctionnent, le chiffre de la mortalité n'a pas baissé depuis leur installation, que dans certains cas il a au contraire augmenté; 2° que l'hôpital de la Pitié, où il n'y a pas d'appareils de ventilation, a exactement la même mortalité et une durée de séjour moindre par malade que l'hôpital Lariboisière, quoique ce dernier réunisse de nombreux avantages tels qu'une superficie plus grande, un espace cubique beaucoup plus considérable pour chaque malade, un emplacement beaucoup plus levé, etc., etc. De telle sorte que les systèmes de ventilation, loin de l'assainir, sembleraient avoir suffi pour contre-balancer les autres conditions hygiéniques meilleures dans lesquelles l'hôpital de Lariboisière se trouve placé.

S'ils n'ont d'autres avantages que de faire passer dans les salles une masse d'air trop considérable, laquelle n'est jamais moindre que 60 mètres cubes, et dépasse souvent 100 mètres cubes par heure et par lit, alors qu'il n'est pas possible de justifier la nécessité de plus de 20 à 30 mètres cubes d'air nouveau par heure et par malade; si, malgré cette ventilation exagérée, ils n'assainissent pas les salles; s'ils ne font diminuer ni la mortalité ni la durée des maladies, les appareils de ventilation ne pourraient se recommander que par leur économie. Or, la vérité est qu'ils ont été la source de dépenses considérables pour tous les hôpitaux où ils ont été installés. Ainsi, tandis que la Pitié dépense moins de 25,000 francs pour son chauffage avec les plus simples calorifères qu'il soit possible d'imaginer, Lariboisière en dépense plus de 75,000 avec des appareils qui ont coûté 410,000 francs à installer, et ces deux hôpitaux ont le même nombre de lits, et ils reçoivent annuellement à peu près le même nombre de malades.

La conclusion légitime et forcée est qu'il faut renoncer à ces coûteux appareils pour revenir à la ventilation naturelle par les fenêtres.

Pour assurer cette aération dans de bonnes conditions, l'auteur demande que les lieux de réunion de jour soient disposés dans chaque hôpital pour les malades qui peuvent se lever; qu'il y ait dans les salles dont les fenêtres seraient fréquemment ouvertes des bouches permanentes d'entrée et de sortie de l'air, lequel, à son entrée, serait dirigé principalement vers le plafond et les angles des salles; que pour l'évacuation on profitât de la chaleur perdue des fourneaux d'office qu'élèverait la température de l'air dans les canaux d'évacuation; enfin que, comme principal moyen d'évacuation, on plaçât au centre de chaque salle une vaste cheminée à foyer découvert. Le chauffage aurait lieu, en partie seulement, par le foyer de cette cheminée, et on y ferait contribuer pour la plus large part un calorifère quelconque, préférablement à eau chaude ou à vapeur, qui aurait pour mission de donner à toutes les parties de l'hôpital, escaliers et couloirs compris, une température uniforme d'environ 10 degrés. L'excès de chaleur nécessaire pour élever la température des dortoirs à 15 ou 16 degrés serait donnée par la cheminée de chacun d'eux.

Enfin la pureté de l'air serait assurée à l'extérieur par de vastes plantations, très-touffues, avec une végétation aussi luxuriante que possible, laquelle, grâce à l'absorption de l'acide carbonique et au développement simultané d'oxygène et d'électricité, est un des plus puissants moyens d'assainissement que l'on connaisse. Comme le moyen appliqué à la purification des eaux d'égoût des villes a parfaitement réussi, il réussira de même lorsqu'on y aura recours, dans une mesure suffisante pour purifier l'air qui circule autour d'un hôpital. (Renvoyé à la section.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

La parole est à M. Bousquet.

Discussion sur la syphilis vaccinale.

M. BOUSQUET lit un discours qui n'a pas été laissé au secrétariat et dont nous n'avons pu par conséquent prendre connaissance. Nous en donnerons une analyse dans l'un des prochains numéros.

M. GIBERT demande la parole pour faire une courte réplique au discours lu dans la dernière séance par M. Bouvier. M. Bouvier, dit-il, a accusé M. Briquet de nous avoir donné une statistique fantaisiste; je dirai que celle qu'il nous a donnée lui-même est tout à fait fantastique. Est-il possible, par exemple, d'accepter comme des faits de syphilis vaccinale les transmissions qui se sont faites des enfants à leurs mères et à leurs nourrices, de celles-ci à leurs maris ou à d'autres enfants. C'est en groupant ainsi des faits que l'on voit se produire journellement et qui n'ont aucun rapport avec la transmission de la syphilis par la vaccine, qu'on va jeter l'alarme dans le public! Et après avoir ainsi semé l'inquiétude sur les dangers de la vaccine, que propose-t-on pour prévenir ces dangers? On propose de dire dans une circulaire, qui sera adressée à tous les préfets et à tous les maires, que les vaccinateurs devront désormais substituer l'aiguille de M. Depaul à la lancette. Mais quel avantage attend-on de cette substitution, si ce n'est de rendre les insuccès de la vaccination beaucoup plus fréquents? Mais, comme l'a dit avec tant de raison M. Ricord, est-ce donc la syphilis qui est à nos portes? N'est-ce pas plutôt la variole? Oui, voilà où est le vrai danger que nous devons chercher à conjurer de toutes nos forces. Quant à la transmission de la syphilis par la vaccine, malgré ce qu'en a dit M. Bouvier, je maintiens que nous devons rester dans le doute, et je persiste à appuyer la proposition du renvoi de la question à une commission.

La parole est à M. Depaul.

M. DEPAUL s'excuse sur le peu de temps qu'il aurait pour répondre aux discours de MM. Ricord et Bouvier et à l'argumentation de M. Bousquet qu'on vient d'entendre à l'instant. Il prie, en conséquence, le bureau, vu l'heure avancée, de vouloir bien remettre la suite de la discussion à mardi prochain, et de lui réserver la parole pour le commencement de la séance.

M. LE PRÉSIDENT se conforme au désir exprimé par M. Depaul.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

183. Anatomie des bourses séreuses avoisinant l'articulation du genou avec quelques considérations physiologiques, par M. Bouquet.

184. De la paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main, par M. Penancier.

185. Procédé nouveau pour pratiquer la transfusion immédiate et instantanée du sang, par M. Moncoy.

186. Réflexions historiques et synthétiques sur les accouchements en général, et sur le mécanisme de l'accouchement naturel et spontané en particulier, par M. Volle.

187. Influence des maladies sur la menstruation et réciproquement, par M. Feugier.

188. De la pneumonie, par M. Lelouet.

189. De la leucocythémie, par M. Galoy.

190. Hygiène de la classe ouvrière du Havre au point de vue de l'alcoolisme, par M. Piasecki.

191. De la percussion et de ses progrès depuis Avenbrugger jusqu'à nos jours. — Importance de la percussion médiate (plessimétrisme), par M. Castaing.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats inscrits pour le concours pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux sont :

MM. Ball, Barnier, Baudot, Blachez, Blondet, Brongniard, Bricheteau, Cadet de Gassicourt, Chalvet, Colombel, Dally, Danjoy, Descroizilles, Douillard, Dubrisay, Dujardin-Baumetz, Dumontpallier, Ferrand, Féréol, Frémineau, Fritz, Genouville, Gérin-Roze, Géry, Gibert, Gombault, Isambert, Labbé, Lancereaux, Ladreit de la Charrière, Lecorché, Leven, Magnac, Martineau, Maingault, Menjaud, Molland, Paul, Peter, Pierreson, Proust, Raynaud, Siredey, Topinard, Wieland, Worms.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Desormeaux est nommé médecin du lycée Louis-le-Grand, en remplacement de M. le docteur Michon, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté ministériel, M. Gréhant, licencié ès-sciences physiques, est nommé préparateur du cours de physiologie générale, à la Sorbonne (emploi nouveau).

— Une décision ministérielle du 31 janvier, relative à la constatation de l'aptitude au service militaire des candidats nommés élèves à l'École du service de santé militaire de Strasbourg, porte ce qui suit:

« Lorsque le résultat de la visite et de la contre-visite prescrites par les articles 3 et 4 du règlement sur l'École du service de santé militaire de Strasbourg aura été défavorable à un candidat nommé élève de cette école, si cet élève est lié au service militaire par un engagement régulier, il pourra demander à être renvoyé immédiatement devant la commission de réforme du département où l'engagement a été contracté. Dans le cas où cette commission constaterait son aptitude au service militaire et déclarerait qu'il n'est pas dans les conditions réglementaires pour être réformé, son entrée à l'École aura lieu de plein droit. »

— M. le docteur Moura vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, des Sociétés médicales de Lyon, de Marseille et d'Amiens.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 30. — SAMEDI 11 MARS 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 11 MARS 1865. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la valeur de la théorie de la contagion de l'érysipèle.

Depuis que quelques faits sont venus d'Angleterre, depuis qu'il en est arrivé quelques autres de province, la contagion de l'érysipèle a été déclarée évidente, à titre de fièvre éruptive, d'érythème, puis d'inflammation. M. Gosselin s'est constitué le patron de cette proposition. M. Fenestre en 1861, M. H. Ch. Martin il y a quelques jours, ont soutenu la contagion de l'érysipèle avec des faits empruntés au service du professeur. La grande autorité et le savoir du maître avaient entraîné la conviction des élèves au moins autant que les observations elles-mêmes.

Nous avons déjà attaqué ailleurs (1) la valeur des observations anglaises; nous avons montré dans plusieurs de nos *Revues cliniques* que les faits de contagion envoyés de province, pas plus que les faits présentés par M. Fenestre, n'étaient des exemples de contagion (2). Examinons aujourd'hui les faits rassemblés par M. Martin (3).

Disons toutefois que cet auteur est loin d'être contagioniste à la manière de ses devanciers. Il n'admet ni l'inoculation de l'érysipèle, ni un virus érysipélateux.

Voici ce qu'il dit :

« La lésion érysipélateuse paraît se produire par suite d'une altération spéciale du pus que la plaie renferme (l'auteur n'a en vue ici que l'érysipèle traumatique); cette altération spéciale est produite par le mélange du pus avec les matières septiques contenues dans l'atmosphère et provenant des malades voisins. »

Cette proposition inspire tout d'abord une première réflexion. Les globules de pus altérés qu'on suppose avoir été apportés d'un autre malade, peuvent s'être formés sur le malade lui-même, et l'on peut invoquer une absorption sur place de beaucoup plus puissante que celle qui s'exerce sur les matériaux septiques disséminés dans l'atmosphère. Et c'est là un argument qui a déjà été produit, et qui reparaît encore plus pressant, si l'on accepte la théorie de la contagion ou infection érysipélateuse de MM. Gosselin et H. Ch. Martin.

Mais voyons les faits : l'auteur les divise en trois groupes. Prenons ceux du premier groupe.

Un malade opéré d'un séquestre du tibia est atteint d'érysipèle le 9 février ; le malade ne se levait pas, et il n'y avait pas d'érysipèle dans la salle. Le jour même du début de son érysipèle, il a été transporté dans une autre salle.

Trois jours après, le 12 février, un individu atteint de gangrène du périnée a eu un érysipèle. Ce dernier malade était couché dans la salle d'où l'on avait emmené le premier malade.

Le 20 février, un malade, qui était entré pour un écrasement du petit orteil et avait été amputé, a pris un érysipèle. Il était couché dans le lit du malade atteint de gangrène du périnée et qui avait succombé.

Le 17 mars, un malade couché dans le même lit a eu un érysipèle de la face autour d'une plaie de tête.

Le 17 février, dans la salle où ces faits se passaient, un individu porteur d'un panaris a eu une angioleucite.

En même temps, dans la salle où le malade déplacé avait été transporté, on observait les faits suivants :

Un malade opéré d'un varicocèle a eu une rougeur érysipélateuse des bourses le 13 février.

Un amputé de cuisse depuis dix-neuf jours avait été atteint le 13 février de frissons répétés, et était mort sans présenter de traces d'érysipèle (M. Martin croit qu'il s'agissait dans ce cas d'un érysipèle borné à des phénomènes généraux).

Le 13 février, un homme, entré avec une plaie du bras, est atteint d'un phlegmon autour de la plaie.

Le 11 février, un malade traité pour une fracture est atteint d'érysipèle, né autour d'une eschare au talon, deux jours après que le malade de la petite salle a été amené dans la grande.

Enfin, vers le 23 février un malade a eu un érysipèle de la jambe autour d'une plaie.

Ce premier groupe de faits ne renferme en réalité que six érysipèles, qui ont débuté : quatre du 9 au 13 février, un le 23 février, un le 17 mars. Or M. Martin nous apprend, et pour cette série d'érysipèles seulement, quelle était la température du 9 au 14 février. Jusqu'au 9, le temps avait été humide et couvert; le 9 et le 10, le temps était devenu très-sec, puis froid, et il avait gelé les 12, 13 et 14. Nous rappellerons à nos lecteurs que M. Gosselin fait ouvrir pendant une heure ou deux les fenêtres de ses salles, et ce souvenir permet d'exiger que l'on nous démontre que les malades n'ont pas été influencés par les variations de température et qu'ils n'ont pas eu froid.

Quant au malade atteint de gangrène du périnée, si l'on admettait la théorie de M. Martin, infection érysipélateuse produite par des miasmes putrides provenant du malade qui avait été opéré d'une nécrose, on se demanderait comment le premier malade se serait infecté avec le pus des autres, lui qui fournissait à lui seul plus de matières putrides que tous les autres malades réunis.

Disons encore que les trois malades atteints dans un même lit, deux d'érysipèle et un d'angioleucite, étaient couchés dans le lit n° 51 de la petite salle des hommes de M. Gosselin; que ce lit était placé juste en face d'une porte, et à côté de deux fenêtres et de deux autres portes souvent ouvertes.

Cette série d'érysipèles s'est arrêtée, nous dit M. Martin, parce que M. Gosselin n'a plus fait d'opérations et ne recevait presque plus de plaies dans son service.

Voici la seconde série des érysipèles observés du 15 mars au 15 avril (la température n'a malheureusement pas été notée) :

Un garçon du collége Sainte-Barbe est entré le 15 mars avec un phlegmon accompagné de quelques traînées d'érysipèle consécutif à une engelure ulcérée.

Un autre garçon de Sainte-Barbe est venu voir ce malade, est resté deux heures près de lui, et a contracté à Sainte-Barbe un érysipèle trois jours après la visite à l'hôpital.

Le 18 mars, un malade du service est atteint de rougeur érysipélateuse autour d'une brûlure.

Le 19 mars, un malade est atteint d'adénite parotidienne.

Le 18 mars, un homme entré pour une plaie de tête avec décollement du cuir chevelu présente des frissons et de la fièvre; le 21, il a un érysipèle.

Le 21, un individu atteint de plaie de la face contracte un érysipèle.

Le 20 mars, un érysipèle se montre autour de la plaie d'un vésicatoire placé sur un genou atteint d'arthrite chronique.

Voici les notes qui constituent les dernières observations de la deuxième série :

Écrasement du gros orteil droit; le 30 mars érysipèle phlegmoneux de la jambe droite.

Érosion du flanc le 31 mars, adénite inguinale, frissons et fièvre.

Écorchure du pied par une chaussure, le 1er avril; frissons et fièvre, vomissements (adénite inguinale sans doute).

Plaie contuse de la jambe le 29 mars; le 4 avril, érysipèle.

Plaie contuse de la jambe produite par le passage d'une roue de voiture; emphysème traumatique. Quelques jours après, le 4 avril, phlegmon érysipélateux de la jambe.

Le 12 avril, un malade est entré avec un érysipèle de la face. Ce malade n'a pu être suivi. A ce moment, l'auteur de la thèse a été atteint d'une angine qu'il croit avoir été de nature érysipélateuse.

Un élève en pharmacie, accablé de chagrin, accusé de vol, entre dans le service pour un abcès froid de la jambe et est traité par l'application du drainage. Le 20 mars, une angioleucite, puis un érysipèle sont survenus.

Le 20 mars, un phlegmon est survenu autour d'une incision faite sur une bourse séreuse enflammée.

Le 23 mars, un homme, atteint de plaie contuse du pied gauche, a vu se développer un phlegmon érysipélateux du membre inférieur.

Le 22 mars, un blessé, portant une plaie de la main, a eu une angioleucite du bras.

Le 29 mars, une angioleucite s'est montrée autour d'une brûlure.

Le 1er avril, un malade, atteint de carie du rocher a été pris de frissons (érysipèle avorté, suivant M. Martin).

Le 29 mars, un blessé atteint de fractures du frontal a été pris de rougeurs autour du nez sans fièvre.

Dans cette seconde série, les érysipèles se sont montrés à peu près tous à la fois, à deux époques. Nous ne voudrions pas affirmer qu'il n'y a pas une cause du même genre que celle qui a causé les érysipèles de la première série, mais il est positif que tous les malades ont été atteints d'érysipèle au moment où, suivant la loi qui régit les inflammations, les phlegmasies se développent autour des plaies, c'est-à-dire du quatrième au septième jour après la production de la plaie. Et cela en dit assez. D'ailleurs, la majorité des plaies étaient graves et difficiles à bien panser. D'un autre côté, si les observations de M. Martin étaient plus complètes, plus étendues que de simples notes, il nous serait facile, comme nous l'avons fait jusqu'ici, de montrer comment les malades eux-mêmes ont pu fournir les conditions favorables au développement de l'érysipèle. Notons encore que plusieurs affections inflammatoires, phlegmons, angioleucites et adénites existaient en même temps que l'érysipèle et se montraient seules, ce qui indique chez la majorité des malades de mauvaises conditions individuelles, des refroidissements, des écarts de régime ou des difficultés dans le traitement des plaies.

Reste le fait du malade de Sainte-Barbe, qui aurait pris son érysipèle à l'hôpital. Pour ce cas, nous voudrions des détails. Le malade a eu son érysipèle trois jours après être venu à l'hôpital, et c'est là tout ce qu'on sait. Nous renvoyons à cet égard à ce que nous avons dit dans notre Revue clinique (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, *loc. cit.*) des malades qui ont été observés à Saint-Quentin et Fresnoy.

Nous n'insisterons pas sur les érysipèles réunis par M. Martin dans une troisième série. Il n'y a que deux érysipèles. Les autres cas de contagion supposée sont des accès de fièvre, des amygdalites, des péritonites circonscrites. Puis l'auteur fait remonter l'origine des érysipèles à l'infection de la salle par une malade atteinte de fistule pleurale. Nous ne discuterons pas ces faits. Ce n'est plus là de la contagion de l'érysipèle; les malades ont été atteintes d'érysipèle comme d'autres inflammations, parce qu'elles vivaient dans un milieu peu hygiénique, et que, grâce à un traumatisme d'autre part, elles se sont trouvées dans des conditions favorables au développement de l'inflammation érysipélateuse.

L'élève du service qui a été atteint d'érysipèle de la face autour de boutons d'acné n'est pas un exemple d'individu contaminé par la contagion érysipélateuse, il est trop reconnu que les écorchures de la face sont quatre-vingt-dix-huit fois sur cent l'origine de l'érysipèle dit spontané de la face.

En résumé, le fond de la thèse de M. Martin est l'action vénéneuse des matières putrides, et leur propriété d'engendrer l'érysipèle chez les hommes sains ou à peu près. Mais dans le texte de l'auteur, on voit que la même cause a paru produire d'autres effets : des phlegmons, des angioleucites et des adénites, lésions qui sont le fait de l'inflammation des plaies. Les faits et la proposition de M. Martin sont donc déjà moins favorables à la contagion de l'érysipèle. Encore un ou deux travaux comme celui dont il est ici question et la théorie de la contagion de l'érysipèle aura bien de la peine à rester encore en circulation.

Les auteurs depuis longtemps ont dit et nous avons répété : « Les conditions favorables au développement de l'érysipèle sont une fièvre bilieuse seule, ou une fièvre bilieuse ou embarras gastrique, chez un individu dont les plaies sont mal soignées; ou simplement une plaie non soignée, tantôt enflammée, tantôt contenant des matières putrides, etc. »

La théorie de la contagion n'a point touché à cette conclusion tirée d'une expérience séculaire.

On dit aujourd'hui que le pus septique porté par l'air d'une plaie altérée vers un homme atteint d'une plaie récente produit l'érysipèle; mais que l'on dise donc plutôt que le voisinage de blessés, de malades suppurant vicie l'air, et donne aux malades réunis dans une même salle, et à des degrés divers, de l'embarras gastrique, de la fièvre gastrique, de la fièvre d'hôpital, pour nous servir d'un vieux mot du siècle dernier.

Cette mauvaise condition individuelle, jointe à ces mille détails qui dérangent le sommeil, les digestions et le calme des malades peut être une cause prédisposante des inflammations en général et de l'érysipèle en particulier; mais celui-ci n'arrivera que s'il y a une écorchure ou un bouton mal soigné, ou une de ces vastes plaies dont la chirurgie ne peut pas toujours conjurer l'inflammation.

Ce sera là la vérité, mais cela ne prouvera pas la contagion de l'érysipèle, plus que la contagion du phlegmon et de la pneumonie.

(1) A. Després, *Traité de l'érysipèle*, 1862.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 41, et 1864, p. 189.
(3) H. Ch. Martin, *De la contagion de l'érysipèle*. Paris, Asselin, éditeur, 1865.

Des calculs bronchiques.

Le fait de calcul bronchique dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la *Revue* du 11 février, a donné lieu à une discussion sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, et cette discussion a amené elle-même M. le docteur Besnier à présenter à ses collègues une étude sur les concrétions des voies respiratoires en général. Les faits que cette discussion a mis en saillie,

et qui sont parfaitement exposés dans le travail de M. Besnier, nous paraissant éclairer quelques points restés jusque-là obscurs de cette question de pathologie, nous pensons que nos lecteurs nous sauront gré de leur en donner ici un résumé.

Une première observation qui avait été faite lors de la communication de M. Guibout, était relative à la nécessité de distinguer les calculs proprements dits d'avec les concrétions, celles-ci de beaucoup les plus communes. Cette distinction a été le point de départ et le premier objet des recherches de M. Besnier. Il montre tout d'abord que cette séparation entre les calculs et les concrétions n'est pas seulement satisfaisante en théorie, mais qu'elle trouve son application en clinique, puisqu'elle permet, le plus ordinairement, de distinguer facilement s'il s'agit d'une concrétion développée dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire ou d'un calcul formé dans des cavités naturelles ou accidentelles, telles que les bronches ou une caverne.

L'existence des concrétions développées dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire ou des ganglions bronchiques a été admise sans contestation par tout le monde, et l'on s'est également accordé sur le mécanisme d'élimination par lequel ces concrétions peuvent arriver dans les bronches pour être ensuite expulsées au dehors. Mais l'unanimité cesse à propos des calculs qui se développeraient soit dans les cavernes tuberculeuses ou autres, soit surtout dans les bronches, dilatées ou non. M. Barth, en particulier, a rappelé que, sur un très-grand nombre de cas de dilatations bronchiques qu'il a eu l'occasion d'examiner dans les autopsies, il n'avait jamais rencontré de concrétions dans les bronches dilatées; tandis que MM. Vidal et Gubler ont cité des exemples de véritables calculs trouvés dans les bronches, sans aucune trace de tuberculisation. Le calcul observé par M. Gubler, contenu dans une caverne creusée au milieu d'un poumon atteint de pneumonie chronique, sans aucune trace de tuberculisation, était, dit ce médecin, tout à fait comparable aux concrétions phosphatiques qui se forment dans la vessie lorsque l'urine reste ammoniacale ou que l'on voit se développer à la surface même des calculs biliaires dans les cas de cholécystite secondaire. Enfin M. Besnier a rappelé les faits semblables rapportés par Morgagni, que nous avions cités nous-mêmes à cette occasion, et une observation de M. Andral qui a la plus grande analogie avec ces derniers.

D'où M. Besnier conclut, avec raison, que l'existence de véritables calculs bronchiques repose aujourd'hui sur des bases suffisantes pour pouvoir être admise sans contestation, et que l'on est autorisé à diviser les concrétions en deux grandes classes : l'une contenant les agrégats plus ou moins amorphes et de consistance variable qui se forment soit dans les cavités, soit dans le parenchyme, et que l'on a désignés sous les noms divers de concrétions pierreuses, crétacées, caséeuses, etc.; l'autre comprenant les véritables calculs, susceptibles eux-mêmes d'être divisés, ainsi que l'a proposé M. Moutard-Martin, en deux variétés, suivant qu'ils ont leur origine dans les bronches ou dans le poumon lui-même. Quant au mode de formation de ces calculs, il lui paraît avoir été très-bien démontré par M. Gubler, qui l'a comparé au mécanisme par lequel on voit les concrétions biliaires retenues dans la vésicule oblitérée se recouvrir de sels calcaires contenus dans le mucus qui distend la vésicule.

Ces faits établis, restait à déterminer un dernier point soulevé par l'observation de M. Guibout : Les concrétions intra-pulmonaires donnent-elles lieu à des accidents particuliers qui puissent faire soupçonner leur existence pendant la vie ? — Tous les auteurs qui ont étudié cette question, notamment M. Andral qui en a rapporté deux exemples remarquables, reconnaissent qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels des concrétions, même très-nombreuses, restent latentes pendant la vie et ne sont constatées qu'à l'autopsie. Si l'on remarque, d'autre part, ajoute M. Besnier, que ces concrétions existent fréquemment en même temps qu'une tuberculisation pulmonaire, et que les symptômes que l'on observe alors ne sauraient leur être rapportés, on comprendra que la réponse à cette question doit être presque absolument négative. Mais si cette conclusion est vraie pour les concrétions pulmonaires en général, alors qu'elles restent enkystées ou enchatonnées, elle ne l'est plus dès qu'il s'agit de concrétions cheminant vers les bronches, et surtout à propos des calculs proprement dits. Les observations de MM. Vidal, Gubler, Barth et Guibout, pour ne citer que celles qui ont été produites dans cette discussion, démontrent, en effet, qu'il est un assez bon nombre de cas dans lesquels la présence d'un calcul a suffi pour donner lieu à des accidents qui simulent la bronchite chronique avec dilatation des bronches, ou même la phthisie tuberculeuse. Bien plus, fait remarquer enfin M. Besnier, les hémoptysies, en quelque sorte traumatiques, qui se joignent fréquemment au cortége symptomatique, rendent habituellement la confusion inévitable. C'est donc avec raison que notre confrère a appelé particulièrement l'attention sur cette cause d'hémoptysie peu connue, quoique son existence ait été fréquemment signalée dans les faits si nombreux colligés par Morgagni, et qu'elle ait été constatée notamment à un degré considérable dans le fait de M. Vidal cité plus haut.

En résumé, il ressort des recherches de M. Besnier, ainsi que de l'ensemble de cette discussion : 1° que les concrétions de l'appareil respiratoire doivent être divisées en deux classes distinctes, les concrétions proprement dites et les calculs; 2° que les calculs peuvent se former de toutes pièces au sein de liquides altérés soit dans les bronches (broncholithes), soit au sein du parenchyme pulmonaire, creusé de cavités tuberculeuses ou autres (pneumolithes); 3° que si les concrétions sont le plus souvent latentes, c'est alors surtout qu'elles restent enkystées ou enchatonnées dans le parenchyme pulmonaire; mais qu'elles peuvent donner lieu à des accidents simulant la bronchite chronique ou la phthisie pulmonaire, alors qu'elles sont entraînées vers les bronches par un travail d'élimination spontanée, et que la guérison peut avoir lieu après cette élimination; 4° enfin, que ces calculs peuvent être une cause d'hémoptysie quelquefois foudroyante, et qu'il y a lieu d'en tenir compte parmi les conditions pathogéniques de l'hémoptysie considérée en général.

Polype laryngien. — Exploration à l'aide de la lumière au magnésium.

Il n'est personne aujourd'hui qui n'ait entendu parler de la propriété qu'a le magnésium de produire par sa combustion une lumière d'une merveilleuse puissance. Cette découverte tout à fait inattendue, qui défraie depuis quelque temps la curiosité des salons, deviendra sans aucun doute la source d'utiles applications industrielles et économiques. En attendant, l'art et la science s'en sont déjà emparés. Nous n'avons à parler ici que des applications à notre art. En voici une qui a été faite tout récemment.

Appelé par M. Maisonneuve à démontrer aux élèves de sa clinique le maniement du laryngoscope, M. le docteur Édouard Fournié a présenté un malade qui offre un polype situé sur le bord de la corde vocale inférieure gauche. Cette tumeur, grosse comme une aveline, gêne non-seulement l'émission de la voix, mais elle pourrait à la longue, et en augmentant de volume, mettre un obstacle sérieux à la respiration. La corde vocale droite présente sur son bord une dépression ulcérée qui est évidemment le résultat de la pression du polype sur cette partie.

Il s'agissait de rendre témoin du phénomène les élèves qui remplissaient l'amphithéâtre. M. Édouard Fournié a employé à cet effet la lumière au magnésium, dont l'intensité est comparable à celle de la lumière électrique. Au moyen de la lampe de M. Mathieu Plessy, les rayons lumineux sont projetés sur le miroir placé au fond de la gorge, qui les renvoie dans le larynx et la trachée; ces parties, se trouvant ainsi éclairées, viennent refléter leur image sur le miroir. Mais cette image est petite, car le miroir a deux centimètres de côté environ. En plaçant une lentille biconvexe à long foyer devant la bouche du malade, l'image s'est trouvée grandement amplifiée, et tout le monde a pu la distinguer à une distance de quelques mètres.

Ces deux applications de la science au diagnostic des maladies présentent un double intérêt en ce sens que, par l'intensité de la lumière, la lésion la plus légère située dans les voies respiratoires ne peut plus échapper aux investigations du médecin; au point de vue de l'enseignement, l'emploi d'une lentille grossissante est une idée ingénieuse qui servira à vulgariser un moyen de diagnostic et de traitement qui n'est pas encore assez connu.

M. le Dr Ch. Fauvel, qui s'est déjà servi de ce moyen d'éclairage à sa clinique laryngoscopique, il y a environ six mois, préfère aujourd'hui la lumière de Drummond, c'est-à-dire un courant d'hydrogène et d'oxygène brûlant un bâton de craie. L'avantage qu'il trouve à ce dernier mode d'éclairage, c'est qu'il n'est pas sujet à des interruptions, comme l'éclairage par le magnésium, et qu'il ne coûte que 1 fr. 50 l'heure au lieu de 1 fr. 25 par minute que coûte le magnésium.

C'est avec la lumière de Drummond que M. Fauvel a opéré avec succès à la clinique de M. Nélaton un polype des cordes vocales gros comme une noix, qui se prolongeait dans la trachée. Nous publierons prochainement cette observation avec les dessins, ainsi qu'un historique très-détaillé sur la laryngoscopie.

DE LA MÉNINGO-MYÉLITE

occasionnée par le froid (1),

Par M. le docteur Auguste Voisin, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

(Mémoire lu à la Société du département de la Seine, dans les séances des 20 janvier et 3 février 1865.)

3° La supposition d'une *paralysie périphérique* m'avait paru inadmissible pendant la vie; en effet, il est dit par les auteurs classiques que dans ce cas la paralysie doit toujours frapper les muscles ou les groupes de muscles qui reçoivent les mêmes nerfs, comme dans certaines lésions rhumatismales des nerfs facial, sciatique, etc.; tandis que du moment où tels ou tels muscles sont indifféremment affectés, ou un segment entier du corps atteint comme dans nos observations, c'est une preuve que la modification morbide ne porte pas sur l'extrémité nerveuse périphérique, mais bien sur la moelle.

4° Il est quelques symptômes qui me paraissent mériter une attention particulière, et en premier lieu l'exagération de la sensibilité cutanée et électro-musculaire des membres paralysés chez le premier malade, et l'exaltation de la sensibilité à la pression profonde observée chez le second malade douze jours après le début des accidents et six avant sa mort; ce signe me paraît précieux parce que l'existence de l'hyperesthésie dans les membres paralysés est considérée par Brown-Séquard comme un caractère de la congestion ou de l'inflammation au premier degré de la moelle et de ses méninges (1) et est en rapport parfait avec mes deux autopsies.

5° J'appellerai aussi votre attention sur la perte, chez le second malade, de la contractilité et de la sensibilité électro-musculaires dans des membres qui présentaient une sensibilité à la pression profonde très-exagérée. Cette particularité est d'autant plus importante qu'elle semblerait démontrer l'existence de deux sortes de sensibilité musculaire analogues aux deux sensibilités de la peau; l'une appartenant à la sensibilité générale, l'autre du ressort du toucher. J'ajouterai que M. Duchenne de Boulogne a émis cette hypothèse tout en déclarant qu'il n'avait observé aucun cas qui la confirme, mais que toujours, au contraire, il avait vu « la paralysie de la sensibilité « électro-musculaire marcher de pair et parallèlement avec la « paralysie du sens musculaire de Bell et la paralysie de la sen- « sibilité à la pression. »

Le fait que je vous ai présenté prouve le contraire, et démontrerait peut-être l'existence d'une sensibilité électro-musculaire indépendante d'une sensibilité à la pression des muscles.

6° Il nous fut donné d'observer dès le septième jour du début des accidents, chez le deuxième malade, la diminution, puis l'abolition presque complète de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaires aux membres inférieurs, enfin leur affaiblissement aux membres supérieurs et leur suppression aux jambes et aux pieds.

Conformément à ce que l'on sait de l'influence des lésions spinales sur la contractilité et la sensibilité électro-musculaires, si précisément observées par MM. Duchenne de Boulogne et Landry, cet ensemble de symptômes m'avait fait annoncer pendant la vie que nous trouverions un ramollissement de la moelle, et les troubles de la motilité des membres supérieurs, la contraction des muscles, des bras, des épaules, du cou, le mode abdominal de la respiration, les sensations douloureuses le long de la colonne vertébrale, m'avaient fait localiser ce ramollissement dans la portion cervicale du cordon médullaire.

J'ajouterai que, suivant la loi posée par M. Landry, l'affaiblissement de la contractilité musculaire a commencé à devenir appréciable le septième jour qui a suivi le début des lésions médullaires.

7° Je crois que ces deux cas mettent sur la voie de la pathogénie de certaines affections de la moelle accompagnées de paraplégie que l'on observe chez des individus qui, par profession, sont exposés à l'action du froid et de l'humidité sur les membres inférieurs. Leur refroidissement répété ne peut-il pas amener chez eux une habitude congestive de la moelle, de ses méninges, et à la longue déterminer des épanchements plastiques, et des produits variés de l'inflammation dont le résultat final peut être la compression, la destruction des cellules, des filets nerveux, ou le ramollissement du cordon médullaire? L'observation suivante me paraît pouvoir servir de type pour cette classe de myélites chroniques.

Obs. III. — Au n° 4 de la salle de Saint-Jean-de-Dieu est couché le nommé T..., âgé de cinquante-six ans, boulanger, entré le 16 juillet 1863.

Pas de maladies graves avant; il y a six semaines, à cette époque, ayant très-chaud, il est descendu dans une cave fraîche, a pris froid aux pieds, et a ressenti peu d'instants après un frisson violent; presque en même temps, une douleur se manifestait dans la région dorso-cervicale.

Il lui fut appliqué des ventouses scarifiées, mais la douleur persista et s'accompagna d'un torticolis avec inclinaison à droite et gêne dans les mouvements des membres du côté droit.

État à son entrée. — Homme gras, fort.

La tête est fléchie sur le cou et inclinée du côté droit; la physionomie est un peu hébétée.

Les membres du côté droit ne peuvent se mouvoir seuls, et ils sont contracturés; le membre supérieur droit est davantage paralysé que le gauche; si on le lève en l'air, il retombe comme une masse. De temps en temps, fourmillements dans les deux mains. Sensibilité aux piqûres, au toucher, intacte aux membres.

Les muscles du côté droit du cou sont raides, contracturés; ceux du côté gauche le sont moins. Cet examen se fait sans provoquer de douleurs très-vives, quoique la région soit le siége de douleurs spontanées continues.

Pas de douleur bien accusée à la région cervicale postérieure. Peau peu sudorale. Pouls à 92 pulsations.

Un peu de toux. La toux retentit douloureusement dans la région du cou.

Besoins d'uriner et d'aller à la garde-robe conservés; rien de particulier du côté des urines et des selles.

Traitement. — Vésicatoire sur la partie postérieure du cou, deux potages.

Le 23, moins de douleur du cou. Le malade peut mouvoir la tête un peu plus facilement à gauche et en haut.

Le 28, possibilité de se tenir debout; mais cette position est très-difficile à obtenir et à conserver. Faiblesse générale. Miction involontaire.

Empâtement dans la région cervicale postérieure. Pas d'étourdissements. Intelligence libre.

Torticolis moins prononcé. Pouls à 60 pulsations. — Limonade, vin.

Le 29, le besoin d'uriner est très-pressant. Engourdissement prononcé dans les pieds et surtout le droit. Sensibilité aux piqûres obtuse aux deux membres supérieurs, conservée aux inférieurs. Appétit. — Une portion.

Le 31, gâte dans son lit. Douleurs vives dans la partie postérieure du cou.

Le 4, sensibilité électro-musculaire presque nulle aux membres su-

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 mars 1865.

(1) Recherches des principales formes de paralysie des membres inférieurs, p. 78 et 121.

périeurs et surtout au droit. — Frictions ammoniacales sur les membres et urtication avec des orties fraîches.

Le 9, même état. Diminution de la motilité des membres inférieurs. Gâte dans son lit. Apyrexie.

Le 13, impossibilité de se servir de ses deux mains ou de se tenir debout.

Traitement. — Électrisation, avec un courant continu, des membres supérieurs.

Le 18, insensibilité à peu près complète des membres aux piqûres d'orties; sensation pénible de chaleur au pied gauche.

Les phénomènes paralytiques sont toujours plus prononcés aux membres droits qu'à ceux du côté gauche.

Température de la main droite, 35° 1/2.

— gauche, 34°.

L'électrisation est pratiquée tous les jours.

Le 22, le courant électrique est mieux senti, et le malade peut élever l'avant-bras droit à une hauteur de 10 centimètres. Il peut porter la main gauche à sa tête. Le malade continue à gâter dans son lit.

Le 25, la tête n'est plus déviée, mais les muscles du cou sont toujours raides. — Même traitement.

Le 28, le coude peut être levé à une hauteur de 12 centimètres. Les deux jambes peuvent être mues dans le lit avec assez de facilité, les yeux bandés ou non.

Le 22 septembre, liberté plus grande dans les mouvements du bras droit. La main peut être détachée du lit à une hauteur d'un pied. Gâte dans son lit. Station debout impossible.

Le 24, atrophie du deltoïde.

Le 1er octobre, atrophie des muscles des membres.

Le 3, teinte sub-ictérique de la face, qui est amaigrie. Inappétence.

Pouls mou, petit.

Traitement. — Poudre de quinquina, 0,50 par jour.

Le 4, affaiblissement. Diminution des facultés intellectuelles; peu de conscience de son état. Amaigrissement de la face. Pouls chétif, irrégulier, 100 pulsations.

Teinte sub-ictérique de la face plus prononcée. Diarrhée. L'incontinence de l'urine et des fèces est la même.

Les mouvements de la tête sont toujours gênés.

Le 6, engouement pulmonaire. Respiration suspirieuse.

Mort le soir.

Autopsie. — Moelle et ses enveloppes. — Le liquide céphalo-rachidien est très-abondant, clair. Dans la région lombaire, l'arachnoïde viscérale est soulevée par du liquide sous-arachnoïdien, qui forme une tumeur allongée suivant une longueur de 15 centimètres. L'arachnoïde viscérale est généralement rendue opaque par des dépôts plastiques, floconneux, blanchâtres, dans les portions dorsale et lombaire; tandis que dans la portion cervicale, elle est très-transparente; mais à partir du trou occipital, elle est tachetée de petites plaques d'un blanc crémeux, de la largeur de têtes d'épingles, et séparées par de très-petits intervalles; en ce point, la toile arachnoïdienne en prend une teinte opaline.

Injection considérable de la pie-mère dans la portion dorso-cervicale.

Dans le liquide sous-arachnoïdien qui forme tumeur à la région lombaire, on voit nager des flocons blancs, et on en voit d'autres adhérents à la face viscérale du feuillet viscéral de la séreuse.

L'arachnoïde incisée et le liquide écoulé, on aperçoit à la face postérieure de la moelle une veine du diamètre d'une tête de grosse épingle.

Pas d'atrophie des racines antérieures et postérieures.

La moelle est ramollie complétement dans la moitié droite du tiers inférieur de sa portion cervicale, suivant une longueur de 3 centimètres, et au niveau des points d'émergence des cinquième, sixième et septième cervicales.

La moitié gauche l'est moins; un simple filet d'eau suffit pour enlever le tissu médullaire à droite, et surtout dans ses couches les plus antéro-latérales.

Dans le reste de la moelle, on trouve plusieurs points où le tissu n'a pas sa fermeté normale; partout elle est vascularisée plus que de coutume.

L'arachnoïde viscérale qui tapisse la surface convexe du cerveau se présente à peu près avec les mêmes caractères que l'arachnoïde spinale (aspect louche, dépôts plastiques blancs, liquide louche dans les sillons entre l'arachnoïde et la pie-mère).

Partout la pie-mère est injectée anormalement.

La substance cérébrale est partout très-piquetée, n'est nulle part ramollie.

A peine un peu de sérosité ventriculaire.

Les muscles des membres, du cou, sont petits, mais nulle part dégénérés. La rougeur des fibres est normale.

En résumé, je pense que les faits qui précèdent démontrent que l'action du froid peut déterminer des lésions médullaires de nature congestive et inflammatoire, consistant en hypérémie, en exsudats plastiques, en ramollissement et même en hémorrhagie. Il en résulte que le froid est susceptible de produire deux espèces de paralysies : les unes périphériques, bien connues, se rattachant à des lésions des extrémités nerveuses et des rameaux nerveux; les autres liées à des altérations spinales, et jusqu'ici niées à peu près d'une façon absolue. Il me paraît contraire à la vérité d'appeler périphériques, *et sine materia*, ces dernières paralysies qui affectent plusieurs membres, et dans lesquelles la motilité est atteinte dans tels ou tels muscles indifféremment, ou dans un segment complet du corps. Dans ces cas, il y a toujours une lésion, qu'elle s'appelle congestion, hémorrhagie, ramollissement ou exsudats.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 février 1865. — Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Journal de la section de médecine de la Société académique du département de la Loire-Inférieure.*

— Le docteur Drouineau, de la Rochelle, fait hommage à la Société de sa *Notice sur une épidémie d'affections varioliques*, observée à l'asile des aliénés de Lafond.

— M. Amilcor Ricordi, de Milan, adresse une brochure intitulée : *Uréthrotome ou instrument destiné à la section interne des rétrécissements fibreux de l'urèthre.*

— M. Gion, dentiste, présente la note suivante sur un obturateur du palais appliqué sur une malade :

La jeune fille présentée par M. Gion est âgée de dix-sept ans. Elle porte une division congénitale de la voûte et du voile du palais. Opérée trois mois après sa naissance, les lèvres seules paraissent avoir été réunies. Dans l'état actuel, la cicatrice labiale présente un point non réuni en bas de l'aile de la narine droite, au niveau de la racine de la seconde incisive droite.

La division du palais commence immédiatement derrière l'arcade dentaire, et va s'élargissant jusqu'à la partie postérieure, où l'on voit deux rudiments de la luette divisée. En arrière, la division du palais présente une largeur de 1 centimètre et demi.

Dans la profondeur de cette division, on aperçoit, des deux côtés, des parois solides, osseuses, dont l'une paraît être le vomer et l'autre un cornet de la narine droite; la muqueuse tapisse toutes ces parties sans qu'on y aperçoive ni ulcération ni cicatrice.

La parole est extrêmement gênée : la jeune fille ne peut prononcer les *G*, les *K*, les *Q*, les *C* durs; la déglutition demande des efforts pénibles, et celle des liquides ne se fait pas sans qu'il y ait reflux par les narines.

Pour remédier à cette difformité, j'ai construit un appareil dont je présente le modèle. C'est un obturateur qui prend ses points d'appui sur deux molaires de chaque côté et par un pivot en avant. La cuvette et les anneaux sont en platine pour donner de la solidité à l'appareil; mais, comme l'ouverture qu'il fallait combler nécessitait une masse assez considérable, la partie qui s'engage dans la division est en caoutchouc durci, et disposée de manière à satisfaire aux indications suivantes :

1° Dans la partie qui sert de plancher aux fosses nasales est un plan incliné en avant pour permettre l'écoulement du mucus nasal;

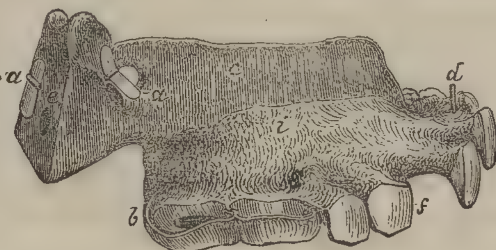
2° En arrière, la partie en caoutchouc durci se prolonge jusque près la partie postérieure du pharynx, ménageant un petit espace pour l'écoulement postérieur du mucus nasal; mais l'espace est tel qu'il peut facilement et complétement disparaître dans le mouvement de déglutition pendant que les pharyngiens supérieurs contractent et rétrécissent cette partie, dans le même temps que les pharyngiens inférieurs soulèvent la partie inférieure du pharynx dans le but de venir saisir le bol alimentaire;

3° La partie postérieure de l'obturateur est percée de deux trous à plans inclinés en arrière, et munis de deux valvules dont l'une s'ouvre d'avant en arrière pour laisser l'inspiration nasale libre, ainsi que l'écoulement du mucus dans l'arrière-gorge; l'autre pour permettre l'expiration nasale et en même temps rejeter une partie du mucus en avant.

Les résultats obtenus par cet appareil de prothèse sont sensibles. En premier lieu, la déglutition est devenue facile, les liquides ne refluent plus par le nez. En second lieu, la parole a gagné beaucoup, les sons sont plus nets, les syllabes sont plus franchement articulées; les consonnes palatines sont encore difficiles; cependant, tout me fait espérer qu'avec le temps l'habitude de l'appareil apportera une amélioration considérable.

Enfin, le mucus nasal, déversé maintenant avec plus de régularité tant en avant qu'en arrière, n'obstrue plus l'isthme du gosier, et n'occasionne plus cette gêne de la gorge avec nausées qui existait antérieurement.

Tels sont, Messieurs, les résultats que j'ai pu obtenir dans ce cas difficile; c'est, je crois, un exemple de ce que la prothèse peut faire pour ces malheureux malades auxquels la chirurgie ne peut plus hélas ! venir en aide par ses procédés cependant tout en progrès.



i. Corps de l'appareil en platine.
b. Les anneaux dans lesquels entrent les dents restantes.
d. Pivot en platine entrant dans une racine.
c. Vulcanite durcie formant cloison et bouchant la partie postérieure des fosses nasales.
a a. Trous munis de soupapes ou valvules d'inspiration et d'expiration.
f. Les dents remplacées.

DISCUSSION.

De la coxalgie.

M. DOLBEAU. Il serait regrettable d'englober sous le nom de *coxalgie* tous les états douloureux de la hanche. Ce serait produire volontairement une grande confusion; quand on donne, par exemple, le nom de *coxalgie* à la contracture douloureuse des muscles de la hanche, on me semble commettre la même erreur que si on confondait la carie vertébrale avec les douleurs musculaires des muscles du cou connues sous le nom de *torticolis.*

Quoique l'articulation de la hanche, à cause de sa profondeur dans les tissus environnants, soit plus difficile à explorer que celle du genou, on peut cependant arriver au diagnostic de ses maladies.

Dans le mouvement imprimé, s'il y a douleur, il y a maladie de l'articulation. Quoiqu'on ait depuis longtemps étudié la coxalgie, chacun des symptômes indiqués, pris isolément, ne suffit pas pour la reconnaître. Si on trouve le diagnostic de cette affection si difficile, c'est qu'on veut le porter avec un seul signe. C'est en agissant ainsi qu'on arrive à prendre la carie du grand trochanter pour la coxalgie. Qu'on fasse pour la coxalgie ce qu'on fait pour toutes les maladies : qu'on interroge chacun des symptômes, et le diagnostic sera facile.

Ce qui me paraît difficile, c'est de préciser le degré de la maladie, ou encore la variété de la lésion articulaire. Quand l'arthrite est passée à l'état chronique, il devient difficile de dire si les ligaments ou les os sont malades et à quel degré ces parties sont altérées.

Pour ce qui est de la forme hystérique, je ne comprends pas qu'on en fasse de la coxalgie; pourquoi ne pas faire aussi une coxalgie trochantérienne de la carie du grand trochanter?

Quant au pronostic, on dit qu'il est devenu moins grave. Je crois aussi que la gravité de l'affection a pu changer si on englobe sous le nom de *coxalgie* toutes les affections douloureuses de la hanche, mais si on ne fait pas cette confusion et qu'on réserve cette dénomination aux seules maladies de l'articulation coxo-fémorale, le pronostic reste très-grave, même quand cette affection est bien traitée.

Pour moi, ce qui me semble difficile dans l'histoire de la coxalgie, c'est surtout ce qui est relatif au traitement. Je me réserve d'y revenir quand il en sera question.

M. GIRALDÈS. J'avoue ne pas bien comprendre l'idée de notre collègue, M. Verneuil. La manière dont la discussion est posée fait qu'on ne sait sur quoi s'arrêter.

M. Verneuil nous a signalé toutes les erreurs qui ont été faites. Suivant moi, ces erreurs dépendent tantôt du malade, tantôt de l'observateur. Dans les hôpitaux, le diagnostic me paraît moins difficile qu'en ville, à cause de la facilité plus grande d'administrer le chloroforme.

Dans beaucoup de cas, l'erreur a tenu à l'importance trop grande donnée à certains signes secondaires. J'en trouve la preuve dans une des dernières publications qui a reçu la sanction d'un corps savant. Là, en effet, se trouvent accumulées beaucoup d'assertions et peu de preuves.

Un signe très-bon de la coxalgie est celui tiré de l'*impossibilité de l'abduction,* surtout pendant le sommeil chloroformique. Ce signe est bien préférable à tous ces moyens, plus ou moins géométriques, de mensuration qui sont rarement applicables au lit du malade.

M. Verneuil admet trois espèces de coxalgie : la forme *rhumatismale,* la forme *scrofuleuse* et la forme *spasmodique.* Ces distinctions, purement étiologiques, ne me paraissent pas admissibles, parce qu'elles ne comprennent pas toutes les variétés. Si, en effet, on prend pour point de départ de la classification la cause de la maladie, il faut ajouter aux trois variétés précédentes la forme *rubéolique, variolique, typhique* et beaucoup d'autres.

Il n'y a, je crois, de bonne distinction à faire que celle qui est acceptée depuis longtemps et qui consiste à séparer les cas dans lesquels la maladie débute par la synoviale et ceux où elle commence par les os.

Quant à la variété capsulaire admise dans l'ouvrage auquel je faisais allusion tout à l'heure, elle n'est pas admissible; jamais la maladie ne commence par les ligaments.

Je dirai maintenant à M. Marjolin que, quand on a affaire à une affection aiguë de l'article avec suppuration, personne n'hésite à ouvrir la jointure. En cas d'hydarthrose, on a souvent fait des ponctions.

Quant à la *coxalgie spasmodique,* M. Marjolin a raison de ne pas l'accepter, si par coxalgie on entend seulement une *maladie* articulaire; mais, en donnant à la définition sa signification la plus large, on peut très-bien admettre la coxalgie spasmodique.

Pour ce qui a trait au pronostic, il variera nécessairement avec l'état général du sujet et les conditions hygiéniques dont il pourra disposer. D'une manière générale, on peut dire aussi que la guérison est d'autant plus probable que le malade est plus âgé.

Quand on a affaire à un individu atteint de tubercules pulmonaires ou mésentériques, la coxalgie ne guérit pas, même dans l'appareil de Bonnet, que je me plais à proclamer le meilleur.

M. VERNEUIL. Je regrette de n'être pas arrivé assez tôt pour entendre le commencement de l'allocution de M. Dolbeau. Il s'est résumé en exprimant un grand étonnement de ce qu'on voulait, suivant lui, faire le diagnostic de la coxalgie au moyen d'un seul symptôme; mais je ne puis que m'étonner de l'étonnement de notre collègue, car j'ai dépensé vingt-cinq minutes à blâmer cette manière de faire.

Que M. Dolbeau n'ait jamais éprouvé de difficulté à reconnaître la coxalgie, cela est possible, mais quand on voit des praticiens de la valeur de ceux que nous avons cités, M. Marjolin et moi, commettre de graves méprises, je crois qu'il n'était pas si peu opportun de revenir sur l'histoire de la coxalgie.

Personne n'a jamais eu l'idée de faire une coxalgie avec la *seule claudication.* Ce que j'ai dit, c'est que, quand un enfant boite, il faut toujours, songeant à la coxalgie, examiner la hanche et ne pas admettre si facilement qu'on est porté à le faire, les douleurs de croissance comme cause de la claudication.

Quant à la *coxalgie hystérique* ou *spasmodique,* je l'ai admise parce que j'ai accepté le sens grammatical du mot; M. Dolbeau n'en veut pas. Comment alors appellera-t-il une affection dans laquelle, sans lésion articulaire, nous retrouvons tous les symptômes de la coxalgie?

Quand je vois l'élément spasmodique jouer un si grand rôle dans la synovite et même dans l'altération des parties osseuses de l'articulation coxo-fémorale, j'avoue qu'il ne me répugne pas le moins du monde d'admettre une variété de coxalgie dans laquelle cet élément spasmodique est la chose essentielle.

M. Giraldès ne veut pas accepter ma classification parce qu'elle est *étiologique.* Mais c'est précisément pour cette raison que je la trouve bonne, attendu que, grâce à ces distinctions, je puis porter un pronostic plus autorisé et instituer un traitement plus rationnel.

L'ancienne division des coxalgies, reposant sur le point de départ de la maladie, est le plus souvent très-difficile à établir au lit du malade et d'ailleurs elle n'a pas jusqu'à présent rendu de bien grands services.

L'expérience nous apprend, au contraire, la différence considérable qui sépare la forme scrofuleuse de la forme rhumatismale; dans la première, en effet, il survient presque toujours de la suppuration; dans la deuxième, au contraire, cela ne s'observe presque jamais.

On m'a dit que le pronostic n'avait pas changé, les résultats que j'ai obtenus me démontrent le contraire. Ce qui ne veut pas dire qu'on guérira avec les appareils de Bonnet les enfants phthisiques ou atteints de carreau. Ce que je puis affirmer, c'est que, dans une série de seize malades que j'ai pu observer, aucun n'est mort, tandis qu'avant l'application des appareils de Bonnet, j'en ai vu mourir deux, qui, bien entendu, n'avaient de tubercules ni dans les poumons ni dans le mésentère.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. MARJOLIN, au nom de **M. PRESTAT**, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, membre correspondant, présente un *Appendice corné, développé au voisinage d'une cicatrice;* cette pièce est accompagnée de la note suivante :

Il y a deux ans, Antoine Roger, âgé de 40 ans, ouvrier charpentier, a eu une fracture grave de la jambe par cause directe. Un volumineux morceau de bois avait violemment contus la jambe en même temps qu'il avait fracturé les deux os au tiers inférieur. Cette fracture resta deux jours sans être pansée. De toutes ces fâcheuses circonstances résulta un vaste phlegmon. et, malgré tous mes soins, une eschare superficicielle du talon. Très-près de la cicatrice de l'eschare s'est développée une sorte de durillon, qui a donné naissance à l'ergot que je présente. Il est situé à la partie postérieure du calcanéum, et simule un ergot de gallinacé, mais à concavité inférieure. La pression de la chaussure sur cet ergot déterminait une gêne continuelle et quelquefois de vives douleurs. Je l'ai enlevé le 20 février et avec lui toute l'épaisseur de la peau, voulant éviter certainement la reproduction de cette lésion.

M. MARJOLIN présente ensuite l'extrémité inférieure du tibia d'un enfant mort dans son service.

C'est un exemple d'*ostéite* qui, après avoir débuté par l'épiphyse articulaire, s'est propagée à la partie inférieure de la diaphyse malgré l'espèce de barrière constituée par le cartilage intermédiaire.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Follin sur les titres des candidats aux places de *membres correspondants étrangers*.

Sur la proposition de la commission, appuyée par plusieurs membres de la Société, il est décidé que l'élection doit être ajournée.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont dû remarquer que depuis très-peu de temps ce journal rendait compte des travaux et des séances de la Société du département de la Seine (ancienne Société de médecine de Paris). Malgré la date de notre création, 1795, la plus ancienne des Sociétés médicales de Paris, il se pourrait que notre existence fût ignorée d'un certain nombre de praticiens; aussi croyons-nous devoir dire quelques mots de notre origine, parler des services que nous rendons à la science et à l'administration, nommer une partie des célébrités qui ont illustré notre Société, et enfin faire connaître les membres qui en font actuellement partie.

A peine les tourmentes révolutionnaires avaient-elles cessé que le besoin de se rapprocher, de se communiquer et d'échanger les idées se fit sentir dans le corps médical. Des hommes dévoués à la science, la plupart placés à la tête des hôpitaux et dans l'instruction, établirent les fondements de la Société de médecine de Paris. La première séance eut lieu le 11 mars 1795 au Palais-Royal, alors Palais-Égalité. Peu de temps après, le siége de la Société fut porté au Louvre, et enfin à l'Hôtel-de-Ville, lieu actuel de ses réunions. Trente-trois membres assistaient à cette première séance, mais leur nombre fut bientôt porté à plus de cent, au milieu desquels nous remarquons les noms vénérés des maîtres de cette époque : Baudelocque, Bichat, Bouillon-Lagrange, Brasdor, Cadet de Vaux, Chaussier, Desgenettes, Desormeaux, Delens, Dubois (Antoine), Fourcroy, Hallé, Leroux, Mahon, Parmentier, Pelletan, Pinel, Portal, Sabatier, Sédillot, Thillaye, Thouret, Vauquelin. Nous venons de nommer presque tous les professeurs de la Faculté de médecine d'alors, il faudrait y ajouter un grand nombre de médecins des hôpitaux, dont les noms ont illustré la science, tels que Audry, Auvity, Bourdois, Cullerier, Desessarts, Duchanois, Jeanroy, Léveillé, Sue, etc., etc. Avec de tels hommes, au début de la Société, il était impossible que tous les praticiens qui étaient désireux de s'instruire, et qui avaient déjà fait leurs preuves dans la science ne voulussent y être affiliés. Aussi trouvons-nous plus tard Boyer, Roux, Alibert, Dulens, Double, Gauthier de Claubry, Labaraque, Lagneau, Louyer-Villermé, Marc, Mérat, enfin la plus grande partie des notabilités médicales qui ont traversé l'empire jusqu'à notre époque, car nous pouvons ajouter à cette liste les noms des confrères assez récemment enlevés à la science pour que la plupart des membres actuels de la Société les aient vu s'asseoir au milieu de nous : Bérard jeune, Hourmann, Requin, Sandras et Robert. Dès que la Société fut transportée à l'Hôtel-de-Ville, elle devint l'âme de tout ce qui avait trait aux sciences médicales, alimentée par les correspondants nombreux de l'étranger et de la province; on peut voir dans le *Journal de médecine,* appartenant alors à la Société, et rédigé par Sédillot, puis Nacquest, secrétaires généraux, ce que les travaux, les discussions avaient d'intérêt et de portée, toutes les missions scientifiques se rapportant à l'administration étaient confiées à des commissions tirées du sein de la Société; questions de salubrité et d'hygiène, épidémies, consultations gratuites, constatations de la santé des employés, les préfets confièrent même à la Société les nominations des médecins de l'administration; plusieurs médecins des prisons durent cette position à l'élection de leurs collègues; il y avait entre l'administration et la Société un tel accord de bons procédés, que plusieurs préfets furent nommés présidents d'honneur et assistaient aux séances solennelles dans lesquelles des prix étaient décernés sur des sujets mis au concours.

L'Académie de médecine, fondée en 1820, sans rien retrancher du mérite et de l'activité scientifique de nos réunions, enleva la plupart de nos attributions, puisant largement au sein de la Société; la plupart de ses membres en devenant académiciens n'en restèrent pas moins attachés aux assemblées de l'Hôtel-de-Ville, où les travaux étaient écoutés avec intérêt, où les discussions étaient conduites avec convenance; depuis cette époque, la Société n'a pas discontinué de s'intéresser à tous les faits scientifiques. Les réunions bimensuelles sont toujours alimentées par des lectures ou des discussions du plus grand intérêt. Les organes de la Société ont été successivement le *Journal général de médecine* jusqu'en 1834, où ce journal se réunit à la *Revue médicale;* ce dernier publia les travaux de la Société jusqu'en 1855; ils furent dès lors confiés à la *Gazette hebdomadaire* jusqu'à présent, où de nouveaux engagements nous lient à la *Gazette des Hôpitaux*.

En confiant nos travaux à ce journal, nous faisons appel aux praticiens qui comprennent autant la dignité médicale que les devoirs scientifiques; la première condition pour être élu dans notre Société est l'honorabilité; les titres scientifiques ne viennent qu'après, la liste de ses membres que nous exposons ici en est la plus sûre garantie :

MM. Audry, Baillarger, Bauchet, Bergeron, Blachez, Boinet, Brierre de Boismont, Briquet, Boys de Loury, Cavasse, Chailly, Chausit, Costilhes, Collineau, Danyau, de Langenhagen, de Lasiauve, Denonvilliers, Devilliers, Deville, Duchenne (de Boulogne), Duparcque, Durand-Fardel, Forget, Géry père, Géry fils, Giraud-Teulon, Grisolle, Gros, Guibout, Jacquemin, Lagneau, Leroy d'Étiolles (Raoul), Leveillé, Liebreich, Nonat, Oulmont, de Pietra-Santa, Peter, Richard, Richelot, Sales-Girons, Simonot, Voisin, Worms.

Voici la formation du bureau pour l'année 1865 :

M. Forget, président; M. Guibout, vice-président; M. Boys de Loury, secrétaire général; MM. Collineau et Peter, secrétaires annuels; M. Jacquemin, trésorier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos confrères de la presse médicale regrettait, il y a quelques jours, que M. le professeur Gratiolet ne fut pas encore, au moment de sa mort, membre de l'association générale des médecins de France. Celle-ci eût pu adopter un des enfants du regretté professeur et donner à sa veuve les secours que nécessite sa pénible position. Nous nous associons à ces regrets; mais nous pouvons, pour les diminuer, assurer que l'association des médecins de la Seine, dont M. Gratiolet faisait partie depuis un an, s'est empressée de venir généreusement au secours de l'intéressante famille de l'infortuné professeur, si malheureusement enlevé à la science.

— La solennité musicale annoncée par mademoiselle Eudoxie Allix en l'honneur et à la mémoire d'Émile Chevé, aura lieu le 19 mars prochain, à une heure et demie, dans la grande salle du comité de patronage de la méthode Galin-Paris-Chevé, rue de Grenelle-Saint-Germain, 84.

Les personnes qui, par sympathie pour la mémoire d'Émile Chevé, désireraient assister à cette séance, toute gratuite, sont priées de demander par écrit des billets, avant le 15 mars, à mademoiselle E. Allix, rue Jacob, 42.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Maladies des organes respiratoires. Leçons cliniques professées à l'hôpital militaire de Bruxelles (année 1863-64), par le docteur MERCHIE, officier de l'ordre de Léopold, médecin en chef de l'armée. Prix : 2 fr. — Bruxelles, 1864, G. Mayolez, libraire-éditeur.

Études médicales de la phthisie pulmonaire, par le docteur BASTINGS. In-8°. Prix : 2 fr. — Bruxelles, G. Mayolez, libraire-éditeur.

Recherches nouvelles sur la nature des affections blennorrhagiques, par M. THIRY, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre. 1 vol de 415 pages. Prix : 5 fr. — Bruxelles, 1864, G. Mayolez, libraire-éditeur.

Des Quinquinas, par Gustave PLANCHON, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8° de 139 pages. 3 fr. 50 c. — Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 31. — MARDI 14 MARS 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 14 MARS 1865. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 MARS 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Lucien Corvisart a présenté dans cette séance une nouvelle étude sur les nutritions locales. Nous plaçons ce travail entier sous les yeux de nos lecteurs. Il constituera une pièce historique pour ce genre de recherches.

Mais, hélas! quelles que curieuses que fussent les études de M. Corvisart, l'attention de l'Académie devait leur faire défaut. Il est dangereux de présenter un travail à une Société savante qui va nommer un membre nouveau.

La place d'académicien libre, laissée vacante par le décès de M. Du Petit-Thouars, allait être donnée. Soixante-quatre académiciens étaient présents. Sur ce nombre, quarante et un donnent leurs voix à M. Roulin, dix-neuf se prononcent pour M. Michel Lévy, et les quatre dernières voix se partagent entre MM. Cap et Bourgeois.

La victoire de M. Roulin est complète, comme on le voit; mais nous sommes heureux de voir le nombre considérable de voix accordées à M. Michel Lévy : c'est un beau succès pour la médecine militaire. Ce résultat est un engagement de l'Académie pour la prochaine vacance. — Dr E. Le Sourd.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'ENFANCE.

M. BOUCHUT.

Du traitement de la gale et des maladies parasitaires par l'huile de pétrole purifiée.

Le docteur Decaisne a récemment fait connaître, dans la *Gazette des Hôpitaux*, plusieurs faits intéressants de guérison de gale par l'huile de pétrole, qui m'ont engagé à voir si ce moyen avait tous les avantages de commodité, de promptitude, d'efficacité et d'économie que lui accordait notre honorable confrère.

Bien que le nombre des galeux ait beaucoup diminué à Paris depuis la mise en pratique du traitement de M. Bazin et de M. Hardy, il y en a encore quelques-uns à la consultation de l'hôpital, et j'ai pu vérifier très-promptement l'exactitude des assertions émises par M. Decaisne.

Cinq enfants atteints de gale depuis un temps assez long déjà ont été soumis à ce traitement, et les résultats ont été si promptement efficaces qu'il y a lieu d'en être frappé.

Voici les faits :

Traitement de la gale par l'huile de pétrole.

OBS. I. — Marie M..., âgée de dix ans, avait la gale depuis deux mois, et était traitée à l'hôpital par des frictions et des bains de soufre. Je la vis avec une éruption encore caractérisée et des sillons entre les doigts.

Je lui fis faire trois frictions d'huile de pétrole à vingt-quatre heures de distance, et elle fut immédiatement guérie.

Je la revis cinq jours après, et elle n'avait plus aucun sillon ni aucune vésicule.

OBS. II. — Sa sœur, âgée de quatorze ans, couchant avec elle, avait la même éruption; elle fut soumise au même traitement, et elle fut guérie de même.

OBS. III et OBS. IV. — D..., âgée de quatorze ans et son frère âgé de sept ans.

Tous deux sont malades de la gale depuis trois mois, et ont été traités par les frictions au savon noir, la pommade d'Helmerich et des bains sulfureux à l'hôpital des Enfants. Ils ne sont point guéris, et présentent des sillons, des vésicules et des pustules très-nombreux sur les mains, les avant-bras et le reste du corps.

Ils ont été soumis aux onctions de pétrole, et quand ils revinrent huit jours après ils étaient guéris.

Le traitement suivi a été très-exactement celui que M. Decaisne a conseillé : une onction sur la peau de toute la surface du corps, sans qu'il soit nécessaire de frictionner fortement; laver les parties couvertes de vésicules psoriques avec une éponge ou un linge imbibé peut suffire, et cette application entraîne la mort des acarus dans leur sillon sans produire de douleur ni de phlegmasie cutanée consécutive. Les larves meurent du même coup, de sorte que l'on n'a pas à craindre la récidive du mal.

En pareille matière, il n'est pas besoin d'accumuler des masses de faits. On sait depuis longtemps que toutes les huiles essentielles ont le privilége de tuer les acarus, que l'huile de lavande peut être employée comme l'huile de pétrole, et à cet égard l'analogie permet de croire *a priori* à l'utilité du nouveau remède proposé contre la gale. L'analogie ne serait rien sans l'expérience, mais celle-ci interrogée à son tour confirme les données de l'analogie. Les faits de M. Decaisne, les miens sont très-concluants, et on peut dire que la médecine est en possession d'un nouveau moyen de guérir la gale.

Sans contester les avantages du traitement actuellement en vogue pour lui opposer la pratique des lavages de pétrole, nous dirons que ce traitement de bains, de frictions au savon noir et au soufre, plus dispendieux, plus long, d'une application facile dans les grandes villes, est moins facile à employer dans les campagnes et dans les petites localités où l'on ignore ce que c'est qu'un établissement de bains.

Dans les campagnes, un bain est chose difficile à se procurer, et le traitement de la gale, tel qu'on le fait à Paris, est absolument impossible. Un moyen simple, efficace et peu coûteux ne peut donc être que bien accueilli des praticiens et des galeux. Ce sont là les avantages de la nouvelle méthode curative de la gale par des lotions de pétrole. Cette huile essentielle se trouve partout; la meilleure coûte vingt sous le litre, et avec cette quantité on peut guérir quatre ou cinq personnes. Son application n'est pas douloureuse, elle ne salit pas les vêtements, et si l'odeur est désagréable, elle ne persiste pas longtemps. Par tous ces considérants, on peut dire que les lotions d'huile de pétrole amenant la mort des acarus de la gale, sont appelées à rendre de véritables services dans le traitement de cette maladie, qui disparaîtra probablement des campagnes comme elle a déjà presque entièrement disparu de Paris, grâce au traitement si efficace et si prompt de MM. Hardy et Bazin, adopté à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital des Enfants malades.

Au reste, l'huile de pétrole, si destructive des acarus de la gale, a une action non moins énergique sur les autres parasites animaux et en particulier sur les poux de la tête et du pubis. Je l'ai employée dans ces circonstances avec le plus grand avantage, et, dans mon service, c'est le moyen qu'on emploie toujours sur la tête des enfants lorsqu'ils arrivent à l'hôpital avec les cheveux remplis de poux. En voici deux observations :

Premier cas. — Martin Foy était entré pour une chorée, il avait en même temps des poux plein la tête; une seule friction d'huile de pétrole fut faite sur la tête. Pendant l'opération, il en coula dans les yeux, mais il ne s'en suivit aucun phénomène inflammatoire.

Le lendemain matin, tous les poux étaient morts et immobiles à travers les cheveux.

Deuxième cas. — Charles Sidonié, six ans et demi, était entré pour une pneumonie le 1er février. Il avait une innombrable quantité de poux sur lesquels on fait une friction d'huile de pétrole, et le lendemain les pédicules étaient tombés et couvraient en masse le linge du cou et du lit.

Peut-être pourrait-on employer l'huile de pétrole contre les oxyures et contre le ténia, mais cela n'a pas été fait, et au point de vue de l'action antiparasitaire, cette huile n'a été mise en usage que dans la teigne. C'est Chapel, de Saint-Malo, qui en a eu l'idée. Pendant plusieurs années, à l'exemple de ce médecin, j'ai lavé le *favus* et la *teigne tondante* avec cette substance, et si j'ai obtenu quelques guérisons sans épilation, dans bien des cas il n'y a eu qu'une amélioration momentanée et réapparition de l'*achorion* ou du *tricophyton tonsurans*.

En résumé, l'huile de pétrole purifiée a une incontestable efficacité pour la destruction des *poux de la tête* et des *acarus scabiei*. C'est un moyen facile, économique et à la portée de tout le monde pour guérir la gale.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Des perforations de la membrane du tympan (1).

Symptômes. — Ils sont anatomiques et physiologiques. Les symptômes anatomiques comprennent l'étude : 1° de la perforation elle-même; 2° de l'écoulement de sang; 3° de l'écoulement de pus; 4° la tuméfaction et l'épaississement; 5° la vascularisation; 6° l'épanchement de lymphe plastique; 7° la granulation; 8° la cicatrisation.

La forme, le siége, l'étendue de la perforation présentent de grandes variétés, ainsi que nous l'avons vu dans les pages précédentes. Mais l'écoulement de sang est un des symptômes anatomiques primitifs les plus importants; il indique à lui seul une déchirure ou perforation récente, que la cause soit traumatique ou pathologique. La quantité de sang qui peut s'écouler par l'oreille est plus ou moins considérable, depuis quelques gouttes jusqu'à deux litres, comme on le voit par exemple dans l'observation de Lazare Rivière que j'ai rapportée (1).

Chez un homme tombé à la renverse dans un escalier et qui avait à la fois une fracture du rocher et une perforation du tympan, j'ai pu recueillir près de deux verres de sang, sortis de l'oreille gauche, dans l'espace d'une heure. A. Cooper a signalé également l'extrême abondance de l'hémorrhagie par l'oreille chez certains boxeurs, dont le tympan se rompt pendant la lutte sous l'influence des coups violents assénés sur l'oreille.

Nous avons tous vu que pendant les quintes de toux de la coqueluche une petite hémorrhagie a quelquefois lieu par l'une et même par les deux oreilles perforées par la violence de la toux; une petite cuillerée à café représente assez exactement la quantité de sang qui s'écoule dans cette circonstance.

Mais un des cas dans lesquels l'hémorrhagie est considérable et inquiétante est celui qu'on observe pendant ou après l'extraction laborieuse des corps étrangers de l'oreille, surtout quand on a la malheureuse pensée d'employer les pinces, tire-fonds et autres engins de destruction, à la place de l'injection d'eau si facile à manier et si heureuse dans ses résultats. — L'écoulement de sang est insignifiant quand il est produit par la piqûre d'une aiguille, épingle, d'un insecte et aussi par la ponction chirurgicale de la cloison pour évacuer un abcès de la caisse. Il est plus abondant quand il résulte d'une rupture du tympan opérée pendant le cathétérisme des trompes et par l'insufflation d'air. Chez un malade qui vint me consulter pour un accident semblable, qu'une main exercée n'avait pu éviter, j'ai vu le saignement de l'oreille durer pendant trois jours, et j'évaluai la quantité totale à un demi verre de sang ainsi perdu.

L'écoulement de pus succède assez vite à l'écoulement de sang, quand la plaie du tympan ne s'étant point cicatrisée par adhésion immédiate les bords demeurent écartés; mais c'est surtout dans le cours des otites que cet écoulement est le plus abondant et le plus constant; il vient, bien entendu, de l'intérieur de la caisse malade dans le catarrhe, l'herpétisme, la vérole, les fièvres graves, et il est certain qu'il se prolongerait indéfiniment, sans espérance d'en voir tarir la source, à moins d'intervenir à temps et utilement.

J'ai déjà décrit les caractères de ces écoulements purulents des oreilles, en 1857, dans mon *Traité pratique;* en 1863, dans mes *Leçons cliniques*, et surtout l'année dernière (2). Qu'il me suffise de rappeler que la matière de l'écoulement inodore est jaunâtre et filante comme du blanc d'œuf dans le catarrhe de la caisse, franchement purulente striée de sang, d'une odeur fétide dans l'écoulement des otites scrofuleuses, morbilleuses, varioleuses et blennorrhagiques, etc. La tuméfaction et l'épaississement des membranes, ne sont bien apparentes qu'au début; quand la perforation est ancienne, la cloison ne présente que peu ou point de changement dans ses lames et dans son tissu; seulement sa couleur n'est plus la même; au lieu de la blancheur gris-terne de la perle ou de la baudruche, qui lui est naturelle, elle ressemble au silex dans toute son étendue, excepté à sa circonférence où de nombreux vaisseaux l'encadrent de toutes parts : mais je veux insister ici et tout particulièrement sur un symptôme qui, à lui seul, permet d'affirmer que la cloison est perforée, même quand la tuméfaction des parois du conduit ne permet pas de constater directement la perforation. Cet important symptôme est un battement isochrone aux pulsations du cœur et des artères; il se manifeste sur les bords de la perforation en soulevant une des gouttelettes de sang ou de pus, déposées à sa surface et à laquelle se communique son expansion rhythmique et saccadée. Bien certainement on pourrait en faire le tracé graphique à l'aide des instruments de précision que l'on possède aujourd'hui; toutes les fois qu'on pourra constater nettement au fond de l'oreille ce battement isochrone aux pulsations cardiaques, on sera en droit d'affirmer qu'il existe une perforation de la cloison.

Travail de réparation. — Le travail de réparation diffère selon que la perforation est d'origine traumatique récente ou pathologique : dans le premier cas, une fois l'écoulement de sang tari, si la plaie est linéaire, sans lambeaux, la lymphe plastique exsude des bords de la petite plaie et les agglutine à la manière des autres solutions de continuité que l'on observe en

(1) Fin. Voir le numéro du 9 mars 1865.

(1) *Des écoulements de sang par l'oreille.* (*Gazette des Hôpitaux*, 19 janvier 1864.)

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 25 août 1864.

tout point du corps. C'est aussi de la même manière qu'a lieu la cicatrisation de la perforation, qui se fait pendant l'otite catarrhale. Mais si la plaie a plusieurs lambeaux, la nature médicatrice, toute puissante assurément, ne peut plus se suffire pour la guérison, et l'art doit venir au secours de la nature. S'agit-il de perforations pathologiques récentes ou invétérées, le travail de réparation devient plus compliqué; seulement on peut constater sur les bords de la perforation un liquide blanchâtre, onctueux, et qui n'est autre que cette même lymphe plastique; mais aussi on y voit naître de petites granulations rouges, qui se forment pour ainsi dire de toutes pièces, au milieu de cet exsudat lactescent (1). D'autres fois, c'est une tache blanche qui s'étend d'une manière irrégulière tout autour de la perforation; des vaisseaux sanguins d'un volume considérable s'y rendent de toutes parts et il s'y ajoute chaque jour une quantité nouvelle de lymphe coagulable, les granulations s'étendent, se touchent, se réunissent les unes aux autres; de son côté, la perforation se contracte et finit par se combler dans un grand nombre de cas, à la condition qu'elle ne soit pas trop large : elle ne doit guère dépasser les dimensions d'une forte tête d'épingle.

Chez les sujets scrofuleux, cette heureuse terminaison n'a presque jamais lieu sans que l'art vienne y apporter un puissant concours. Une sorte de dépression, dans les cas heureux, succède à l'absorption de la tache blanche et des bourgeons charnus, et il reste longtemps en ce point une fossette opaline.

Tel est le travail de la cicatrisation des perforations du tympan exposé dans sa plus grande simplicité, et en dehors de toute complication. Mais souvent une nouvelle poussée de la maladie scrofuleuse, herpétique, syphilitique vient détruire ou compromettre un travail de réparation déjà fort avancé. D'autres fois, c'est un traitement mal conçu qui est le principal obstacle à la guérison, par exemple, les injections qu'on a l'habitude de prescrire dans tous les écoulements d'oreille et à toutes les périodes de la maladie.

Symptômes physiologiques. — 1° Le sifflement qui se fait entendre dans l'oreille perforée pendant que le malade se mouche, ou quand on lui fait faire une forte expiration, le nez et la bouche étant fermés : ce sifflement indique une perforation moyenne ou petite à bords frangés.

2° La douleur, signe des plus importants : le patient l'accuse au plus haut degré au moment où s'accomplit la perforation traumatique, qui vient porter subitement une atteinte brutale à la structure d'une membrane ténue, délicate et fort sensible : et, chose non moins remarquable, cette même douleur, si aiguë, si poignante pendant la première et deuxième période des otites, cesse à l'instant même et fait place à un bien-être indicible aussitôt que la perforation de la cloison s'est effectuée, soit spontanément, soit par les secours de l'art. Ces différences, bien tranchées dans le moment où la douleur paraît et disparaît, suffiraient dans la plupart des cas à caractériser la nature de la perforation. La chaleur, l'éréthisme, les tintements, la surdité ont été décrits ailleurs dans nos considérations générales (2), et nous ferons remarquer seulement les particularités suivantes : aussitôt que la perforation est produite, dans les otites bien entendu, le tintement qui tourmentait le malade disparaît avec la douleur ainsi que je l'ai déjà dit; mais la surdité est sensiblement augmentée et son intensité varie selon le lieu de la perforation, son étendue, le nombre des osselets détruits, etc., etc.

Diagnostic. — Le diagnostic n'offre pas de difficultés sérieuses à un praticien qui a l'habitude d'explorer l'oreille. Il suffit d'avoir à sa disposition un bon spéculum à deux branches et à deux valves, et un éclairage convenable.

Je dois cependant attirer l'attention sur un point qui peut embarrasser le médecin, s'il n'est pas rompu à ce genre d'examen. Il arrive parfois qu'on croit trouver une perforation du tympan quand on a tout simplement sous les yeux une simple paillette de cérumen noirâtre et durci, adhérent à la surface de la membrane.

Pour éviter cette erreur, il faut avoir à sa disposition un spéculum qui mette bien en évidence le fond du conduit auditif, et un miroir concave étamé, de grande dimension.

Je sais bien que dans bon nombre de cas le sifflement de l'air qui passe à travers la membrane perforée pendant l'action de se moucher ou l'expiration forcée, peut lever tous les doutes. Mais, qu'on le sache bien, dans les otites il y a souvent perforation de la cloison et absence complète de sifflement. Pourquoi ? parce que la phlegmasie de la caisse obstrue momentanément l'orifice tympanique de la trompe, et qu'alors, la communication de l'air étant interrompue, le sifflement doit manquer. C'est même un fait assez commun.

Pronostic. — Peu grave dans la perforation traumatique, linéaire, verticale, chez un sujet sain et bien portant, la cicatrisation s'opérant d'elle-même, et en immobilisant seulement la cloison tympanique. Il acquiert une certaine gravité quand la perforation est oblique, à lambeaux, en raison de la difficulté de la réunion immédiate.

Mais c'est principalement dans les perforations pathologiques de cause interne et dans le cours des otites, des fièvres graves, que la gravité est extrême, non-seulement au point de vue de la perforation, dont les dimensions peuvent ne pas permettre la cicatrisation, mais encore à cause de la surdité plus ou moins irrémédiable, selon les altérations que la chaîne des osselets a subies.

Ajoutons qu'une perforation persistante est une cause permanente de catarrhe interne, qui vient encore aggraver la situation du malade (1).

TRAITEMENT LOCAL ET GÉNÉRAL.

Traitement local. — Favoriser l'adhésion des bords de la solution de continuité quand la perforation est traumatique, et je ne saurais trop recommander le moyen suivant, qui m'a parfaitement réussi : il consiste à tremper un petit morceau de baudruche dans une goutte de collodion élastique pour en recouvrir la surface de la perforation.

On pourra la badigeonner également avec un petit pinceau trempé dans le baume du Pérou.

Mais le point le plus indispensable est d'immobiliser la membrane à la faveur de boulettes de coton portées mollement jusqu'au fond du conduit auditif. Ces pansements seront renouvelés tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à guérison.

Dans les perforations pathologiques, il faudra toucher légèrement avec la pierre divine les bords de la perforation, afin d'aider la nature dans son travail réparateur et favoriser l'évolution des bourgeons charnus.

La teinture de myrrhe m'a rendu de grands services pour activer une cicatrisation languissante, etc., etc.

Traitement général. — C'est celui de la diathèse catarrhale, herpétique, scrofuleuse, syphilitique ou goutteuse; j'entrerai prochainement dans de plus longs détails sur ce point important de thérapeutique.

Disons enfin qu'il y a certaines perforations larges, avec perte de substance considérable, qu'on ne peut jamais cicatriser et qui persistent indéfiniment. J'ai employé autrefois des tympans artificiels pour pallier cette infirmité; mais leur inutilité étant le moindre de leurs inconvénients, je les ai abandonnés.

(1) Voyez *Leçons cliniques*, pages 54 et suiv.

(2) Voyez *Traité pratique*, p. 87, et *Leçons cliniques*, p. 16.

(1) En effet une perforation persistante du tympan est une porte ouverte aux inflammations qui peuvent ainsi envahir la caisse, s'étendre au cerveau et menacer la vie des malades. — Ces accidents sont loin d'être rares, et il y a à Londres des Sociétés d'assurance sur la vie, qui n'acceptent pas les individus atteints de perforation du tympan. Cette conduite est prudente et nos Sociétés françaises feraient bien de l'imiter.

DU ROLE DU MÉDECIN

à l'occasion du mariage de jeunes filles non encore réglées,

Par le docteur A. RACIBORSKI.

Différentes causes, telles que : la constitution, le tempérament spécial des malades, le climat du pays que l'on habite, le genre d'éducation et même l'influence des races, comme nous l'avons démontré, peuvent avancer ou reculer l'époque de la première éruption des règles au-delà de la moyenne dans une latitude géographique donnée.

Mais à part ces différences, généralement légères, il y en a d'autres plus considérables où l'on voit de jeunes filles dépasser de plusieurs années l'âge moyen de la première éruption des règles sans être menstruées; dans des cas de ce genre, l'intervention du médecin peut être réclamée sous un double point de vue. On peut lui demander des emménagogues pour faire cesser les souffrances considérées généralement dans le monde comme l'effet de l'absence des règles, ou bien on peut le consulter sur l'opportunité du mariage.

Souvent il est assez facile de trouver l'explication des menstruations tardives dans une des cachexies, telles que les scrofules, les tubercules, la chlorose, etc. D'autres fois l'aménorrhée n'est qu'apparente; l'ovulation s'exerce déjà depuis un certain temps dans les ovaires (2); le sang, s'accumulant périodiquement dans la cavité de l'utérus, ne cherche qu'à en sortir, mais un obstacle mécanique tel que l'oblitération du col de l'utérus, l'absence ou l'oblitération du vagin s'opposent à son écoulement. Dans des cas de ce genre, il est rare qu'il soit question du mariage, et, s'il en était ainsi, on ne manquerait pas de consulter là-dessus le médecin donnant déjà ses soins pour les maladies qui sont la vraie cause de l'aménorrhée. Il n'en serait pas peut-être de même dans d'autres circonstances lorsqu'il s'agirait de marier une jeune fille non encore réglée, mais jouissant d'une très-bonne santé. Ici les parents peuvent avoir de la peine à supposer qu'à côté de belles apparences de santé il puisse y avoir place pour un vice de conformation capable à lui seul d'empêcher radicalement le but principal du mariage, et peuvent marier leur fille sans croire devoir consulter là-dessus un médecin. C'est là une profonde erreur, contre laquelle les médecins devraient s'élever de toutes leurs forces dans leurs relations avec les familles. Plus d'une fois, en effet, on a vu déjà de bien cruelles déceptions après des résolutions prises aussi témérairement. La *Gazette des Hôpitaux* vient d'en citer un exemple dans le numéro 6 de cette année. Nous avons vu un fait analogue dans nos consultations il y a quelques jours; ce n'est que grâce à notre prudence que nous avons empêché qu'une jeune fille soit tombée dans l'abîme vers lequel ses parents marchaient tout droit, prêts à y entraîner involontairement une autre famille. Ce fait mérite d'être rapporté.

Une dame, qui nous avait déjà consulté à une autre époque, vint nous redemander quelques conseils pour elle-même et nous parla d'une manière accessoire de sa fille aînée, laquelle, quoique âgée de dix-huit ans, n'était pas encore réglée, ce qui ne l'empêchait pas de jouir d'une excellente santé, tandis que sa plus jeune sœur, âgée de seize ans, était déjà formée depuis deux ans. Nous fîmes observer que puisque la jeune personne n'était nullement incommodée par l'absence de la menstruation, il n'y avait rien à faire dans l'intention de la provoquer; qu'on devait tout au plus administrer quelques pédiluves sinapisés pour détourner des congestions des ovaires dans l'hypothèse où l'ovulation s'exercerait déjà d'une manière latente, car il n'y avait pas la moindre apparence de molimen menstruel. Toutefois, nous eûmes soin de faire comprendre à cette dame que sa fille, tout en étant bien portante, pouvait avoir un vice de conformation qui rendrait compte de son état exceptionnel au point de vue de la menstruation, en même temps qu'il pouvait la rendre tout à fait inapte au mariage; qu'il était indispensable, avant de la marier, de soumettre les organes génitaux à un examen attentif. Cette recommandation provoqua quelque peu d'étonnement mêlé d'appréhension; cependant, la suite ne tarda pas à apprendre aux parents que c'était encore un des plus heureux événements qui ait pu leur arriver au milieu de leurs chagrins.

En effet, quelques mois après, la jeune personne ayant été demandée en mariage, sa mère ayant toujours présent, comme elle le disait, dans son esprit l'effet produit sur elle par nos réflexions, se hâta de nous l'amener. C'était une belle fille, fraîche, bien constituée, ayant les seins et particulièrement les glandes mammaires bien développées. Elle nous dit n'avoir jamais rien éprouvé qui eût ressemblé au molimen menstruel. Sa mère était seulement frappée de n'avoir jamais remarqué chez elle comme chez sa sœur ou chez d'autres jeunes personnes de son âge, de taches leucorrhéiques sur la chemise. Les organes génitaux externes offraient une conformation normale; le mont de Vénus ainsi que les lèvres étaient garnis convenablement de poils; le clitoris présentait assez de développement. En écartant les grandes lèvres, on apercevait en haut le méat urinaire à la place habituelle. Mais à partir de là on ne distinguait plus aucune ouverture, et la place correspondant à l'entrée du vagin était complétement oblitérée, de sorte qu'on n'apercevait plus au fond de la fente vulvaire qu'une masse charnue à surface plane recouverte de membrane muqueuse semblable en tout à la muqueuse des parties voisines. Le doigt appuyé là-dessus par son extrémité n'éprouvait aucune sensation de vide ni de fluctuation. En haut, vers le méat urinaire, on distinguait de chaque côté une petite bande perpendiculaire faisant relief et se terminant au bord inférieur de l'ouverture de l'urèthre par une saillie formant avec la partie correspondante du côté opposé une espèce de crête de coq; disposition que la partie supérieure de l'hymen présente d'ailleurs le plus souvent à l'état normal (1). On ne distinguait dans l'hypogastre aucune tumeur qui pût faire supposer une distension de la matrice par les menstrues. L'exploration pratiquée simultanément par la vessie à l'aide d'une sonde métallique et par le rectum à l'aide du toucher, permit de constater environ un centimètre d'épaisseur entre ces deux organes. L'extrémité de l'indicateur introduit dans le rectum sentait à la hauteur occupée habituellement par le col de la matrice un corps rappelant assez la consistance et la configuration du col chez les jeunes filles de cet âge, mais on ne sentait rien plus haut qui ressemblât au corps de l'utérus. Il était certain pour nous que la matrice n'existait qu'à l'état rudimentaire et qu'il n'y avait pas de cavité. En supposant que les ovaires eussent existé, ce qui paraissait d'ailleurs probable, à cause de la bonne conformation des organes génitaux externes et surtout à cause du développement des glandes mammaires, il n'était pas moins évident pour nous que cette jeune personne ne devait pas se marier et qu'il n'y avait aucune opération à tenter, et nous nous sommes formellement prononcé dans ce sens devant les parents. Ce n'est point l'absence des règles, mais le vice de conformation des organes sexuels qui nous a forcé à prendre une détermination aussi grave.

La menstruation n'est pas du tout le signe *sine quâ non* de la faculté de la reproduction, puisque on a cité des femmes qui ont eu des enfants sans avoir été menstruées. On suppose que dans la généralité des cas, le flot menstruel suit de près le commencement de l'exercice de l'ovulation à laquelle il sert en quelque sorte de marque, mais rien ne prouve qu'il doit se déclarer dès la première *ponte*. En examinant les ovaires de jeunes filles de 14 ou 15 ans, nous en avons vu qui portaient déjà une ou deux cicatrices consécutives à la rupture des follicules de de Graaf arrivés à la maturité, quoique ces jeunes filles fussent mortes avant d'être réglées. Il est plus que probable que, nonobstant cette circonstance, ces jeunes filles auraient pu être fécondées. Le mariage ne peut, dans des cas pareils, qu'achever le développement de la fonction naissante en ajou-

(2) Les progrès modernes sur l'*ovulation* et son rôle dans la menstruation nous ont paru depuis longtemps commander une modification dans les dénominations généralement admises pour désigner les troubles de la menstruation. Nous avons déjà insisté, dans notre mémoire de l'année dernière au congrès de Rouen, sur la nécessité de distinguer les *ménorrhagies* des *métrorrhagies* ordinaires. Dans ce qu'on appelle l'*aménorrhée*, nous distinguons l'aménorrhée proprement dite caractérisée par une suppression plus ou moins longue, physiologique ou pathologique, de l'exercice de l'ovulation ou la rétention du sang dans la cavité de la matrice par suite d'un obstacle mécanique. Dans cette variété, les femmes peuvent présenter périodiquement des symptômes de molimen menstruel, et le sang peut même couler dans la cavité de la matrice sans qu'il en coule au dehors. Dans une autre variété, au contraire, que nous avons désignée sous le nom d'*aménie*, il n'y a point d'ovaires et par conséquent pas d'*ovulation* ni de *molimen menstruel*. L'aménorrhée est presque toujours accompagnée de quelques souffrances; l'*aménie*, au contraire, coïncide avec une santé parfaite.

(1) La plupart des auteurs représentent l'hymen comme un repli muqueux ayant la forme d'un croissant ou d'un anneau complet. Ce n'est pas ce que nous avons rencontré dans nos nombreuses observations cliniques. S'il fallait absolument comparer l'hymen à quelque figure connue, nous dirions plutôt qu'il nous a presque toujours rappelé la forme d'une *lyre* sans cordes dont les deux montants se rapprochent progressivement vers la ligne médiane pour se mettre en contact, au niveau du bord inférieur de l'ouverture uréthrale. Les petits bouts libres qui dépassent en haut le point de contact sont ordinairement charnus et forment une espèce de crête de coq qui masque le méat urinaire et lui sert en quelque sorte de soupape. Cette soupape ne s'abaisse que sous la pression de l'urine ou quand, après avoir introduit l'extrémité de l'index à l'entrée du vagin, on cherche à refouler en haut la paroi inférieure de l'extrémité antérieure de l'urèthre. Tout nous porte à croire que c'est surtout grâce à cette disposition anatomique que la vulvite et la vaginite blennorrhagiques se communiquent si rarement à la muqueuse uréthrale voisine. La présence de cette soupape contribue beaucoup à grossir le tubercule antérieur de l'urèthre et peut faciliter la recherche du méat urinaire, lorsqu'il s'agit de pratiquer le cathétérisme sans découvrir la malade.

tant un stimulant direct des organes sexuels à d'autres emménagogues bien moins actifs qu'on a pu déjà employer.

De ce qui précède, nous allons conclure : 1° toutes les fois qu'il sera question de marier une jeune fille très-bien portante, mais non encore réglée, il est indispensable de consulter là-dessus un médecin; 2° le médecin ne doit dans ce cas se prononcer sous aucun prétexte sans avoir fait un examen attentif des organes sexuels de la jeune personne; 3° dès que le médecin aura constaté que les organes sexuels sont bien conformés, que le vagin et l'utérus lui auront paru bien organisés pour les fonctions auxquelles ils sont destinés, il pourra se prononcer en faveur du mariage nonobstant l'absence des règles; 4° sans tenir compte des plus belles apparences dans la santé et même de la conformation normale des seins et des organes génitaux externes, le médecin doit repousser le projet du mariage si la jeune fille a le vagin oblitéré, et, à plus forte raison, et d'une manière absolue, s'il y a en même temps absence de la matrice. Par un examen attentif et minutieux, il pourra déterminer des cas dans lesquels, sans se prononcer d'une manière absolue contre le mariage, il pourra conseiller de le différer en vue de faire quelques tentatives raisonnables, dirigées avec la plus grande prudence, pour détruire certains vices de conformation qui pourraient s'opposer au libre exercice des fonctions se rattachant à la reproduction de l'espèce, et dont l'art chirurgical a quelquefois triomphé. Dans une pareille circonstance, tout homme sage doit avoir présente dans son esprit cette recommandation de Morgagni : « Quel homme prudent, dit ce célèbre médecin, osera entreprendre sur ces femmes de détruire l'obstacle, comme s'il était constant que l'utérus existe en dedans, quand ce moyen n'est nécessaire ni pour sauver la vie, ni pour guérir aucune maladie, et qu'il est peut-être non-seulement inutile, mais même dangereux, surtout si l'obstacle est tel que son siége ou son épaisseur et sa dureté fasse voir qu'il ne pourra point être détruit avec facilité ni sans un grand danger. » (Lettre 46, art. 13, *De sed. et causis morborum.*)

DU TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE,

Par M. le professeur Oppolzer.

Le traitement de la sciatique dépend essentiellement de sa forme aiguë ou de sa forme chronique. Chez les malades qui ressentent une vive douleur et chez lesquels il existe des phénomènes fébriles, c'est au froid que l'on s'adresse. Applications d'eau froide, puis glace. Les sangsues et les ventouses sont aussi utiles, à l'intérieur on donne quelques laxatifs. L'opium et la morphine sont aussi souvent administrés. Si c'est pendant les mouvements que la douleur se fait sentir, on prescrit le repos. Dans les cas légers, le malade se frictionne avec de l'alcool camphré, de l'opodeldoch, etc.

Quand l'affection dure depuis trois ou quatre semaines, sans que les remèdes aient agi, on emploie les vésicatoires, *loco dolenti*, les frictions avec le chloroforme; dans les cas plus graves, la cautérisation superficielle de la peau, le fer chaud, les moxas au point d'émergence des nerfs, l'électricité, l'huile de croton en frictions sur le point douloureux, la vératrine et l'aconitine en pommade. Oppolzer prescrit la vératrine à la dose de 2 grains (0gr,10) sur 4 grammes d'axonge en frictions sur les parties douloureuses, et l'aconitine à la dose de 1 grain (0gr,05) sur la même quantité de corps gras que pour la vératrine. Cette seconde pommade est employée en frictions le matin, à midi et le soir.

Les injections sous-cutanées de morphine et d'atropine ont eu de bons résulats. La morphine, par la méthode endermique, a aussi réussi quelquefois.

Quand la sciatique survient à la suite d'un refroidissement, on emploie avec succès les bains prolongés, les bains de vapeur avec douches froides en pluie.

L'huile de térébenthine se prescrit aussi à l'intérieur. Oppolzer l'a donnée dans un cas où l'affection datait de neuf ans, à la dose de 4 grammes, mêlée à la magnésie carbonatée q. s. pour 60 pilules. Le malade prenait 5 de ces pilules matin et soir. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

OBSERVATION DE MORVE,

Par M. John Spencer.

Un soldat de quarante-six ans, habituellement adonné aux boissons alcooliques, entre à l'hôpital le 23 mars 1864. Il accuse les symptômes suivants : douleur au niveau des dernières côtes gauches, faiblesse générale, tremblements, constipation, pouls à 75, langue nette, température normale de la peau; rien de particulier du côté du cœur ni des poumons.

Cet homme remplissait l'office de palefrenier, et il avait suspendu tout travail depuis sept à huit jours. Comme il n'accusait d'abord que de la douleur de côté, on lui appliqua un vésicatoire sur le point douloureux.

Le 24 mars, le malade est plus faible que la veille; il ne répond pas immédiatement quand on lui adresse la parole; il a une soif vive, il tremble comme s'il avait un accès intermittent, mais sans sensation de froid.

Le 25, en l'examinant, on lui trouva autour du nez et sur le front une teinte rouge lie de vin. Pouls (88) faible et compressible, langue brune et sèche au centre, brune au bord et à l'extrémité. Il n'y a pas de constipation. Le lendemain, le tremblement persistait; le pouls s'était un peu relevé, bien que le malade eut eu pendant la nuit d'abondantes transpirations. On observe à la face trois pustules ayant l'aspect de *pustules malignes*, une à la racine du nez entre les deux sourcils et assez étendue pour remplir cet espace, une autre au front et une troisième à la lèvre supérieure, au-dessous de la narine gauche. Ces trois pustules, parfaitement identiques, sont toutes entourées d'une marge livide foncée. Cette même nuit, il eut du délire; le lendemain, le pouls est remonté à 90, mais il est petit et filiforme. Les pustules laissent suinter une sérosité roussâtre et sanieuse; la peau du dos est de couleur livide, et il y a sur les membres inférieurs des plaques livides, avec pustules deux fois plus larges environ que des pustules varioleuses. Le cuir chevelu également est parsemé de ces pustules. A la partie supérieure et antérieure de la cuisse gauche existe une tumeur d'un pouce et demi à 2 pouces environ de diamètre; tumeur dure si on la touche, la douleur produite est tellement vive qu'elle arrache des cris au malade plongé dans un état demi-comateux.

A huit heures du soir il a d'abondantes évacuations involontaires d'une odeur infecte; le pouls est à 120, intermittent. On essaya en vain de relever les forces du malade avec du wisky, des stimulants.

Il mourut le lendemain matin, vers dix heures, dans le coma.

Quelques points de cette observation méritent l'attention. Ainsi la fièvre ne se montra que dans une période avancée de la maladie, et celle-ci prit d'abord la forme d'un rhumatisme intercostal. La vraie nature de l'affection n'apparut réellement qu'après qu'on eut vu se développer les pustules, et les accidents cérébraux amenèrent la mort avant que la lésion locale n'ait pu se développer dans toute son effrayante intensité.

Avant de terminer, il est nécessaire de dire que le cheval dont le malade avait soin était incontestablement morveux, mais atteint de *morve subaiguë*. L'animal avait un jetage continuel des narines et de petits ulcères chancreux sur la muqueuse nasale. Il présentait des pustules sur la peau, et les glandes sous-maxillaires étaient tuméfiées et adhérentes.

(*Amer. med. Journ. et Gaz. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mars 1865. — Présidence de M. Decaisne.

NOMINATION.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un académicien libre qui remplisse la place laissée vacante par le décès de M. Du Petit-Thouars.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 64,

M. Roulin obtient	41	suffrages.
M. Michel Lévy	19	»
M. Bourgeois	2	»
M. Cap	2	»

M. Roulin, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

M. Lucien Corvisart. — *Étude de nutritions locales. — Formation nutritive du ferment pancréatique : Les peptones gastriques absorbées par l'estomac amènent, à titre de matériaux premiers, cette formation d'une utilité considérable pour l'accomplissement de la digestion intestinale.*

La physiologie n'a point abordé l'un des problèmes les plus importants de l'économie.

On sait que le système nerveux, la peau, les muscles, les globules du sang, les ferments digestifs, les humeurs diverses du corps se présentent avec des éléments dont la nature chimique est fort différente. Les forces initiales de l'individu ont évidemment une puissance irrésistible pour donner à ces éléments chimiques une texture et une forme particulières à chaque espèce.

Mais cette puissance s'étend-elle à tirer avec la même facilité toutes les variétés de ces éléments chimiques d'une seule ou de quelques-unes seulement des substances que l'alimentation lui présente?

En un mot, pour constituer, par exemple, la matière principale des globules, ou celle du cerveau, pour entretenir la masse fibrineuse des muscles ou la saine composition de la peau, est-il indifférent de ne présenter à l'économie qu'une seule espèce d'aliment, par exemple la fibrine?

Sera-t-il encore indifférent que cette fibrine soit modifiée digestivement plutôt par le pancréas que par l'estomac?

Ou bien, au contraire, la diversité tant des aliments que des digestions a-t-elle précisément pour but de répondre à des besoins divers de l'économie?

Ces questions fondamentales sont restées jusqu'à présent inexplorées, et si l'on demandait à un physiologiste d'expliquer avec la sûreté scientifique quelle est de toutes les peptones ou de toutes les substances nutrimentaires absorbées celle qui va plus spécialement constituer, par exemple la matière des globules, on mesurerait l'abîme d'ignorance où nous sommes.

Et cependant, comment la médecine pourrait-elle cesser d'être souvent une aventure si, appelée à redresser des fonctions, elle les ignore? Tel est cependant l'état de la science.

L'Académie se rappelle peut-être que lors de nos travaux sur la part extrêmement élevée que prend le pancréas par son suc à la digestion des aliments azotés dans l'intestin, part aussi considérable que celle de l'estomac, nous avons dit que cette force digestive, c'est-à-dire la quantité de ferment qu'on pouvait saisir au moment même de la mort dans la glande pancréatique, variait régulièrement suivant certaines conditions; qu'on trouvait le pancréas chargé au maximum de sa puissance au moment de la normale et pleine digestion gastrique (quatrième à huitième heure du repas), et inversement dans les conditions différentes.

De telle sorte qu'une relation nécessaire existait entre la formation maxima du ferment digestif pancréatique et les circonstances de la digestion gastrique. Nos expériences nous montrèrent, à cette époque, que : 1° ni les conditions seules de la présence dans l'estomac ou l'intestin de corps solides ou liquides (alimentaires ou non); 2° ni celles de l'excitation sympathique qui pouvait en résulter sur les nerfs, les vaisseaux ou le tissu du pancréas; 3° ni celles de l'absorption pure et simple de l'eau, ou de matières dissoutes par l'estomac ou l'intestin; 4° ni la circonstance de la sécrétion des sucs de ces organes, n'étaient par elles-mêmes les moteurs de cette formation maxima; résultats inattendus, mais formels à nos yeux.

La condition nutritive nécessaire et déterminante de cette formation maxima du ferment digestif pancréatique fut dans nos expériences : la formation, la présence et l'absorption par l'estomac des peptones gastriques (résultats eux-mêmes de la digestion des aliments azotés par le suc gastrique).

En conséquence, je présentai, le 4 juillet 1859, la conclusion suivante à l'Académie : Le suc gastrique, s'il a digéré les aliments azotés dans l'estomac, et a été absorbé avec les peptones, favorise tellement l'action pancréatique par un effet direct, qu'à la cinquième heure de la digestion gastrique, le pancréas a le maximum de puissance; en un mot, il faut que le pancréas vienne d'être nourri immédiatement de peptones gastriques pour qu'il acquière son maximum d'action; et pour mieux faire saisir cette conclusion (*Gazette hebd. de méd.*, 22 juillet 1859), l'absorption et la production, quelque grandes qu'elles soient de peptones intestinales, n'ont pas cet effet (1).

Deux mois après, M. le professeur Schiff étant à Paris, et la discussion ayant été amenée sur ce sujet, nous résolûmes de faire une série de recherches, et d'en publier le résultat quel qu'il soit en commun. Ces recherches se trouvent dans un paquet cacheté, déposé le 31 octobre 1859, dont j'ai l'honneur de demander l'ouverture à l'Académie. Ce mémoire est intitulé : *Variations de l'efficacité digestive du pancréas, sous diverses influences alimentaires, après la résection des nerfs pneumo-gastriques à la région cervicale*, par MM. Corvisart et Schiff.

Avec ou sans section de pneumo-gastrique, après avoir ligaturé le pylore, on lavait l'estomac pour le débarrasser de toute matière étrangère à son propre tissu; on introduisait dans la cavité gastrique les substances à expérimenter, on liait l'œsophage, pour empêcher qu'elles ne s'échappassent, et, au moment où l'on prenait le pancréas, à la cinquième ou sixième heure de l'expérience, pour le mettre en infusion, afin de retirer le ferment qu'il avait formé et en mesurer la puissance, on vidait l'estomac, on pesait son contenu après l'avoir desséché pour savoir s'il avait bien absorbé les substances qu'on lui avait confiées et en quelle quantité. L'expérience était commencée à la dix-huitième heure du jeûne chez le chien.

Dans une première série d'expériences, on introduisit du sable, de l'eau pure, du suc gastrique, de l'amidon ou empois, du sucre candi en solution, de l'huile d'olive, toutes substances non digestibles dans l'estomac et ne pouvant pas former de peptones. Cinq heures après, on mit le pancréas en infusion, on chercha à lui enlever son ferment. Or, bien qu'il y ait eu présence de solides et de liquides, et par conséquent excitation sympathique ou vaso-motrice; bien qu'il y ait eu absorption énergique de substances solubles, on observa que le pancréas restait pauvre en ferment.

Dans une autre série d'expériences, au contraire, les substances furent digestibles, pour que la digestion gastrique pût faire des peptones, on introduisit de la viande et les nerfs pneumo-gastriques furent respectés; celle-ci fut naturellement dissoute, transformée en peptone et absorbée sur place par l'estomac fermé; dans ce cas on observa que le pancréas se chargea aussitôt au maximum de son ferment.

Malgré la viande, dès que l'estomac était réduit à l'impuissance par la section des pneumo-gastriques dans d'autres expériences, les peptones ne se formaient point et le pancréas ne se chargeait pas.

On varia alors les essais : on réduisit l'estomac à l'impuissance par la section des nerfs vagues, et dans cet estomac on injecta la substance déjà dissoute et digérée de la viande, c'est-à-dire les peptones normalement produites dans l'estomac d'un autre animal; ces substances amenèrent le chargement du pancréas en ferment, comme si les pneumo-gastriques n'avaient pas été coupés.

On fit la même expérience avec des peptones faites hors du corps par la pepsine; elles furent absorbées, et le chargement maximum du pancréas eut lieu de même.

Mais, chose remarquable, tandis que l'amidon ou le sucre en solution et absorbés se montraient aussi inertes que l'eau seule, la dextrine partagea avec les peptones gastriques le pouvoir de provoquer le chargement maximum du pancréas en ferment digestif.

L'absorption de ces matériaux se faisant dans l'intestin, non dans l'estomac, n'avait plus d'effet.

Messieurs, le temps est une fonction de la vérité; jamais on ne revoit trop souvent ce qu'on a cru vrai. J'eusse préféré attendre encore pour publier ce résultat, qui paraît saisir sur le fait une nutrition locale, expliquer l'enchaînement nécessaire de la bonne digestion gastrique pour amener la normale digestion de l'intestin, c'est-à-dire l'influence majeure et initiale de l'estomac, si bien saisie empiriquement par les anciens, — et confirmer des idées générales qui animent nos convictions; mais M. Schiff a déjà fait connaître ces résultats communs, je ne pouvais plus attendre.

On le concevra d'autant mieux, que les données que j'ai annoncées en juillet 1859, comme les expériences relatées ici et communes avec notre savant collaborateur, ont été le point de départ d'une découverte annoncée par M. Schiff sur une *nouvelle fonction de la rate* (2), organe intermédiaire nécessaire entre l'effet et la cause que nous avons le premier signalée.

Aussi, quel que doive être le résultat final de ces investigations, nous croyons digne de la science de s'occuper activement de tels sujets; nous n'y faillirons pas pour notre part.

Car on ne doit pas méconnaître l'immense importance de la digestion et de la nutrition qui dominent de bien haut toute la thérapeutique médicale de chaque jour.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 janvier 1865. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

— La correspondance comprend :

1° Hommage par M. Guersant d'une notice sur la chirurgie des enfants.

(1) Ce résultat fondamental, exprimé le 4 juillet 1859, s'appuyait sur des expériences faites dans les six mois précédents; celles-ci n'ont été détaillées que le 26 février 1861, à l'Académie de médecine. On les trouvera dans ma *Collection de mémoires sur une fonction peu connue du pancréas*.

(2) Voyez Communication faite à l'Académie de médecine de Florence par Schiff, dans *l'Imparziale*, 26 febbraio 1865; Mirl, 1862, et Archiv. d. Heilk. d. Wunderlich, 1861.

2° *Journal de médecine de Lucas Championnière.* (Duperthuis, rapporteur.)

3° Hommage d'un rapport sur l'accouchement précipité substitué à l'opération césarienne, par M. Perrin. (Verrier, rapporteur.)

4° *Bulletin médical du nord de la France.* (Milon, rapporteur.)

5° Lettre de M. Le Sourd, qui sollicite le titre de membre titulaire de la Société. (Commissaires : MM. Legrand du Saulle et Mallez.)

— **M. BOYER**, à propos de l'observation de greffe du muscle droit supérieur présentée par M. Coursserant, résume les intéressants travaux qu'il a adressés à l'Académie, il y a plusieurs années, sur la ténotomie oculo-musculaire, travaux où il explique le mécanisme des divers accidents de strabisme qui en ont été quelquefois la conséquence.

— **M. MAGNE**, secrétaire général, démissionnaire, est, sur sa demande, nommé membre honoraire par voie de scrutin.

Par son vote de ce jour, la Société a élu M. Terrier au titre de secrétaire général.

— **M. GUERSANT** adresse quelques paroles d'affectueuse gratitude à tous les membres de la Société, qui ont concouru à lui rendre ses fonctions non-seulement faciles, mais agréables, et il invite M. Abeille à s'asseoir au fauteuil de la présidence.

— La Société vote des regrets à M. Magne, qui en se retirant laisse un souvenir de reconnaissance pour le zèle soutenu et l'activité avec lesquels il a si dignement rempli sa tâche de secrétaire général.

— **M. MALLEZ** lit un rapport sur l'observation de paraplégie survenue à la suite d'une spermatorrhée, présentée par M. le docteur Beni-Barde.

Sur les conclusions favorables du rapport, M. Beni-Barde est nommé membre titulaire de la Société.

Des névralgies traumatiques. — M. DUPUY. Devant former un groupe tout différent des névralgies cicatricielles, les névralgies traumatiques sont celles qui surviennent à la suite de contusions, de compressions, d'attritions, de dilacérations des tissus, avec ou sans lésions apparentes de la peau.

Elles s'observent peut-être plus souvent encore dans les cas de traumatisme : fractures, fissures ou contusions du système osseux.

Les deux faits les plus récents qui m'ont conduit à présenter quelques considérations sur ce sujet appartiennent à ce dernier genre de lésions. L'un a eu pour cause une fracture du cinquième métacarpien, et l'autre une contusion du radius avec attrition des muscles qui le recouvrent.

Désigner ces névralgies, c'est indiquer toutes les causes possibles, telles que les chutes, les chocs divers, les distensions, les déchirures, les morsures, les brûlures, les blessures par armes diverses, etc.

Leur symptomatologie diffère peu de celle des névralgies essentielles. Elles sont caractérisées par des douleurs locales, et cependant susceptibles d'irradiations dans les organes voisins ou contigus.

Il est des cas, toutefois assez rares, où ces douleurs déterminent par action réflexe des manifestations névralgiques sur des points sans connexité directe avec les nerfs primitivement lésés; mais, pour mon compte, je ne connais pas d'exemple où elles aient été le point de départ de névralgies généralisées diathésiques.

Elles ne s'étendent pas ordinairement au delà du tronc nerveux atteint ou de ses connexions directes ; cependant, notre illustre maître M. Trousseau aurait observé quelques cas où la névralgie traumatique a servi d'incitation à des diathèses névralgiques.

Comme les douleurs névralgiques essentielles, elles sont exquises, lancinantes, térébrantes, rémittentes, quelquefois intermittentes, périodiques, etc. Il n'est pas jusqu'aux exacerbations nocturnes qu'elles affectent de même que les premières ; mais elles s'exaspèrent toujours davantage à la pression, et pendant les mouvements volontaires ou communiqués de l'organe malade.

Parmi le petit nombre d'observateurs qui ont cherché à éclairer la science sur cette question nosologique, nous devons citer notre honorable collègue M. Émile Dubois, qui, le premier, à la suite de faits intéressants rapportés dans la *Gazette hebdomadaire* du 1er février 1861, nous signale les névralgies traumatiques à la *suite de plaies extérieures* comme affectant plus particulièrement la forme *périodique*, forme très-rare dans les autres cas.

Souvent elles suivent de si près les douleurs inflammatoires de l'accident initial, qu'elles semblent n'en être que la continuation; mais elles persistent pendant des semaines, des mois, des années, alors qu'il n'existe plus aucun vestige appréciable de traumatisme dans les tissus.

Il n'est pas très-rare de les voir s'accompagner d'hyperesthésie ou d'analgésie cutanée. Dans les cas les plus graves, elles ont donné lieu à des spasmes, des trismus, des contractures, et enfin, comme troubles sympathiques généraux, à des attaques d'hystérie et d'épilepsie. Toutefois, nous n'en connaissons d'exemples que dans des cas de névralgies cicatricielles.

Parmi tant de caractères communs avec les névralgies essentielles, on retrouve celui de subir l'influence des variations atmosphériques, hygrométriques, aussi bien que celle des différentes tensions électriques.

Ce phénomène n'est-il pas l'indice d'une perturbation qui se rattache à une cause et à un état morbides persistants, dont la distribution des courants dynamiques ou sensitifs nerveux subissent le retentissement? Cause ou état qui agissent en mode actif pendant les accès et en mode latent pendant les rémittences.

Alors même que les douleurs ont cessé complétement dans un temps plus ou moins éloigné de l'accident, leur existence antérieure constitue pour l'avenir une cause prédisposante aux douleurs névralgiques ou rhumatismales sous la provocation des causes occasionnelles ordinaires de ces affections. Ainsi, les individus chez lesquels elles eussent eu plus de tendance à se produire dans l'épaule, par exemple, les subiront dans le bras, la jambe, etc., aux points antérieurement lésés et consécutivement névralgiques.

Dans beaucoup de cas la marche en est longtemps continue à la suite de l'accident, puis elles peuvent cesser pendant des intervalles illimités pour reparaître après un refroidissement, un excès de fatigue, etc. On n'est jamais certain d'en être guéri pour toujours; aussi le fait de leur existence antérieure ne devra point être perdu de vue, ni par le malade ni par le médecin.

Si le plus souvent nous en triomphons par les moyens que la thérapeutique met en notre pouvoir contre les névralgies ordinaires et surtout par les narcotiques, les hypnotiques employés par les méthodes endermiques ou hypodermiques que M. Émile Dubois considère comme héroïques, il est des cas où ces moyens, voire même les applications si puissantes du chloroforme d'après les règles méthodiques décrites dans mon *Traité du rhumatisme musculaire,* restent d'une impuissance radicale. Tel est le fait des deux malades au sujet desquels nous espérons ne pas avoir en vain provoqué l'attention de la Société. L'une est une femme de soixante ans environ, qui, à la suite d'une fracture du cinquième métacarpien de la main droite, a eu une névralgie du cubital qui n'a cédé qu'aux irrigations prolongées d'eau froide sous le robinet d'une fontaine. L'autre, âgée de trente-huit ans, a encore une névralgie, avec exacerbations nocturnes et météorologiques, rebelle à tous les moyens ordinaires. Cette névralgie existe depuis cinq mois. Elle est survenue, *loco dolenti,* après une contusion du tiers inférieur et externe du bras gauche, par le choc d'un cercle de roue de voiture qui a déterminé une attrition des muscles et une contusion du radius, attrition et contusion rendues non douteuses par les symptômes consécutifs.

De pareils faits nous laissent croire qu'il y a là plutôt une altération organique persistante, quoique inappréciable à nos moyens d'investigation, qu'un simple état nerveux.

La thérapeutique, dans ces cas, doit être bien moins celle des névralgies que celle des contusions, des meurtrissures et des violences organiques diverses.

On se trouvera bien des résolutifs végéto-minéraux ou alcooliques, des baumes narcotico-huileux, etc.; des bains, des douches simples ou médicamenteuses; des stations thermales appropriées seront, dans certains cas, indispensables à une guérison vainement tentée par d'autres moyens.

La périodicité, si fréquemment provoquée sous forme névralgique dans les cas de lésions organiques, phlegmoneuses ou autres, devra être combattue par les anti-périodiques.

M. ÉMILE DUBOIS. — Dans la *Note sur les névralgies traumatiques,* qui a été publiée par la *Gazette hebdomadaire* en 1861, j'avais signalé la différence qui m'avait paru exister entre les névralgies consécutives aux contusions et celles qui coïncidaient avec les plaies. Les dernières affectaient le type intermittent périodique, tandis que chez les premières la douleur était continue.

J'avais fait remarquer aussi la rapidité avec laquelle ces névralgies cédaient au traitement convenablement appliqué. — M. Dupuy, au contraire, nous fait part d'une névralgie traumatique qui a résisté longtemps aux divers moyens qu'il a employés. Je crois que dans ce cas l'intensité de la névralgie doit être imputée à la gravité de la lésion des nerfs qui avaient été atteints, et que, en effet, il y reste quelque chose du traumatisme même.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, D. DUPUY DE FRENELLE.

Par décret en date du 22 février 1865 ont été nommés présidents des sociétés de secours mutuels :

Des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, M. le docteur Bourbier;

Des médecins et pharmaciens de Versailles, M. le docteur Bataille;

Des médecins du département de Seine-et-Oise, M. le docteur Pénard neveu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'angine couenneuse et du croup considérés sous le double rapport du diagnostic et du traitement, par le docteur COULON, professeur suppléant à l'École de médecine d'Amiens, ancien interne des hôpitaux d'enfants de Paris. — Paris, 1865, 1 vol. in-8° de 96 pages. Prix : 2 fr. — Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Nouvelles recherches sur l'action curative des eaux du Mont-Dore dans la phthisie pulmonaire, par le docteur Jules MASCAREL, ex-interne, lauréat des hôpitaux de Paris, médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault, médecin consultant aux eaux du Mont-Dore, Paris 1865, in-8° de 74 pages. Prix, 2 fr., à Paris, chez J. N. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Recherches sur l'incubation de la syphilis, par Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 50 *franco.* — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 32. — JEUDI 16 MARS 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 16 MARS 1865. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HOSPICE DE LA VIEILLESSE (hommes). Luxation et fracture de l'astragale. — Mesures de vitalité. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — FEUILLETON. De l'association des médecins du département de la Seine.

PARIS, LE 15 MARS 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la syphilis vaccinale a été close hier après un rapide résumé dans lequel M. Depaul a répliqué aux observations présentées par quelques-uns des derniers orateurs. Cette réplique, empreinte d'une grande modération et d'un grand sens pratique, a parfaitement répondu au sentiment général de l'Académie, et l'auditoire tout entier a manifesté sa satisfaction en entendant M. Depaul protester contre toute intention de personnalité soit dans son travail, soit dans le cours du débat qui vient de se terminer. Aussi l'Académie s'est-elle associée avec empressement à la proposition qu'a faite M. J. Guérin de voter des remerciments à M. Depaul, et c'est dans cette disposition d'esprit et sous la condition expresse qu'on n'y attacherait aucun sens improbatif, que la majorité de l'Académie a voté le renvoi du projet de rapport à la commission de vaccine.

Est-il besoin que nous disions maintenant ce qui ressort du fond de ce débat? Le résultat nous paraît pouvoir être résumé en bien peu de mots.

On ne saurait plus, sérieusement, douter aujourd'hui de la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccine. Avec quelque sévérité de critique ou quelque scepticisme que l'on envisage les faits, après les avoir passés au crible, émondés et épurés, à quelque petit nombre qu'on les réduise en définitive, il en restera encore assez pour que le fait soit établi. Mais ce petit nombre lui-même a une signification considérable qu'il faudrait bien se garder de négliger, et c'est en cela qu'un examen critique de chaque observation en particulier a eu son utilité. Or, de ce très-petit nombre de faits restant certains, authentiques et indéniables, il résulte ceci : c'est que la transmission de la syphilis par la vaccine est, relativement au nombre de vaccinations pratiquées journellement dans tous les pays où on l'a constatée, un fait tellement exceptionnel, un accident, excessivement grave sans doute, mais tellement rare qu'il n'y a réellement pas lieu de mettre ici en cause la pratique de la vaccine et de le faire entrer en balance avec les services qu'elle a rendus et qu'elle rendra longtemps encore.

Mais s'il n'y a point à mettre en cause la vaccine, il y a lieu, du moins, de se préoccuper sérieusement des moyens de prévenir désormais le retour possible de pareils accidents. C'est là-dessus qu'il nous resterait peut-être encore bien des choses à dire. Mais c'est la question dont va avoir à s'occuper la commission de vaccine, de qui les praticiens ont le droit d'attendre maintenant des instructions.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu une lecture de M. Bertillon, candidat pour la section d'hygiène, sur un des sujets les plus familiers de ses études, sur les diverses mesures de la vitalité. On trouvera plus bas un résumé de ce travail. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA VIEILLESSE (HOMMES). — M. FOUCHER.

Luxation et fracture de l'astragale.

OBS. I. — *Fracture du col de l'astragale. — Luxation du corps de l'os. — Extraction consécutive. — Guérison.*

P..., âgé de cinquante-huit ans, entré à Bicêtre le 16 juillet 1864. Cet homme est tombé du haut d'une échelle ; au moment où il touchait le sol, le pied gauche se trouva pris sous l'un des barreaux, le reste du corps retombant sur l'échelle. Le pied gauche fut plié sur la partie externe de la jambe.

Le blessé fut immédiatement transporté à Bicêtre.

A son entrée dans le service, on constata une tuméfaction considérable du pied et du tiers inférieur de la jambe. La plante du pied est dirigée en dehors, et deux larges ecchymoses siégent aux malléoles.

La malléole interne est déprimée, et au niveau de sa partie moyenne existe une dépression correspondant à une fracture.

La malléole interne est aussi fracturée.

La voûte plantaire est complétement effacée, et le calcanéum relevé en arrière. A la partie interne, on sent une saillie osseuse, immobile, présentant une crête tranversale à arête mousse, et offrant tous les caractères d'une surface articulaire.

Sur le cou-de-pied, en avant du tibia, les doigts pénètrent dans une dépression au fond de laquelle on trouve un rebord osseux qui paraît appartenir à l'astragale. Il est facile d'imprimer à l'articulation des mouvements de latéralité. La distance des malléoles est beaucoup augmentée.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Tillaux, suppléant M. Foucher, tente la réduction, qu'il ne parvient pas à obtenir, et place le membre dans un appareil plâtré. L'état général est satisfaisant, le malade dit ne pas souffrir.

Le 26, douleurs vives dans le pied ; le malade a de la fièvre.

Le 27, soubresauts dans la jambe et douleurs intenses.

Le 28, la douleur est devenue intolérable.

M. Foucher, qui reprend le service ce jour-là, prescrit un bain au malade, et on enlève l'appareil plâtré. On s'aperçoit que le pied reste dévié, et que par suite les fragments ont comprimé les téguments contre la paroi de l'appareil. Il en est résulté une eschare située au côté interne du pied, dans l'endroit même où l'on avait d'abord senti la saillie d'une surface articulaire. Elle a 3 ou 4 centimètres de longueur et 1 de largeur.

L'eschare éliminée, on peut voir cette surface osseuse recouverte de cartilage et immobile.

Le malade éprouve de vives douleurs à chaque tentative d'exploration. Autour de la plaie produite par l'élimination de l'eschare, les téguments présentent une coloration bleuâtre, et tous les points cyanosés sont insensibles.

Le 29, la sensibilité reparaît, mais la mortification s'étend autour de la petite plaie. A chaque pansement, il sort de cette plaie une certaine quantité d'un liquide filant et citrin.

Le 31, après avoir laissé pendant quatre jours le membre dans une gouttière, enveloppé de larges cataplasmes, on voit que la chute des eschares a laissé à nu une plaie de la grandeur d'une pièce de 10 centimes. La mortification s'étend autour de cette plaie jusqu'au tendon d'Achille en arrière, et dans une petite étendue en haut et en avant. De la plaie, on voit saillir la surface articulaire dont nous avons parlé, et qu'il est facile de reconnaître comme appartenant à l'astragale.

Cet os, complétement immobile, a été fracturé à sa partie antérieure au niveau de son col et renversé en dedans, de manière que la poulie articulaire est parallèle au côté interne du pied. L'immobilité est produite par l'enclavement de l'astragale entre les os voisins et par un tendon qui passe obliquement de haut en bas sur la portion de surface articulaire visible hors de la plaie. Ce tendon, dilacéré et aplati, est celui du fléchisseur commun des orteils. On ne peut reconnaître l'état des vaisseaux ni des nerfs.

Le 1er août, la plaie s'est étendue, l'eschare s'élimine encore. Elle est profonde, sauf dans la portion comprise entre la malléole interne et le tendon d'Achille, où elle n'a intéressé que la partie superficielle des téguments. L'astragale est parfaitement découvert, mais toujours immobile. La poulie est à nu, ainsi que les deux facettes malléolaires du même os. On voit nettement le bord fracturé, qui est tourné en arrière. Une fusée purulente s'étend le long de la face interne de la jambe, et le pus est mêlé d'une grande quantité de liquide oléagineux. Jusqu'à ce jour l'état général est excellent.

Le 2, le malade a de la fièvre dans la soirée.

Le lendemain, un abcès commence à se former au niveau de la malléole externe. C'est d'ailleurs la réalisation des prévisions de M. Foucher et la confirmation de la règle établie par M. Laugier. La fièvre reparaît tous les jours.

Le 5, on ouvre l'abcès formé au niveau de la malléole externe ; par cette ouverture, on extrait trois jours après un fragment osseux appartenant à la malléole. Les fusées purulentes de la face interne de la jambe sont plus étendues.

Le 11, l'astragale paraît plus mobile, et on peut espérer que bientôt il sera facile de l'extraire. La fièvre revient régulièrement tous les jours à trois heures de l'après-midi.

L'administration du sulfate de quinine retarde un peu l'heure du début de l'accès.

Le 13, on extrait sans difficulté le corps de l'astragale, la tête restant dans sa position normale, qu'elle n'avait pas abandonnée. L'extraction a pu se faire sans que l'on ait à couper le tendon du tibial postérieur, qui est resté dans la plaie.

Le membre est alors maintenu aussi convenablement que possible dans une gouttière et enveloppé de larges cataplasmes. A chaque pansement, issue d'une grande quantité de pus et de liquide oléagineux. Le malade n'accuse de la douleur qu'au niveau du tibia. La rectitude du pied est difficile à maintenir. Il est invinciblement porté en dedans, à cause du vide laissé par l'extraction du corps de l'astragale.

Du reste, les bourgeons charnus se développent rapidement sur les parois de la cavité, qui est comblée au bout de peu de jours, et il devient nécessaire de réprimer les bourgeons charnus par la cautérisation au nitrate d'argent. La cicatrice ne se fait que lentement, et à la fin du mois d'octobre il reste encore une petite plaie qui suppure.

Le 10 novembre, cette plaie est complétement fermée. Le calcanéum est porté en avant, au point que sa face postérieure est presque sur le même plan que la face antérieure du tibia. La portion prétibiale du pied est allongée.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, il existe une saillie osseuse en dehors, une dépression en dedans. De plus, le pied, dont la surface plantaire a perdu sa concavité, est infléchi sur son axe antéro-postérieur de manière à offrir une courbure à une cavité interne. La mensuration indique un raccourcissement de 2 centimètres et demi à 3 centimètres.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS

DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Le premier élément du compte rendu d'une Société de secours mutuels est le chiffre de ses recettes et de ses dépenses. Le chiffre est la véritable éloquence de ces sortes de documents. Nous exposerons donc sans autre préambule la situation financière de l'Association des médecins de la Seine, telle que nous la trouvons dans le rapport du secrétaire général pour l'année 1864.

Les recettes pour cette année se sont élevées à 31,970 fr. 30 c., comprenant, avec le reliquat de 1863, les catégories et droits d'admission, les dons et legs et les intérêts du capital social.

Les sommes employées ou dépensées forment un total de 30,697 fr., savoir : en secours, 15,725 fr. ; achats de rentes, 13,295 fr. 95 c. ; frais de gestion, 1,676 fr. 15 c. — Les comptes de l'année se soldent ainsi par un reliquat de 1,273 fr. 30 c. existant en caisse au 1er janvier 1865.

Voici de quelle manière ont été répartis les 15,725 fr. d'allocations et de secours votés en 1864 par la commission générale : sept sociétaires ont reçu ensemble 4,050 fr. par sommes variables, suivant le besoin de chacun, depuis 200 jusqu'à 1,100 fr. Dix-neuf veuves de sociétaires ont touché 10,080 fr. Dans cette catégorie sont trois allocations de 200 fr., deux de 400 fr., deux de 500 fr., une de 600 fr., sept de 700 fr., une de 800 fr., une de 900 fr., et enfin une de 1,200 fr.

Les secours accordés aux personnes étrangères à l'Association, en vertu de l'article 25 des statuts, forment un total de 1,595 fr., et sont compris entre 30 et 200 fr.

Cet exposé montre suffisamment que l'Association peut maintenant intervenir efficacement toutes les fois que son assistance est réclamée, et il donne une idée tout à la fois et de l'importance et de la difficulté de la tâche confiée à la commission générale.

C'est là, sans contredit, un beau résultat, et l'Association des médecins de la Seine, l'Association-mère, qui a servi de modèle à toutes les Associations médicales de France, a quelque sujet d'en être fière. Et cependant, il faut bien le dire, ce résultat, si beau qu'il soit, n'est pas encore suffisant. Il n'est pas suffisant soit que l'on ait en vue le bien à faire, soit que l'on considère à côté des ressources dont dispose la Société celles dont elle pourrait, dont elle devrait disposer. Ce que nous disons ici pour l'Association des médecins de la Seine, nous pouvons le dire également pour la Société centrale de l'Association générale des médecins de France, et pour cette Association elle-même tout entière.

On ne peut s'empêcher, en effet, de regretter, quand on voit de quelle utilité sont ces associations et quels services elles peuvent rendre, qu'elles ne groupent pas autour d'elles un plus grand nombre d'adhésions, et que plus de la moitié des médecins s'en tienne encore éloignée. Ainsi, pour Paris, par exemple, le nombre des docteurs en médecine s'élève à 1,800, auxquels il faut ajouter 150 médecins des arrondissements de Sceaux et Saint-Denis, et environ 200 officiers de santé, soit en chiffre rond 2,000. Or sur ce nombre de 2,000 médecins, l'Association n'en compte encore que 664 !

La Société centrale de l'Association générale en compte, il est vrai, 578, ce qui porterait à 1,242 le chiffre total des membres du corps médical de Paris. Mais ce chiffre de 1,242 n'est pas le chiffre réel. Il faut, en effet, en distraire, d'une part, 70 membres appartenant à l'armée ou à la marine et qui n'ont pas leur résidence à Paris, et, d'autre part, 255 médecins de Paris qui font partie des deux Sociétés. D'où il suit que le chiffre réel des médecins de Paris faisant partie de l'une ou de l'autre des deux associations se trouve réduit à 987. Or 987 ne représente, comme on le voit, que moins de la moitié du chiffre des médecins du département de la Seine.

En présence de cet état de choses, le bureau de l'Association s'est justement ému, et comme, quand il s'agit d'une œuvre utile et d'intérêt commun, les Sociétés ne sont pas tenues à la même réserve que les particuliers, il n'a pas hésité à faire un nouvel appel à tous les membres du corps médical de la Seine qui se sont abstenus jusqu'ici. C'est cet appel que nous nous plaisons à répéter ici.

Nous ne saurions mieux le formuler qu'en reproduisant la circulaire adressée par le bureau de l'Association aux sociétaires pour les inviter à coopérer à cette œuvre de propagande.

Le bureau de l'Association des médecins de la Seine aux sociétaires.

L'article 2 de nos statuts est ainsi conçu : « Sont aptes à faire partie de l'Association les docteurs en médecine ou en chirurgie reçus dans les Facultés de France et habitant le département de la Seine. » Plus de douze cents docteurs réunissent les conditions exigées par les statuts et le nombre de nos associés ne dépasse guère six cents. Émue de cet état de choses, la commission générale a décidé qu'un effort de propagande doit être tenté : elle a pensé d'ailleurs qu'un appel direct et

Voici une autre observation :

Obs. II. — *Luxation et fracture de l'astragale. — Fracture de la malléole interne et du péroné. — Extraction consécutive de l'astragale. — Guérison.*

Le nommé L..., maçon, âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, le 8 mai 1860.

Cet homme est tombé le matin même d'un premier étage, et il ne sait pas quels sont les parties de son corps qui ont surtout porté sur le sol dans sa chute.

A son entrée, on constate une déformation considérable du cou-de-pied, qui est élargi transversalement; le talon est aplati et la plante du pied légèrement tournée en dehors, et tout le pied est reporté dans le même sens; l'avant-pied semble raccourci. Il est facile de sentir une fracture du péroné au-dessus de la malléole externe; la malléole interne est arrachée à sa partie moyenne, et l'on perçoit très-distinctement la dépression existant au niveau de l'intervalle des fragments, et la saillie nette et tranchante du rebord du fragment supérieur. En arrière de la malléole, au lieu de la dépression qui existe en ce point entre la malléole et le tendon d'Achille, on trouve une saillie dure, assez régulièrement arrondie, que je crois formée par la tête de l'astragale ou l'un des bords de la poulie astragalienne. La partie inférieure de la jambe est rouge et tuméfiée; la peau n'est pas déchirée, mais elle est tendue au niveau de la saillie de l'astragale. Comme le malade souffre beaucoup, je le soumets au chloroforme pour tenter la réduction.

Il fut facile de ramener le pied dans son axe normal, mais je ne parvins pas à réduire l'astragale, et je crus devoir cesser des manœuvres qui pouvaient augmenter l'inflammation. La jambe fut maintenue dans une gouttière et recouverte d'un cataplasme émollient.

Le 13 mai, le malade accuse une douleur très-vive au niveau des malléoles, et en examinant le membre on aperçoit une plaie encore superficielle en arrière de la malléole interne. Les cataplasmes émollients furent continués, mais les jours suivants la plaie prit un aspect violacé, puis noirâtre, et la chute d'une eschare le 16 mai mit à nu, dans l'espace de 2 centimètres, une surface articulaire qu'il fut facile de reconnaître comme l'un des bords de la poulie astragalienne, qui faisait saillie entre le tendon d'Achille et la malléole interne.

Le lendemain 17 août, le malade souffre beaucoup et est dans une agitation continuelle; la suppuration est abondante, et l'astragale apparaît dans une plus grande étendue. Je me décide à en faire l'extraction. L'astragale est bridé en avant par les tendons des jambier postérieur et fléchisseur et par l'artère tibiale postérieure, en arrière par le tendon d'Achille.

Après avoir agrandi la plaie par en bas et surtout par en haut, en évitant de léser les tendons et l'artère, je pus reconnaître, au moyen du doigt plongé profondément, que l'os est maintenu solidement dans sa position; en arrière, on rencontre une surface fracturée; la partie mise à nu est l'un des bords de la surface articulaire supérieure; la face supérieure ou poulie astragalienne est tournée en haut et en dedans. L'os est complétement détaché en bas, en haut, en arrière et en dehors, et maintenu seulement par les ligaments résistants de sa face interne; après avoir enlevé la pointe de la malléole interne, qui n'était plus adhérente que par quelques liens fibreux, je coupai avec de forts ciseaux les fibres ligamenteuses qui fixaient l'astragale en dedans; ce temps de l'opération fut le seul à offrir quelque difficulté. Après avoir enlevé l'os, nous pûmes voir qu'il était fracturé au niveau de son col, la tête étant restée en place. La surface fracturée était tournée en arrière et en haut; le bord postérieur de l'astragale regardait en avant et en bas, la face supérieure en dedans et en haut, la face inférieure en dehors et en bas. D'où il suit que l'os en se luxant et en abandonnant à la fois la surface tibiale et la surface calcanéenne, avait subi un mouvement de rotation autour de son axe vertical, et que sa partie postérieure est devenue antérieure, et réciproquement. Ce mouvement était tel que la surface malléolaire externe regardait en dedans et un peu en bas, et l'interne regardait en dehors; le mouvement avait probablement eu lieu autour des liens fibreux fixés à la face interne de l'os devenue externe.

L'écoulement de sang fut peu abondant et n'exigea l'emploi d'aucune ligature. Le membre fut placé dans une gouttière et soumis à l'irrigation continue.

Les jours suivants, le malade souffre moins; cependant le membre reste encore tuméfié et fournit une suppuration abondante. Bientôt les tendons des muscles jambier postérieur et fléchisseur commun, qui avaient été mis à nu, commencèrent à se mortifier, ainsi que la peau voisine.

Ces diverses parties se détachèrent le 3 juin, et la plaie profonde et anfractueuse apparut recouverte de bourgeons charnus de bon aspect; l'état général devint plus satisfaisant; la tuméfaction, bornée au cou-de-pied, diminua encore. La seule complication qui se manifesta pendant ce travail d'élimination fut un abcès, situé au niveau et en arrière de la malléole externe, qui fut ouvert le 26 mai, et se cicatrisa rapidement.

A partir de ce moment, la cicatrisation marcha régulièrement, et le 17 juin, lorsque l'irrigation continue fut supprimée, la plaie était peu profonde, fournissait peu de pus et put être pansée simplement.

Quelques jours plus tard, on ajouta au pansement simple quelques bandelettes de diachylon ayant pour but de maintenir le pied, qui a une tendance marquée à se renverser en dedans.

Le 20 juillet, la cicatrisation était complète, et l'on crut pouvoir permettre au malade de se lever, mais en lui recommandant de ne marcher qu'avec des béquilles sans toucher le sol avec le pied malade.

Ce malade ne tint nul compte de nos prescriptions, et voulut essayer la force de son pied en s'exerçant à marcher sans béquilles et en se soutenant le long des lits. Bientôt la plaie s'ouvrit de nouveau dans l'étendue de 1 centimètre et demi, et pendant un mois, sous l'influence des pansements les plus variés, elle ne se cicatrisa pas. Le malade fut cependant envoyé le 25 août à l'Asile de Vincennes où sa guérison s'est consolidée.

La déformation du cou-de-pied était dès ce moment si peu appréciable que M. le docteur Laborie, qui examina le malade à son arrivée à l'Asile, eut peine à croire exact le récit qu'il lui faisait en ce qui concernait l'extraction d'une portion très-considérable de l'astragale.

J'ai revu cet homme le 8 octobre. Le pied est à peine déformé; le bord externe, qui s'était incliné en bas, est revenu à sa position normale, de façon que la marche a lieu sur toute la plante du pied. Les mouvements du cou-de-pied sont abolis, mais il se passe quelques mouvements dans la rangée antérieure du tarse. On voit une cicatrice régulière en dedans. La jambe n'est raccourcie que de 2 centimètres, ce que l'on peut corriger avec un soulier à talon élevé, mais celui que porte le malade est lourd et mal fait. Cet homme marche avec un bâton et s'appuie encore difficilement sur son pied; mais il est certain qu'avec un soulier mieux fait et moins lourd, et lorsque le cou-de-pied aura recouvré un peu plus de force, la marche sera régulière.

En comparant les deux observations précédentes, on est frappé de la similitude qu'elles présentent entre elles. Les analogies portent surtout sur la nature du déplacement et des désordres qui l'accompagnaient, et en outre sur les symptômes de l'affection, sa marche, le traitement qui lui est opposé et le résultat obtenu.

Dans les deux cas, l'astragale était fracturé au niveau du col de cet os, à l'union de la tête et du corps, suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Le fragment antérieur a conservé ses rapports normaux; il reste en place et n'est pas extrait. Quant au fragment postérieur, il est formé par le corps de l'os tout entier, et dans l'un des cas il a subi un déplacement presque demi-circulaire autour de son axe vertical; dans la seconde observation, le déplacement le plus notable de ce fragment se fait suivant l'axe antéro-postérieur, et par un mouvement de rotation de dehors en dedans.

Au point de vue des symptômes, dans les deux cas le cou-de-pied est élargi transversalement; le pied est plus ou moins porté en dehors; le péroné est fracturé soit au niveau de la malléole, soit au-dessus; la malléole interne est également fracturée; et à son niveau, ou un peu en arrière, se trouve une saillie présentant tous les caractères d'une surface articulaire, qui ne peut appartenir qu'à l'astragale déplacé; la peau est fortement tendue sur cette saillie.

Au point de vue de la marche, dans les deux cas la peau se gangrène au bout d'un certain temps par suite de sa tension et de la pression qu'elle supporte: cinq jours après l'accident dans la première observation, douze jours après, dans la seconde.

L'eschare s'élimine et laisse à nu la partie de l'astragale que l'on sentait à travers la peau; enfin, comme complication, on voit survenir un abcès en arrière de la malléole externe; mais dans un cas, il apparaît avant l'extraction des fragments, et dans l'autre après cette extraction.

Enfin, au point de vue du traitement et de ses résultats, dans les deux cas la réduction immédiate est inutilement tentée; l'affection est à peu près abandonnée à elle-même, sauf les soins nécessaires jusqu'à la chute de l'eschare, et c'est par l'ouverture produite par ces désordres et agrandie dans l'un des cas que l'extraction du fragment astragalien est pratiquée. Après l'opération, on a à lutter dans les deux cas contre la tendance qu'a le bord interne du pied à se porter en dedans et en haut.

HYGIÈNE.

Diverses mesures de la vitalité,

Par M. Bertillon.

Les recherches de l'hygiène et de la statistique ont prouvé, dit l'auteur, que toute influence salutaire ou défavorable qui s'étend sur un grand nombre de personnes a pour résultat d'agir non-seulement sur la santé, mais encore sur la vitalité; que, par exemple, la cherté des denrées alimentaires augmente la mortalité; que l'habitation des grandes villes, et notamment de Paris, l'augmente si violemment qu'un même nombre compris entre 15 et 60 ans, et qui donnerait annuellement 100 décès en province, en donne 131 à Paris (1850-52), et un nombre d'hommes, qui aux mêmes âges donnerait 100 décès, en donne 125 à Paris.

Ces faits et beaucoup d'autres prouvent donc que la vie humaine est une mesure délicate et très-sensible des conditions de l'hygiène; malheureusement cette mesure, qui en effet est excellente, a été gâtée par l'empressement de ceux qui ont voulu l'appliquer sans avoir appris à s'en servir.

C'est, en effet, par le défaut de toute méthode et de toute sévérité que l'on a tant de manières différentes et divergentes d'apprécier la vitalité d'un groupe humain. M. Bertillon en compte jusqu'à 10 sur lesquelles 5 à 6 ont la prétention de représenter la vie moyenne. Ainsi, en France (période 1840-59), la vraie vie moyenne des mathématiciens est de 40 ans, 15. Cependant, elle serait de 35,5 d'après la méthode d'un grand nombre de statisticiens, et particulièrement de M. Legoyt dans les documents officiels; de 36,6 d'après le mesurage de M. Guillard; de 38 selon la méthode de plusieurs autres; de 41 selon le procédé de Price, adopté par M. Ch. Dupin; enfin de 43 selon une dernière méthode. Il est évident que, malgré la célébrité de ces statisticiens, leurs procédés sont vicieux. C'est ce que cherche à démontrer M. Bertillon.

La première idée de la vie moyenne est due à Nicolas Bernoulli; elle lui est venue en appliquant à la durée de la vie humaine la formule de l'espérance mathématique, laquelle règle la part à laquelle chaque joueur a droit s'il quitte le jeu avant la fin de la partie; de même, si un nouveau-né, un adulte de 30 ans, un vieillard de 70 (d'une santé normale à ces âges respectifs), cessaient de s'abandonner aux chances aléatoires de la vie ou de la mort qui peut les faire périr demain ou au delà de leur 100e année; si, dit-il, ils pouvaient changer cet avenir incertain contre un fixe assuré, quelle serait la part de chacun? Cette part, qui ne peut évidemment se déterminer que d'après les chances de vie et de mort qui pèsent actuellement sur chacun des âges qui leur restent à parcourir, cette part est précisément la vie moyenne à la naissance, à 30 ans, à 70 ans.

On peut donc définir la vie moyenne à la naissance (la seule dont il s'occupe): La quantité d'années à vivre auxquelles auraient droit les nouveau-nés du milieu étudié, si on partageait également entre eux les chances de vie et de mort propres à chaque âge. C'est cette moyenne vie qui est de 40 ans, 15 en France. Cette idée de la *vie moyenne* est admise par tous les mathématiciens, et ne peut être contestée. Mais sa détermination est délicate et fort laborieuse, c'est ce qui lui a suscité tant de rivales. La plus importante est *l'âge moyen des décédés* qui est en France de 35,5 (période 1840-59) et que M. Legoyt appelle aussi vie moyenne. M. Bertillon établit que si la population française était immuable depuis un siècle, si notamment une mortalité très-rapide n'eût pas décimé l'enfance il y a 50 à 60 ans; si les guerres de l'Empire n'eussent pas fait disparaître violemment plus de 1 million et demi de nos jeunes hommes, les rangs de nos vieillards seraient moins décimés, et les deux valeurs se rapprocheraient l'une de l'autre. Elles seraient même identiques si l'invariabilité eût été absolue. C'est cette hypothèse de l'invariabilité de tous les mouvements d'une population pendant plus d'un siècle, dans laquelle se sont peut-être trop complu les mathématiciens purs, qui a égaré si souvent les statisticiens, lesquels ont cru pouvoir emprunter la conclusion (l'égalité de la vie moyenne et avec l'âge

personnel, adressé aux sociétaires, peut seul donner des résultats importants.

Afin que chacun puisse connaître quelles adhésions il y a lieu de solliciter, le bureau a dressé la liste des docteurs habitant le département de la Seine, qui ne font pas encore partie de l'Association. A ceux des confrères honorables compris dans cette liste, qui vous sont plus particulièrement connus, présentez les demandes d'admission ci-incluses: dès que chaque demande sera signée, veuillez l'appuyer vous-même et la renvoyer sans autre formalité au secrétaire général qui sera toujours heureux de joindre sa signature à la vôtre.

Forts d'une longue expérience, nous savons qu'à l'oubli ou à l'ignorance des formes adoptées par l'Association doivent être attribuées presque toutes les abstentions que nous regrettons, et nous pouvons vous assurer que vous trouverez en général le plus vif empressement. Toutefois, comme il n'est pas impossible que vos démarches rencontrent quelques hésitations, quelques résistances, nous croyons devoir vous rappeler en peu de mots comment l'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, reconnue en 1851 comme établissement d'utilité publique, a rempli, jusqu'à ce jour, la mission qu'elle s'est spontanément imposée.

Il serait trop long de retracer ici en détail par quels efforts et par quels succès l'Association, prenant sous son patronage la cause de praticiens injustement attaqués devant les tribunaux, a obtenu la consécration de certains droits contestés de notre profession. Les questions résolues, grâce à l'Association de la Seine, conformément aux intérêts et à la dignité du corps médical, sont fort nombreuses; nous ne citerons que les plus importantes: 1° le secret médical en matière de déclaration de naissance et de déposition en justice (sollicitée par des médecins des départements et des colonies, l'Association a accordé plusieurs fois son appui moral et matériel); 2° le privilége du médecin sur le propriétaire; 3° la faculté de refus d'expertise médico-légale sauf dans le cas de flagrant délit. Nous rappellerons aussi le retrait de l'ordonnance du préfet de police du 25 janvier 1838, au sujet des autopsies, et le rapport rédigé à la demande du préfet de la Seine sur les moyens les plus simples et les plus commodes pour constater la cause des décès dans la ville de Paris.

Quant aux actes d'assistance, ils se résument ainsi qu'il suit: près de 200,000 francs distribués aux sociétaires ou à leurs ayants droit, et plus de 37,000 francs répartis entre des médecins étrangers à l'Association, leurs veuves et leurs enfants, plusieurs bourses obtenues pour des enfants des sociétaires et de nombreuses admissions dans les établissements hospitaliers.

Au sujet des allocations accordées aux sociétaires, nous nous bornerons à vous rappeler que déjà nous avons pu donner 1,200 et 1,300 francs pour une année. Il est doux de penser que bientôt chaque membre de notre société sera au moins assuré de ne jamais manquer du nécessaire.

L'abandon du sixième du fond de secours, contrairement aux règles de la mutualité, mérite de fixer particulièrement votre attention; il a en effet suppléé en grande partie à l'impôt prélevé par la mendicité à domicile; c'est là un service que nous ne saurions proclamer trop haut. L'Association tient à honneur de délivrer complétement le corps médical de la Seine de ces sollicitations importunes et humiliantes, qui ont fait tant de dupes. Organisée pour procéder à des enquêtes minutieuses, elle peut démasquer les ruses de l'escroquerie et réserver les secours de la charité pour les infortunes réelles et méritantes. Que chacun de nos confrères renvoie sans examen à la commission générale toutes les demandes qui lui seront présentées, et bientôt disparaîtra un usage qu'il importe de détruire au plus vite. Avec le concours de tous, le succès est assuré: mais pour que tous les intéressés aient le droit de refuser sans scrupule, pour que l'Association suffise à soulager les infortunes dignes de son intervention, il faut, vous le comprenez, que, s'inscrivant au nombre de nos associés, chacun de nos confrères contribue pour sa part aux répartitions de la Société.

Déjà notre capital s'élève à 300,000 francs, et chaque jour les donations se succèdent plus grandes et plus nombreuses; les noms, quelques-uns illustres, tous honorés, des sociétaires actuels ajoutent à l'influence que l'Association des médecins de la Seine a conquise près des pouvoirs publics. Tout en reconnaissant que les ressources et l'autorité de l'Association sont aujourd'hui suffisantes pour l'assistance et la protection des associés, la commission générale pense néanmoins qu'il y aurait grand avantage pour les intérêts généraux à obtenir l'adjonction de tous les membres honorables du corps médical de la Seine. Voilà pourquoi elle a cru devoir convier tous les hommes de bonne volonté au développement de l'œuvre qui a révélé la puissance et les avantages de la solidarité confraternelle. Dr Brochin.

Considérations sur le développement du tissu osseux et sur les lésions élémentaires des cartilages et des os, par le docteur Ranvier, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc. Mémoire in-8° de 72 pages et 1 planche, contenant 8 fig. dessinées par Lackerbauer. Prix: 2 fr. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

moyen des décédés) sans souci pour l'hypothèse d'un état stationnaire qui en était la condition *sine quâ non*.

L'orateur passe ensuite en revue les autres valeurs que l'on a prises comme adéquates à la vie moyenne, tel que le quotient de la population par les naissances.

Il montre que ce rapport non plus que le quotient de la population par les décès, qui en France égale 43, ne peuvent être pris pour la vie moyenne ni par aucune raison théorique, ni en fait.

Il ne fait pas grâce davantage à une valeur et à une logique de juste milieu employées (sans démonstration préalable) par M. Charles Dupin, et qui consiste à diviser la population par la demi somme des décès et des naissances.

L'orateur examine ensuite des erreurs de même ordre faites dans l'appréciation de la vie probable; puis il passe à l'examen de la valeur que l'on doit attribuer à la mortalité générale obtenue en divisant les décès par la population. Cette valeur est de 0,023, soit 23 décès annuels sur 1,000 vivants. Mais il montre que si la mortalité *générale*, qui pèse aujourd'hui sur chaque âge, restait invariable pendant 50 à 60 ans, elle s'élèverait peu à peu jusqu'à 0,025, par ce seul fait que les rangs aujourd'hui clair-semés de nos vieillards (par le fait de la mortalité et des tueries d'un autre âge), iraient se remplissant. Dès lors, bien que le danger de mourir à chaque âge fût resté invariable, la mortalité générale se serait accrue, parce que notre population renfermerait plus de vieillards.

Il montre ensuite que la même aggravation de la mortalité générale serait plus flagrante encore si, par une circonstance quelconque, comme une succession d'années de grande prospérité, une émigration continue, ainsi qu'il arrive à l'Allemagne, le grand nombre des naissances, et par suite des nouveau-nés, augmentait dans de très-grandes proportions la mortalité générale, et pourtant cette augmentation n'indiquerait nullement qu'une aggravation de la mortalité à chaque âge se soit manifestée, seule aggravation qui révèle une modification sanitaire.

M. Bertillon conclut qu'il faut réserver exclusivement la dénomination de vie moyenne et de vie probable pour les valeurs mathématiques qu'il a définies. Leur détermination est laborieuse et délicate, mais il a donné les formules et des exemples de calcul dans la douzième édition du *Dictionnaire* dit *Nysten*, de MM. Littré et Robin, qui vient de paraître.

Il ajoute que pour les besoins de l'hygiéniste, il lui suffira toujours de donner la mortalité par grand groupe d'âge, par exemple de 0 à 5 ans; de 5 à 15 ans; de 15 à 60 ans, et au delà de 60; mais une division plus analytique sera toujours préférable. Il est évident que cela nécessite que l'on connaisse la distribution, par âge, et des décédés et des vivants qui les ont fourni, puisque c'est le quotient des premiers par les seconds qui donne la mortalité.

Il faut donc réclamer instamment cette distribution, par âge, des vivants et des décédés des administrations chargées des enquêtes statistiques; la seule connaissance des décédés, par âge, est absolument insuffisante et plus propre à égarer. Mais si on connaît seulement le total des décédés et des vivants sans qu'il soit possible de se procurer la division par âge des uns et des autres, le document est imparfait et l'on devra être très-circonspect dans son interprétation. On s'efforcera d'en resserrer la signification par les circonstances particulières à chaque cas, en notant la proportion des naissances annuelles, des mouvements migratoires, et de tout ce qui peut jeter quelques lueurs sur la distribution des vivants selon les âges.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. le docteur Gubler qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Pellarin qui demande à l'Académie des instructions sur les précautions à prendre dans la vaccination contre les chances de transmission d'autres virus (Commission de vaccine);

3° Une note avec figure sur un appareil de ventilation appliqué à l'hôpital de la Pitié, par M. le docteur Matice (Commission de l'hygiène des hôpitaux);

4° Une lettre de M. le docteur Viennois, de Lyon, qui propose une série d'expériences dans le but de résoudre la question de savoir : si le liquide vaccinal limpide d'un syphilitique, c'est-à-dire sans mélange de sang apparent, peut, oui ou non, transmettre un chancre induré au point d'inoculation (Commission de vaccine);

5° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une nouvelle pince à tordre les polypes du larynx. Cet instrument se compose d'une tige à maillons brisés dans la partie courbe et se terminant par une pince dont les deux branches sont à ressort. Cette tige-pince est maintenue dans une gaîne pourvue d'une rondelle qui sert de point d'appui à l'opérateur pour la faire avancer ou reculer, afin d'ouvrir ou de fermer les branches de la pince. Lorsque le polype est saisi, l'opérateur n'a plus qu'à imprimer au manche de l'instrument un mouvement de torsion et de traction. Cette manœuvre permet d'extraire le polype en le pédiculisant et met à l'abri des hémorrhagies. En variant la forme et les dimensions le même système pourrait être appliqué à l'extraction des polypes utérins et pharyngiens.

A — A — B — A — MATHIEU — C — D

M. LE SECRÉTAIRE mentionne ensuite une lettre de M. le docteur Chassénat (d'Hyères) dans laquelle il invite l'Académie à se tenir en garde contre les détails romanesques et l'histoire tant soit peu fantastique qui lui ont été transmis au sujet du prétendu sauvage du Var. La vie de cet homme, dit-il, n'a rien d'extraordinaire, elle est commune à une foule de bûcherons et de charbonniers de cette localité. (Renvoyé à la Commission déjà nommée.)

M. CERISE dépose sur le bureau une circulaire annonçant qu'un congrès médical espagnol aura lieu à Madrid au mois de septembre 1866. Il sera ouvert le 24 septembre et durera six jours. Les questions posées par le bureau d'organisation de ce congrès sont les suivantes :

1° Des réformes que nécessitent les hospices, hôpitaux, manicomes, prisons, au point de vue médical et administratif;

2° Analyse histologique, chimique et clinique de l'infection purulente;

3° De la nature de la fièvre typhoïde et de son traitement;

4° Quelles réformes exige le code pénal en vigueur considéré au point de vue médical.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° deux rapports d'épidémies par M. le docteur Danson de Béthune; 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements du Jura, de la Haute-Savoie et de la Sarthe (Commission des épidémies); 3° un mémoire sur la poussée thermale suisse, par M. le docteur Caillat; 4° les rapports sur le service médical des eaux minérales de Piétrapola (Corse), par M. le docteur Perelli, et des bains de mer de Calais, par M. le docteur Chély (Commission des eaux minérales); 5° une lettre de M. Bayard (de Cirey-sur-Blaise) sur les inconvénients de la vaccine (Commission de vaccine).

LECTURE.

Diverses mesures de la vitalité. — M. BERTILLON, candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : Des diverses mesures de la vitalité. (Renvoi à la section.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

Suite de la discussion sur la syphilis vaccinale.

Nous reproduisons un extrait du discours que M. Bousquet à lu dans la précédente séance :

M. BOUSQUET. L'inoculation se pratiquait de temps immémorial en Orient lorsqu'elle fut apportée à Londres, en 1721. Malgré ce qu'en disaient ceux qui l'avaient vue à l'œuvre, elle ne fut accueillie qu'avec une extrême défiance : il n'y avait pas dans la science de théorie qui pût faire comprendre que se donner volontairement la petite vérole, c'était l'apaiser et la réduire à l'impuissance. Les médecins demandèrent des expériences, on leur livra trois criminels auxquels, comme on l'a dit, l'inoculation sauva doublement la vie, en les tirant de la potence, qu'ils avaient méritée, et en les préservant de la petite vérole dont ils seraient morts probablement.

Après cet essai, la nouvelle méthode se répandit et fit d'assez rapides progrès, sans cependant devenir d'un usage général. Néanmoins, la critique ne cessa jamais ses attaques; les uns disaient que la variole artificielle ne pouvait tenir lieu de variole naturelle, et on citait des exemples de récidive; les autres soutenaient qu'elle ne préservait que trop, en ce qu'à la place de la petite vérole, elle mettait des maladies non moins dangereuses, telles, entre autres, que les affections virulentes et contagieuses, parmi lesquelles on comprenait nommément la syphilis; mais des faits positifs et détaillés, on n'en citait pas; et l'inoculation a régné quatre-vingts ans!

Lorsqu'en 1800 la vaccine fit son entrée en France, sous la conduite de Woodville, la critique renouvela ses attaques presque dans les mêmes termes; mais, plus ardente et plus hardie, elle cita vaguement quelques faits de syphilis à la suite de la vaccine. On y donna peu d'attention, et ils furent bientôt oubliés.

Ainsi, pendant un siècle et plus, l'inoculation et la vaccine, tant calomniées, n'avaient pas eu à se défendre sérieusement contre l'accusation dont on s'avise aujourd'hui, et que M. Depaul a portée courageusement devant vous.

Il faut venir jusqu'en 1824, si je ne me trompe, pour trouver le premier exemple hautement avoué de syphilis *vaccinale*.

Depuis lors, il est vrai, on s'est passablement enhardi; mais, chose digne de remarque, ces exemples malheureux ne se sont jamais présentés aux hommes les mieux placés pour voir : M. Husson, mon glorieux prédécesseur, n'en a jamais vu; je n'en ai jamais vu; M. Depaul lui-même n'en a jamais vu dans le champ de son observation, et je me plais à lui prédire qu'il n'en verra jamais.

La syphilis vaccinale paraît inconnue dans l'armée. Vous savez que les chirurgiens militaires des hôpitaux et des régiments font annuellement des rapports sur la santé des hommes confiés à leurs soins. Ces rapports sont conservés dans les archives du Conseil de santé, au ministère de la guerre. Notre honorable confrère, M. H. Larrey, a revu ces rapports, à l'occasion de cette discussion, et il n'y a pas trouvé trace de syphilis *vaccinale;* et cependant c'est bien là qu'elle devrait se montrer, puisque la syphilis non vaccinale y est si commune.

Mais les vaccinations officielles touchent peu, à ce qu'il paraît, M. Bouvier; il ne veut pas même qu'on en parle. Paroles imprudentes! s'est-il écrié; dites donc paroles naturelles, pleines de sens et d'enseignement pour qui sait les comprendre! Il est évident qu'on veut insinuer que les vaccinateurs officiels, ne suivant pas les vaccinés, ne peuvent savoir ce qui leur arrive; non, ils ne les suivent plus, à moins d'un intérêt particulier, comme quand ils font des expériences pour éclaircir un nouveau point de doctrine ou de pratique. Ce qui était bon, utile, aux premiers temps de la découverte, serait inutile et déplacé aujourd'hui. On ne recommence pas tous les jours la science; il faut que les vérités acquises servent à quelque chose, ne fût-ce qu'à démasquer l'erreur : c'est la leçon que j'en voudrais tirer en ce moment.

Mais si les enfants vaccinés dans les établissements publics sont abandonnés des médecins, ils ont des parents qui ne les quittent pas : au moindre signal, on court au médecin vaccinateur, et on le rend ainsi témoin des suites de l'opération. Combien de fois ne m'a-t-on pas ramené des enfants avec des érysipèles, des phlegmons, des rougeurs au visage, des éruptions à la peau, etc. Mais des accidents syphilitiques, jamais. Trois ou quatre fois seulement, dans une carrière de plus de trente ans, il est venu aux vaccinations de l'Académie des enfants qui m'étaient signalés comme suspects de syphilis : je les ai vaccinés comme les autres, j'en ai repris le vaccin; à dessein, je l'ai inoculé sans scrupule, couvert que j'étais par l'autorité de mes maîtres, et je n'ai jamais eu à me repentir de ma confiance, ni de ma témérité.

Cependant, je vous prie de croire que j'y regardais de très-près; j'y donnerais encore plus d'attention aujourd'hui, après les nouveaux avertissements de M. Depaul; mais je n'apporterais à cet examen ni plus de simplicité, ni plus de bonne foi.

M. Trousseau, pour nous persuader que nous sommes de son parti sans nous en apercevoir, assure que le transport de la syphilis par la vaccine, que nous rejetons si loin en paroles, nous y croyons tous un peu dans la pratique. Et en preuve, il ajoute qu'il n'est pas un médecin sensé qui, ayant à choisir entre deux enfants porteurs de vaccin, l'un parfaitement sain, l'autre syphilitique, ne donnât la préférence au premier; oui, sans doute, et il serait impardonnable de faire autrement; mais croit-on qu'il hésiterait entre un bel enfant et un enfant chétif? La science est étrangère à ce choix; il se fait d'instinct, sans réflexion.

Pardonnez. On ne connaît ni la patrie originelle, ni le jour de naissance de la syphilis vaccinale. M. Depaul la prend en 1824 et la suit jusqu'à nos jours, ce qui comprend une période de quarante années. « Il a fallu, dit très-bien M. Ricord, *condenser* plus de quarante ans d'observation, et ces cas malheureux qui ne constituent qu'une rare exception, il a fallu les emprunter à l'Allemagne et à l'Italie; car, en France, ils sont encore plus rares; on pourrait facilement les compter. »

Cette remarque, si simple en apparence, contient une utile leçon; elle nous apprend qu'il n'est pas de fait, de phénomène si extraordinaire, si rare qu'il soit, qu'on ne puisse faire paraître commun en le prenant partout sans égard pour le temps et les distances.

Pour apprécier les faits dans leur nombre, il faut les rendre aux temps où ils se sont produits; pour les apprécier dans leur exactitude, il faut les rapporter aux observateurs.

Parmi les faits cités dans le rapport, il en est un qui se recommande par le nom de M. Trousseau : celui de la jeune femme de l'Hôtel-Dieu. Non-seulement M. Trousseau affirme qu'elle n'avait pas la syphilis, mais il croit qu'elle l'a reçue de la vaccine et avec la vaccine.

Je remarque d'abord l'ordre de l'argumentation. Quand on manque de preuves directes, on procède indirectement, par la méthode dite d'*exclusion;* c'est aussi ce qu'a fait M. Trousseau : il a commencé par faire les suppositions les plus vraisemblables; puis, il les reprend une à une et les écarte comme ce qu'il y a de plus invraisemblable, jusqu'à ce que, d'exclusion en exclusion, il se trouve comme acculé à la proposition où il veut arriver et dont l'esprit ne peut se défendre; à moins cependant de rester dans le doute, mais c'est ce qu'il ne veut pas.

Les adversaires répondent premièrement que cette femme avait une affection de l'utérus, et avec cela des *granulations* au col : je dis des *granulations;* mais était-ce bien des granulations? On s'y trompe souvent. Par une illusion d'optique, on prend pour des granulations les bourgeons charnus d'une ulcération dont l'aspect momentanément changé fait paraître en relief ce qui est en creux et transforme aux yeux de l'observateur l'ulcération elle-même.

Cette remarque, essentiellement pratique, ne pouvait être faite que par un praticien habile et exercé; elle est en effet de M. Desormeaux. Plus d'une fois dupe de l'illusion qu'il signale, il s'accuse devant ses élèves pour les prémunir contre une erreur où il est quelquefois tombé.

La remarque est ici d'autant mieux placée que les désordres de cette femme depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu autorisent toute espèce de soupçons sur ses commencements.

Au reste, je tiens peu à me donner raison sur ce fait en particulier; il serait convaincu de faux qu'on se rejetterait sur les autres, pour lesquels nous n'avons aucun moyen de contrôle, si ce n'est peut-être celui que les observateurs exercent entre eux par leur méfiance mutuelle.

Vous avez entendu MM. Ricord, Blot, Briquet discourir sur les faits du rapport; je fais ici un appel à vos souvenirs : n'est-il pas vrai qu'à mesure qu'ils avançaient dans cet examen, votre confiance s'en allait?

Pourquoi cela? Serait-ce que le premier exemple de syphilis *vaccinale* a mis un siècle à se montrer? Serait-ce que les exemples en sont si rares qu'ils se perdent dans la masse des faits contraires? Serait-ce que les observateurs manquent d'autorité? Nous ne leur ferons pas cette injure.

Qu'est-ce donc? Pourquoi tant d'hésitation et de défiance pour l'observation? C'est qu'une syphilis issue directement ou indirectement de la vaccine paraît quelque chose d'inouï et de monstrueux cela choque le bon sens et les notions les plus élémentaires de la pathologie; c'est que les sens et l'esprit se combattent et s'accusent réciproquement d'erreur.

Élevé dans ces principes, je prends la question à un autre point de vue. Jusqu'ici elle n'a été examinée que dans les faits, je la considère dans les principes.

Or, un des principes les mieux établis de la pathologie en matière de contagion, c'est que les virus nés de semence se perpétuent par génération; s'il en est qui se forment, qui s'engendrent d'eux-mêmes, c'est-à-dire par les forces vives de l'organisme, sous l'influence de causes communes, comme le typhus et la pustule maligne, il est encore plus sûr qu'une fois éclos, ils créent de nouveaux germes qui les reproduisent et les répandent à la façon des plantes et des animaux, et plus exactement encore; car, dans la famille des virus, il n'y a ni promiscuité, ni croisement, ni mulets, ni métis, rien d'hybride, enfin; tout s'y passe simplement, et selon les règles de la plus stricte légitimité.

Chaque virus a sa constitution qui lui est propre, sa nature, son individualité, j'allais dire sa personnalité. On peut les détruire; les transformer, jamais. Mêlés ensemble, c'est une question de savoir s'ils se neutralisent; cependant, au dire de M. Auzias-Turenne, un médecin de Christiania aurait étouffé le virus vaccin dans le virus syphilitique; je n'ai aucune raison pour le contredire; et cependant, je demande que l'expérience soit répétée. Pour moi, on le sait, j'ai mêlé, après bien d'autres, le virus vaccin avec le virus varioleux, et les deux virus, inoculés ensemble par le même coup de lancette, se sont débrouillés tranquillement, et chacun a marché de son côté avec la même liberté que si l'inoculation en eût été faite séparément.

Ce résultat, qui me surprit alors, me paraît aujourd'hui tout naturel. Rien de plus commun que les exemples de variole et de vaccine marchant ensemble : il y en a dans toutes les épidémies. A-t-on jamais vu la vaccine prise sur un varioleux communiquer la variole? Et, réciproquement, est-il jamais arrivé que la variole prise d'un vacciné ait communiqué la vaccine? On l'a cru, on l'a dit plus d'une fois pour prouver l'identité des deux éruptions; mais il est survenu des explosions d'une éruption générale, et toutes les illusions se sont bientôt dissipées.

Et cependant la variole et la vaccine ont entre elles des airs de parenté incontestables; elles sont, passez-moi l'expression, elles sont du même sang ou peu s'en faut; on dit, par un abus de langage, qu'elles s'excluent, et, au contraire, elles se suppléent et se servent de caution l'une à l'autre.

Je tiens ces principes pour vrais, pour certains; et c'est en leur nom, c'est au nom de la loi qui régit les virus, que je déclare sinon impossible, du moins très-invraisemblable la transmission de la syphilis par la vaccine.

Que pensez-vous de votre doctrine? Qu'est-il donc arrivé au virus vaccin qu'il transmette la syphilis? Croyez-vous sincèrement qu'il participe en quelque chose de la syphilis sur le syphilisé; de sorte que, après cette détestable alliance ou mésalliance, il réunit en lui deux natures, deux personnes en une seule; si bien que, inoculé dans cet état mixte, il se reproduit sous les deux espèces?

Ou bien croyez-vous que les deux virus, sécrétés en même temps dans la même pustule et par la même membrane, s'y mêlent sans se confondre, au point que, quoique distincts, il est impossible à la lancette de les séparer et de prendre l'un sans l'autre?

Ou bien, enfin, êtes-vous d'opinion que, sur quelque sujet qu'il tombe, scrofuleux, dartreux, syphilitique, le vaccin se préserve de toute souillure, comme la piqûre elle-même?

De toutes les suppositions, c'est bien assurément la plus raisonnable; mais ce ne peut être la vôtre, car elle laisse subsister la difficulté tout entière, à moins que, pour vous tirer d'embarras, vous n'admettiez que la lancette a pris malencontreusement les deux virus et fait du même coup deux inoculations pour une.

Il est parlé, dans l'histoire de la science, de quelques cas de pustule maligne ou de charbon transmis par la piqûre des insectes, et notamment de grosses mouches; je conçois de la même manière le transport de la syphilis par la lancette du vaccinateur; ce serait un coup de lancette malheureux, et voilà tout.

Quoi qu'il en soit de ce rapprochement, je répète avec M. Gibert que la transmission des symptômes secondaires de la syphilis n'a rien de comparable avec la transmission de la syphilis vaccinale.

Au commencement de cette discussion, on ne parlait que de quelques faits rares, très-rares; maintenant, c'est par centaines qu'on les compte; M. Bouvier parle de 300. A la vérité, s'il apporte de nouveaux faits, il n'apporte pas de nouvelles preuves; il se contente de les affirmer de son témoignage, ce qui est beaucoup, et d'un ton, d'un accent qui ne pouvaient que faire une grande impression sur l'assemblée.

En y ramenant ma pensée, les objections de ses contradicteurs me sont revenues en mémoire, fortifiées des enseignements de la science. Dans l'incertitude où elles me laissent, je crois faire acte de prudence et de déférence pour mes honorables adversaires en restant dans le doute, dans ce doute philosophique qui, libre de tout engagement, laisse l'esprit toujours ouvert à la vérité quelle qu'elle soit.

Qui peut se flatter de connaître toutes les voies, tous les procédés, tous les moyens à l'usage de la nature dans les maladies contagieuses?

Dispute de mots, dira-t-on; non, dispute de choses.

N'est-ce donc rien, dans notre logique, que de rapporter l'effet à sa cause? N'est-ce donc rien, à vos yeux, que de réserver l'incorruptibilité du vaccin? N'est-ce donc rien que de réhabiliter la vaccine et de la conserver pure et chaste, comme nous l'avons toujours connue : la vaccine, de toutes les pratiques médicales la meilleure, sans comparaison, avec aucune autre?

Aussi, je ne m'en cache pas, je m'effraye à chaque nouveau coup qu'on lui porte, et toutes les précautions de ses agresseurs ne me rassurent qu'imparfaitement. Si le virus vaccin peut se souiller du virus syphilitique, que cherchez-vous les moyens d'écarter le danger, il n'y en a pas, hormis, dit-on, la vaccine *animale*. La vaccine animale! Ne me parlez pas, je vous prie, de cette étrangère. Lorsque Jenner eut trouvé le *cow-pox*, il savait bien qu'il tenait en main le préservatif de la petite vérole; mais le croirait-on? il ne savait qu'en faire; et, en effet, c'en était fait de sa découverte s'il eût fallu, comme il le croyait, revenir à la vache à chaque nouvelle opération. C'est à ce temps reculé qu'on voudrait nous reporter, sous le double prétexte de rendre au vaccin affaibli sa force native, et de prévenir ici le danger, peut-être plus imaginaire que réel, ou au moins infiniment rare; et il y a de cette rareté plus que le fait, il y a de bonnes raisons à donner et que je donnerai en temps et lieu; mais n'anticipons pas, la vaccine dite *animale* n'est pas en discussion pour le moment; son tour viendra avec le rapport dont la lecture de M. Lannois ne peut manquer d'être l'objet.

Notre judicieux confrère, M. Devergie, vous a signalé, dans l'intéressante communication qu'il vous a faite, les inconvénients de la voie dans laquelle M. Depaul s'est engagé; je me joins à lui, non pas pour vous demander une nouvelle commission, mais pour vous proposer le renvoi du rapport en discussion à la Commission de vaccine.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

192. De la mise en rapport dans l'appareil respiratoire de l'élément sanguin avec l'élément respiratoire, par M. Gaillard.

193. De la myodopsie ou des mouches volantes et fixes, par M. Feuillerde.

194. Quelques mots sur la fracture du rocher, par M. Jarrou.

195. Des kystes muqueux du col de l'utérus et des polypes utéro-folliculaires, par M. Monnoye.

196. De l'empoisonnement par le phosphore, par M. Jabely.

197. Étude sur la fève de Calabar, par M. Junier.

198. De l'emploi topique de l'huile de croton tiglium dans l'anasarque, par M. Moreau.

199. De l'endocardite ulcéreuse, par M. Vast.

200. Considérations sur l'historique et le développement de l'encéphale, par M. Krishaber.

201. Des tumeurs furonculeuses (furoncle, anthrax). — Examen comparatif des divers modes de traitement, par M. Le Sourd-Dussiples.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Conférences historiques de médecine et de chirurgie.

Ces conférences auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le lundi à sept heures et demie du soir, dans l'ordre et sur les sujets suivants :

Le lundi 20 mars, M. Verneuil. — Les chirurgiens érudits. — Antoine Louis.

Le lundi 27 mars, M. Lasègue. — L'École de Halle (Stahl, Freder, Hoffmann).

Le lundi 3 avril, M. Broca. — Celse.
Le lundi 10 avril, M. Chauffard. — Laënnec.
Le lundi 24 avril, M. Trélat. — Félix Würtzius (seizième siècle).
Le lundi 1er mai, M. Parrot. — Maximilien Stoll.
Le lundi 8 mai, M. Le Fort. — Riolan.
Le lundi 15 mai, M. Lorain. — Jenner.
Le lundi 22 mai, M. Follin. — Guy de Chauliac.
Le lundi 29 mai, M. Gubler. — Sylvius et l'Iatrochimie.
Le lundi 12 juin, M. Tarnier. — Levret.
Le lundi 19 juin, M. Axenfeld. — Jean de Wier et les Sorciers.
Le lundi 26 juin, M. Béclard. — Harvey.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le concours pour trois places de médecins au Bureau central des hôpitaux s'est ouvert, comme nous l'avons annoncé, lundi 13 mars. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Des coliques.*

— Le concours des prix des internes en pharmacie est terminé. La liste des lauréats a été arrêtée comme il suit :

1re division. — *Prix :* M. Byasson. — *Accessit :* M. Langelé. — *Mention honorable :* M. Champigny.

2e division. — *Prix :* M. Chedeville. — *Accessit :* M. Pouillet. — *Première mention honorable :* M. Pelhuche. — *Deuxième mention honorable :* M. Delehaye.

— Le respect du secret professionnel, en si haute vénération chez tous les praticiens, vient encore de recevoir une nouvelle sanction.

Les Cours de Montpellier et de Grenoble ont jugé que le consentement même de la personne intéressée ne peut obliger le médecin à faire connaître les maladies qu'il a traitées, si elles lui paraissent, à raison de leur nature, devoir rester secrètes.

Aux termes de ces décisions, l'obligation du secret prescrit par l'article 378 du Code pénal est établie dans un intérêt général, et peut seule concilier à la profession médicale, dont l'exercice importe à la société tout entière, la confiance publique. (*Opinion nationale.*)

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 mars.

Ordre du jour :

1° M. L. Labbé, *Mémoire sur l'adénite du sein.* — 2° M. Chausit, *Observation d'acné sebacea syphilitique.*

— Les citations *entre guillemets* des opinions de M. Claude Bernard, invoquées par M. Montanier dans ses articles *Vitalisme et organisme,* appartiennent à la rédaction publiée par la *Revue des cours scientifiques.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

De la tuberculisation des organes génitaux de la femme, par le docteur Paul Brouardel, interne lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol in-8° avec figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1865, P. Asselin, libraire-éditeur.

De la contagion dans l'érysipèle, par le docteur Henri-Charles Martin, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. Grand in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1865, P. Asselin, libraire-éditeur.

De la sclérodermie, par le docteur Paul Horteloup, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Prix : 3 fr. — Paris, 1865, P. Asselin, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 33. — SAMEDI 18 MARS 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 18 MARS 1865. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Depuis le mois de novembre dernier où ont commencé à se manifester les caractères habituels des maladies saisonnières hivernales, la constitution médicale de Paris n'a pas sensiblement changé. En novembre et en décembre on a vu la prédominance de plus en plus marquée des phlegmasies des voies respiratoires et des affections rhumatismales. Ce sont encore les mêmes maladies qui ont dominé en janvier et que nous verrons aussi en tête des rapports pour les mois de février et de mars. A ce point de vue il y aura lieu de reprendre l'ensemble de ces cinq mois pour déduire de leur rapprochement la caractéristique générale de la constitution médicale de cet hiver. Mais il n'en est pas moins intéressant de la suivre mois par mois; et loin de critiquer la marche qu'a adoptée la commission de la Société médicale des hôpitaux en présentant ainsi mensuellement les oscillations des manifestations pathologiques dans leurs relations avec les influences climatériques qui les produisent ou les modifient, nous ne pouvons que l'approuver, au contraire, et continuer à suivre le bon exemple qu'elle nous donne.

Le rapport de M. Gallard, pour le mois de janvier, constate, ainsi que nous venons de le dire, pour cette période comme pour les deux périodes mensuelles précédentes, une prédominance marquée des phlegmasies aiguës des voies respiratoires et des rhumatismes, avec cette seule différence toutefois que tandis que les rhumatismes qui tenaient le premier rang en novembre et en décembre se sont maintenus à peu près au même chiffre en janvier; le nombre des phlegmasies pulmonaires, et principalement des pneumonies, s'est considérablement accru. Dans presque tous les services, celui de M. Grisolle à l'Hôtel-Dieu excepté, on a constaté cette augmentation. Ainsi à l'hôpital Beaujon en janvier 26 cas de pneumonie, 11 dans le service de M. Moutard-Martin, 10 dans celui de M. Frémy et 5 dans celui de M. Gubler. A Lariboisière, M. Moissenet en a eu 10; M. Woillez en a eu 7 à Cochin, et M. Gallard 6 à la Pitié. Dans la plupart de ces cas, ainsi que cela avait eu lieu le mois précédent, c'est surtout pendant le cours des bronchites aiguës que les pneumonies sont survenues. Aussi suffisait-il le plus souvent d'administrer un vomitif au début pour amener la guérison. M. Moissenet ayant remarqué une tendance à l'adynamie dans la plupart des cas, et dans quelques-uns le type rémittent, a eu recours avec avantage au quinquina ou au sulfate de quinine, suivant qu'il avait affaire à l'une ou à l'autre de ces deux indications.

Si les pneumonies ont été généralement bénignes chez les adultes, il n'en a pas été de même chez les vieillards, notamment à la Salpêtrière où elles ont été en même temps très-fréquentes et très-graves. Ainsi, dans le service de M. Vulpian, sur 24 cas, il y a eu 15 décès. Il en a été à peu près de même dans le service de M. Charcot. Pendant le mois de novembre il avait reçu à l'infirmerie 9 femmes atteintes de pneumonie, 1 seule était morte, les 8 autres restaient en traitement au 1er janvier. Dans le cours de ce dernier mois, il y a eu 14 nouvelles admissions, ce qui donne un total de 22 malades, sur lesquelles 11 sont mortes, 9 sont sorties guéries, et 2 restent en traitement. Des 9 qui sont entrées pendant le mois de décembre, 3 seulement ont guéri; tandis que sur les 14 qui sont tombées malades dans le mois de janvier, il y a eu 6 guérisons, et 2 sont restées en traitement à la fin du mois. — Sur les 11 autopsies qu'il a faites, M. Charcot a trouvé 7 fois de l'hépatisation, rouge ou grise, indiquant qu'il s'agissait bien d'une véritable inflammation parenchymateuse du poumon, et 4 fois seulement les lésions de la broncho-pneumonie, telle que la splénisation, soit seule, soit entremêlée de noyaux d'hépatisation lobulaire.

Ce n'est pas la première fois, paraît-il, que M. Charcot a constaté chez les vieillards cette prédominance de l'inflammation parenchymateuse du poumon sur la broncho-pneumonie. Il a observé, dit-il, de la manière la plus nette pendant le cours de ces trois dernières années, contrairement à ce qui a été dit dans ces derniers temps par plusieurs auteurs, que chez les vieillards de la Salpêtrière la pneumonie lobaire est plus commune ou tout au moins amène plus souvent la mort que la broncho-pneumonie.

Les pleurésies n'ont pas suivi la même progression ascendante que les pneumonies : il n'y en a eu, pour l'ensemble des hôpitaux, que 68 cas, dont 2 suivis de mort. Un seul cas, sur ces 68, a nécessité l'opération de la thoracentèse qui a été suivie de la guérison.

Les bronchites, très-nombreuses pendant tout le cours de janvier, se sont assez souvent présentées sous la forme de grippe. Dans quelques cas, en s'étendant à la totalité des bronches et jusque dans les ramifications capillaires les plus ténues, elles ont amené la mort. Sur un total de 408 bronchites qui figurent sur l'ensemble des hôpitaux, on a compté 27 décès. Les bronchites ont eu, comme on l'a vu plus haut, une influence notable sur la production d'un certain nombre de pneumonies. Elles ont eu une influence non moins sensible sur les affections pulmonaires chroniques. C'est ainsi que beaucoup de vieux catarrhes ont subi une recrudescence aiguë, et que des malades affectés depuis longtemps d'emphysème pulmonaire ont été pris de symptômes alarmants de suffocation dus à des bronchites intercurrentes. — Nous avons eu l'occasion de voir récemment dans notre clientèle un exemple très-remarquable de cette sorte de réveil d'une ancienne affection asthmatique, que l'on pouvait croire définitivement guérie depuis longtemps, sous l'influence d'une bronchite aiguë.

Enfin, chez un grand nombre de phthisiques, la maladie a été aggravée et sa marche fatale précipitée par la complication de ces phlegmasies aiguës intercurrentes.

Les rhumatismes figurent pour l'ensemble des hôpitaux, pendant le mois de janvier, au nombre de 282, dont 2 seulement suivis de mort. D'où l'on voit que s'ils ont été fréquents, ils se sont montrés en même temps d'une grande bénignité.

Comme complications du rhumatisme, le rapport signale deux cas de péricardite aiguë et un cas d'endocardite. On peut y rattacher aussi sept cas de chorée observés dans le service de M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants.

Les embarras gastriques qui s'étaient montrés si fréquents en novembre et décembre, ont considérablement diminué en janvier; on n'a observé également qu'un très-petit nombre de fièvres typhoïdes.

Les fièvres éruptives ont été beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus graves que les mois précédents. Le nombre des varioles et varioloïdes s'est élevé à 158, sur lesquelles il y a eu 18 décès. Quelques-uns des malades qui ont succombé avaient été vaccinés, et on a remarqué chez plusieurs enfants que la variole et la vaccine se sont développées simultanément sans exercer l'une sur l'autre d'autre influence qu'un peu de ralentissement dans leur évolution. Deux de ces enfants ont communiqué la variole à leurs mères.

Parmi les cas de variole, il en est un assez grand nombre qui se sont développés dans les hôpitaux. Sur 9 cas de variole observés dans le service de M. Moutard-Martin, à Beaujon, 2 se sont développés dans les salles. M. Frémy a eu 13 cas, dont 11 chez des adultes et 2 chez des enfants récemment vaccinés. De 11 variolés adultes, 2 sont morts, quoique l'un deux présentât des traces anciennes de bonne vaccine. M. Fournier, à Lariboisière, a eu 14 varioles bénignes, dont 3 contractées dans les salles. Dans le service de M. Gallard, à la Pitié, il y a eu 4 varioles bénignes, dont une survenue manifestement par contagion à l'hôpital, chez une malade affectée d'angine, qui avait été placée dans un lit primitivement occupé par une varioleuse. A Saint-Louis, M. Laillier a vu 9 cas de variole se développer chez des malades qui étaient depuis plus ou moins longtemps à l'hôpital pour d'autres maladies. Enfin, sur 10 cas observés par M. Besnier, à Saint-Antoine, 5 fois la variole a été manifestement contractée dans les salles. Une jeune femme de 19 ans, qui était dans ce cas, a succombé, quoiqu'elle eut été autrefois vaccinée.

Il y a eu des cas nombreux de rougeole à l'hôpital des Enfants et à l'hospice des Enfants assistés, où elle a fait quelques victimes. M. Jules Simon, à l'hôpital des Enfants, a vu 8 petits malades contracter la rougeole, après l'admission d'un enfant atteint de cette maladie. Dans le même hôpital, M. Roger a reçu du dehors deux enfants affectés de rougeole, qui ont succombé, mais sans que la maladie se soit propagée. A l'hospice des Enfants assistés, M. Vidal a eu à traiter 8 cas de rougeole, tous très-graves, et dont 3 ont été mortels. On n'a constaté que 4 cas de rougeole dans les hôpitaux d'adultes, 3 dans le service de M. Woillez à Cochin, et 1 à la Pitié, dans le service de M. Gallard. Ces 4 cas ont été légers et sans complications.

La scarlatine a été très-rare. On n'en a observé que quelques cas seulement, sans gravité, et tous terminés par la guérison. Deux malades observés par M. Gubler ont présenté tous deux de l'albuminurie, l'un a eu, en outre, des arthrites secondaires multiples et des plaques d'apparence diphthéritique sur le pharynx. De 4 cas traités dans le service de M. Roger, 2 ont débuté hors de l'hôpital, et les 2 autres se sont manifestés dans les salles.

Les érysipèles de cause interne ou spontanée ont augmenté en nombre et en gravité pendant cette période mensuelle. Ils ont été au nombre de 92, dont 9 suivis de mort. A l'hospice des Enfants assistés, M. Vidal a compté 3 décès sur 4 cas d'érysipèle développés chez des enfants de moins de 22 jours. Sur 3 cas d'érysipèle de la face, à Lariboisière, M. Moissenet a vu une fois survenir une méningite mortelle. La même complication s'est présentée à la Pitié, sur un des malades de M. Gallard. Malgré cette complication, malgré la gravité de l'érysipèle ambulant qui s'est étendu depuis le sommet de la tête jusqu'au creux du jarret, le malade a été assez heureux pour guérir. Notre confrère a été moins heureux dans un autre cas où l'érysipèle s'est manifesté à la face, dans le cours d'une pleurésie aiguë. L'épanchement pleurétique commençait à diminuer lorsque est apparu l'érysipèle qui a entraîné la mort.

Le rapporteur fait remarquer qu'à l'exemple des fièvres éruptives, les érysipèles traités dans les hôpitaux ne sont pas tous venus du dehors, plusieurs se sont développés dans les salles. Sur 4 qui se sont présentés à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Woillez, 2 se sont produits ainsi. M. Moutard-Martin en a vu également 2 se développer chez les malades de son service, et un troisième apparaître chez une infirmière. C'est un point de ressemblance de plus qui rapproche les érysipèles des fièvres éruptives.

Le croup a donné, pour l'ensemble des hôpitaux, 38 cas, dont 27 décès et 11 guérisons. L'hôpital des Enfants malades compte 5 guérisons et 9 décès; Sainte-Eugénie a eu 14 décès et 6 guérisons. A l'hôpital des Enfants, M. Roger a eu 5 cas de croup; 2 sont morts sans opération; des 3 autres, qui ont été trachéotomisés, l'un est mort, un est guéri et un troisième est encore en traitement. M. J. Simon a eu 1 cas de croup, qui s'est terminé par la mort trente-six heures après la trachéotomie, sur un enfant de deux ans et demi. A Sainte-Eugénie, M. Bergeron a eu à traiter 7 cas de croup, 1 a guéri sans opération, les 6 autres ont été trachéotomisés; 2 sont morts, 2 sont guéris, 2 restent en traitement. A l'hôpital Cochin, M. Woillez a eu 1 cas de croup qui s'est terminé par la mort vingt-quatre heures après l'opération. Il a vu, de plus, 2 cas de spasme de la glotte, dont l'un, traité en ville, a guéri, tandis que l'autre a causé la mort. A l'hospice des Enfants assistés, M. Vidal a eu 2 cas de diphthérie laryngée, dont l'une primitive a guéri, tandis que l'autre, développée dans le cours d'une broncho-pneumonie double, n'a fait que hâter la terminaison funeste.

Luxation de l'épaule en arrière.

A l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, dans le service de M. A. Richard que nous remplaçons en ce moment, un malade atteint de luxation de l'épaule s'est présenté le 23 février dernier. La variété de la luxation, la cause qui l'avait produite et son diagnostic présentent l'intérêt qui ne manque pas de s'attacher aux faits que l'on ne voit pas communément.

Un charretier, âgé de quarante-deux ans, s'était luxé l'épaule gauche dans les conditions suivantes : Il dételait son cheval et lui enlevait un de ces lourds colliers en bois que portent les chevaux des voitures de pierres (ces colliers pèsent environ 30 à 40 livres). Le malade avait le bras passé dans l'encolure du collier, lorsque le cheval se relevant brusquement entraîna le charretier; celui-ci a perdu l'équilibre et est tombé en avant. Le collier en portant sur le sol s'est placé à plat, et la branche du collier est restée entre le bras et le tronc. Le bras, au dire du malade, s'est alors trouvé porté fortement en dedans, devant la poitrine.

Lorsque le malade s'est relevé, il a souffert beaucoup, mais espérant que la douleur passerait, il n'a rien fait, et c'est seulement au bout de trois jours que ne pouvant plus se servir de son bras, il est entré à l'hôpital.

Le 23 février, le malade présentait les signes suivants : Le bras était rapproché du tronc, l'avant-bras était fléchi et en pronation. Le moignon de l'épaule ne présentait pas de gonflement, l'épaule semblait un peu saillante, et les muscles contractés se dessinaient assez bien sous la peau.

Les mouvements d'abduction, d'élévation du bras en avant et en dehors ne pouvaient être exécutés par le malade, malgré des tentatives qu'il faisait avec assez de courage.

L'exploration de l'épaule permettait de constater un aplatissement de l'épaule en avant; la possibilité de sentir l'apo-

physe coracoïde presqu'en entier; une dépression au-dessous de la saillie de la voûte acromio-coracoïdienne en avant; une tumeur dure située en arrière au-dessous de l'acromion et de la partie externe de l'épine de l'omoplate.

Les mouvements communiqués étaient impossibles; cependant dans les moments où le malade se contractait le moins on pouvait faire exécuter à l'humérus quelques mouvements de rotation, et en profitant de ce mouvement pour constater les caractères de la tumeur saillante en arrière de l'épaule, il était facile de reconnaître que la tumeur subissait un mouvement de rotation.

Le diagnostic a été fondé sur la position du membre, dans l'abduction et la rotation légère en avant, sur la dépression sous-acromiale à la partie antérieure et sur la présence de la tête humérale au-dessous de l'acromion et de l'épine de l'omoplate. Ce dernier signe surtout était caractéristique en comparant l'état des deux épaules. En effet, normalement on sent en arrière de l'épaule une dépression au-dessous de l'épine de l'omoplate et de l'acromion, la différence entre l'épaule saine et l'épaule luxée était très-marquée. Ces variations de la longueur du bras n'ont pas été mesurées, ces signes ne paraissaient pas nécessaires au diagnostic.

Le malade, couché dans son lit, a été chloroformé jusqu'à résolution complète, et des tractions exercées par un aide ont été faites sur l'avant-bras étendu dans une direction parallèle à l'axe du corps; une contre-extension était produite au moyen d'une alèze passée en cravate sous l'aisselle. Le chirurgien tirait le bras en dehors pour l'écarter du tronc. La luxation s'est réduite en faisant entendre un bruit de frottement plus long que ne l'est d'habitude le choc qui accompagne la réduction des luxations.

Cela peut être attribué sans doute à ce que l'avant-bras étant dans l'extension, le biceps était tiré et que le tendon de sa longue portion formant une corde sous laquelle la tête devait s'engager pour reprendre sa place; la réduction se serait faite alors lentement et progressivement.

Quoiqu'il y ait aujourd'hui un certain nombre d'exemples de luxations sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne, qui ont été méconnues, surtout lorsqu'il y avait un gonflement de l'épaule, relativement au nombre considérable des luxations qui ont été vues, les erreurs de diagnostic sont assez rares. Pour les luxations de l'épaule en arrière, au contraire, les observations connues sont très-peu nombreuses, et il y a plusieurs cas où la luxation a été prise pour une entorse. Sur les quatre observations qu'a rapportées As. Cooper, il y a eu une erreur de diagnostic. (As. Cooper, traduction Chassaignac et Richelot, obs. 101.) Un malade qui nous a été signalé et a passé dans les hôpitaux l'année dernière présentait une luxation sous-épineuse ancienne qui avait été méconnue. Enfin, il y a dix-huit mois environ une luxation reconnue par M. Velpeau avait été auparavant l'objet de plusieurs erreurs de diagnostic.

Dans le cas actuel aucune erreur n'était possible, il n'y avait pas de contusion de l'épaule, celle-ci n'était point gonflée et les signes caractéristiques de la luxation apparaissaient dans toute leur simplicité.

Les chapitres de J. L. Petit, A. Cooper, Boyer et de M. Malgaigne ne s'accordent pas sur la cause de la luxation; les observations invoquées indiquent des chutes sur l'épaule, sur le bras et sur le coude, des adductions forcées comme dans notre observation. Nous avons cherché à reproduire la luxation sur le cadavre pour éclairer la question à cet égard.

Il nous a été impossible de produire la luxation par une adduction forcée ou par des percussions violentes sur le coude, et c'est seulement après avoir ouvert la capsule en arrière par une incision sous-cutanée que nous avons pu reproduire une luxation. Celle-ci était en tout semblable à celle qui a été observée sur notre malade. La tête humérale se plaçait sous l'acromion qu'elle débordait en arrière. La luxation se réduisait très-facilement en laissant retomber le bras.

Nous avons été consulter M. Anger, prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Il élabore en ce moment un travail monumental d'anatomie pathologique, qui est sous presse; il étudie expérimentalement les fractures, les luxations. Un dessin de luxation de l'épaule en arrière a été mis à notre disposition, et nous avons retrouvé les caractères de la luxation de notre malade.

M. Anger a reproduit sur un cadavre cette luxation, et il l'a obtenue sans inciser la capsule. Après avoir fait maintenir le tronc du cadavre, il a porté le bras dans l'élévation et a fait basculer la tête humérale autour de l'acromion, comme point d'appui. La capsule s'est déchirée, et en ramenant le bras dans sa direction normale, il a obtenu une luxation en dedans, puis en portant le bras dans l'adduction et la rotation en dedans, la luxation sous-épineuse ou en arrière a été produite comme dans la première expérience. C'était bien la même luxation que celle de notre malade, et dans cette épreuve sur le cadavre, comme la première fois, la luxation se réduisait facilement.

Ces expériences, comparées à l'observation clinique qu'elles vérifient, montrent, une fois de plus, que la contraction musculaire entre pour beaucoup dans la permanence des luxations. Elles prouvent encore qu'il y a une place pour la luxation en arrière, quel que soit le mécanisme qui a produit le déplacement de la tête humérale. Cette proposition qu'a développée devant nous M. Anger sera du reste appuyée bientôt par des planches remarquables qui représentent des dissections de luxations de l'épaule. Que l'auteur nous pardonne ici une indiscrétion, elle a son excuse dans l'intérêt réel qui s'attache à un travail des plus sérieux.

Mort subite par suite d'ivresse. — Hémorrhagie méningée.

On sait que l'ivresse peut amener la mort et qu'elle la détermine quelquefois d'une manière très-rapide et même subite. Ces cas de mort subite qui ne s'observent guère, en général, qu'à la suite d'ingestions excessives de liqueurs alcooliques, sont souvent favorisés par des circonstances accessoires, telles qu'une impression morale vive, une grande émotion, un accès de violente colère. M. le professeur Tardieu a constaté que dans la plupart de ces circonstances il survenait une apoplexie pulmonaire ou une hémorrhagie méningée. Sur sept autopsies d'individus morts en état d'ivresse, il a rencontré deux fois une apoplexie pulmonaire et six fois une hémorrhagie méningée qui, en quatre cas, s'accompagnait d'hémorrhagie intra-ventriculaire (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article ALCOOLISME). Aussi ce professeur considère-t-il ces lésions et notamment l'hémorrhagie méningée comme caractéristique de la mort, par suite d'alcoolisme aigu.

Voici un fait intéressant que nous communique M. le docteur Ménard, de Vitry-le-Français, et qui vient donner un nouvel exemple de ce genre de mort :

Le nommé P..., berger, avait fait de nombreuses libations dans la journée du 21 novembre dernier, lorsqu'il rencontre un de ses camarades avec lequel il a une discussion. Tout à coup, au milieu de la dispute, il tombe à terre avec les symptômes d'une apoplexie comateuse, perte de la connaissance et de la parole, stertor, embarras de la respiration; on le met sur une voiture et on le transporte au domicile de son maître, dont il était peu éloigné. Il respirait encore, mais la respiration était déjà plus embarrassée; au bout de quelques minutes, il rendait le dernier soupir. Le médecin que l'on était allé quérir voulant tenter une dernière ressource, appliqua le marteau de Mayor, mais sans succès. Le lendemain, le bruit se répandit que cet homme avait succombé à la suite de blessures faites par le camarade avec lequel il s'était disputé.

La justice fut informée, et, le 23 novembre, accompagné du procureur impérial et du juge d'instruction, M. Ménard se rendit auprès du cadavre de P..., à l'effet de procéder à la visite du corps et de rechercher à quelle cause la mort devait être attribuée.

Voici quel fut le résultat de cet examen :

Le corps, qui était celui d'un homme de haute taille, de 24 ans environ, répandait déjà une odeur de putréfaction. Le visage et les téguments du tronc étaient d'un rouge violacé, sauf les parties latérales de l'abdomen qui présentaient quelques taches verdâtres. A la base de la poitrine, en avant, on voyait les traces du marteau de Mayor appliqué l'avant-veille. Mais sur aucune partie du corps il n'existait de traces de violence, sauf deux petites ecchymoses insignifiantes, l'une à la hanche droite, l'autre, plus petite encore, au mollet gauche.

La cavité abdominale ne présentait aucune espèce d'épanchement. Tous les organes, examinés les uns après les autres, ont été trouvés sains. L'estomac était à peu près vide, sauf dans le grand cul-de-sac où il y avait environ un demi verre de liquide présentant une coloration vineuse.

Le cœur était sain, les ventricules et les oreillettes vides de sang.

Les poumons, encore crépitants, ont cependant paru fortement congestionnés, non-seulement à la partie postérieure, mais encore à la partie antérieure qui, à la coupe, laissait exsuder en abondance du sang noirâtre.

Les téguments du crâne, examinés minutieusement à l'extérieur, ne présentaient aucune trace de violence, la partie adjacente à la boîte crânienne était fortement injectée.

Ayant alors enlevé la calotte crânienne, incisé la dure-mère de chaque côté de la ligne médiane, on a trouvé un sang noirâtre, poisseux, en partie coagulé. Ce caillot mou, libre de toute adhérence, reposait sur la surface externe de l'arachnoïde. Il cachait les circonvolutions cérébrales, les anfractuosités, et formait une couche épaisse à la face latérale et supérieure du cerveau, des deux côtés, mais plus abondante à gauche. Ce caillot était baigné par une sérosité sanguinolente qui s'est échappée au moment de l'incision de la dure-mère, et a entraîné avec elle quelques petites portions du caillot.

Le cerveau, divisé par tranches minces, laissait voir par places un petit piqueté rougeâtre, mais peu prononcé.

Le cervelet était intact.

En rapprochant des lésions constatées par l'autopsie, les symptômes observés pendant les derniers instants de P..., il était évident que la mort devait être attribuée à cette hémorrhagie méningée. Se fondant sur l'autorité de M. Tardieu, qui a déjà démontré que cette hémorrhagie méningée accompagne souvent la mort par ivresse, M. Ménard s'est cru en droit de conclure, surtout en l'absence d'aucunes traces de violence extérieure, que le nommé P... était mort en état d'ivresse. On trouvait du reste encore dans le caractère de P... une circonstance qui a pu agir comme cause déterminante de cette hémorrhagie. De l'aveu de tous ceux qui le connaissaient, il était sujet à de violents accès de colère lorsqu'il était ivre. Cette colère, jointe à l'ivresse, a dû contribuer pour sa part à déterminer l'hémorrhagie méningée qui a amené la mort.

TRAITEMENT DE LA COXALGIE.

Par M. le docteur A. VERNEUIL.

La thérapeutique de la coxalgie comprend une foule de moyens qu'on peut rapporter à trois classes; applications locales, manœuvres mécaniques, remèdes tirés de la pharmacie et de l'hygiène. Ils n'ont pas tous la même utilité ni les mêmes indications; les formes et les périodes du mal dictent surtout leur choix et établissent leur opportunité.

On employait beaucoup, jadis, les sangsues, les vésicatoires, les moxas, les cautères, la cautérisation transcurrente, sans compter les cataplasmes, les frictions, etc.; Bonnet lui-même associait encore les caustiques à ses appareils. Or, tout cet ordre de moyens doit être abandonné d'une manière générale et, pour ma part, j'y ai presque tout à fait renoncé. Leur impuissance dans les cas graves est absolument démontrée; dans les cas légers ils n'arrêtent que rarement la marche du mal, font souffrir les malades, les affaiblissent et les condamnent à un repos nuisible. Leur moindre inconvénient est de faire perdre un temps précieux; je ne vois qu'une indication aux antiphlogistiques locaux et aux vésicatoires, c'est lorsque, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, la résolution tarde à se faire dans la hanche affectée et laisse craindre la localisation définitive du mal.

L'élément douleur est beaucoup plus efficacement combattu par l'immobilisation et les moyens mécaniques qui l'assurent. Chez les scrofuleux, lorsqu'on peut immobiliser la hanche sans la recouvrir complétement, les badigeonnages quotidiens avec la teinture d'iode rendent quelques services. Je juge tout autrement le traitement général hygiénique et pharmaceutique, et lui accorde au contraire une extrême valeur. La coxalgie, comme on l'a dit avec raison, est presque toujours l'écho d'un état général qu'il faut nécessairement combattre sous peine de voir la lésion articulaire s'éterniser, s'aggraver ou pour le moins reparaître opiniâtrement après des améliorations ou même des rémissions complètes. Quelque valeur que j'attribue au traitement mécanique, je ne le considère en somme que comme un adjuvant temporaire, indispensable, il est vrai, mais ordinairement incapable de pousser seul la guérison ou de prévenir les récidives. Il n'y a réellement de sécurité que lorsqu'on a modifié la constitution et triomphé du moins de l'attaque passagère de la maladie générale.

Il est bien entendu que les moyens varient avec les formes du mal, et que les sangsues, qui sont de coutume indiquées, ne doivent pas être banalement administrées.

Dans la coxalgie hystérique ou spasmodique, il faut remédier à l'état chloro-anémique, à l'hystérie des jeunes sujets. Les ferrugineux et l'hydrothérapie conviennent particulièrement; ce dernier moyen est quelquefois héroïque; on s'efforcera de l'associer à l'immobilisation de la jointure.

En cas de coxalgie rhumatismale, on usera de médicaments différents, mais on s'efforcera de soustraire le malade à l'influence du froid humide; il sera souvent nécessaire de changer d'habitation et même de localité. La période aiguë passée, les eaux minérales seront utiles pour ramener la mobilité, s'il n'existe pas d'obstacles matériels trop puissants.

C'est dans la coxalgie scrofuleuse et dans celle qui succède aux fièvres que le traitement réparateur trouve surtout son application. Les préparations iodées, le quinquina, l'alimentation substantielle, le vin en particulier, font merveille. On doit les administrer pendant des mois et des années avec de légères interruptions s'il y a lieu, mais avec persévérance; ils sont d'ailleurs parfaitement tolérés. Le séjour à la campagne constitue pour nos petits citadins une ressource infiniment précieuse; l'exercice continuel, c'est-à-dire la marche à l'aide de béquilles, n'est pas moins nécessaire. Quand le choix de l'appareil le permet ou que l'immobilisation par un bandage inamovible n'est plus indispensable, les bains sulfureux ou salés pris à domicile, ou mieux encore aux stations thermales ou maritimes, ne profitent pas moins à l'état local qu'à la santé générale.

Les moyens mécaniques sont si insuffisants à eux seuls que l'on observe fréquemment des retours de la douleur et des accidents articulaires, alors même que la hanche est immobilisée dans une bonne position par son appareil convenablement appliqué; il suffit pour cela que la santé générale subisse une atteinte quelconque.

Je demande à citer ici quelques exemples.

Petite fille de Corbeil, six ans, pâle, lymphatique, coxalgie datant de plusieurs mois. Redressement, application d'un appareil, cessation des douleurs, marche facile avec des béquilles, retour de la santé, résultat très-encourageant; cependant deux fois déjà on m'a ramené l'enfant pour des douleurs assez vives revenues passagèrement à la hanche. L'examen de l'appareil et du membre n'expliquait rien; mais la première fois l'enfant avait été pris de bronchite avec léger mouvement fébrile; la seconde, il s'agissait d'une entérite assez intense. Ces affections guéries, les douleurs de la hanche disparurent d'elles-mêmes. Il est bon de dire que la mère avait de son chef supprimé les médicaments anti-scrofuleux que j'avais prescrits. — L'enfant du vétérinaire avait subi le redressement et l'application de l'appareil inamovible le 23 octobre dernier; tout alla bien jusqu'au 5 janvier; ce jour-là les douleurs coxo-fémorales, les cris nocturnes recommencèrent accompagnés de malaise, d'inappétence, d'agitation et de fièvre pendant la nuit.

La mère fut alarmée, ramena l'enfant à Paris; le 8, l'appareil est ôté, mais il est réappliqué sur-le-champ, les choses étant en très-bon état. Le soir même, fièvre intense et apparition le lendemain d'une rougeole des plus vives. A coup sûr on ne pouvait lui assigner pour causes ni le chloroforme ni l'apposition du bandage, évidemment le malaise des jours précédents n'était autre que le prodrome de l'exanthème, et c'est du côté de l'articulation malade que l'état général avait provoqué les symptômes les plus frappants. — Petite fille d'un boulanger, avec le docteur Caton. Tempérament lymphatique très-prononcé. Coxalgie encore assez bénigne. Appareil inamovible. L'enfant qui languissait à Paris fut envoyée à la campagne au mois de mai. Au bout de six à sept semaines le bandage se détériore, on l'enlève; la marche s'exécute d'abord avec des béquilles, puis en liberté, et sans aucune claudication. Retour au mois de septembre; la santé générale est florissante, la coxalgie paraît entièrement guérie. L'automne et l'hiver se passent bien; mais en février l'enfant pâlit et maigrit un peu, elle recommence à souffrir et à boiter légèrement de temps à autre. La déviation reparaît aussi passagèrement d'abord, puis d'une façon presque continue. La coxalgie récidive certainement. L'appareil est replacé; départ

immédiat pour la campagne; préparations iodées prescrites pour plusieurs mois sans interruption. Les chaleurs arrivées, on ôte le bandage. Bains de rivière et bains de feuilles de noyer. L'enfant revient à l'automne cette fois radicalement guéri sans doute, car depuis plus de deux ans rien n'a reparu.

Je pourrais multiplier les exemples qui prouvent que la jointure affectée sert pour ainsi dire de baromètre à l'état général, et que ce dernier doit être le point de mire du traitement.

Depuis les travaux de Bonnet, tout le monde en reconnaît la valeur et l'efficacité des moyens mécaniques et chirurgicaux. On compte, comme on le sait, deux temps principaux. Corriger les déviations, immobiliser la jointure malade; Bonnet s'efforçait de plus de rétablir les mouvements. Avant d'entrer dans les détails il faut se demander si l'ensemble de ce traitement est applicable à toutes les coxalgies. Pour répondre il convient de distinguer les cas :

1° Le redressement forcé et l'immobilisation conviennent au début du mal, quand il y a de la douleur et de la contracture, et chaque fois que dans les coxalgies anciennes il y a des recrudescences. Plus les accidents sont aigus, plus ces moyens sont indiqués et plus les résultats sont avantageux.

2° Dans les cas chroniques on doit y recourir encore quand les déviations et le raccourcissement sont considérables, quand la marche est difficile et la claudication extrême. Quand la douleur, quoique faible, est sujette à des retours et que l'affection est susceptible de se réveiller ou de s'aggraver d'un jour à l'autre.

3° Lorsqu'on est parvenu au contraire à l'indolence complète, ce qui traduit presque toujours l'existence d'une ankylose plus ou moins solide, on ne doit attaquer que les déviations très-prononcées, l'adduction ou l'abduction forcées par exemple, ou la flexion angulaire; toutes les fois qu'il y a ankylose rectiligne et que la marche est possible avec un soulier approprié, il est préférable de s'abstenir, à moins qu'on ne soupçonne des adhérences très-limitées et faciles à rompre. Cette difformité est certainement fort incommode; mais elle n'est pas incompatible avec l'exercice et le travail. J'ai vu même tout récemment, dans mon service, une femme de trente-cinq ans qui, à la suite d'une coxalgie datant du jeune âge, conservait un raccourcissement de 8 centimètres avec flexion très-prononcée et enfin adduction considérable. Elle n'en avait pas moins porté et amené heureusement à terme quatre enfants. Elle boitait beaucoup, mais ne souffrait nullement. La mobilité dans la jointure était évidente, mais très-limitée. Je n'ai pas jugé à propos de rien tenter.

4° Le seul résultat sur lequel on puisse compter après la rupture des ankyloses anciennes, est la métamorphose de la déviation latérale ou l'attitude rectiligne qui permet la marche et la station. A peine rompue, les adhérences articulaires se reforment sous l'influence du repos, auquel il faut nécessairement soumettre l'articulation violentée. Quant au rétablissement consécutif des mouvements par l'exercice progressif, les manipulations répétées, le frottement prolongé des surfaces diarthrodiales, il n'y faut point compter. On risque même dans ces cas de réveiller un travail inflammatoire intense et de provoquer des accidents graves. Pendant quelques semaines, quelques mois même, on peut s'applaudir d'un succès apparent, mais quand on suit les malades, on constate que presque toujours les choses reviennent à leur état primitif, s'il ne se produit même pas de nouvelles déviations. Le rétablissement des fonctions de la hanche a été une illusion de Bonnet, qu'il faut dissiper. Au reste, il y a unanimité sur ce point parmi les chirurgiens de Lyon, élèves dévoués cependant de leur illustre maître. D'autres praticiens, MM. Bœckel, Guersant, Wilhem Busch, etc., sont arrivés aux mêmes conclusions.

5° D'ailleurs, chez les jeunes enfants, la nature se charge quelquefois, à la longue, de réparer le mal, lorsque la coxalgie est bien guérie, grâce à l'emploi prolongé des appareils. La raideur est d'abord extrême et la mobilité fort douteuse. Mais, sous l'influence de la marche et de l'exercice, on voit quelques mouvements revenir, puis acquérir peu à peu une étendue satisfaisante; ce travail réparateur, probable quand l'obstacle réside dans les parties molles, péri-articulaires, engorgées, s'effectue d'autant mieux que nulle inflammation intercurrente ne vient le troubler. Je n'ai pu l'observer qu'un petit nombre de fois, à cause du temps fort long qu'il exige. Mais je n'en affirme pas moins la possibilité. J'en ai vu surtout un exemple fort concluant dans la clientèle de M. Duval, sur la fille d'un écuyer. Je crois que le massage, les douches, les bains de mer, les eaux sulfureuses, longtemps continués, favoriseraient cette restauration fonctionnelle tout aussi bien, sinon mieux, que les manœuvres orthopédiques.

6° Faut-il tenter le redressement quand la présence de trajets fistuleux indique d'une manière presque certaine une lésion osseuse? Le cas est d'autant plus embarrassant que l'on s'expose à briser le fémur à son extrémité supérieure, à créer par conséquent une fracture dont le foyer communiquera avec l'extérieur, par l'intermédiaire des trajets purulents, à raviver l'ostéite, et tout cela pour obtenir une attitude qui ne favorisera pas davantage la guérison. Ces objections sont sérieuses, et il est clair que la méthode de Bonnet n'est applicable que par exception au troisième degré de la coxalgie. Cependant j'ai vu deux cas dans lesquels on n'a eu qu'à se louer de l'avoir appliquée. Le redressement a calmé les douleurs et modifié d'une manière avantageuse la suppuration. Les membres reprirent la rectitude et presque la longueur naturelle. J'ai perdu de vue le premier enfant; mais je sais que le second marche très-bien, et que, sauf un léger raccourcissement, il est parfaitement guéri; chez lui, cependant, les manœuvres, quoique conduites avec beaucoup de précautions, avaient occasionné la fracture du fémur, probablement dans la région trochantérienne.

L'innocuité du redressement, dans ces deux cas, m'a quelque peu rassuré; mais il ne faudrait point s'attendre à la rencontrer toujours.

Au reste, arrivée à cette période, toute coxalgie menace la vie, prédispose à la luxation spontanée, ou, pour le moins, compromet gravement dans l'avenir les fonctions du membre, de sorte que la hardiesse de la thérapeutique doit être plus grande. Si donc il existe des douleurs vives, si la tête menace de sortir de sa cavité, si l'état local n'indique pas formellement la résection, si enfin l'état général ne contre-indique pas toute tentative, je pense qu'on peut essayer prudemment le redressement suivi de l'immobilisation. L'expectation dans ces cas graves donne des résultats généralement mauvais.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

(ADDITION.)

La parole est à M. Depaul pour résumer le débat.

M. DEPAUL. Au point où en est arrivée la question, je me suis demandé s'il était bien nécessaire que je prisse une seconde fois la parole. J'ai cru un instant que ce serait inutile. Cependant, en présence de quelques-unes des propositions qui ont été émises à cette tribune, j'ai cru utile de dire une dernière fois ce qu'il faut en penser. Je vais passer très-rapidement en revue les argumentations de MM. Ricord, Gibert, Briquet et Bousquet. Quant aux discours de MM. Devergie et Bouvier, qui me sont venus en aide, on comprend que je n'aurai rien à en dire.

Ce n'est pas sans quelque étonnement qu'arrivé au terme de cette discussion, je me trouve obligé de dire que je ne sais pas encore et que personne ne sait quelle est l'opinion de M. Ricord relativement à la syphilis vaccinale. « Je ne nie pas la transmission de la syphilis par la vaccine, mais elle n'est pas démontrée à mes yeux; je reste dans le doute. » Voilà l'état de la question dans l'esprit de notre collègue. Si bien que si la question revenait de nouveau à l'ordre du jour dans quelques années, il y a tout lieu de croire qu'il tiendrait encore le même langage.

M. Ricord, dans son dernier discours, a parlé de divers documents administratifs et en particulier d'un rapport à l'assistance publique pour se donner le plaisir de me mettre en contradiction avec moi-même. Mais il n'y est pas parvenu. Je n'avais nullement à m'occuper de la question dans le rapport dont il s'agit. C'est à un autre membre de la Commission dont je faisais partie en effet qu'incombait cette tâche. Il en est de même de l'autre document cité où je n'avais non plus à traiter ce sujet. D'ailleurs, que l'on veuille bien remarquer dans quelle alternative me place notre collègue. D'après lui j'ai été coupable de n'avoir pas parlé de la syphilis vaccinale dans ces diverses publications; et aujourd'hui que j'ai cru devoir soulever cette question dans le rapport annuel sur la vaccine, je suis coupable d'avoir parlé.

Je passe à M. Briquet. M. Briquet que je connais si sérieux d'habitude, s'est permis ce jour-là de ne pas l'être. Il a traité avec une grande légèreté une question très-grave. Il a dit qu'on vaccinait peu en Italie et qu'il était au moins singulier que ce fût précisément dans ce pays qu'on eût observé le plus grand nombre de cas de syphilis vaccinale. C'est une erreur. On vaccine beaucoup en Italie, au moins autant qu'en France, je le tiens d'un grand nombre de médecins italiens. Notre collègue a parlé du climat de l'Italie et de l'imagination exaltée des Italiens... Je vous laisse juger de la convenance de ce genre d'argument. J'ai reçu à ce sujet une lettre de M. le docteur Cerioli, qui a trouvé avec raison qu'on ne l'avait pas traité ici avec tous les égards qu'il mérite. M. Cerioli est un médecin d'une grande distinction, un excellent observateur. Mais il est évident que M. Briquet a parlé des faits de M. Cerioli de parti pris, il ne les a pas examinés, il n'a pas voulu les étudier. S'il les avait étudiés, il aurait vu que M. Cerioli a tenu exactement compte de tout dans ses observations, et qu'il n'était pas possible, comme le voudrait notre collègue, de faire remonter le courant de la syphilis des parents aux enfants, au lieu de le faire procéder de ceux-ci aux nourrices et aux parents. Du reste, je suis heureux, en relevant cette fausse interprétation, de saisir l'occasion qu'elle me fournit de rendre ici un public hommage au caractère de M. Cerioli, et de me féliciter des rapports que cette discussion m'a permis d'établir avec lui.

Je n'ai presque rien à répondre à M. Gibert, qui n'a fait qu'opposer des assertions et des propositions aphoristiques à des faits, si ce n'est qu'il a repoussé à tort l'assimilation que j'ai faite entre ses expériences d'inoculation, les accidents secondaires et les faits de syphilis vaccinale. Il a beau nier l'analogie de ces deux ordres de faits, elle n'en restera pas moins évidente à tous les yeux.

J'arrive au dernier orateur qui a pris la parole, à M. Bousquet. M. Bousquet a fait une deuxième ou une troisième édition d'un discours qu'il aime beaucoup à refaire toutes les fois qu'il s'agit de vaccine. Il a fait un petit historique de l'inoculation qui n'avait pas grand' chose à faire ici, d'autant que les faits que lui a fournis cet historique sont plutôt défavorables que favorables à son opinion. M. Bousquet vous a fait remarquer ensuite cette singularité, que M. Husson, son prédécesseur, n'a jamais vu la syphilis vaccinale, que lui-même ne l'a jamais vue, que je ne l'ai jamais vue non plus, et il me prédit que je ne la verrai jamais; j'en accepte l'augure, mais je ne m'y fierais pas. Autre singularité, a-t-il ajouté, les hommes qui prétendent avoir vu des cas de syphilis vaccinale, sont précisément ceux qui ne font des vaccinations qu'en passant, en quelque sorte par hasard. Je ferai remarquer à notre collègue que M. Lecoq, en particulier, n'est pas dans ce cas. M. Bousquet a beau faire, il n'est pas autorisé parce qu'il n'a jamais vu de cas de syphilis vaccinale, à dire qu'on n'en verra pas et à nier les faits que d'autres ont vus.

D'ailleurs M. Bousquet vous l'a dit : les faits ne sont rien pour lui, ou du moins peu de chose, et il n'y croit guère. C'est là un des traits de son genre d'esprit, cela résulte de son éducation médicale. On voit que M. Bousquet n'a pas connu les labeurs de la pratique et qu'il s'est toujours tenu éloigné du champ de l'observation. Pour lui les principes sont tout, ils suffisent à tout. Aussi tous ses discours se ressentent-ils de cette tournure d'esprit. C'est plaisir de les entendre, mais dès qu'on les lit attentivement pour y rechercher ce qu'ils renferment en réalité, on est tout surpris de n'y trouver rien. C'est comme un feu de bengale, ils vous éblouissent un instant pour vous laisser sitôt après dans l'obscurité.

M. Bousquet a eu plus raison lorsqu'il a dit à propos des observations, qu'il fallait toujours s'enquérir de la valeur de l'observation. Mais pourquoi dès lors repousse-t-il l'observation de M. Trousseau? Il s'est rejeté à cet égard sur ce qu'on a pu se tromper à l'égard du caractère des granulations que la malade de l'Hôtel-Dieu portait au col de l'utérus, granulations qui, d'après le témoignage de M. Desormeaux, pourraient bien n'avoir été autre chose que des chancres. Que M. Desormeaux ait voulu mettre ses élèves en garde contre les erreurs où pourrait entraîner un examen rapide et superficiel, il a eu certainement raison; mais prétendre qu'un praticien exercé puisse prendre des chancres du col utérin pour des granulations, je le conteste formellement.

Enfin M. Bousquet s'est étendu sur les prétendues lois des virus dont il a comparé l'évolution avec la germination des graines. Mais je lui répondrai que rien n'est moins juste que cette comparaison, et rien n'est moins fixe et surtout moins connu que ces prétendues lois.

M. Depaul, après avoir répondu à quelques autres points du discours de M. Bousquet, termine en protestant de toute son énergie contre les insinuations ou allégations tendant à faire supposer qu'il ait eu, en rédigeant ce travail, toute autre pensée et toute autre intention que de remplir un devoir en faisant connaître la vérité sur des faits encore peu ou mal connus, et dont le public médical s'était justement préoccupé. Avec la conscience d'avoir accompli ce devoir, il se soumet d'avance à ce que l'Académie décidera à l'égard de son projet de rapport. (Marques générales d'approbation.)

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close. Il y a trois propositions à mettre aux voix, savoir : l'envoi du projet de rapport au ministre, la nomination d'une nouvelle Commission spéciale, ou le renvoi pur et simple à la Commission de vaccine. Cette dernière proposition étant la plus large, va être mise aux voix la première.

M. J. GUÉRIN demande la parole sur la position de la question. Il désire qu'en mettant aux voix le renvoi à la Commission, ce renvoi n'implique pas l'idée d'un blâme adressé au rapporteur et qu'il soit spécifié au contraire qu'en votant ce renvoi, l'Académie remercie M. Depaul pour le zèle et le soin qu'il a apportés dans l'étude de cette question. (De toutes parts : Très-bien, approuvé.)

M. LE PRÉSIDENT met aux voix le renvoi du travail de M. Depaul à la Commission de vaccine en ajoutant, suivant la proposition de M. Guérin, l'expression des remercîments de l'Académie.

Le renvoi ainsi formulé est adopté.

COMMISSIONS DE PRIX.

L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination au scrutin des Commissions de prix pour l'année 1865. Voici d'après le dépouillement du scrutin la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie (paralysies traumatiques). MM. Gosselin, Larrey, Nélaton, Bouvier et Colin.

Prix Portal (caractères anatomiques du cancer). MM. Cruveilhier, Barth, Denonvilliers, Bouillaud et Robin.

Prix Civrieux (paralysies générales, folie). MM. Falret, Baillarger, Rostan, Jolly et Cerise.

Prix Capuron (pouls dans l'étal puerpéral). MM. Danyau, Depaul, Jacquemier, Devilliers et Blot.

Prix Barbier (maladies incurables). MM. Cloquet, Velpeau, Ricord, Briquet et Guérard.

Prix Amussat (chirurgie expérimentale). MM. Jobert (de Lamballe), Bernard, Bouley, Guérin et Michon.

Prix Godard (pathologie externe). MM. Laugier, Ségalas, Béclard, Hervez de Chégoin et Huguier.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er mars 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgical*

Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

Le *Bulletin médical du nord de la France.*

— Le docteur Maschi Luigi, de Parme, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Studi di anatomia comparata sul laberinto delle fibre cerebrali*, etc.

— M. le docteur Pénard, chirurgien principal de la marine en retraite, ex-professeur d'accouchements à l'École de médecine de Rochefort, candidat à la place de membre correspondant, offre en hommage à la Société son *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme.*

Cet ouvrage est rapidement arrivé à une seconde édition et mérite le succès qui l'a accueilli. (Rapporteur, M. Depaul.)

— **M. LARREY** présente, au nom de M. Marmy, médecin principal d'armée, une brochure intitulée : *Études sur la régénération des os par le périoste.*

RAPPORTS.

M. DOLBEAU, au nom d'une Commission composée de MM. Guérin, Boinet et Dolbeau, lit un rapport sur le travail présenté par M. le docteur Tillaux sous le titre de *Maladie kystique du testicule*, à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire.

M. le rapporteur termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Renvoyer au *Bulletin* le travail de M. Tillaux.

Ces conclusions sont adoptées, et le rapport de M. Dolbeau sera joint au travail de M. Tillaux.

— **M. DOLBEAU**, au nom d'une Commission composée de MM. Marjolin, Follin et Dolbeau, lit un autre rapport sur une note de M. le docteur Léon Labbé intitulée : *Sur la propagation de l'inflammation au péritoine à la suite des adénites inguinales*, et présentée à l'appui de sa candidature à la place de membre titulaire.

Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Renvoyer au *Bulletin* les deux premières observations inédites du travail de M. Labbé.

Ces conclusions sont adoptées, et le rapport de M. Dolbeau sera également imprimé dans le *Bulletin.*

COMMUNICATION.

M. VERNEUIL termine sa communication sur la *coxalgie* en exposant la partie relative au traitement. (Voir plus haut.)

LECTURE.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN lit, comme contribution à la discussion sur la coxalgie, l'observation suivante :

Incertitude du diagnostic dans quelques cas de coxalgie.

La difficulté du diagnostic de la coxalgie, sur laquelle on a insisté dans la dernière séance, m'engage à communiquer à la Société l'observation suivante :

Une jeune femme de vingt-trois ans, d'une bonne santé et d'une fraîcheur remarquable, enceinte de six mois, fait une chute sur la hanche vers la fin du mois de juin dernier, n'éprouve qu'une douleur passagère, revient de la Suisse à Paris sans accidents, et accouche heureusement à la fin d'octobre, nourrit son enfant, mais est obligée de suspendre son allaitement à la fin de novembre.

Le 8 décembre, après une course un peu fatigante, elle éprouve dans la hanche, qui avait été le siége d'une contusion et d'une ecchymose, une douleur qui l'oblige à garder le repos, et qui devint si vive les jours suivants qu'elle fut considérée comme une névralgie sciatique. Les calmants et les injections sous-cutanées d'atropine furent impuissants contre cette douleur.

Le 3 janvier, quand je vis la malade pour la première fois, je reconnus un abcès profond et déjà d'une grande étendue (six ou sept pouces au moins). Il n'y avait point de douleur dans la région antérieure et interne de l'articulation coxo-fémorale, mais la pression sur le grand trochanter était douloureuse. Le membre avait sa longueur et sa direction naturelles, les mouvements étaient pénibles et ne permirent pas d'essayer complétement la flexion de la cuisse sur le bassin. Les cataplasmes émollients et les onctions calmantes procurèrent un grand allégement. La fluctuation devenait de plus en plus apparente.

Je retardai l'ouverture de l'abcès, parce que j'étais incertain sur le point de départ, quoique j'inclinasse à le considérer comme le résultat de la contusion, et par conséquent comme en dehors de l'articulation, malgré la distance entre la cause et l'effet, et son apparition trop prompte pour l'attribuer à une coxalgie suppurée.

A cette époque, le membre, qui jusque-là avait conservé sa direction naturelle, s'inclina fortement dans l'adduction, et les tentatives pour le ramener dans le sens opposé étaient très-douloureuses. C'est à cet instant, au commencement de ce mois (février 1865), que les parents désirèrent l'avis de M. Nélaton. Incertain, comme moi, sur le point de départ de l'abcès, il proposa, comme je l'avais déjà proposé moi-même, de mettre le membre dans l'appareil de M. Bonnet, de Lyon.

La malade fut chloroformée, et n'éprouva aucune douleur ni pendant cette réduction ni après. Elle eut seulement une grande excitation consécutive, marquée par une loquacité qu'on avait peine à tempérer. Une ponction étroite et oblique, dont la malade ne s'aperçut pas, fut faite à la partie inférieure de l'abcès, qui s'étendait alors jusqu'à la moitié de la cuisse. Il en sortit un pus abondant et phlegmoneux. Aucun accident ne se manifesta pendant les trois jours suivants. Seulement la malade était agitée, dormait mal, et avait quelque trouble dans les idées. Son appétit, qui s'était conservé, était presque perdu. A la fin du troisième jour, le pouls, très-petit, avait une fréquence de 144 pulsations. On faisait dans le foyer purulent des injections légèrement alcooliques. Le pus, moins lié, avait un peu d'odeur.

Le quatrième jour, on aperçut un érysipèle, qui, vers le sixième jour, s'était élevé jusqu'à la partie supérieure de la hanche. Le délire était continuel, les forces s'affaissaient de plus en plus, malgré de bons bouillons et quelques potages, de l'eau vineuse, du quinquina, de l'eau chlorurée, dans la crainte d'une infection putride. La mort arriva le dixième jour après l'application de l'appareil et de l'ouverture de l'abcès.

L'examen des parties malades eut lieu trente heures après le décès.

Il s'était déjà écoulé, dans les mouvements imprimés au corps pour l'ensevelir, une grande quantité de sang noir, demi-fluide, et avec une odeur putride peu marquée. Cependant une longue incision, de bas en haut, jusqu'au-dessous du grand trochanter, mit à nu un foyer purulent qui n'avait rien de particulier, mais qui, à sa partie supérieure, communiquait par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt, avec un autre foyer d'aspect bien différent. Il offrait une couleur noire, embrassait toute la circonférence du trochanter avec altération du périoste.

Après avoir mis à sec ce foyer avec une éponge, l'articulation fut ouverte à sa partie externe et la tête du fémur luxée par un mouvement forcé d'adduction. Cette articulation ne contenait aucune trace de suppuration. La membrane synoviale qui recouvre la tête de l'os offrait à la partie externe de sa circonférence une teinte rosée qu'elle n'a pas dans l'état sain. Celle de la cavité cotyloïde avait sa couleur naturelle, seulement elle offrait plus d'épaisseur près l'attache du ligament rond.

De cet exposé, très-détaillé à dessein, on doit conclure que l'abcès volumineux, qui a mis deux mois et demi à acquérir le développement que j'ai indiqué, n'avait aucune communication avec l'articulation. Je crois qu'on peut conclure aussi, malgré le temps qui s'est écoulé entre l'application de la cause et l'effet apparent, que la chute sur la hanche, qui a eu lieu au mois de juin, a occasionné une contusion du périoste du grand trochanter avec épanchement sanguin et que la collection purulente n'a été que consécutive à ce dépôt sanguin, et que la mort a été le résultat de l'érysipèle et sans doute aussi d'une infection putride qui a porté principalement sur le cerveau.

La rougeur légère de la membrane synoviale et son augmentation d'épaisseur dans un point limité, sans altération de sa transparence, était-elle l'indice de désordres ultérieurs plus graves qui auraient constitué plus tard une coxalgie non équivoque? Je crois devoir m'abstenir d'une opinion positive sur ce point; était-elle l'effet du travail en dehors de l'articulation? Je ne le pense pas, parce que la face interne des membranes séreuses, en général, participent peu au travail inflammatoire des parties qui les entourent? Avaient-elles leur cause dans la même contusion déterminée par la chute? L'absence de douleur pendant plusieurs mois me laisse un grand doute sur ce point.

Cette observation a surtout pour but de mettre en évidence les difficultés d'un diagnostic certain dans quelques cas de coxalgies.

Une circonstance commémorative, qui autorisait à admettre une véritable coxalgie, c'est que le père de cette jeune femme avait succombé à une arthrite suppurée de l'articulation du genou, pour laquelle on avait fait l'amputation de la cuisse. Cette arthrite avait succédé aussi à une chute sur cette région.

— Vu l'heure avancée, la discussion sur la coxalgie sera continuée dans la prochaine séance.

Sur la proposition de **M. VELPEAU**, et après quelques observations échangées entre plusieurs membres de la Société, il est décidé, à une grande majorité, qu'un exemplaire de la discussion sur l'hygiène hospitalière sera adressé à chacun des membres de la Commission de surveillance de l'Assistance publique, dans le but de les éclairer, autant qu'il est au pouvoir de la Société, sur les graves inconvénients du projet du futur Hôtel-Dieu.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. LEFORT présente un jeune homme qui a perdu le bras droit dans l'insurrection polonaise. Il fait constater dans la cicatrice, au niveau du point où doit répondre l'extrémité du nerf principal du membre, une tumeur dure et légèrement douloureuse, du volume d'une grosse olive, qui lui paraît être formée par un névrôme.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 14 mars 1865 ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Collin, médecin principal de 2e classe, et Dufresne, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Bonnard et Vauthier, médecins-majors de 1re classe; Barthe, médecin-major de 2e classe, et Cabaud, pharmacien-major de 2e classe; Lefavrais, ancien chirurgien militaire.

— Par décret en date du 15 mars ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Barat, chirurgien principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Bertrand et Margain, chirurgiens de 2e classe de la marine; Fouilhoux, chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine.

— Par décret en date du 14 mars 1865 ont été nommés dans le corps de santé de l'armée de terre :

Au grade de médecin principal de 1re classe (choix) : MM. les médecins principaux de 2e classe Legouest et Jean Lagrasse.

Au grade de médecin principal de 2e classe (choix) : MM. les médecins-majors de 1re classe Prud'homme, Larivière et Fuzier.

— Le 1er avril prochain, un concours s'ouvrira dans les ports pour les places d'officier de santé de la marine.

Au port de Brest : 2 places de chirurgien de 1re classe, dont une pour la côte occidentale d'Afrique; 6 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour l'emploi d'aide-major au 2e régiment d'infanterie de marine; 5 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour la Réunion, une pour Saint-Pierre de Terre-Neuve, une pour la Martinique, une pour le Sénégal; 2 places de pharmacien de 3e classe.

Au port de Rochefort : 3 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour la Guyane; 2 places de chirurgien de 3e classe pour le port.

Au port de Toulon : 1 place de chirurgien de 1re classe pour le port; 2 places de chirurgien de 2e classe, dont une pour Brest et une pour le Sénégal; 2 places de chirurgien de 3e classe, dont une pour Rochefort.

— Un concours pour la place de chirurgien-major de la Charité, de Lyon, s'ouvrira le 27 mars.

Sont désignés pour faire partie du jury; MM. Ollier, Berne, Gailleton, Rollet, Desgranges, Diday, Bouchacourt, Valette, Teissier, Girin, Faivre et Rater.

Le troisième demi-volume (1er du tome II) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Il contient les principaux articles suivants : Adhérences, par MM. Cornil; — Adipeux (tissu), par Ch. Robin; — Affusion, par Tartivel; — Afrique, par Dutroulau; — Agaric et Agaricinées, par Bertillon; — Ages, par Beaugrand et Tourdes; — Agonie, par Parrot; — Aiguiseurs, par Beaugrand; — Aine, par Guyon et Verneuil; — Aisselle, par Guyon et Dolbeau; — Divers articles de Botanique, par M. Baillon; — Diverses sources d'Eaux minérales, par M. Rotureau; — La Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau, Daremberg et Raige-Delorme. — Prix du demi-volume, rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie, 6 fr.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 34. — MARDI 21 MARS 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 21 MARS 1865. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 MARS 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences nous donne des loisirs, nous en profitons pour donner une place plus large aux travaux de nos nombreux correspondants. Nos lecteurs nous sauront gré de leur épargner une phraséologie parfaitement inutile.

Nous nous bornerons à signaler la présentation du nouveau livre de M. Flourens, l'*Unité de composition*, et celle de l'excellent ouvrage publié par M. de Valcourt, sous le titre de : *Climatologie des stations hivernales*.

M. Hameau, dont nous avons inséré la réclamation contre le rapport de M. Rayer sur la pellagre, adresse à l'Institut cette juste réclamation. M. Rayer, le rapporteur, est chargé d'examiner cette plainte.

Une place vacante de correspondant dans la section de botanique, donne lieu à la présentation de la liste suivante : 1° M. Braun; 2° MM. de Bary, Aza Gray, Hofmeister, Hooker, Parlatore, Pringsheim. — Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Étranglement du testicule dans le canal inguinal.

(Observation recueillie par M. A. REGNARD, interne du service.)

La migration imparfaite du testicule comprend deux cas bien distincts, suivant que l'organe s'est arrêté dans l'abdomen ou qu'il est demeuré dans l'aine, soit à l'intérieur du canal inguinal, soit au niveau de l'anneau externe. Dans le premier cas, les fonctions génératrices sont ordinairement conservées ainsi que l'état normal de la glande, qui se dérobe par sa position même à toutes les manipulations et froissements quelconques; au contraire, le testicule dans l'aine, souvent comprimé dans les mouvements de la cuisse, est en outre exposé à l'étranglement dans le canal inguinal, fait d'ailleurs heureusement rare, et dont l'observation suivante est un exemple non moins remarquable qu'instructif, surtout à cause de l'intensité des accidents dont l'ensemble simulait à s'y méprendre l'étranglement herniaire.

Le nommé G... (Joseph), âgé de vingt-sept ans, ébéniste, d'une taille au-dessus de la moyenne, robuste et bien constitué d'ailleurs, entre dans le service de M. Velpeau le 31 janvier 1865.

Mon collègue, M. Leroy, appelé immédiatement, constate les faits suivants : le malade est dans un état déplorable; il se plaint de douleurs atroces qui lui arrachent des cris et vomit avec effort à plusieurs reprises; dans l'aine droite il porte une tumeur offrant toutes les apparences d'une hernie étranglée, point de départ de tous ces accidents dont le début remonte à deux heures; les matières vomies sont brunâtres et exhalent une odeur infecte rappelant celle des matières fécales. Le malade est mis dans un bain dont on le retire au bout de trois quarts d'heure, sans amélioration notable. Néanmoins la douleur est un peu moins vive, et M. Leroy peut constater dans l'aine la présence d'une tumeur du volume d'une orange environ, très-dure, légèrement mobile, sans sonorité, extrêmement douloureuse à la pression, sans apparence de gargouillement. Le scrotum, du même côté, est distendu, rempli de liquide et fluctuant.

Le malade raconte que depuis sa naissance il a le testicule droit collé contre la racine de la verge, et pouvant rentrer dans le ventre à la moindre pression. Aujourd'hui, tandis qu'il était debout et vernissait un meuble peu de temps après son repas, il éprouva une violente douleur dans le bas-ventre en même temps qu'il sentait une grosseur se former dans l'aine, grosseur qui peu à peu s'étendit au scrotum du même côté.

On prescrit de la glace sur la tumeur, et à l'intérieur un purgatif consistant en jalap et en calomel.

A dix heures du soir, c'est-à-dire dix heures après le début des accidents, la tumeur et la douleur avaient à peu près complétement disparu.

Le lendemain matin, 1er février, les choses sont rentrées à peu près dans l'état normal; cependant on peut encore constater deux tumeurs, mais ne dépassant guère le volume d'une noix; l'une dans le scrotum, c'est le testicule droit entouré d'une petite quantité de liquide; l'autre dans le canal inguinal, composée uniquement de liquide. En pressant sur le testicule on le fait rentrer dans le canal et on peut alors faire refluer derrière lui le liquide qui l'entourait dans le scrotum.

Ce jeune homme raconte qu'il y a deux ans, à l'occasion d'accidents analogues, il faillit subir à l'hôpital Saint-Antoine l'opération de la hernie étranglée. Du reste, il n'est nullement gêné par la situation anormale de son testicule droit, qui en même temps est notablement atrophié; à l'en croire même, il est d'une remarquable force sur l'acte reproducteur de l'espèce, et *cinq* ou *six reprises* ne sont pour lui qu'un jeu. Hâtons-nous d'ajouter que le testicule gauche est de forme et de volume normaux.

Le malade est renvoyé le 3 février avec un bandage dont la pelote, appliquée sur l'anneau externe, empêchera autant que possible la rentrée du testicule dans le canal.

M. Velpeau a appelé l'attention à sa clinique sur ce cas intéressant à la fois au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

D'abord les faits de ce genre sont extrêmement rares et partant très-faciles à méconnaître. Curling mentionne bien plusieurs cas d'étranglement du testicule, mais ils sont le plus souvent compliqués de hernie, surtout développés d'une autre façon, de dedans en dehors, c'est-à-dire que la glande contenue dans l'abdomen s'introduit dans le canal inguinal par l'anneau interne; d'autres fois, c'est une inflammation, une orchite développée dans l'abdomen ou dans le canal qui donne lieu aux accidents.

Dans le cas actuel, il s'agit d'un testicule situé habituellement en dehors du canal et de l'anneau externe, et à la racine du scrotum; de plus, il n'y a pas eu d'orchite, puisque le lendemain même de l'accident on pouvait palper la glande non augmentée de volume et non douloureuse; c'est ce qui fait l'étrangeté de ce fait, tel qu'on n'en a peut-être pas signalé de tout à fait semblable.

Voici ce qui s'est passé : Le testicule s'étant trouvé mal à propos renfermé dans le canal, peut-être plus longtemps que de coutume, a été comprimé; d'où la douleur vive et en même temps une exhalation séreuse dans le canal inguinal qui s'est ainsi trouvé distendu, tandis que les anneaux non dilatables s'opposaient de plus en plus à la sortie de la glande. Le liquide augmentant toujours a filtré en bas dans la tunique vaginale jusque dans le scrotum qu'il est venu distendre, et ainsi se sont trouvé constituées les deux tumeurs signalées plus haut. On sait combien est violente la souffrance déterminée par la pression du testicule; bientôt sont venus se joindre des vomissements qui ne manquent jamais dans toutes les affections douloureuses siégeant à l'abdomen ou aux environs, et on a eu sous les yeux le formidable cortége des accidents de l'étranglement herniaire, peut-être même avec un degré d'acuité de plus, car les malades dans la hernie n'accusent pas à beaucoup près des souffrances aussi vives. Cette acuité constitue un point important pour le diagnostic, qui se complète par l'étude attentive de la tumeur et surtout, comme dans le cas actuel, par la connaissance des antécédents.

Le pronostic, ajoute M. Velpeau, est à la fois grave et bénin, grave si le malade ne prend aucune précaution (ce qui est toujours à craindre); les accidents peuvent reparaître, et il se peut qu'un étranglement réel se produisant on ne soit forcé d'en venir à l'opération; déjà une fois, comme nous l'avons vu, notre malade l'a échappé belle; puis, à part l'étranglement intestinal, il peut se développer là de l'inflammation, du pus; les plus grands désordres, la mort même peuvent en résulter. Curling rapporte le fait d'un enfant qui mourut d'une péritonite à la suite d'un coup reçu dans l'aine; on trouva au milieu d'une masse de tissu cellulaire infiltré de pus et de lymphe, et près de l'anneau inguinal externe un testicule atrophié; l'inflammation s'était évidemment propagée de là au péritoine.

Mais il faut ajouter que le malade peut, avec un bon bandage et des précautions, éviter tous ces accidents. On sait combien est compliquée cette question de l'application du bandage chez les cryptorchides, où pour prévenir la hernie on est forcé d'empêcher la descente possible du testicule; ici, au contraire, c'est très-simple, puisqu'on peut la fixer au-dessous de l'anneau. Il est vrai que les anses du crémaster, très-robustes chez certains individus, peuvent en se contractant coller la glande contre la pelote, et occasionner ainsi de petits signes d'étranglement; mais c'est là peu de chose, et en définitive cet homme va sortir guéri et muni d'un bandage qui lui permettra de se livrer sans inquiétude à ses travaux habituels.

FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE THÉRAPEUTIQUE
de l'iodure de potassium,

Par M. GINGEOT, interne des hôpitaux,

(Résumé d'un mémoire lu à la Société d'observation, séance du 13 janvier 1865.)

Ce travail renferme trois exemples d'affections non syphilitiques du système nerveux central traitées avec succès par

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Année médicale scientifique, par MM. MOUTET, JACQUEMET, PÉCHOLIER et CAVALIER, professeurs agrégés à la Faculté de Montpellier (1). — **De l'endoscope et de ses applications**, par M. DESORMEAUX, chirurgien de l'hôpital Necker (2). — **De l'angine couenneuse et du croup**, par M. le docteur COULON, ancien interne des hôpitaux de Paris (3).

Oh! duperie éternelle des formules et des mots! Pour les professeurs et les agrégés de la Faculté de Montpellier, il est de mise de rappeler toujours et partout les grands principes de cette école. On y tient à honneur de ne jamais paraître marcher sans lisières; mais au fond ces lisières ne sont qu'un vêtement, et la liberté n'en est pas moins grande. Il est facile de s'en convaincre en lisant l'*Année médicale et scientifique*. Sous un titre nouveau, c'est la réimpression de chroniques mensuelles où les nouvelles découvertes, les publications médicales, et surtout les discussions de nos académies, sont analysées et jugées avec un esprit qui rend plus attrayante encore cette revue rétrospective. Les agrégés auxquels elle est due seraient partout des hommes distingués; partout ailleurs qu'à Montpellier, M. Pécholier eût adopté sans doute l'opinion qu'il a défendue au sujet des virus varioleux et vaccin; mais ce qu'il n'aurait point écrit dans une autre École, ce sont des phrases comme les suivantes : « Nous n'avons eu, pour arriver sûrement au but, qu'à appliquer à une question spéciale les principes de pathologie générale de l'École de Montpellier; la certitude et l'infaillibilité étaient par là même au bout de nos déductions, pourvu qu'elles fussent légitimes; le mathématicien qui pour résoudre un problème particulier se sert d'une formule fondamentale de l'algèbre, peut avoir de la satisfaction d'avoir bien calculé; mais s'il n'est pas aveuglé par un amour-propre désordonné, c'est à la formule elle-même, et à celui qui l'a le premier tracée qu'il rapporte le principal mérite de sa découverte. »

Et plus loin : « Redisons-le, parce qu'on ne saurait trop le redire : si tant d'esprits éminents ont eu de la peine à trouver la vérité, tandis que chez nous cette vérité s'est montrée si facilement, c'est que nous avons une doctrine et une langue médicales, c'est que nous sommes tous d'accord sur les principes, c'est que tous nous nous comprenons. La vieille légende de la tour de Babel ne nous a-t-elle pas appris depuis longtemps où peut mener la confusion des langues? »

Franchement l'exemple est mal choisi, et, pour admettre ce parfait accord, M. Pécholier a dû fermer l'oreille à toute autre voix que la sienne. Dans une chronique précédente, réimprimée à quelques pages de distance, un de ses collègues et collaborateurs, M. Cavalier, s'appuyant sur les mêmes principes, a dit le contraire sur la même question. Il tendait manifestement à voir un seul virus commun dans la variole et dans la vaccine; tandis que M. Pécholier a combattu cette assimilation par les meilleurs arguments possibles.

Qu'en faut-il conclure? Que, grâce à Dieu, l'École de Montpellier n'est pas immobilisée et pétrifiée comme elle se plaît à le laisse croire. Elle n'a que les apparences de ces Écoles du moyen âge où l'on jugeait par la parole du maître, n'admettant pas ce qu'on ne pouvait en déduire. Au fond, comme le dit quelque part M. Pécholier, il est bon pour les Facultés de province d'avoir un drapeau qui leur soit propre. La vie intellectuelle y devient plus active par l'effervescence du patriotisme ainsi créé, et l'esprit s'entretient vigilant et alerte lorsqu'il se donne pour mission de faire entrer les faits nouveaux dans une formule vieillie, dont il faut prestement soutenir les flancs élargis pour qu'elle puisse tout recevoir et tout couvrir sans être rompue.

Excellent rôle pour la province; à Paris, il en faut un autre. L'École de Paris est trop vigoureuse pour avoir besoin d'incitations artificielles; elle use bientôt et fait éclater les formules dont on l'affuble.

Elle n'a pu supporter le joug d'un organicisme mesquin où la crainte de l'ontologie mettait obstacle à l'observation. On n'y rougit plus de décrire les individualités morbides jusque dans leurs effets les plus mystérieux, et l'on n'y donne plus à toute chose une explication matérielle. Le système de Broussais est bien mort, et les efforts les plus habiles ne sauraient le galvaniser aujourd'hui que les sciences naturelles et physiques ne se bornent plus à tenir compte des molécules visibles, pondérables et matérielles. Même en chimie minérale, on sait depuis les recherches récentes de M. Sainte-Claire Deville que les fluides impondérables, le calorique, etc., entrent avec ces molécules dans des combinaisons définies, et rendent ainsi composés bien des corps que l'on croyait simples. Les vieilles lois sont rejetées comme insuffisantes, ou pour mieux dire on les conserve comme moyens mnémotechniques auxquels on n'attache pas d'importance. Sans s'arrêter à formuler de nouveaux systèmes, on étudie et on observe.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. 75. Paris, 1865; P. Asselin.
(2) Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. 50. Paris, 1865; J. B. Baillière.
(3) Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. Paris, 1865; F. Savy.

l'iodure de potassium. Les deux premières observations se rapportent à des affections encéphaliques, la dernière a trait à une affection de la moelle. Toutes trois ont été recueillies par M. Gingeot durant son internat chez M. le professeur Béhier.

A la suite de quelques considérations historiques sur son sujet, et après avoir rappelé les cas analogues observés en Allemagne, en Belgique, en France et en Angleterre, l'auteur expose et commente ceux qu'il a vus lui-même et dont voici le résumé :

Obs. I. — Femme de soixante-et-onze ans, entrée le 6 mars 1864 à l'hôpital de la Pitié, à la suite de fatigues prolongées, se plaignant de céphalalgie, lassitude générale, anorexie, nausées, état saburral des premières voies, émission involontaire des urines. Un vomitif soulage d'abord la malade, mais, le surlendemain de son emploi, des phénomènes inquiétants se manifestent : frisson violent, insomnie, agitation nocturne, céphalalgie intense, faiblesse extrême, voix éteinte, constipation. Les jours suivants : somnolence, sourcils froncés, regard fixe et hébété, pupilles dilatées, soubresauts de tendons, langue rouge et sèche, pas de paralysie, pas de fièvre, pas de délire, état demi-comateux qui se prononce de plus en plus; rien du côté des organes thoraciques.

On admet par voie d'exclusion une encéphalite commençante, ou plutôt une apoplexie séreuse à début lent.

Des toniques sont d'abord mis en usage, mais comme ils ne produisent aucun bien, on les remplace au bout de trois jours par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme, puis de 3 grammes dans les vingt-quatre heures. Au deuxième jour de cette médication, la céphalalgie diminue, l'insomnie cesse, la langue s'humidifie, la physionomie et la voix sont meilleures, la constipation cède, la faiblesse est moindre. Dès ce moment, l'amélioration fait de rapides progrès, et après avoir pris en neuf jours 25 grammes d'iodure de potassium, sans autres accidents qu'une légère éruption iodique le cinquième jour, et un peu de diarrhée le neuvième, la malade est tout à fait hors de danger. On la soumet de nouveau à un traitement tonique, et bientôt elle est complétement guérie.

Obs. II. — Homme de trente-cinq ans, entré à la Pitié le 12 mai 1864. Santé ordinairement bonne, vie régulière, jamais d'accidents syphilitiques, nulle maladie héréditaire.

En février 1863, après avoir souffert pendant plusieurs heures d'une forte céphalalgie, ce malade est pris d'une attaque épileptiforme qui dure une heure environ et se termine par des vomissements. La céphalalgie persiste pendant cinq jours, accompagnée de malaise et de lassitude; elle se dissipe ensuite, mais pour revenir de temps à autre pendant les trois mois qui suivent.

En mai, nouvelle attaque, laissant après elle des troubles plus prolongés et plus intenses que ceux consécutifs à la première.

Deux mois plus tard, convulsions violentes sans perte de connaissance. Le malade entre alors à l'hôpital et y reste cinq semaines, durant lesquelles il prend de l'iodure de potassium à doses croissantes jusqu'à un maximum de 3 grammes en vingt-quatre heures.

Sorti bien portant et débarrassé de ses maux de tête, il jouit pendant dix mois des apparences d'une santé parfaite. Au bout de ce temps, et à la suite d'une céphalalgie de quelques jours, nouvelle attaque sans perte de connaissance. Le malade entre dans le service de M. Béhier.

On le trouve dans l'état suivant : céphalalgie frontale surtout marquée à droite; sentiment de pulsations dans l'intérieur du crâne; étourdissements. Fonctions respiratoires, circulatoires et digestives régulières; il y a seulement un peu d'anorexie. Ouïe, vue, goût et odorat intacts. Bégaiement sensible un peu antérieur à l'attaque et persistant après elle. Intelligence conservée. Fourmillements, faiblesse et anesthésie légère dans la jambe et le bras droits; parfois des horripilations dans les mêmes points; jamais de crampes.

L'iodure de potassium est prescrit à doses croissantes, et bientôt il en est administré 5 grammes dans les vingt-quatre heures.

Au bout de huit jours tous les phénomènes morbides ont disparu. Peu de temps après, le malade exige son *exeat*, bien qu'on l'ait prévenu qu'un usage plus longtemps soutenu de l'iodure serait utile pour consolider sa guérison.

Ainsi voilà vraisemblablement une tumeur intra-crânienne non syphilitique dont les manifestations, de plus en plus graves et fréquentes, ont été suspendues pendant dix mois après un traitement par l'iodure de potassium. A la fin de cette longue trêve, grave réapparition des accidents, nouvel emploi de l'iodure, prompte disparition de tous les troubles observés. Y a-t-il eu simple coïncidence entre l'application du remède et l'amendement survenu ? Bien que le fait soit possible, il serait singulier qu'un tel rapprochement eût eu lieu deux fois de suite, de façon à jouer si naturellement la relation de cause à effet.

Obs. III. — Femme de trente-deux ans, d'ordinaire bien portante quoique nerveuse et impressionnable, entrée à la Pitié le 4 mai 1864.

Réglée à treize ans, mariée à vingt-six, elle a éprouvé fréquemment des troubles de la menstruation. Plusieurs couches pénibles accompagnées d'hémorrhagies abondantes. La dernière, qui eut lieu le 15 mars 1863, a été suivie d'un prolapsus utérin pour lequel une ceinture hypogastrique fut conseillée. Dès lors, troubles fréquents du côté des organes génito-urinaires, douleurs lombaires et abdominales, rétentions d'urine plus ou moins durables, etc. Il y a eu autrefois des attaques d'hystérie bien caractérisées.

Depuis sa dernière couche, la malade était sujette à des fourmillements dans les membres inférieurs, quand un des premiers jours de 1864, se trouvant assise et voulant se lever, elle s'aperçut qu'elle était incapable de se tenir sur ses jambes. A partir de cette époque, la paraplégie a fait d'incessants progrès et la sensibilité s'est éteinte dans les membres pelviens. Douleurs abdominales et lombaires. Rétention d'urine; constipation. Un séjour de deux mois à la Charité n'a pas produit grand résultat, bien qu'on ait employé pendant ce temps l'électricité, les bains sulfureux, le cautère actuel, et des applications locales calmantes.

A son entrée chez M. Béhier, la malade présente de nombreux symptômes dont voici les principaux :

Douleur à la pression le long de la portion dorsale du rachis, surtout entre la troisième et la sixième vertèbre dorsale. Paralysie et anesthésie complètes du membre pelvien gauche. Mouvements réflexes peu énergiques, amaigrissement des membres inférieurs en rapport avec leur degré de paralysie. Pas de crampes, pas de contractures, pas de mouvements involontaires, pas de douleurs en ceinture, mais quelques fourmillements dans les membres paralysés. Un peu de faiblesse dans le membre supérieur droit. État chloro-anémique prononcé. Points anesthésiques nombreux sur les différentes parties du corps. Pas de troubles de l'intelligence ni des sens, sauf un certain affaiblissement de la vue. Rien d'important du côté des organes thoraciques et abdominaux.

On prescrit d'abord de la noix vomique; elle produit seulement de la contracture et des fourmillements dans le membre thoracique droit.

L'ergot de seigle à la dose de 0g,25, puis de 0g,50, n'a pour effet que d'augmenter les douleurs lombaires et abdominales.

L'asa fœtida et le sulfate de quinine (ce dernier porté jusqu'à la dose d'un gramme par jour) calme certains phénomènes hystériques, mais échoue contre la paralysie.

Le 21 juin, on renonce à toutes ces médications, et on prescrit l'iodure de potassium à la dose d'un gramme dans les vingt-quatre heures. Ultérieurement, cette dose est portée peu à peu jusqu'à 6 grammes, sans autre inconvénient qu'une légère éruption iodique et coryza faible et d'une courte durée.

Dès les premiers jours de juillet, la paralysie commence à décroître. Les mouvements redeviennent possibles successivement dans les orteils, le pied et la jambe gauches. Durant la première semaine d'août, pareille chose s'accomplit dans le membre inférieur droit.

Enfin, vers le 15 août, la malade peut marcher seule, sans canne, sans soutien d'aucune sorte.

Dans les derniers jours du même mois, une chûte faite dans l'escalier ramène un certain degré de paralysie, mais ce phénomène se dissipe rapidement, et l'*exeat* est accordé le 11 septembre.

Le 16 novembre, la malade revient à la consultation; sa guérison ne s'est pas démentie; pourtant, la jambe droite n'a pas tout à fait reconquis sa force primitive et se fatigue plus vite que la droite.

L'auteur discute la nature de la paraplégie dont il a donné l'histoire : il repousse l'idée d'une paraplégie réflexe, et hésite entre une paraplégie hystérique et une hémorrhagie de la moelle; il penche plutôt pour cette dernière, tout en reconnaissant l'impossibilité, dans l'espèce, d'un diagnostic certain. Quant à l'action curative exercée par l'iodure de potassium, elle lui semble difficilement contestable alors que l'amélioration a suivi de si près l'emploi du médicament; en outre, dans l'hypothèse d'une hémorrhagie de la moelle, cette action s'expliquerait aisément, s'il est vrai que l'iodure de potassium soit, comme on l'a dit, un agent excitateur de l'absorption.

TRAITEMENT DE LA COXALGIE[1],

Par M. le docteur A. Verneuil.

Ces généralités énoncées, j'aborde le manuel opératoire.

Le *redressement* s'exécute de diverses manières : avec les mains seules ou à l'aide de machines, en une seule séance, ou progressivement avec ou sans chloroforme. Tous ces procédés peuvent être utilisés. Le plus communément, le chirurgien cherche à rendre au membre sa direction rectiligne et sa longueur, en lui faisant exécuter, pendant le sommeil anesthésique, des mouvements alternatifs en tous sens, et en n'employant pour cela que la force de ses bras; c'est de cette façon que j'ai toujours agi. Deux fois même, dans des cas légers, j'ai appliqué l'appareil inamovible sans chloroforme, la déviation étant médiocre et le spasme musculaire n'ayant provoqué qu'une déviation peu marquée.

Je ne conteste pas l'utilité des machines. Au congrès de Lyon, M. Pravaz fils en a montré une fort belle, fort ingénieuse, qui serait capable, sans contredit, de triompher des rétractions les plus rebelles. Mais le prix élevé de cet appareil, la difficulté de le transporter dans la pratique civile, en restreindront toujours l'usage. En cas d'ankylose trop solide, on pourrait avoir également recours à des mouffles ou autres engins analogues, mais le cas ne s'est pas présenté à mon observation et jusqu'ici j'ai pu m'en passer. On conseille également le redressement progressif dans la gouttière de Bonnet, mais ce moyen m'a toujours paru insuffisant et infidèle. Aussi je considère comme plus sûr, plus expéditif et d'une utilité plus générale, le procédé manuel, brusque, rendu facile par l'anesthésie. Celle-ci d'ailleurs a si peu d'inconvénients chez les enfants que je n'hésite point à l'employer dès qu'il y a la moindre résistance à surmonter.

La fixité du bassin est, comme on le sait, difficile à obtenir; aussi Bonnet, Langenbeck, Bühring, ont imaginé des étaux particuliers pour remplir ce but. Ces appareils ne m'ont jamais satisfait; ils gênent souvent la manœuvre. Jusqu'à ce jour, la main d'aides vigoureux m'a suffi. Toutefois, pour agir plus efficacement et protéger la peau délicate des enfants contre une pression trop puissante, j'ai souvent mis en usage le moyen suivant qui est des plus simples. La région des épines iliaques antérieures étant garnie de coton, j'applique transversalement une alèze pliée en cravate, de 10 centimètres de large, dont les deux chefs dirigés vers le sol sont vigoureusement maintenus par des aides, ou mieux encore noués sous la table étroite où repose le patient. Une pression supplémentaire est exercée par dessus l'alèze, par un aide grand et fort qui embrasse des deux côtés le bord antérieur des os iliaques, entre le pouce et le bord radial de la main.

Dans les coxalgies aiguës ou récentes, quand les déviations tiennent surtout à la contracture, on rectifie en général assez vite et sans trop d'effort l'attitude vicieuse; mais s'il existe des adhérences intra-articulaires ou des rétractions ligamenteuses ou musculaires, la chose est beaucoup moins facile. On corrige assez aisément une partie de la difformité, mais la résistance semble ensuite tout à fait insurmontable. Que faut-il faire ? Redoubler d'efforts, appliquer des forces plus puissantes que celles de la main, ou des appareils capables de continuer lentement l'action commencée, pratiquer la ténotomie, ou enfin se contenter pour cette fois de l'amélioration réalisée ? C'est le dernier parti que j'adopte. Je craindrais, en doublant la violence, d'occasionner des dégâts dans les parties molles et de fracturer les os, car malgré ce que j'ai dit plus haut de cet accident et de son innocuité relative, je crois qu'il faut l'éviter autant que possible. Je consentirais volontiers à employer les machines à extension, si celles-ci étaient moins chères, plus faciles à supporter nuit et jour, et autrement construites que celles dont nous disposons actuellement. La ténotomie rendrait évidemment des services et elle en a déjà rendu dans des cas analogues ; il est facile de comprendre son utilité quand l'obstacle au redressement semble résider dans les adductions; le droit antérieur, le tenseur du *fascia lata*, dont le corps fait sous la peau une saillie inflexible. Cependant, sans proscrire les sections musculaires, je n'y ai pas encore eu recours.

Ainsi donc, je m'en tiens au degré de redressement obtenu sans trop de violence, et j'applique l'appareil inamovible, remettant à une séance ultérieure le complément de l'opération. Plus d'une fois, en enlevant six semaines ou deux mois plus tard le bandage, on trouve les muscles et sans doute aussi les obstacles intra ou péri-articulaires, beaucoup moins résistants, et l'on arrive à rectifier entièrement l'attitude vicieuse.

Dans ces cas anciens, qu'il est inutile de décrire, car ils sont con-

(1) Suite. — Voir le précédent numéro.

Les médecins de Paris font comme les chimistes : ils ne croient plus à la vérité absolue des interprétations trop simples; mais ce n'est pas pour prendre le goût des nuages et des brouillards germaniques qu'ils se sont affranchis des doctrines étoites. Ce qui fait la grandeur et la force de leur école, c'est qu'on y professe comme seul principe la phrase ancienne de Galien : « Nous ne voulons être esclaves d'aucune secte (1). » — « Hâtez-vous, dit M. Trousseau dans ses *Leçons cliniques*, hâtez-vous de vous débarrasser des entraves scolastiques. Hâtez-vous de secouer le joug du maître, exercez votre esprit et votre jugement, et efforcez-vous de systématiser vous-même, soit que par l'étude vous arriviez aux conclusions de vos devanciers, soit que vous jugiez la médecine d'un autre point de vue qui vous soit personnel. » Cette personnalité, cette indépendance, chacun de nos maîtres la conserve dans les camps les plus opposés. Chez nous on n'adopte pas l'organicisme ou le vitalisme de tel ou tel, mais on prétend s'en créer un pour soi moins incomplet que celui des autres. On marche toujours en avant vers un idéal qui toujours échappe. On interroge la nature avec une curiosité qui n'est jamais pleinement satisfaite, car on sait qu'elle cache encore des secrets que personne n'a pénétrés pour les enfermer dans un axiome dont on puisse les extraire par déduction.

Les représentants de notre école veulent qu'on leur apporte des faits et non des raisonnements stériles. Possédant au plus haut degré les qualités vraiment françaises, ils aiment la précision et la clarté. Sans distinction d'organiciens ou de vitalistes, tous sont avides de voir avec leurs yeux toutes les fois que la chose est possible.

En effet, les notions que les sens nous apportent ont par elles-mêmes une netteté, une évidence, une certitude que les vues de l'esprit sont loin de réunir. Sans les premières, on est souvent réduit à se tenir dans le vague de généralités plus ou moins justes, tandis qu'avec elles on parvient à la connaissance des espèces, de leurs caractères différentiels et de leur évolution.

Aussi, toutes les fois que les signes rationnels peuvent être remplacés par des signes physiques, on peut espérer que la science est à la veille de faire un grand pas.

Ce progrès, en ce qui regarde les affections de l'urèthre et de la vessie, M. Desormeaux a eu le double mérite d'en avoir fourni les moyens et de l'avoir déjà lui-même en grande partie accompli.

Par l'invention de son endoscope, il a permis de porter la vue dans l'intérieur de ces organes, et pour démontrer l'utilité pratique de cette découverte, il vient de publier un volume plein de vues originales et de faits nouveaux. M. Desormeaux n'est point homme à s'arrêter en si beau chemin; d'autres lésions seront observées, d'autres volumes viendront compléter celui-ci, et, comme il est permis d'en juger par ce remarquable spécimen, ils ajouteront à nos connaissances pathologiques des chapitres inattendus.

Nous ne nous arrêterons pas à parler de l'endoscope déjà décrit dans ce journal. Nous n'aurions qu'un reproche à lui faire : sa cherté. Si le prix en était plus abordable, cet appareil devrait prendre place dans l'arsenal de chaque praticien. Le mécanisme en est facile, l'éclairage excellent, et, comme on y regarde à l'œil nu, les perceptions qu'il donne sont des plus nettes. Il n'est nul besoin d'apprentissage pour voir avec lui dans l'urèthre et y guider les instruments et les caustiques qu'on y dirige par son moyen : avantages qu'apprécieront, comme nous l'avons fait, tous ceux qui savent combien d'habitude il faut acquérir pour appliquer utilement la plupart des ophthalmoscopes et autres appareils analogues.

M. Desormeaux est arrivé seul à cette grande perfection : elle lui valait une récompense de l'Académie en 1855, deux ans avant que M. Czermak eût trouvé le moyen d'éclairer le laryngoscope à la lumière artificielle. Cependant l'origine du laryngoscope est ancienne, et tant de personnes ont pris part à sa découverte qu'on ne sait vraiment plus à qui en attribuer le principal mérite.

Au Congrès de Lyon, nous avons tenu le miroir pharyngien de M. Baumès. Une vis de rappel permet d'en faire varier l'inclinaison sans le retirer de l'arrière-bouche, et il ne paraît le céder en rien à ceux qui se construisent aujourd'hui. M. Baumès en appelait au souvenir de ses confrères pour établir que depuis au moins vingt-sept ans il l'avait appliqué devant les membres de la Société médicale, et s'en était servi souvent pour voir la glotte; il protestait énergiquement contre l'oubli de ses titres de paternité.

M. Desormeaux n'a point à craindre de revendication semblable : son endoscope est bien à lui. Antérieurement on ne peut découvrir que quelques essais infructueux, quelques machines inapplicables,

(1) N'être l'esclave d'aucune secte, c'est la devise que prendrait la *Gazette des Hôpitaux* si elle éprouvait le besoin d'en avoir une. Mais la *Gazette* n'est pas un journal de doctrine, et elle peut se passer de devise. C'est ce qui explique les contradictions doctrinales que l'on a pu remarquer souvent entre les articles émanant de la rédaction ; ces contradictions ne font que témoigner, en effet, de la parfaite indépendance de chacun de ses rédacteurs qui expriment à leur temps et à leur heure leur opinion personnelle sans engager en rien celle de son rédacteur en chef, qui ne se réserve pour lui-même que le droit d'user à l'occasion de la même liberté. D. B.

nus de tous, la préoccupation constante est de ne point réveiller l'arthrite ou l'ostéite. C'est pourquoi 1° je m'empresse d'immobiliser la jointure avec l'appareil, quelque incomplet qu'il soit; l'effet obtenu, 2° je fais des séances courtes et énergiques, plutôt que frotter longtemps les surfaces articulaires l'une contre l'autre, comme le faisait Bonnet avec le concours de ses aides; 3° je me contente de corriger les attitudes les plus incommodes, c'est-à-dire l'adduction et l'abduction exagérées, puis la flexion extrême; 4° je m'arrête quand le membre est sensiblement parallèle à l'axe du corps, fût-il même notablement raccourci; 5° reconnaissant volontiers des bornes à la puissance de l'art, je ne m'acharne pas à obtenir, quand même et au prix de dangers réels, un rétablissement de la forme normale, qui n'implique nullement d'ailleurs celui de la fonction, préférant toujours rester en deçà que passer au delà des limites de la prudence. Aussi ai-je rendu à plusieurs de mes malades l'usage de leur membre, comme support, mais sans détruire toute difformité; 6° enfin quand le redressement exige deux séances ou plus, je les pratique à de longs intervalles, deux mois pour le moins. Wilhem Busch, avec une loyauté qui l'honore, attribue la perte d'un de ses malades à une seconde tentative faite trop près de la première. (*Arch. de Langenbeck*, t. IV, p. 87, 1863).

Le second temps de l'opération, aussi important que le premier, consiste à immobiliser le membre redressé. On a imaginé dans ce but divers appareils. Je ne parlerai que des trois principaux : 1° la gouttière de Bonnet; 2° le bandage inamovible; 3° la machine dite de Mathieu, composée de quatre segments qui peuvent à volonté jouer les uns sur les autres, ou former un tout rigide et inflexible. Tous ces appareils sont bons puisqu'ils remplissent l'indication fondamentale, tous sont utiles et peuvent être successivement employés pendant le cours d'une même cure; ils ne s'excluent donc point; cependant, l'expérience m'a fait faire à leur égard quelques remarques que je crois bon d'exposer.

Pour se généraliser dans la pratique, un appareil à coxalgie doit réaliser plusieurs conditions secondaires à la vérité, mais cependant fort importantes encore.

1° Il faut que peu de jours après l'opération, l'exercice au grand air et le transport d'un lieu à un autre soient possibles, lorsque la maladie a déjà duré plusieurs semaines ou plusieurs mois, qu'elle confine au lit les patients et surtout les petits enfants lymphatiques et scrofuleux. Après la cessation des douleurs, rien n'est plus favorable à la guérison que le changement de milieu ou du moins la déambulation. Ce changement amène quelquefois dans la santé générale de l'enfant des modifications promptes et surprenantes. D'un autre côté, si on entreprend le redressement dans les cas anciens non douloureux et n'interdisant point l'exercice, rien n'est plus fâcheux que de condamner brusquement les petits malades à un repos prolongé.

2° Il faut pouvoir à son gré prolonger l'immobilité pendant des mois entiers, quelquefois une année ou deux. Aussi longtemps, en un mot, que la récidive est à craindre.

3° Quand on suppose la guérison obtenue, il est nécessaire de procéder prudemment à des essais de marche véritable, je veux dire par là qu'il faut peu à peu confier au membre malade une partie du poids du corps, pour s'assurer qu'après la suppression de l'appareil l'articulation, naguère malade, pourra servir à la marche.

4° Comme le redressement et l'immobilisation d'une hanche malade constituent parfois une véritable opération d'urgence, il faut pouvoir se procurer promptement et en tout lieu l'appareil contentif.

5° Enfin il ne faut pas oublier que la coxalgie sévit particulièrement sur la classe indigente, aussi la considération du prix de revient des appareils doit-elle entrer dans la balance.

La résultante de tous ces motifs, sans prononcer la proscription de la gouttière de Bonnet et des appareils orthopédiques, conduit cependant à l'adoption générale du bandage inamovible. Quelques mots de développement achèveront la démonstration.

La gouttière de Bonnet est coûteuse, elle ne se trouve que dans les grands centres ou dans les hôpitaux; il faut la construire d'après la taille des malades et il est nécessaire d'en avoir au moins quatre de dimensions différentes. Or, il est peu de praticiens qui puissent grossir son arsenal d'une série suffisante de ces engins. Ce n'est pas tout, elle n'immobilise pas rigoureusement la jointure, et, plus d'une fois, j'ai vu les déviations s'y reproduire brusquement ou lentement, avec retour des douleurs et de la contracture; elle ne permet guère l'exploration des fonctions du membre quant à la marche future. J'ai vu un enfant qui y avait séjourné six mois environ, il paraissait guéri; la gouttière supprimée, tous les accidents reparurent au bout d'un temps fort court, la déambulation était impossible. A la vérité, on peut sortir les malades et les exposer au grand air, et j'ai même pu faire charrier un petit malade dans un jardin public, en faisant adapter à une extrémité deux roues, à l'autre deux poignées qui métamorphosaient la gouttière en une sorte de brouette oblique qu'on faisait rouler longtemps sans fatigue. Mais ceci ne remplace nullement la marche. L'extension permanente dans la gouttière ne m'a jamais montré de résultats satisfaisants. A côté de ces inconvénients, il y a des avantages que je ne veux pas cacher. Le procédé est très-simple et très-expéditif, le malade est chloroformé, redressé, puis placé et assujetti dans la gouttière, le tout en quelques minutes, un quart d'heure au plus. Un petit nombre d'aides suffit, et le chirurgien ménage ses forces et son temps. C'est pour cela sans doute que cet appareil est si souvent recommandé dans les consultations. J'ajoute d'ailleurs que le résultat immédiat est très-satisfaisant.

Je reconnais encore que la gouttière peut rendre de véritables services dans les cas suivants : chez l'adulte, où l'application du bandage inamovible est extrêmement laborieuse; dans la coxalgie rhumatismale aiguë, où l'immobilité n'a guère besoin d'être prolongée au delà de deux mois, délai qui ne porte pas à la constitution d'atteintes graves; à plus forte raison dans la coxalgie hystérique, dont le redressement n'amène point de lésions articulaires, dans laquelle la violentation des muscles contracturés est l'agent principal de la guérison et qui exige souvent l'hydrothérapie ou le massage, c'est-à-dire la suppression momentanée et réitérée de l'appareil; lorsqu'il existe une suppuration abondante et des trajets fistuleux qu'on croit utile de traiter par les injections iodées; enfin lorsque la coxalgie est double, ce qui est rare heureusement. Dans un cas de ce genre, l'une des hanches était beaucoup plus malade que l'autre; ne songeant point à renfermer les deux membres dans un bandage dextriné, j'appliquai la gouttière, espérant que quelques semaines de repos suffiraient pour guérir l'articulation la moins lésée, et qu'il me serait possible alors d'enfermer seul le membre plus sérieusement atteint. Mes prévisions se sont à peu près réalisées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 février 1865. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Lasnier pose sa candidature au titre de membre résidant, et à l'appui fait hommage de plusieurs mémoires dont il est l'auteur. (Rapporteur, M. Gros.)

M. Lasnier se propose, en outre, de donner à la Société lecture d'un travail manuscrit.

2° Une lettre de M. le docteur Marx, de Bordeaux, à l'effet d'obtenir le titre de membre correspondant.

3° Un mémoire de M. le docteur Marx à l'appui de sa candidature.

Une Commission, composée de MM. Guibout, Leroy d'Étiolles, Simonot, est chargée de statuer à cet égard.

— **M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL** fait part à la Société du succès obtenu récemment par un de ses membres, M. Collineau, qui a présenté à l'Académie des sciences un mémoire fait en collaboration avec M. Ferd. Martin, travail auquel il a été décerné un prix Montyon de 2,500 fr.

M. COLLINEAU dépose sur le bureau un exemplaire de ce mémoire intitulé : *De la coxalgie, de sa nature, de son traitement*, dont il fait hommage à la Société au nom de M. Ferdinand Martin et au sien. Remercîments. (Rapporteur, M. Forget.)

— La parole est de nouveau à M. Boys de Loury, secrétaire général.

M. BOYS DE LOURY. Les circonstances pénibles qui m'ont privé d'assister à notre dernière séance ne doivent pas me faire oublier ce que nous devons à la mémoire des membres que nous avons perdus. Permettez-moi donc quelques mots sur un de nos anciens présidents, collègue aussi actif qu'éclairé.

Le docteur Debout s'est éteint après une maladie qui depuis un certain temps ne laissait plus d'espoir. Je ne vous dirai pas tout ce que cet éminent praticien a fait pour la science. A la tête du *Bulletin de thérapeutique*, qu'il a dirigé pendant plus de vingt ans, il a élevé ce journal à la hauteur des connaissances physiologiques et médicales modernes.

Homme ardent autant que droit d'esprit, vous l'avez pu juger pendant les quinze ans qu'il a passés au milieu de nous. Sans énumérer les nombreux travaux dont il a doté la Société, et qui sont enregistrés dans nos annales, je rappellerai ses recherches sur les abcès par congestion, son mémoire sur les ectromèles, et enfin sur le vertige combattu par le cubèbe, sa dernière communication faite à la Société. Lorsqu'il fut nommé, il y a trois ans, à la présidence, le désir de répondre dignement à l'honneur auquel vous l'appeliez lui rendit une énergie nouvelle; son assiduité à nos séances, l'intérêt qu'il y prenait, pouvaient nous faire espérer que sa santé se rétablirait; elle a toujours décliné depuis, et nous avons perdu dans un âge à peine mûr un membre orné de connaissances variées auquel nous étions heureux d'avoir recours, un collègue d'une délicatesse et d'une droiture de sentiment invariable, dont le souvenir enfin restera profondément gravé au sein de notre Société.

— A propos du rapport de M. Gros sur les travaux de MM. Gillebert, Mercourt et Corlieu relatifs au goître exophthalmique, M. Peter demande la parole.

DISCUSSION.

Goître exophthalmique.

M. PETER. Il me semble que dans son rapport, d'ailleurs si remarquable, M. Gros n'a pas suffisamment insisté sur un des symptômes propres au goître exophthalmique, l'élévation de la température du corps, avec sensation de chaleur excessive, et l'existence de la tache dite *cérébrale*. Ces deux phénomènes importants sont connexes.

Déjà, en effet, M. Tessier, de Lyon, avait constaté une élévation de température de 1° à 2° centigrades au-dessus du chiffre normal de 35 à 36°. Cette élévation de la température, signalée aussi par Basedow, est accompagnée d'une sensation de chaleur désagréable dont se plaignent les malades.

Une femme, entrée en 1863 dans le service de M. Trousseau pour un goître exophthalmique, a présenté ce phénomène au plus haut degré. Son pouls était habituellement à 120, sa peau toujours chaude et sèche. Cette apparence de fièvre était même portée si loin qu'on avait cru dans un autre service du même hôpital à l'existence d'une fièvre typhoïde. Soit par le fait d'une émotion, soit pour toute autre cause, mais surtout le soir et la nuit, le pouls montait rapidement à 140 et 150 pulsations. La chaleur devenait alors intolérable, et la malade rejetait loin d'elle les couvertures.

C'est chez cette femme que M. Trousseau et M. Peter ont découvert l'existence de la tache *cérébrale*, qu'ils ont depuis lors constatée dans tous les autres cas de la maladie de Graves qu'ils ont eu l'occasion d'observer. On sait que cette tache se produit, dans la fièvre cérébrale, dès qu'on irrite légèrement l'épiderme. Alors, au bout de deux secondes tout au plus, on voit apparaître une belle tache rouge qui persiste plus ou moins longtemps; chez la malade dont parle M. Peter la tache pouvait être observée pendant près d'une minute.

M. Trousseau croit qu'il y a là une *asthénie* de l'appareil nerveux *vaso-moteur*, asthénie qui détermine la dilatation facile, rapide et persistante des vaisseaux capillaires sous l'influence de l'irritation la plus légère, ainsi qu'il arrive dans la méningite et dans quelques cas de dothiénentérie à forme nerveuse. Or, il est difficile de ne pas voir que ces deux phénomènes, augmentation de la caloricité et tache cérébrale, sont de même ordre; qu'ils tiennent à une même cause, à une modalité profonde du grand sympathique et du système nerveux vaso-moteur en particulier, modalité qui produit cet état de fièvre apparente caractérisée par l'élévation de la température périphérique.

M. Trousseau croit que la maladie de Graves est surtout une affection du grand sympathique. C'est donc sur son invitation expresse et d'après son inspiration que M. Peter a fait les recherches dont il va maintenant parler.

Une femme, âgée de soixante ans, entra, le 3 juillet 1863, dans le service de M. Trousseau. Elle avait une exophthalmie considérable. C'est à la suite d'une émotion profonde et de larmes abondantes que, dans une même nuit, cette femme avait sept ans auparavant senti tout à coup ses yeux se gonfler et soulever les paupières. En même temps, le corps thyroïde s'hypertrophiait d'une façon très-sensible et était le siége de battements insolites. Enfin, il y avait de violents battements de cœur.

Des médecins très-compétents constatèrent et l'exophthalmie et le goître.

A l'entrée de la malade à l'Hôtel-Dieu, le goître n'existait plus. Il y avait une hypertrophie du cœur.

Cette femme succomba à une apoplexie foudroyante déterminée par une hémorrhagie cérébrale.

A l'autopsie, on trouva une hypertrophie du cœur, une dégénérescence athéromateuse de l'aorte, une cirrhose commençante du foie, dont les trabécules étaient excessivement hypertrophiées. Le corps thyroïde était très-peu volumineux; les lobes, très-durs, avaient la consistance du squirrhe, et présentaient un aspect lobuleux, comme

---

telles que celle dont M. Ségalas conçut un jour l'idée, s'inspirant peut-être de Bozzini et de son spéculum à double tube.

Lorsque la surface de l'urèthre devint accessible au regard, on ne sut pas d'abord ce qu'on y devait chercher. L'habitude de confondre les uns avec les autres presque tous les écoulements, ne permettait pas de prévoir qu'on allait pouvoir les classer en un certain nombre de groupes facilement reconnaissables. M. Desormeaux se remit à l'œuvre, et les leçons qu'il vient de publier fournissent les premiers éléments de cette classification.

Il s'est attaché surtout à résoudre ces grandes questions qui se dressent dès l'abord dans la pratique urino-génitale : D'où viennent les rétrécissements? comment se forment-ils? qu'y faut-il faire?

Pour lui, les rétrécissements viennent presque toujours de ce qu'il nomme la *blennorrhagie vraie*, passée à l'état chronique : affection qu'il décrit comme essentiellement différente de tous les autres écoulements, généralement confondus avec elle sous le nom commun de blennorrhée. La blennorrhagie proprement dite est anatomiquement caractérisée par l'existence de granulations parfaitement visibles à l'endoscope, et semblables à celles qui constituent sur le col utérin la métrite granuleuse, et l'ophthalmie granuleuse sur la conjonctive. Ces trois affections n'en font qu'une dont le siége seul est variable, et qui par contagion peut passer de l'un à l'autre. Il existerait, en un mot, une sorte de *virus blennorrhagique* ou *granuleux* pour ainsi dire.

Quel que soit l'organe envahi, la blennorrhagie y suivrait une marche déterminée, s'accompagnant à la fois d'ulcération ou tout au moins de desquammation de la muqueuse, et de gonflement des tissus avec dépôt de lymphe plastique susceptible de s'organiser à la longue, de manière à produire en définitive une sorte de véritable cicatrice.

A cette période ultime, le praticien n'a plus à s'inquiéter des granulations, qui ont disparu comme étouffées par les éléments fibroplastiques. Mais tant qu'elles durent, il faut d'abord songer à les guérir. Souvent le rétrécissement uréthral disparaît de lui-même d'une manière définitive, sitôt qu'il n'est plus entretenu par leur présence, et d'un autre côté, si l'on parvient à le détruire tandis qu'elles persistent, elles le reproduisent presque fatalement.

On peut guérir en quelques mois ces granulations blennorrhagiques en les cautérisant une fois ou deux par semaine à l'aide d'une forte solution de nitrate d'argent. Quant au rétrécissement qu'elles ont produit, les dilatations graduelles peuvent suffire pour le combattre, lorsqu'il en est encore à ses premières périodes; mais à la dernière, il faut employer l'uréthrotomie pratiquée soit en se guidant par le moyen d'un cathéter, comme le font MM. Sédillot et Maisonneuve, soit plutôt en dirigeant son instrument avec la vue au fond de l'endoscope : seul procédé qui reste dans les cas les plus graves.

Nous aurions encore tant à dire que nous devons renoncer pour l'instant à continuer cette analyse. L'espace nous fait défaut, et d'ailleurs, en présence d'un livre si pratique et si bien condensé, comment en donner une idée complète sans reproduire l'ouvrage entier? Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture à tous les amis de la science. Il tient plus que ne promet le titre. A côté de passages spéciaux à l'endoscope, tels que le *cathétérisme endoscopique*, *l'uréthrotomie endoscopique*, *la recherche endoscopique des pierres dans la vessie*, il s'en trouve d'autres intéressants et pratiques pour tout le monde, même pour ceux qui seraient effrayés par le haut prix de cet ingénieux appareil. Il ne sera bientôt plus permis de confondre sous un même nom les différentes affections uréthrales dont M. Desormeaux fait connaître les caractères spécifiques.

Il ne nous reste que quelques lignes pour mentionner un autre ouvrage dont le titre est intéressant : *De l'angine couenneuse et du croup considérés au double point de vue du diagnostic et du traitement.*

Dans une quarantaine de pages, M. Coulon a résumé d'anciennes notes qui ne présentaient rien de bien original. Le volume est grossi par un certain nombre d'observations-types de diphthérite, dont deux ou trois sont inédites ou personnelles. Si ce travail embrassait le sujet d'une manière plus étendue, il serait précieux à consulter à l'heure des concours ou des examens, car il y règne une méthode que les anciens internes des hôpitaux de Paris savent apporter dans leurs œuvres.

V. RÉVILLOUT, D.-M.-P.

---

cirrhosique, aspect qu'ils devaient à la rétraction de leur charpente fibreuse. Les globules oculaires, normaux d'aspect et de texture, étaient refoulés hors de l'orbite par une masse de tissu cellulo-adipeux.

Mais ce qu'il y avait de véritablement important, c'est l'état du grand sympathique. Le plexus cardiaque avait un aspect normal. Quant aux ganglions cervicaux, ils furent disséqués avec soin et examinés des deux côtés.

Les ganglions supérieurs et moyens avaient un aspect et un volume normaux. Il n'en était pas ainsi des ganglions cervicaux inférieurs, surtout du côté droit. Non-seulement ce dernier était notablement augmenté de volume, mais encore il était beaucoup plus rouge que d'habitude; des vaisseaux nombreux rampaient à sa surface et dans son intérieur. Au microscope, on trouvait de nombreux vaisseaux et un abondant feutrage de tissu conjonctif au milieu des fibres duquel se voyaient des noyaux et des cellules fusiformes. Les cellules nerveuses ganglionnaires étaient très-rares, petites, mûriformes. Les tubes nerveux étaient très-peu nombreux. A une coupe transversale, on découvrait un entrecroisement très-serré de fibres de tissu conjonctif interceptant des espaces assez étroits dans lesquels se montraient des tubes nerveux petits, serrés et comme étranglés par le tissu conjonctif hypertrophié. Ainsi, prédominance de l'élément conjonctif, diminution de l'élément nerveux : voilà ce qu'apprenait cet examen.

Or, il est difficile de ne pas croire que, chez la malade de M. Trousseau, il n'y ait pas eu, par le fait de son violent chagrin, une modalité primordiale du grand sympathique, peut-être une hyperémie primitive. Dans les ganglions cervicaux inférieurs hyperémiés, il y avait prolifération du tissu conjonctif, et diminution du nombre et du volume des tubes nerveux. Une pareille lésion de texture devait nécessairement porter atteinte aux fonctions de l'organe, et produire quelque chose d'analogue à ce qu'entraîne l'ablation des ganglions du sympathique, c'est-à-dire des hyperémies avec toutes leurs conséquences : l'hyperplasie du tissu conjonctif, la rétraction de ce tissu devenu fibreux, et consécutivement l'étranglement du parenchyme propre, ainsi qu'on l'observait ici dans le corps thyroïde et le foie. M. Peter reconnaît que les ganglions de la portion dorsale du grand sympathique et ceux des plexus cardiaque et hépatique auraient dû être examinés, mais le temps lui a manqué pour le faire.

Pour en revenir à l'opinion de M. Trousseau, qui voit dans le goître exophthalmique une affection primitive du système nerveux ganglionnaire, et à la tache cérébrale, ainsi qu'à l'élévation de température périphérique, que M. Peter considère comme des phénomènes connexes, ce dernier médecin cite des recherches qui lui sont propres et qui militent en faveur de cette manière de voir.

En effet, M. Peter a trouvé que la paralysie de la sensibilité entraîne une élévation de la température des parties anesthésiées. Il a observé constamment ce fait lorsqu'il y avait anesthésie par lésion cérébrale. Le fait n'est plus aussi constant et peut même manquer dans l'anesthésie hystérique.

Dans un cas, qui a surtout frappé l'attention de M. Peter, il y avait sensation subjective d'une vive chaleur et simultanément une sécrétion très-abondante de sueur dans tout le côté paralysé : une véritable hémiplégie de sueur. Dans ce cas, il y avait ramollissement du cerveau et paralysie portant beaucoup plus sur la sensibilité que sur le mouvement.

Inversement, lorsqu'il y a anesthésie et contracture, la température des parties malades peut rester la même que celle des parties saines ou la dépasser. Tel était le fait d'un homme affecté de tumeur de la base du crâne.

A son entrée à l'hôpital, il avait une anesthésie du côté droit : la température y était d'un degré plus élevée qu'à gauche. Deux jours plus tard, il a une attaque d'épilepsie symptomatique, suivie de contracture du côté paralysé, et la température redevient égale à celle des parties saines. Ultérieurement, à mesure que s'amoindrissait la contracture, la température redevenait plus élevée : comme s'il y avait une sorte d'antagonisme entre la paralysie de la sensibilité, qui faisait s'élever la température locale, et la contracture, qui la faisait s'abaisser; de façon qu'il y avait neutralisation de ces forces quand elles étaient égales, et prédominance d'effet de l'une sur l'autre quand elles se trouvaient inégales.

Faisant application de ces faits à la maladie de Graves, M. Peter se demande si dans la paralysie de la sensibilité avec lésion matérielle des centres nerveux, il n'y aurait pas une modification spéciale des nerfs vaso-moteurs émanés du grand sympathique, lesquels sont constricteurs, et si ce fait ne serait pas à peu près analogue à ce qu'on observe dans la maladie de Graves, c'est-à-dire une élévation locale de la température avec tache cérébrale.

M. GROS fait remarquer que l'exposition des faits signalés par M. Peter ne saurait intervenir dans un simple rapport. L'élévation de la température locale est d'ailleurs un phénomène relaté dans les mémoires de MM. Gillebert, d'Hercourt et Corlieu.

M. BERGERON est frappé de la contradiction apparente qui existe entre les observations rapportées par M. Peter, il y a quelques mois, relativement à l'élévation de la température dans le tétanos, et celles qui lui ont permis de constater un abaissement de la température dans le cas de contracture.

M. PETER répond que dans le tétanos c'est la température générale qui subit une élévation notable.

M. GUIBOUT fait remarquer que d'autres affections que celles qui portent sur l'innervation s'accompagnent de l'élévation de la température locale.

Il en est ainsi, par exemple, dans le rachitisme, et le fait se constate aisément par le palper.

LECTURE.

M. CAVASSE lit une *Observation de phlébite adhésive de la veine ombilicale avec oblitération de cette veine par un caillot fibrineux.*

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours pour quatre emplois de professeur agrégé à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Paris, le 3 mars 1865.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 2 novembre prochain, pour quatre emplois de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants :
Hygiène et médecine légale militaires;
Maladies et épidémies des armées;
Clinique chirurgicale;
Anatomie topographique.

Les épreuves de ce concours sont indiquées ainsi qu'il suit :

Médecine. — I. Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

II. Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légales militaires.

III. Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique; leçon sur les deux cas observés.

IV. Autopsie cadavérique, avec démonstration des lésions qu'elle révèle, s'il y a lieu, de médecine légale.

Chirurgie. — I. Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée principalement des lésions observées aux armées.

II. Préparation d'une région anatomique; — description de cette région; — indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte.

III. Examen clinique de deux malades, atteints l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique.

IV. Pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent; — pansement; — application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves, pour l'une comme pour l'autre des spécialités, seront éliminatoires.

Aux termes de l'art. 6 du décret du 13 novembre 1852, ne pourront être admis à prendre part au concours que les médecins des grades d'aides-major de 1re classe et de major de 2e ou de 1re classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir soumettront au ministre une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

Cette demande fera connaître pour quelle spécialité se présente le candidat, et devra être parvenue au ministre avant le 1er octobre prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux divisionnaires ou des intendants militaires, suivant que le candidat appartient au service régimentaire ou à un établissement hospitalier.

Les candidats qui seront nommés aux emplois ci-dessus désignés entreront en exercice le 1er décembre de l'année courante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers arrêtés ministériels :

I. — M. Glénard, professeur de pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé directeur de ladite école, en remplacement de M. Richard, décédé.

II. — M. Bérard, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de l'année classique 1864-1865, par M. Diacon, docteur ès sciences et pharmacien de 1re classe.

III. — *Prix Lasserre.* — Le prix fondé par M. Lasserre consiste en une médaille d'or de la valeur de cent francs et en une somme de deux cents francs.

Ce prix est décerné chaque année, dans la séance de rentrée solennelle, à celui des élèves de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ayant suivi les cours de ladite école pendant trois années consécutives, qui aura le mieux subi les épreuves pour le titre d'officier de santé, pourvu toutefois que la note ne soit pas descendue au-dessous de *bien satisfait* pour chacun des trois examens de fin d'études, ou de *satisfait* pour un examen, *bien satisfait* pour un second, et *très-satisfait* pour un troisième.

Les titres des candidats seront examinés par l'École dans la séance de clôture de la session d'examen; un extrait de la délibération sera transmis immédiatement au ministre de l'instruction publique avec une copie de la feuille de scolarité de l'étudiant désigné pour le prix.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 35. — JEUDI 23 MARS 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 23 MARS 1865. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 MARS 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Piorry, depuis longtemps inscrit pour une lecture, et ajourné de séance en séance par la discussion sur la syphilis vaccinale, a pu enfin donner communication hier de sa nouvelle méthode de thoracentèse, et de l'observation qui lui a fourni l'occasion d'en faire la première application. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'énoncé des propositions qui résument les faits principaux qui ressortent de cette observation, ainsi que les résultats de l'opération. Nous reviendrons sur ces propositions qui vont faire l'objet d'une discussion.

M. Piorry a saisi cette occasion pour dire un mot d'une série d'expériences qu'il a faites dans ces derniers temps à sa clinique, sur les divers caractères et les divers degrés de matité que donnent à la percussion les divers liquides organiques. Nous exposerons les résultats de ces expériences dans l'une de nos prochaines revues.

A mardi l'ouverture de la discussion sur le rapport de M. Lélut relatif à quelques-unes des fonctions du cerveau.

Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Hémorrhagie cérébelleuse. — Guérison.

(Observation lue par M. le docteur LEVEN, le 24 février 1865, à la Société médicale d'observation.)

Le fait dont j'ai l'honneur de vous communiquer l'observation est tellement rare dans la clinique médicale des maladies du système nerveux, qu'il m'a semblé digne de prendre place dans les *Bulletins* de notre Société.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, vigoureusement constituée, qui, le 14 septembre 1864, s'aperçoit le matin en se levant qu'elle se tient péniblement debout, qu'elle chancelle en marchant, ou plutôt, selon l'expression consacrée, qu'elle titube.

Ces troubles du mouvement sont immédiatement accompagnés d'un autre phénomène, lequel inquiétait singulièrement la malade.

Elle ne peut plus aller en ligne droite et elle est entraînée malgré elle toujours du côté gauche.

La parole est légèrement embarrassée, et cette femme, qui conversait avec une grande volubilité, traînait les mots.

Elle analysait avec une remarquable précision les symptômes qui s'étaient manifestés si brusquement.

L'intelligence est très-intacte; il en est de même de la sensibilité.

Les organes des sens présentaient des désordres très-singuliers. L'ouïe, le goût, l'odorat n'ont subi aucune atteinte. Il n'en est pas de même de l'organe de la vision : strabisme double; le globe de l'œil gauche est dévié en bas et en dedans, celui de l'œil droit en sens inverse.

Les pupilles se contractent, mais la vision est troublée. Mme D... voyait deux images, à une distance moyenne, éloignées de 7 centimètres environ l'une de l'autre.

Aucun symptôme réactionnel, langue légèrement couverte de saburre, mais point de vomissements; pouls à 65 pulsations; aucun phénomène morbide ni du côté des poumons ni du côté de l'organe central de la circulation.

Je fus appelé par M. le docteur Thierry-Mieg, qui voulut bien me rendre témoin de ce fait si curieux. L'entraînement latéral diminua dès la fin du premier jour.

Le strabisme et l'embarras de la parole diminuèrent dès le troisième jour, et au huitième jour le strabisme avait complétement disparu, et il ne resta qu'un seul symptôme durant dix mois environ, de la faiblesse dans la marche, de la titubation.

La cause de la maladie était difficile à reconnaître; la veille il n'y avait aucun malaise et aucun excès n'avait été commis.

La production rapide des symptômes, l'entraînement latéral, fait pathognomonique de toute lésion cérébelleuse ou de ses pédoncules, la faiblesse dans la marche, l'embarras de la parole, le strabisme, le désordre fonctionnel de l'organe de la vision, et l'intégrité de l'intelligence et de la sensibilité, nous firent diagnostiquer une affection des hémisphères cérébelleux et très-probablement un foyer hémorrhagique à cause de la soudaineté de l'invasion.

L'absence de vomissements nous détermina à porter un pronostic assez favorable.

Nos prévisions ne furent pas trompées.

Nous instituâmes un traitement énergique, des médications purgatives durant plusieurs jours de suite, et durant plusieurs mois des pilules de scammonée de temps en temps.

Aujourd'hui la malade est entièrement rétablie.

Cette observation ne satisfera peut-être pas ceux qui aiment l'anatomie pathologique; mais, au point de vue de la clinique, elle a un intérêt extrême.

Je signalerai d'abord l'enchaînement des phénomènes.

L'entraînement se manifeste immédiatement, et il dure un certain nombre d'heures, pour faire place au symptôme ordinaire de toute lésion cérébelleuse, la titubation.

La pathologie réalise ici l'expérience du physiologiste. Lorsque le cervelet est lésé brusquement, et si la lésion n'atteint pas le bulbe, le premier symptôme est ordinairement l'entraînement, et si le plus souvent ce phénomène manque, c'est que les lésions, œuvre de la nature, ont un lent développement. Du reste, la titubation n'est, selon moi, que le résultat de l'entraînement à droite et à gauche sous l'influence d'une force que développe toute affection du cervelet et dont le malade est inconscient.

Je n'arrêterai pas l'attention sur les autres symptômes, sur l'absence de vomissements, dont j'ai tenu compte au point de vue du pronostic, et sur la guérison de la malade.

J'insisterai surtout sur les troubles de la motilité, et ce que j'ai appelé titubation eût peut-être été appelé par d'autres ataxie, en appliquant à ce mot, avec M. Bouillaud, sa plus large acception.

Ce terme, vague dans la nomenclature de l'éminent professeur, a, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, acquis une précision qui en permet une définition réellement scientifique. Et cependant il me semble que dans les ouvrages remarquables qui ont paru en France sur cette matière, où la physiologie a heureusement servi à la solution des parties les plus difficiles du problème pathologique, où la question est traitée avec une clarté et une élégance de langage à laquelle elle était peu habituée, les idées de M. Bouillaud et celles de l'école allemande se sont de nouveau fait jour.

L'ataxie spinale est le symptôme de la sclérose des cordons médullaires postérieurs. Un ataxique fait une dépense énorme de forces pour la marche; il se regarde marcher, il se fatigue promptement et fait un travail colossal pour arriver à un faible résultat; chez lui, le cerveau, les cordons antérieurs sont sains, et le fait essentiel c'est que, dans l'ataxie pure, les forces musculaires sont intactes; le mouvement n'est que désordonné, parce que probablement la sensibilité, le régulateur du mouvement, est troublée.

Dans les maladies du cervelet, l'incoordination n'est qu'apparente, et les désordres du mouvement ne sont qu'entraînement, manége ou rotation, et, comme dernière phase, titubation, station chancelante.

Qu'y a-t-il de commun entre ces phénomènes résultant de la manifestation de cette force d'entraînement, spéciale au cervelet, et l'ataxie spinale? Du reste, dans aucune observation que la science possède, vous ne retrouverez le fait de l'ataxie.

Il est plus difficile de démontrer que les maladies du cerveau n'éveillent pas le symptôme de l'ataxie. Je me trouve ici en désaccord avec des hommes qui ont une compétence incontestée dans la question; MM. Bouillaud, Jaccoud, Wunderlich, et notre estimé collègue M. Topinard.

Ma démonstration a besoin d'être étayée sur quelque principe physiologique que vous me permettrez de vous rappeler.

Le cerveau et la moelle, avec des fonctions très-distinctes, concourent vers un même but: par le cerveau nous pensons et nous voulons; par la moelle nous agissons, nous faisons des mouvements; le cerveau commande à la moelle; il ordonne, si vous me passez cette expression, et la moelle exécute; ces deux grands départements du système nerveux n'empiètent jamais l'un sur l'autre, le cerveau est un pur esprit et la moelle un automate, il n'y a qu'une coordination automatique dont le siége est dans la moelle, et je n'admets pas la coordination volontaire; cette différence dans nos principes physiologiques aboutit à nos diversions en pathologie.

Et je ne vous citerai qu'un seul exemple, la paralysie générale vraie, la méningo-encéphalite diffuse, qui a servi de point de départ à la plupart des auteurs.

Dans la première période de la maladie, alors que l'ataxie a été signalée, vous trouvez, en l'absence même de toute idée délirante, un caractère transformé, une volonté dont les faiblesses habituelles alternent, avec de l'exaltation, une conscience qui s'obscurcit, une intelligence qui se dégrade insensiblement, que devant le mouvement il faiblit comme la volonté dont il n'est et ne peut être que l'expression; il a aussi ses exaltations comme la volonté, et qui n'a observé chez les paralytiques ces violences de mouvements succédant à la prostration?

La démarche est chancelante, dit bien Wunderlich, et c'est là aussi l'opinion de MM. Bouillaud et Jaccoud, mais la force matérielle des jambes peut être conservée. Où est l'unité de mesure pour l'évaluation des forces dans la première période de la maladie? Il est aussi difficile d'apprécier avec exactitude la diminution des forces matérielles, qu'il est difficile d'apprécier les dégradations de la raison au début de la maladie.

Selon nous, à toutes les périodes il y a faiblesse de la mobilité, et ce que les savants pathologistes ont dénommé ataxie, ce ne sont que ces excitations passagères dont j'ai parlé plus haut. Y a-t-il donc un rapprochement à faire entre ces symptômes que développe la paralysie générale et l'ataxie liée à la sclérose des cordons postérieurs de la moelle.

DE L'EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM

dans l'épilepsie et dans un cas de méningite tuberculeuse,

Par M. J. BESNIER, interne des hôpitaux.

L'action du bromure de potassium sur le système nerveux est encore peu connue. Quelques-uns de ses effets avaient été observés lorsqu'on expérimentait ce médicament contre les accidents vénériens, et il fut préconisé comme anesthésique des muqueuses et de la peau. Mais ce n'est que depuis peu de temps que cette action a plus spécialement attiré l'attention des observateurs. Parmi les travaux publiés à ce sujet, nous citerons celui de M. Gubler qui insiste sur son action comme sédatif local et général; celui de M. Debout, qui le recommande comme hypnotique. Quant aux applications thérapeutiques, elles sont encore moins bien déterminées, aussi l'usage de ce médicament est-il fort peu répandu en France. Cependant, depuis quelques années déjà, les médecins anglais l'emploient dans un certain nombre d'affections, notamment dans les névroses convulsives; et il a donné de nombreux succès dans le traitement de l'épilepsie, entre les mains des docteurs Brown-Séquart, M'Donnell, Williams. Ce n'est que récemment que quelques-uns de ces faits ont été publiés; et à ce propos le docteur Romain-Vigouroux, se fondant sur ceux dont il avait été témoin au National Hospital for epileptic and paralysed, signalait son utilité dans l'épilepsie, sinon comme moyen curatif, du moins comme palliatif. Malgré ces différents travaux, on ne recourt encore que rarement à cet agent dans le traitement de cette névrose : on cite à peine quelques observations où il ait été employé. C'est ce qui nous engage à publier plusieurs faits, où son action ne nous paraît pas douteuse; nous les ferons suivre de quelques indications sur son mode d'administration. A ces faits nous joindrons un cas de méningite tuberculeuse avec convulsions, que nous avons observé dans notre service au commencement de l'année, et dans lequel l'emploi du bromure a aussi été suivi des résultats les plus avantageux.

Citons d'abord ce qui est relatif à l'épilepsie.

Eugène M***, employé de commerce, âgé de quarante ans, tombe frappé pour la première fois d'une attaque d'épilepsie, il y a six ans, au moment où il se promenait sur les boulevards. D'un tempérament sanguin et d'une constitution robuste, il n'avait jamais été jusque-là gravement malade. Il y a huit ans, à la suite de contrariétés très-vives, il se séparait de sa femme, et, à partir de ce moment, des changements notables s'étaient manifestés chez lui : d'une activité très-grande et d'un naturel très-gai, il était devenu indifférent à ses affaires, triste et sombre, accablé d'un ennui profond que ses parents et ses amis ne pouvaient parvenir à dissiper. C'est après deux ans de cet état d'abattement que survient la première attaque d'épilepsie; six mois après il en a une seconde, qui est suivie de plusieurs autres à un mois et demi ou deux mois d'intervalle. On le soumet alors à un traitement par l'assa fœtida, l'extrait de valériane, le valérianate d'ammoniaque; les attaques sont à peine éloignées. Plus tard il prend le remède d'Agen (la cétoine dorée), et il reste trois mois sans accès; mais au bout de ce temps ils reparaissent et reprennent leur fréquence ordinaire. On lui fait prendre de nouveau l'extrait de valériane, puis du camphre, de l'hydrocyanate de fer, etc.; il n'en retire aucune amélioration. — Un traitement plus énergique est alors institué, il y avait trois ans et demi qu'il était malade. On lui donne successivement, et à doses graduellement croissantes, le lactate de zinc, le lactate de manganèse, le sulfate de cuivre ammoniacal. Ces médicaments n'ont sur ses attaques qu'une action très-faible; cependant elles sont quelquefois éloignées à trois et quatre mois; mais cette amélioration est passagère, bien qu'il continue le traitement pendant dix-sept mois. Au bout de ce temps, il est forcé de le cesser, ses fonctions digestives étant profondément altérées, au point qu'il ne pouvait tolérer qu'un peu de bouillon. Voyant les attaques devenir bientôt de plus en plus fréquentes et plus intenses, il prend pendant plusieurs mois le remède de Tain (Drôme), le galium album, qui reste com-

plétement inefficace. A ce moment, et constamment depuis, les attaques revenaient tantôt tous les quinze jours, et tantôt tous les cinq à six jours. Chaque attaque était presque constamment précédée d'un malaise général très-marqué; très-souvent il éprouvait une sensation de froid intense, au niveau des genoux, qu'il ne pouvait réchauffer. Le malaise redoublait lorsque l'accès était sur le point d'éclater; et redoutant alors la violence des convulsions, dont il était menacé, le malade se couchait à la hâte sur son lit, se faisait lier bras et jambes, et attendait la crise convulsive. Quelquefois celle-ci échouait, et le malaise se dissipait graduellement; plus souvent elle éclatait avec une violence extrême, au point qu'on avait de la peine à le maintenir, malgré les précautions qu'il avait prises. Souvent il n'avait pas le temps de prendre ces précautions, et par deux fois il est tombé sur le rebord d'un trottoir, contre lequel il s'est fait de larges plaies au front du côté droit. Ces crises étaient accompagnées d'un cri initial, d'écume à la bouche, et de morsures à la langue; elles se répétaient deux ou trois fois dans le même jour à trois ou quatre heures d'intervalle. Elles étaient souvent suivies d'un délire violent, pendant lequel le malade vociférait contre ceux qui l'approchaient; ce délire durait de quinze à vingt minutes; au bout de ce temps un sommeil profond venait annoncer la fin du paroxysme. En même temps que les accès devenaient plus fréquents, les fonctions intellectuelles du malade s'altéraient de plus en plus; la mémoire surtout lui faisait presque complétement défaut, il était incapable du moindre travail; et désespéré de voir sa maladie résister à tous les moyens qu'il avait employés, il était tombé dans un état d'abattement moral des plus profonds.

C'est deux jours après l'une de ses attaques ordinaires, qu'il est soumis par M. Bazin au bromure de potassium, à *dose progressive,* d'après la méthode que nous indiquons ci-dessous. Ce traitement a amené chez lui immédiatement la cessation complète des attaques; depuis qu'il le suit il n'en a pas eu une seule, et il y a de cela cinq mois et demi. Il raconte que dès le lendemain il a ressenti un bien-être général inaccoutumé, dont il osait à peine faire part à sa famille, craignant de se faire illusion, et qui ne s'est pas démenti depuis. Peu à peu toutes ses fonctions se sont rétablies, et il est actuellement dans un état des plus satisfaisants. Ses fonctions digestives sont très-bonnes, et bien qu'il prenne toujours le bromure de potassium, à la dose de 4 à 6 grammes, il n'a jamais eu de gastralgie ni de diarrhée. Le pouls est plutôt fréquent que lent, de 70 à 80; il n'y a ni exagération ni diminution de la sueur; les urines sont normales. La sensibilité cutanée est intacte, celle de l'arrière-gorge et des conjonctives est à peine légèrement affaiblie. Du côté des sens génésiques il éprouve, dit-il, un calme notable, mais il a encore de fréquentes érections. Il a souvent le soir, en rentrant, une légère tendance au sommeil, mais elle se dissipe facilement dès qu'il se donne un peu d'exercice; parfois il a aussi un peu de courbature, de roideur dans les reins et les membres. Les fonctions intellectuelles sont très-notablement améliorées, il rend parfaitement compte de son état; la mémoire est redevenue presque aussi bonne qu'autrefois, cependant il est encore obligé parfois de chercher ses mots. Mais il éprouve encore de temps en temps, très-irrégulièrement, de légers étourdissements instantanés, quelquefois un léger tremblement dans les paupières; accidents légers auxquels il fait à peine attention.

L'efficacité du bromure de potassium dans cette observation est manifeste : elle ressort de la cessation des attaques et de l'amélioration générale qui ont suivi l'usage du médicament, et non moins des circonstances qui l'ont précédé et sur lesquelles nous avons insisté. Pouvons-nous considérer ce malade comme complétement guéri? Les accidents qu'il éprouve encore, quelque légers qu'ils soient, et surtout le peu de temps écoulé depuis la cessation des attaques, ne permettent pas encore de l'espérer. Aussi est-il toujours maintenu à l'usage du bromure à dose assez élevée, et tous les huit jours il vient à la consultation de Saint-Louis faire surveiller l'état dans lequel il se trouve.

Sur trois autres malades, et ce sont les seuls qu'il ait eu occasion d'observer depuis qu'il emploie ce médicament contre cette névrose, M. Bazin a obtenu un résultat tout aussi avantageux. Dans ces trois cas, qui sont tirés de sa pratique particulière, la maladie avait résisté à différents traitements. Chez l'une de ses malades, âgée de trente et un ans, les attaques convulsives duraient depuis six ans; elles revenaient principalement la nuit et se répétaient trois ou quatre fois par mois; de plus, il y avait de temps en temps des vertiges passagers, et vers la fin trois ou quatre absences par jour, caractérisées par une pâleur syncopale et une perte momentanée, mais absolue de conscience. Chez cette malade, sous l'influence du médicament, les attaques convulsives ont disparu d'abord; plus tard les vertiges, et enfin les absences, et depuis un an elle n'a plus aucun symptôme d'épilepsie. Chez un autre, âgé de quarante-cinq ans, les attaques convulsives avaient débuté à l'âge de neuf ans, et se répétaient depuis plusieurs mois, tous les huit ou dix jours. Il y a cinq mois qu'il est soumis à l'usage du bromure, et depuis ce moment il n'a pas eu une seule attaque. Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Gratiot, médecin à la Ferté-sous-Jouarre, qui a eu recours au bromure, d'après la même méthode, deux autres cas, encore récents il est vrai, mais où l'action du médicament n'en est pas moins manifeste. Dans l'un, il est question d'une jeune fille âgée de vingt-six ans, dont les attaques épileptiques duraient aussi depuis l'âge de neuf ans, se répétaient tous les quatre ou cinq jours, et se composaient de deux accès violents, suivis de trois ou quatre plus faibles. Le bromure a été donné il y a quatre mois, et immédiatement il y a eu éloignement des accès qui ne sont revenus que trois fois, et depuis deux mois elle n'en a pas éprouvé. Dans l'autre, il s'agit d'une petite fille âgée seulement de trois ans, dont les attaques convulsives revenaient tous les huit jours et faisaient craindre, par leur intensité, qu'elle ne succombât dans un de ces accès. Il y a deux mois, elle a été soumise au bromure, à une dose progressive d'un et deux grammes; au bout de quinze jours, les accès ont disparu et ne se sont pas montrés depuis. Actuellement elle prend encore un gramme de bromure dans les vingt-quatre heures; elle a légèrement maigri, mais sa santé est excellente.

Dans ces différents cas, on administre le médicament de la manière suivante : on se sert de cette solution :

Bromure de potassium.	20 grammes.
Eau distillée.	300 grammes.

Deux cuillerées à bouche, qui en représentent 30 grammes, contiennent 2 grammes de bromure. Chez l'adulte, on débute d'emblée par cette dose de deux cuillerées, qui est donnée moitié le matin et moitié le soir; une heure avant le repas, on la fait prendre dans un peu d'eau sucrée ou dans un peu de vin, et immédiatement après le malade a soin d'avaler encore un peu de liquide, afin qu'il ne reste autant que possible aucune partie du sel sur les parois de la bouche, où il pourrait avoir une action locale. On augmente ensuite progressivement d'une cuillerée, tous les quatre ou cinq jours; on arrive ainsi jusqu'à huit ou dix cuillerées. On maintient cette dose, qui n'a pas été dépassée dans les faits précédents, pendant quelques jours ; puis on la diminue progressivement, de la même manière qu'on l'a augmentée. On revient ainsi à quatre cuillerées, à moins que les attaques ne soient que légèrement modifiées, auquel cas on maintient le malade aux doses plus élevées, pendant quelque temps, pour ne revenir que plus tard à quatre cuillerées. On continue ensuite à donner le médicament de quatre à six cuillerées, pendant plusieurs mois, même après la cessation de toute attaque. Chez l'enfant on débute par une dose moitié moindre, qui devrait être encore diminuée si on avait affaire à un enfant en bas âge. On augmente ensuite progressivement par demi-cuillerée, à quelques jours d'intervalle, sans aller au delà de quatre cuillerées; puis on diminue la dose pour l'augmenter de nouveau et prolonger le traitement comme chez l'adulte.

TRAITEMENT DE LA COXALGIE (1).

Par M. le docteur A. Verneuil.

Un mot maintenant sur l'appareil orthopédique. Il immobilise la hanche mieux encore que la gouttière, et présente sur elle cet avantage de permettre la marche, quelquefois même sans béquilles, à la faveur de deux petits béquillons adaptés à la ceinture pelvienne, faisant corps avec elle et montant verticalement jusqu'aux aisselles. Au point de vue de la solidité et de l'élégance, je dirais même de la coquetterie, cet appareil est irréprochable. A l'époque présumée de la guérison, on peut mobiliser les pièces, supprimer même les segments pédieux et jambiers, par conséquent prévenir la raideur des jointures inférieures et savoir jusqu'à quel point celle de la hanche tolère la pression sur le sol. Grâce à cette machine, un de mes clients peut faire de longues promenades, très-utiles à sa santé; toutefois il s'aide toujours de deux béquilles ordinaires, il n'a aucune sécurité avec les béquillons; une fois cependant il s'en est servi pendant trois jours, mais il en est résulté dans les deux bras un engourdissement imputable sans doute à la compression du plexus brachial dans l'aisselle. En regard de ces mérites il faut mettre les défauts. Le prix est considérable, accessible par conséquent aux riches seuls. Les pièces pédieuse et pelvienne devant être exactement adaptées, il est exceptionnel qu'un même appareil puisse servir à deux sujets. Il n'est bien supporté que dans la position verticale ou assise, mais gêne tellement la nuit qu'il est presque toujours nécessaire de l'ôter chaque soir et de le replacer chaque matin, double manœuvre qui ne laisse pas que d'être assez difficile et d'exiger une certaine dextérité que possèdent sans doute et le constructeur et le chirurgien, mais qu'on ne peut guère attendre de parents ou d'aides inexpérimentés. Ces manœuvres alternatives sont d'ailleurs souvent accompagnées de douleurs, elles contrarient l'immobilité si indispensable au moins dans la période aiguë, et prédisposent à chaque instant au retour du spasme musculaire; c'est donc seulement dans les dernières phases du traitement et dans les formes presque indolentes, qu'on peut utiliser cette ressource. Le malade dont je viens de parler passe la journée dans son appareil, la nuit dans la gouttière de Bonnet. Pendant bien longtemps cette mutation bi-quotidienne, quoique exécutée très-habilement par le père du jeune homme, a été fort délicate et même assez douloureuse; souvent chaque séance demandait près d'une demi-heure. Je me hâte d'ajouter que d'ordinaire les difficultés sont infiniment moindres.

J'arrive au bandage inamovible, dextriné, plâtré, amidonné, peu importe; je préfère la dextrine qui, sous son petit volume, donne beaucoup de solidité; mais, en cas d'urgence, on prend ce qu'on a sous la main. On peut se procurer partout, pour matelasser le bandage, du coton, de la filasse fine, ou une étoffe molle quelconque, puis des bandes; enfin, pour solidifier l'appareil, des attelles de carton, de zinc, de fer-blanc, de fil de fer, de bois très-mince à défaut d'autre chose; le tout sans grands frais. Aussitôt la dessiccation obtenue et les douleurs des manœuvres de redressement disparues, le malade peut se lever, s'habiller seul, entreprendre un long voyage, marcher avec des béquilles s'il est raisonnable, ou s'il est en bas âge être assujetti par le tronc et les bras dans un petit chariot à roulettes. Plus tard on remplace les béquilles par des cannes. Comme l'appareil bien appliqué présente peu de volume, et qu'un soulier ordinaire chausse bien le pied du côté malade, la coquetterie de l'enfant et celle des parents, quelquefois plus exigeante, peut être satisfaite.

Le bandage inamovible calme les douleurs et immobilise exactement la hanche, il est très-bien supporté pendant la nuit, mais toute médaille a son revers. L'application, qu'il serait superflu de décrire, est assez malaisée, elle est surtout longue et très-fatigante chez l'adulte et les adolescents, elle exige la continuation prolongée de l'anesthésie, et il n'est pas rare que la durée totale de l'opération dépasse une demi-heure; si le malade se réveille avant la fin, le spasme musculaire reparaît et les déviations peuvent se reproduire, comme je l'ai vu plusieurs fois. Si après l'application, ou dans les jours consécutifs, les douleurs de la hanche se continuent, si elles reparaissent au bout d'un certain temps, on est fort embarrassé pour en reconnaître l[a] cause, le membre étant soustrait à la vue. On hésite à ôter le bandage qu'il faudra remettre aussitôt, et il n'est pas prudent néanmoins de négliger l'inspection directe des parties. Embarras analogue si le redressement ayant été incomplet, on a en perspective la nécessité d'une séance nouvelle et prochaine. Contre indication de ce moyen, s'il existe des abcès ou des fistules, on ne peut songer à faire dans l'appareil et pour les pansements nécessaires, des ouvertures ou des fenêtres qui compromettraient la solidité. Difficulté très-grande de maintenir la propreté et la résistance du bandage chez les très-jeunes enfants qui urinent continuellement; et puis enfin les circulaires qui doivent recouvrir une épaisse couche d'ouate, cessent de se mouler sur les parties, quand celles-ci se tassent, d'où immobilisation imparfaite, retour des cris nocturnes et des déviations. Si au premier moment on serre trop fortement les bandes, il en résulte une gêne notable. Enfin, chez les enfants surtout, le bandage se brise, surtout au niveau des jointures. Souvent la circonférence, plus ou moins tranchante, formée par les bandes durcies, excorie la peau de l'abdomen, de l'aine du côté sain, du pli génito-crural, de la fesse du côté malade, etc., et forcent à retirer prématurément le bandage, etc., etc. En somme, une foule de petits accidents peu graves, possibles à éviter d'ordinaire, mais qui commandent de la part du chirurgien, du malade ou de ses parents, une attention et une surveillance assez minutieuses.

J'ai pour ma part cherché à pallier quelques-uns de ces inconvénients en apportant quelques modifications assez minimes en elles-mêmes, mais qui ne sont pas à dédaigner. Je ne les indiquerai que d'une manière sommaire : 1° suppression de toute la partie pédieuse du bandage. Je commence les circulaires au-dessous du mollet, d'où économie de temps et liberté entière des mouvements du pied. 2° Un caleçon de coton ajusté comme un maillot et doublé d'une couche épaisse de coton piquée à l'avance, est substitué aux pièces d'ouate roulées autour du membre et du bassin, et au premier bandage sec destiné à les maintenir. 3° Application immédiate sur ce caleçon de trois attelles de fil de fer ; l'une circulaire faisant le tour du bassin, les deux autres parallèles à l'axe du membre et solidement fixées par une de leurs extrémités sur la première. Les attelles feront partie intégrante du bandage dont elles augmentent infiniment la solidité sans accroître beaucoup le poids. Elles rendent beaucoup plus aisée l'application de la bande solidifiable qu'on pose immédiatement dessus, par là on abrége la séance et l'on continue moins longtemps le chloroforme. 4° Le caleçon dépassant de tout côté les couches du bandage qui doivent se durcir, on se sert de l'excédant comme d'une manchette que l'on rabat et que l'on colle sur toute la circonférence libre, de manière à terminer partout celle-ci par un bourrelet arrondi, mousse, épaisse, incapable de blesser la peau et de faire naître des excoriations. Ce temps complémentaire est assez long à exécuter, mais on y procède alors que le sujet est tout à fait revenu de son sommeil. Toute précaution ultérieure pour empêcher la flexion et la déformation du bandage pendant qu'il sèche devient inutile. Certains bandages ainsi construits ont pu rester en place pendant six mois sans incommoder les sujets et sans subir la moindre détérioration.

Il est un dernier point sur lequel je voudrais fixer votre attention. J'en attends la solution de votre expérience, car je n'ai pour ma part que des incertitudes et des hésitations. En supposant que tout aille pour le mieux, que les douleurs aient disparu totalement, que la santé se soit rétablie, combien de temps doit-on maintenir l'immobilité de la hanche? Quand est-il permis de supprimer les appareils? Quels signes indiquent la guérison probable et effacent la crainte des récidives? Pour ma part, je n'ai rien de précis à répondre. Condamner une articulation à un repos trop prolongé, et en revanche lui rendre trop tôt sa liberté constituent deux écueils également fâcheux; mais comment les éviter? Il est certain que la limite nécessaire doit varier suivant les formes, les degrés, les lésions, l'état du milieu et celui de la santé générale; mais tout cela est très-vague, et quelques règles même approximatives seraient bien précieuses. Tout ce que j'en puis dire, c'est que la cure exige généralement beaucoup plus de temps qu'on ne le croit. J'estime qu'il vaut mieux compromettre un peu la mobilité future que d'encourir les chances d'une récidive. Les seuls indices qui m'ont guidé jusqu'à ce jour ont été : 1° le rétablissement satisfaisant de la santé générale; 2° la possibilité de poser sans douleur le pied par terre et de lui confier sa part dans la répartition du poids du corps dans la marche. Je crois encore qu'on ne saurait lutter avec trop de fermeté contre l'impatience bien naturelle d'ailleurs des malades ou de leurs parents. Je laisse de côté bien des points importants du traitement de la coxalgie, surtout ceux qui ont trait aux cas graves. Je ne parle ni du traitement des abcès et des fistules, ni des indications de la résection, mais j'espère que les débats arriveront aussi sur ce terrain.

(1) Fin. — Voir les numéros des 18 et 20 mars.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mars 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Gay sur le service médical des eaux minérales de Saint-Alban (Loire). (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. le docteur Boinet qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° Une lettre de M. le docteur Bayard, de Cirey-sur-Blaise, à l'occasion du travail lu par M. Bertillon dans la dernière séance;

3° Une lettre de M. le docteur Galletti, de Gênes, sur la vaccine (commission de vaccine);

4° La description d'un appareil inamovible et suspendu pour les fractures de jambe, par M. Pauchet, médecin à Rue (Somme) (commissaires : MM. Cloquet, Michon et Gosselin).

M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Reliquet, un travail imprimé ayant pour titre : *De l'uréthrotomie interne.*

M. J. Cloquet présente, au nom de M. le docteur Cappelletti, de Venise, un travail en italien sur l'anévrisme des os.

M. Larrey dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Th. Martin, une brochure intitulé : *Des localités désignées pour l'établissement des colonies militaires indigènes dans la province de Constantine.*

M. GAVARRET présente un nouveau pulvérisateur des liquides. Cet appareil, dont M. le docteur Morpain s'est servi le premier en France, a été imaginé par le docteur Siègle, de Stuttgard, et est fabriqué par M. Galante.

Il a sur les pulvérisateurs connus l'avantage de fonctionner seul et de pulvériser les liquides médicamenteux sous forme de brouillard chaud ou froid à volonté.



Cet appareil se compose d'un cylindre en métal, à l'intérieur duquel est placée une lampe à alcool qui supporte une chaudière en cristal. Cette chaudière est munie d'un goulot dans lequel est placé un bouchon en caoutchouc percé de deux trous, dans l'un de ces trous passe un tube en cristal coudé horizontalement et terminé par une ouverture capillaire; à l'extrémité de ce tube est soudé un autre tube placé verticalement et dont l'extrémité inférieure plonge dans un petit vase en porcelaine dans lequel on met le liquide médicamenteux que l'on veut réduire en poussière. Le petit vase est placé à l'extérieur du cylindre et immédiatement au-dessus d'une lampe à alcool destinée à chauffer son contenu. Aussitôt que l'eau de la chaudière entre en ébullition, la vapeur s'échappe par le tube horizontal, et, en passant à l'orifice supérieur du tube vertical, elle aspire le médicament dans lequel plonge ce dernier tube et le pulvérise.

Dans le second trou est placé, soit un manomètre au mercure marquant la force de pression, soit une soupape de sûreté, qui se lève lorsque la vapeur atteint deux atmosphères.

La parole est à M. Piorry pour une lecture.

LECTURE.

Nouvelle méthode de thoracentèse. — M. PIORRY donne lecture d'un mémoire relatif à un cas de fistule pulmonaire suivi d'aéropyopleurée (épanchement d'air et de pus dans la plèvre), et à une nouvelle méthode de thoracotomie ou thoracentèse.

L'histoire du malade qui est le sujet de ce travail (nommé Warabrot) est divisée en trois parties correspondant aux trois phases principales qu'elle a présentées. Dans la première il s'agit d'une asphyxie par l'écume bronchique, à laquelle on a remédié par la position du corps et par les respirations expultrices. Dans la seconde partie, il est question, pour combattre le retour des mêmes accidents se présentant avec plus de gravité encore, de la combinaison des respirations forcées avec l'opération de la thoracentèse. Enfin, la troisième partie est consacrée à la description de la nouvelle méthode de thoracotomie que M. Piorry a imaginée pour soustraire le malade à un nouvel accès de suffocation imminente et pour prévenir en même temps le danger de l'entrée de l'air extérieur dans la poitrine.

« Décidé que j'étais à pratiquer de nouveau la thoracotomie, dit M. Piorry, je pensai à réaliser une idée que depuis longtemps j'avais conçue : celle d'ouvrir la poitrine sous l'eau, et cela à l'effet de prévenir toute introduction d'air dans le thorax; il s'agissait de plonger le malade dans un bain; de placer par en haut, à quelques centimètres au-dessous du niveau du liquide, le point où la ponction devait être pratiquée, puis d'enfoncer le trocart, et de le retirer de la canule ainsi plongée; j'avais encore songé à poser sur la peau, après la ponction et autour de la portion de l'instrument faisant saillie au dehors, un cylindre creux en verre et ouvert à ses deux extrémités, puis rempli de liquide, de façon à ce que le tégument formât ainsi le fond du vase. En retirant le trocart du tube qui le renfermerait, le fluide épanché sortirait sous l'eau par la canule. Évidemment alors, quand le malade inspirerait, ce serait non pas l'air atmosphérique, mais le liquide contenu dans le cylindre (liquide que l'on pourrait renouveler à chaque instant) qui pénétrerait dans la poitrine.

« M. Lafond, élève de la clinique, m'ayant fait remarquer qu'une sonde en caoutchouc fixée d'une part à la canule et plongée par son autre extrémité dans une bassine pleine d'eau pouvait remplir l'indication que je me proposais, j'adoptai tout d'abord cet avis.

« Ce fut avec un trocart muni d'une canule à robinet et à laquelle une sonde-siphon en caoutchouc pouvait être appliquée que l'opération fut pratiquée.

« Dans l'intention d'éviter l'effort et la secousse qu'exige la division de la peau par le trocart, une petite moucheture faite avec la lancette divisa le tégument.

« M. Proust, mon chef de clinique, fut chargé de ponctionner le thorax. Le robinet fut tenu fermé tout aussitôt que le trocart fut retiré, et la canule resta en place. Alors la sonde en caoutchouc, qui était très-flexible, fut exactement adaptée au tube dont il s'agit, et il devint de toute impossibilité que la moindre proportion d'air pût passer entre la canule et la sonde. Celle-ci, dont la longueur était de 50 centimètres, fut recourbée, et son extrémité fut plongée dans le fond d'une bassine contenant plusieurs litres d'eau tiède, dont la transparence permettait de voir ce qui se passait dans le vase.

« Alors, ayant recommandé au malade de faire un effort expirateur, j'ouvris le robinet de la canule, et tout d'abord, après quelques bulles d'air contenu dans la sonde, le jet très-fort d'un liquide purulent et séreux s'échappa avec violence et se répandit au fond de la bassine.

« Avant que l'inspiration s'exécutât, le robinet fut fermé; puis, comme dans la précédente opération, je fis respirer l'opéré plusieurs fois de suite pour favoriser l'oxémisme.

« Alors un nouvel effort d'expiration étant prescrit, le robinet fut ouvert, et la proportion du pus qui s'écoula fut très-abondante.

« De nouveau le robinet fut fermé et la respiration provoquée.

« Renouvelant ainsi ces manœuvres à vingt reprises, il arriva que plus de deux litres de pus furent ainsi évacués sans que la plus petite portion possible d'air eût pénétré dans le thorax; mais s'il n'en entra pas, il en sortit plus d'un litre, et ce gaz, qui n'exhalait pas d'odeur fétide, fut recueilli sous l'eau au moyen d'une cloche.

« Une amélioration considérable suivit cette opération; mais cette amélioration ne fut que passagère; il fallut recourir au bout de quelque temps à une nouvelle opération semblable, qui produisit aussi un soulagement momentané. Le malade finit par succomber aux progrès de la maladie. »

Voici les réflexions que ce fait a suscitées à M. Piorry, et qu'il formule sous la forme de propositions :

« 1° Dans les accidents qui ont la première fois compromis la vie du malade, c'étaient à coup sûr les liquides contenus dans les bronches qui causaient l'hypoxémie.

« 2° Les ronchus bruyants et la congestion observée dans le poumon droit étaient dus alors à la pénétration de ces liquides dans les voies de l'air de ce côté.

« 3° La source de ces liquides était à coup sûr un épanchement de pus dans la plèvre droite, lequel avait été causé par une pleurite, ellemême en rapport avec la pénétration de l'air dans la cavité de cette membrane.

« 4° Ainsi que dans les cas signalés par Laënnec, un tubercule ramolli s'est ouvert dans la plèvre et a déterminé ainsi une fistule pulmonaire par laquelle l'air a pénétré dans cette cavité. Plus tard cette fistule a aussi livré passage au pus, qui, pénétrant de la plèvre droite dans la trachée et dans les bronches gauches, a menacé le malade d'une asphyxie mortelle.

« 5° Au moment où la mort allait survenir consécutivement à l'obstruction des bronches par le pus et par l'écume bronchique, il a suffi de placer le malade dans une position telle que la trachée fut tenue déclive, par rapport à la poitrine, et de faire pratiquer en même temps des efforts d'expiration et d'expectoration pour faire sortir le pus écumeux, pour remédier aux accidents actuels et pour conserver la vie.

« 6° Il peut arriver, et sans doute il arrive souvent, qu'une lésion pulmonaire existant dans l'un des côtés de la poitrine et versant ses produits liquides dans les bronches de ce côté, ces mêmes produits liquides pénètrent dans les conduits aériens de l'autre poumon et causent ainsi la bronchemphraxie, l'hypoxémie et la mort.

« 7° Il est donc d'une extrême utilité, dans les affections thoraciques, de tenir compte de la manière dont les malades reposent dans leur lit.

« 8° Si je m'en rapporte aux cas extrêmement nombreux d'hydropleurites simples et liées à un état couenneux du sang dans lesquels j'ai vu d'énormes épanchements céder à l'abstinence des boissons, aux vésicatoires et aux purgatifs hydrorrhéiques, je crois que presque jamais il n'est indiqué dans de semblables affections d'avoir recours à la thoracotomie, et qu'il faut que les accidents de suffocation soient alors très-aigus et portés très-loin pour qu'on puisse se permettre de la pratiquer.

« 9° Tout au contraire, lorsque l'on a la certitude que du pus est contenu dans la plèvre, la thoracotomie doit être faite le plus tôt possible.

« 10° Malheureusement, ce n'est pas jusqu'à présent le plessimètre ou le stéthoscope qui peuvent apprendre si de la sérosité couenneuse, du sang ou du pus sont contenus dans la poitrine, et des signes fonctionnels et mnémoniques sont en général les seuls qui, dans des cas semblables, donnent des approximations propres à diriger la pratique. Cependant une ponction exploratrice, pratiquée par la méthode proposée dans ce travail, peut être employée sans inconvénients graves et guider la conduite ultérieure du médecin.

« 11° Lorsqu'il se déclare une aéropleurie consécutivement à la pénétration de l'air dans la plèvre, il se forme, à coup sûr, un épanchement séropurulent, et le plessimétrisme comme le stéthoscopisme révèlent avec une merveilleuse certitude la triple existence : 1° d'une fistule pulmonaire; 2° d'une aéropleurie; 3° d'une hydropyopleurie.

« 12° Dans de tels cas, et si l'abondance des épanchements d'air et de liquide met, par la dyspnée qu'elle cause, la vie en péril, il faut ouvrir la poitrine.

« 13° Ici il n'y a pas à craindre la pénétration du gaz atmosphérique par la plaie de l'opération, puisque, par l'influence de la pression, il pénètre à chaque mouvement inspirateur par la fistule pulmonaire.

« 14° Avant de pratiquer la ponction thoracique, il faut absolument s'assurer, et de la manière la plus précise, du lieu où se rencontre le liquide épanché et de celui où l'air se trouve des points du poumon, qui correspondent aux parois de la poitrine.

« 15° On arrive à cette connaissance exacte : 1° par le plessimétrisme, qui permet de constater le son et la sensation hydriques (matité absolue) sur le lieu où le liquide existe, une sonorité élastique là où le poumon est placé, et le son hypogazique et un tintement métallique spécial dans l'endroit où il n'y a que de l'air atmosphérique; 2° par l'auscultation, qui fait entendre : (*a*) d'une part, la respiration avec ou sans râles sur le lieu où se trouve le poumon, (*b*) le défaut absolu de murmure pulmonaire sur les points où l'épanchement est accumulé en couche épaisse, (*c*) la respiration bronchique vers les régions où existent des couches plastiques indurées recouvrant le poumon sain, et même sur celles où une couche médiocre de liquide est située entre ce même poumon et les parois; (*d*) un retentissement métallique et même un bruit de flot survenu lors de la respiration de la toux ou les mouvements brusques imprimés au malade (succussion).

« 16° Mais avant de pratiquer la ponction du thorax, il est surtout indispensable, alors que le liquide ne remplit pas toute la poitrine (ce que l'on apprend par la matité absolue, le défaut de respiration et le refoulement du cœur et des poumons), il est indispensable, dis-je, de constater par le plessimétrisme, sur le lieu où l'on veut opérer, que l'épanchement se déplace, et qu'à part les cas d'adhérence il est limité en haut par une ligne de niveau; ce déplacement se manifeste par les changements de position auxquels on soumet la malade.

« 17° L'ouverture de la poitrine sous l'eau est d'une utilité extrême alors qu'il s'agit de la thoracotomie. Prévenant à coup sûr la pénétration de l'air dans la plèvre, elle rend complétement inutile la pompe et les soupapes que l'on a proposées pour la thoracentèse.

« 18° L'inconvénient de placer dans un bain un homme en proie à une extrême dyspnée et la difficulté de le mettre dans une position convenable pour l'opérer m'ont empêché longtemps de réaliser l'idée que j'avais conçue de pratiquer de cette façon la thoracentèse.

« 19° La manière d'opérer que j'ai adoptée consiste à pratiquer la ponction, comme on le fait généralement, avec un trocart muni de sa canule à robinet, puis d'aboucher à celle-ci, au moment où elle est fermée, une sonde en caoutchouc formant un siphon, dont l'extrémité inférieure plonge profondément dans un vase transparent rempli d'une grande proportion d'eau, termine la canule. Or, en ouvrant alors le robinet, le pus s'écoule à flots dans le vase...

« 20° Voici quelles ont été et quelles pourront toujours être les conséquences de la méthode et du procédé qui viennent d'être exposés.

« 21° *Le liquide épanché peut être évacué sans instruments spéciaux, et sans qu'il puisse pénétrer la moindre proportion d'air dans la poitrine.*

« 22° Sous l'influence des efforts d'expiration, on fait projeter sous l'eau et avec force des jets considérables, soit de liquide, soit de grandes proportions de gaz. Ces liquides ou ces gaz sortent alternativement, suivant que l'on dirige l'extrémité interne de la canule vers les points où le plessimétrisme fait constater la présence de ces mêmes liquides ou de ces fluides élastiques.

« 23° Lorsque cette expiration est pratiquée, on referme la canule et on recommande au malade de faire coup sur coup plusieurs grandes respirations pour oxygéner le sang.

« 24° Ensuite on lui fait exécuter un nouvel effort expirateur, on ouvre le robinet et les liquides où l'air coulent de nouveau avec plus ou moins de force.

« 25° On continue ainsi tant que l'on obtient une évacuation de fluides purulents, et l'on dirige la canule de façon à en évacuer les dernières gouttes.

« 26° Quand l'évacuation est complétement terminée, on place la canule dans un vase contenant de l'eau très-pure, puis on ouvre le robinet et l'on fait pratiquer au malade une très-forte inspiration, sous l'influence de laquelle une masse plus ou moins considérable de cette eau est introduite dans la plèvre et *sert à la laver*.

« 27° On fait ensuite évacuer, par de nouvelles expirations, l'eau qui a été ainsi introduite, puis on en fait pénétrer de nouvelle par les inspirations, et l'on continue de cette façon, jusqu'à ce que le liquide soit le plus clair possible.

« 28° C'est alors que l'on plonge l'extrémité de la sonde-siphon dans un vase gradué, contenant de la teinture d'iode iodurée, étendue de deux fois son poids d'eau. On ouvre alors le robinet de la canule et l'on fait pratiquer aux malades plusieurs fortes inspirations. L'abaissement du niveau du liquide contenu dans le vase indique la proportion de teinture qui pénètre dans le thorax, et à peine, dans l'observation précédente, cette proportion a-t-elle été de 150 grammes, au besoin on peut faire entrer et sortir de nouvelles quantités du médicament en continuant les petites manœuvres d'inspirations et d'expirations dont il a été parlé et en fermant et en ouvrant alternativement le robinet de la canule.

« 29° On a le soin de faire prendre ensuite des positions variées à l'opéré, de telle sorte que la teinture d'iode vienne, autant que possible, à imprégner tous les points de la surface pleurétique malade.

« 30° Le robinet de la canule est enfin ouvert, on fait exécuter une forte expiration, qui pousse au dehors la plus grande partie de la liqueur injectée; on ferme le robinet et il ne reste plus qu'à retirer la canule.

« 31° Pour cela faire on pince la peau autour de l'instrument, que l'on retire vivement, et l'on couvre à l'instant même l'ouverture par laquelle il a pénétré avec une large plaque de diachylum très-agglutinatif, que l'on a immédiatement avant l'opération étendu en couche épaisse sur un morceau de taffetas demi-usé. Ce pansement empêche toute pénétration ultérieure de l'air dans la poitrine au-dessous de cette plaque; la plaie, à l'abri de l'action des corps extérieurs, se cicatrise avec la plus grande facilité.

« Il me paraît résulter de l'exposition du fait précédent que l'ouverture du thorax dans l'eau, telle qu'elle a été pratiquée dans le cas précédent, est, dans le cas d'un épanchement purulent dans la plèvre, d'une très-grande utilité, et que la méthode qui a été mise en pratique chez Warrubiot est préférable à tous les procédés qui jusqu'à présent ont été employés. »

M. J. GUÉRIN demande la parole. Il y a, dit-il, dans le travail de M. Piorry plusieurs points à examiner et qui me paraîtraient sujets à discussion. Il y a à peu près trente ans que l'Académie a discuté cette question. Il s'est passé bien des choses depuis ce temps, dont M. Piorry ne paraît pas se douter. Si on laissait passer les propositions qu'il vient de formuler, sans les viser, on pourrait croire que ce qu'il vient de dire est le dernier mot de la science. Si l'Académie est dans l'intention d'ouvrir une discussion sur ce sujet, je demande d'avance la parole. Si, au contraire, elle n'entend pas discuter la communication que nous venons d'entendre, je tiens du moins à ce qu'on ne suppose pas, par notre silence, que nous acceptons la méthode de M. Piorry comme le dernier terme de l'art.

M. PIORRY déclare qu'il connaît parfaitement les travaux de M. Guérin sur ce sujet; s'il n'en a pas parlé, c'est précisément parce qu'ils sont connus de tout le monde. Mais ce qu'il vient de faire luimême est un perfectionnement des méthodes de son collègue; c'est ce qu'il soutiendra si la discussion s'engage.

MM. SÉGALAS et **J. CLOQUET** ajoutent quelques mots.

M. LE PRÉSIDENT met un terme à cet échange d'explications, en annonçant qu'il sera ouvert une discussion sur le travail de M. Piorry. Cette discussion viendra aussitôt après celle qui va s'engager dans la prochaine séance, sur le rapport de M. Lélut.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de la section de médecine vétérinaire, sur les candidats à une place de correspondant vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 24 février 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend le *Journal d'hydrologie médicale*.

COMMUNICATION.

M. LEVEN lit une observation ayant pour titre : *Hémorrhagie cérébelleuse. — Guérison.*

M. TOPINARD. — Les divergences dont parle M. Leven entre ses opinions et les miennes, touchant l'ataxie cérébelleuse et l'ataxie médullaire ou spinale, ne portent que sur les mots. Mettons ceux-ci de côté; voici ce qui reste : l'un et l'autre, nous admettons qu'il existe dans les affections du cervelet et dans bon nombre d'affections de la moelle des troubles de locomotion auxquels ne conviennent pas les mots tremblements, mouvements choréiques, convulsions, etc., et que n'expliquent ni la paralysie, ni l'anesthésie, ni l'atrophie, s'il s'en présente parallèlement; l'un et l'autre, nous croyons que les expressions titubation et entraînement latéral désignent parfaitement l'espèce de troubles notés dans les affections du cervelet, tandis que l'espèce qu'on observe dans les affections de la moelle a des caractères tout autres, une physionomie à part. C'est à celle-ci que M. Leven voudrait que le mot ataxie locomotrice fût réservé. Nous y consentons très-volontiers, ainsi que cela est dit dans les conclusions de notre mémoire.

Je regrette que dans l'intéressante communication qui vient de nous être faite, le terme *titubation* n'ait pas été remplacé par une description. Ce phénomène se voit dans une foule de maladies, alcoolisme, intoxication mercurielle, affections vermineuses, hystérie, etc., ainsi que j'en ai donné des exemples. Cette expression est fort vague. Enfin on a publié (Obs. de M. Hérard) des observations d'affection du cervelet avec troubles de locomotion se rapprochant de la véritable ataxie locomotrice telle qu'elle s'observe dans la maladie ataxie locomotrice progressive. Il importerait de savoir ce qu'est la titubation dans ces derniers cas, ou, pour nous servir d'un terme plus approprié à nos yeux, le trouble d'équilibration. Pour cela il faut dans les observations une description exacte et non une simple indication de phénomène.

Je signale de nouveau, bien que M. Leven l'ait évité, une confusion regrettable dans laquelle on tombe sans cesse, l'ataxie locomotrice progressive est une maladie déterminée qui appartient à la pathologie spéciale. L'ataxie locomotrice est un phénomène morbide, un symptôme; c'est à ce titre que nous nous demandions tout à l'heure si les troubles de la locomotion qu'on rencontre principalement dans les affections du cervelet et ceux que l'on constate dans les maladies de la moelle doivent être réunis sous une même dénomination générique.

Cette confusion rendrait utile la création d'un mot pour remplacer celui d'ataxie locomotrice progressive, mais aucun de ceux proposés jusqu'à ce jour ne nous semble préférable; l'expression la plus récente, celle de sclérose spinale postérieure, ne rappelle qu'un des éléments de la maladie, la lésion médullaire et les symptômes qui lui correspondent, et en néglige un non moins important, la sclérose optique, ou mieux les symptômes vers les nerfs crâniens.

M. MARTINEAU. — Comme il n'y a pas eu d'autopsie, on peut se demander si dans l'observation de M. Leven on avait bien affaire à une hémorrhagie cérébelleuse. Le travail si remarquable de M. Luys a montré que les lésions diverses, soit des corps mamillaires, soit des portions supérieures de la moelle, donnaient un ensemble de symptômes identiques à ceux que l'on trouve dans les lésions cérébelleuses. Voici pour le siége. Quant à la nature de l'affection, on peut se demander si une tumeur ou bien un ramollissement n'aurait point produit les mêmes phénomènes. Enfin je terminerai ensignalant une expression que l'on trouve dans les réflexions de M. Leven; d'après lui la moelle ne serait qu'un automate, je crois, au contraire, appuyé en cela sur les recherches physiologiques modernes, que la moelle est un centre excito-moteur jouissant de facultés indépendantes.

M. LÉVEN. — Je crois qu'au point de vue clinique, le diagnostic de mon observation est parfaitement établi, il n'y a que les pédoncules cérébelleux supérieurs et les hémisphères du cervelet qui, lorsqu'ils sont lésés, donnent lieu au phénomène d'entraînement latéral, et aucun fait n'est encore venu, du moins à ma connaissance, s'élever contre ce résultat physiologique. Si l'on y joint cet autre caractère que dans les lésions des pédoncules supérieurs il n'y a jamais de strabisme, tandis que les phénomènes du côté de l'appareil de la vision se montrent presque toujours dans les lésions des hémisphères cérébelleux, on voit, dis-je, que le diagnostic acquiert une grande précision; enfin je crois que la soudaineté de l'apparition des symptômes ne peut concorder qu'avec l'idée d'une hémorrhagie.

M. A. VOISIN. — M. Leven considère la titubation comme étant le signe pathognomonique des lésions du cervelet; je crois que c'est à tort. En effet, ce symptôme a été observé dans des cas divers, dans des altérations des pédoncules cérébraux, des tubercules mamillaires, de la moelle allongée; M. Cruveilhier l'a décrite dans un cas de dégénérescence graisseuse des cordons postérieurs de la moelle épinière, et M. Vulpian l'a produite dans des expériences sur les cordons postérieurs.

Quant à l'entraînement latéral, que M. Leven considère comme ne pouvant se lier qu'avec des lésions du cervelet, je citerai ce fait d'un ancien appariteur de cette Faculté, du nom d'Antoine, qui pendant deux ou trois ans a présenté une tendance irrésistible à se jeter à droite, tendance qui le faisait choquer les passants et lui donnait toutes les apparences d'un ivrogne. Cet homme est mort l'année dernière à la Charité, dans le service de M. Bouillaud, et je dois dire qu'à l'autopsie nous avons cherché en vain quelques lésions des centres nerveux pouvant expliquer cet entraînement latéral.

En dernier lieu, je regrette que M. Leven ne nous ait pas parlé, à propos de l'aphasie de son malade, du travail de Marcé relatif à ses rapports avec les lésions cérébelleuses.

M. LEVEN. Si l'on remarque le symptôme titubation dans des lésions de la protubérance, de la moelle allongée et des tubercules mamillaires, c'est que toutes ces portions de l'encéphale reçoivent des émanations des fibres cérébelleuses des pédoncules supérieurs du cervelet.

Quant au fait dont parle M. Voisin, il est tellement en dehors des résultats physiologiques déjà connus que j'en puis en tenir compte.

M. BRICHETEAU reproche à cette observation, d'ailleurs si intéressante, un peu de laconisme; il regrette que les antécédents de la malade et l'examen du cœur et des poumons n'aient pas été donnés avec de plus grands détails.

M. BEAUMETZ. Je trouve que M. Leven a été un peu loin en disant que dans les affections cérébelleuses il n'y avait jamais d'ataxie locomotrice. Je crois que, malgré les nombreux travaux faits sur cette question, il est bien difficile en ce moment de donner des caractères assez précis, assez immuables, pour considérer l'*ataxie locomotrice progressive* comme une entité morbide bien définie. Ainsi, pour M. Leven, l'ataxie véritable, vraie, serait celle due à la sclérose des cordons postérieurs, et pourtant que de scléroses des cordons postérieurs qui ne s'accompagnent pas des symptômes classiques de l'ataxie! Je ne citerai comme exemple que les faits publiés par M. Ireidreich. En présence de cette obscurité, je suis d'avis de considérer l'ataxie locomotrice comme un symptôme, et à ce titre elle peut accompagner les lésions de l'encéphale.

M. BÉHIER. Je laisserai de côté ici la question de l'ataxie, sujet encore plein d'obscurité et d'incertitude, et je ne m'occuperai que du diagnostic porté par M. Leven d'hémorrhagie cérébelleuse. Deux faits que j'ai eu sous les yeux dernièrement me portent à croire que dans le cas actuel les phénomènes observés auront eu pour point de départ une simple congestion du cervelet, ou bien encore une anémie de cette portion de l'encéphale.

Voici ces deux faits :

Dans l'un, il s'agit d'un homme qui subitement fut pris d'une obscurité de la vue, d'une perte de la parole et d'une hémiplégie du côté gauche. Au bout de deux jours, les phénomènes disparaissaient peu à peu, et quinze jours après il ne restait aucune trace des accidents; seulement, pendant quelques jours, le malade parla comme un nègre : *Moi vouloir, toi prendre*, etc. Ici très-probablement il n'y a eu qu'une simple congestion encéphalique.

Dans le second fait, il s'agit d'un de mes clients âgé de cinquante-quatre ans, aujourd'hui bien portant, et qui fut d'une façon subite jeté violemment et d'une manière irrésistible du côté gauche. Il n'y eut pas de perte de connaissance. La seule cause de ce phénomène que je puis trouver fut une hémorrhagie anale abondante, produite par des hémorrhoïdes, et qui fut sans doute la cause déterminante d'une anémie cérébrale localisée au cervelet ou aux pédoncules.

RAPPORT.

M. PIERRESON lit un rapport sur un travail de M. Proust sur deux cas de varioles anormales et présenté à l'appui de sa candidature.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées. Par conséquent M. Proust est inscrit sur la liste des candidats.

COMMUNICATION.

M. BAUDOT lit, comme titre à sa candidature, une observation d'hystérie compliquée de chorée.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Descroizilles, Martineau et Voisin.

— La séance est levée à dix heures et demie.

Le secrétaire, DUJARDIN-BEAUMETZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— L'Académie de médecine a déclaré une nouvelle vacance dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique. Par suite du double décès de MM. Patissier et Moquin-Tandon, cette section avait à remplacer un thérapeutiste et un naturaliste. M. Pidoux a, comme on le sait, été désigné pour occuper le siége de M. Patissier; il y a tout lieu de penser que c'est actuellement un naturaliste que la section s'empressera de proposer pour succéder à Moquin-Tandon. L'histoire naturelle, dont l'importance ne saurait être méconnue au sein de l'Académie, n'y est en ce moment représentée que par le savant professeur de l'école de pharmacie, M. Chatin : aussi le public médical s'attend à lui voir adjoindre un membre qui puisse s'occuper avec lui de tout ce qui concerne l'histoire naturelle médicale.

— La séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 24 mars, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Ordre du jour :

1° Observation sur un cas d'hémorrhagie cérébrale avec rhumatisme articulaire aigu;

2° Communications de MM. Menjaud, Verliac, Hayem et Odier;

3° Élection pour une place de membre titulaire.

— Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises pour être reliées, sont actuellement prêtes. On peut les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 36. — SAMEDI 25 MARS 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 25 MARS 1865. — N° 36.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Plessimétrie des liquides.

Nous avons dit que M. Piorry dans sa communication à l'Académie de médecine avait incidemment exposé de vive voix quelques-uns des résultats des expériences qu'il fait depuis quelque temps sur la plessimétrie des liquides. Nous croyons devoir rappeler ici quelques-uns des faits dont il rend journellement témoins les élèves et les médecins qui suivent sa clinique.

En 1863, M. Piorry avait déjà fait quelques expériences sur la percussion médiate des liquides et des substances molles, d'où il était résulté que les sensations tactiles et acoustiques différaient beaucoup suivant la nature de ces liquides; ainsi l'éther, l'alcool, l'eau ordinaire, l'eau distillée, le sirop, le beurre, la graisse pure, l'axonge, une solution de savon, donnaient lieu par la percussion médiate à des sensations qui différaient pour chacun de ces corps. Une série d'expériences nouvelles a été instituée à la clinique de l'Hôtel-Dieu durant ces deux derniers mois; voici les observations auxquelles elles ont donné lieu.

M. Piorry a introduit dans plusieurs fragments d'intestin de bœuf, ou dans de petites balles en caoutchouc, de l'eau distillée, de l'eau ordinaire aérée, de l'eau de Seltz, de l'alcool, du vin mousseux, de l'eau albumineuse, du lait, de l'huile, de la graisse liquide ou demi-solide, etc., en prenant les précautions nécessaires pour s'assurer que ces diverses substances fussent soumises à un égal degré de pression et au même degré de température. Ces diverses poches placées sur des supports semblables ont été percutées de la même manière, faiblement d'abord, puis fortement. — Les sensations obtenues par la percussion ont été non-seulement différentes pour chacune de ces substances, mais elles ont différé dans plusieurs circonstances de ce qu'on aurait pu s'attendre à rencontrer *à priori*. Ainsi l'eau de Seltz, très-chargée de gaz, ainsi que le vin de Champagne donnent un son très-sourd et un défaut absolu d'élasticité; l'eau distillée est moins mate que l'eau aérée; le vin généreux tient le milieu, pour les sensations tactiles et acoustiques, entre celles que donnent l'alcool et l'eau; l'huile est peu élastique et moins résistante au doigt que la graisse. Le lait, le caséum produisent aussi des sons et des impressions tactiles différents de ceux que donnent les autres liquides.

Ces expériences ne seraient qu'un jeu si elles n'avaient des applications possibles en pratique. En montrant que la matité est un phénomène variable, non-seulement dans ses degrés, mais dans ses caractères, qu'il y a autant de nuances de matité et d'élasticité au doigt qu'il y a de variations dans la densité, dans la composition et dans la structure des corps, elles fournissent des éléments nouveaux au diagnostic, et la clinique peut en tirer un utile parti, pourvu toutefois qu'elle ne se laisse pas égarer par des analogies grossières et conséquemment trompeuses, et qu'elle n'emprunte ces signes qu'à une expérience directe, longtemps et fréquemment répétée. Sans doute il faudra, pour parvenir à utiliser ces données dans la pratique, une étude assidue et une grande habitude de percevoir et de juger les nuances délicates et assez fugitives que peut donner la percussion. Mais si au prix de cette étude on pouvait arriver à distinguer, sinon avec certitude, du moins avec une grande présomption, une collection séreuse d'avec une collection sanguine ou purulente, ou à déterminer d'une manière très-approximative la nature des diverses matières contenues dans les kystes, on n'aurait pas à regretter les peines et les soins qu'on y aurait apportés.

Gardons-nous toutefois des exagérations qui, en ceci comme dans tant d'autres circonstances, gâtent les meilleures choses. Il ne faudrait pas laisser dégénérer la percussion en une sorte de prestidigitation; on ne devra lui demander que ce qu'elle peut donner, des signes physiques qui n'acquièrent une valeur diagnostique qu'à la condition d'être rapprochés des autres signes et de n'être jamais séparés de tout ce qui peut concourir à leur donner leur véritable signification.

Sclérodermie (sclérème ou chorionitis).

Depuis de longues années, on connaît un état particulier de la peau des nouveau-nés, qui est un endurcissement appréciable au toucher, et dont on peut rapprocher l'existence d'un état asphyxique de l'enfant. Mais c'est seulement depuis 1845 que la sclérodermie a été réellement étudiée comme une maladie spéciale de la peau. A cette époque, Thirial a jeté un jour nouveau sur le sclérème, et a fourni deux excellentes observations de cette maladie chez les adultes, et dont il n'avait point été encore question dans la science.

Depuis ce mémoire, d'autres travaux ont paru; parmi ceux-ci, il en est un de Forget (de Strasbourg), qui apporta une théorie du sclérème. L'auteur croyait alors qu'il s'agissait d'une véritable inflammation chronique de la peau, et il avait créé, comme synonyme du mot sclérème, le terme *chorionitis*.

Quelque temps à peine après l'apparition de ce travail, M. Gintrac publiait une note sur le même sujet, avec le titre nouveau de *sclérodermie*.

On revenait alors à une définition ayant le caractère d'une expression symptomatologique. C'est cette manière d'envisager les choses qui a prévalu.

Une très-bonne thèse a été récemment soutenue à la Faculté de médecine sur ce sujet par M. Paul Horteloup, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris. Toutes les observations de sclérodermie des adultes ont été réunies, et c'est avec ces faits que l'auteur a fait l'histoire de la maladie. La méthode est excellente et ne saurait être plus scientifique.

La maladie est caractérisée par une induration de la peau présentant des colorations variables, donnant à la vue et au toucher, suivant l'expression des différents auteurs, la sensation de la cire ou de la pierre (Thirial), de la peau d'un cadavre gelé (Rillet), d'un morceau de marbre (Bouchut), de peau de têtes momifiées (Forget). Les malades sentent de la gêne et de la raideur des parties malades, un sentiment de tension envahit toute la région, et les malades s'aperçoivent eux-mêmes d'une dureté de la peau.

Ce sont là des faits constatés et définis par des sensations, que le titre sclérodermie résume par son étymologie.

Mais des divergences et des incertitudes se montrent dans l'état du malade qui est atteint de sclérodermie; les conditions individuelles sont très-variables; on a vu débuter, chez les adultes au moins, le sclérème par des points tout à fait différents; on l'a vu se montrer par plaques isolées, et d'autres fois on l'a constaté sur tout un segment de membre d'un seul coup. Dans quelques cas, la peau se rétracte, et dans d'autres la peau, immobile, gêne les mouvements, et donne au malade un sentiment de constriction, quoiqu'en réalité il n'y ait pas traces de rétraction de la peau.

Enfin, quoique plusieurs malades aient paru cachectiques, ce n'était pas au début de la sclérodermie que la diathèse s'observait. De sorte que l'on peut dire : La cachexie est le fait de la cessation des fonctions de la peau plutôt que la cause de l'endurcissement de la peau. Mais ceci ne serait acceptable que pour les sclérodermies très-étendues.

Ce n'est pas encore tout : M. Follin rapporte que lorsqu'il y a une plaque de sclérodermie à un bras, il est ordinaire de voir une plaque semblable se montrer sur l'autre bras, et c'est là un phénomène curieux qui rapproche certaines sclérodermies des dartres. Disons, du reste, en passant que la plaque de psoriasis offre par moments, et lorsque les squammes ont été enlevées à l'aide d'un bain ou de pommades, beaucoup des caractères des sclérodermies symétriques.

Parmi les opinions nouvelles qu'a formulées M. P. Horteloup, nous trouvons une proposition juste, c'est que la sclérodermie des adultes est grave, et compromet la vie lorsqu'elle atteint des individus débilités ou arrivant à la vieillesse.

L'anatomie pathologique de la sclérodermie n'a offert aucun résultat précis, si ce n'est l'épaississement du derme, la fusion du derme avec le tissu cellulaire; les docteurs Auspitz et Fœster ont constaté plusieurs fois cette disposition, et le dernier auteur a signalé une disparition des vaisseaux de la peau, qui en était moins pourvue qu'à l'état normal, et une fois au moins il a trouvé une pigmentation dans les canalicules sudorifères.

M. Horteloup tire des 27 observations qu'il a réunies cette conclusion, que la sclérodermie se rattache à la diathèse rhumatismale, et que dans un bon nombre de cas la maladie a débuté à la suite d'un refroidissement et d'un arrêt brusque de la transpiration.

La question de nature de la sclérodermie est grosse de controverses, et nulle théorie ne s'est établie d'une manière définitive.

La première opinion qui a été affirmée a été celle de Forget, qui croyait à une inflammation chronique du derme ou *chorionitis*. M. Chassaignac, à l'occasion d'une observation recueillie par M. A. Fournier, médecin des hôpitaux, a reproduit la même idée pour un cas de sclérème de la cuisse. Le chirurgien jugeait qu'il y avait dans cette lésion des caractères de *phlegmon chronique du tissu cellulaire*.

Le docteur Hugo Fiedler a pensé qu'il y avait dans la sclérodermie une atrophie du tissu cellulaire et de la peau. Cette idée allemande ne s'appuyait que sur une observation sans autopsie. Les docteurs Auspitz et Fœster se bornèrent à déclarer qu'il y avait hypergénèse de tissu cellulaire. Ces mots semblent très-profonds. Mais, à y regarder de près, on voit qu'il ne s'agit que d'une déduction de la théorie de l'inflammation chronique, la production de tissu conjonctif ou cellulaire aux dépens des exsudats de l'inflammation. Ici donc, et dans l'esprit des auteurs, c'est encore à l'inflammation chronique que la sclérodermie touche de plus près.

M. P. Horteloup ne rejette pas l'idée d'une inflammation, mais il croit seulement à un état inflammatoire accompagnant le vice rhumatismal, ou, comme l'a pensé M. Verneuil dans son rapport sur une observation de M. Mirault (d'Angers), à l'arthritisme. Toutefois, l'auteur ajoute que l'endurcissement de la peau pourrait bien être un phénomène de contractilité anormale des fibres cellules de la peau. Des analogies et des faits physiologiques, tels que les taches d'asphyxie locales dues à la contractilité des vaisseaux capillaires sous l'influence des nerfs vaso-moteurs, les faits de contracture de la peau et les phénomènes de la rigidité cadavérique ont fourni leur appui à l'idée ainsi émise.

Quelle que soit l'opinion à laquelle on se rattache, on sent qu'il manque encore quelque chose à l'histoire de la sclérodermie; si la théorie de l'inflammation chronique est séduisante, elle n'est point absolument démontrée. Mais, d'une autre part, si les observations réunies par M. P. Horteloup ne la confirment pas dans plus de la moitié des cas, elles font du moins faire du chemin à l'histoire de cette maladie curieuse.

Les sclérodermies ont été l'objet d'un traitement général, c'est celui sur lequel insiste M. Trousseau et que vante M. P. Horteloup. On a eu recours aussi à un traitement local. Parmi les ressources qu'offre celui-ci, les émollients, les grands bains et les cataplasmes ont été d'un bon effet, et dans plusieurs cas, chose remarquable, les incisions des plaques de sclérodermie ont produit une amélioration.

Détroncation accidentelle du fœtus. — Faut-il procéder immédiatement à l'extraction de la tête ou attendre l'expulsion naturelle?

M. le docteur Jules de Soyre nous communique le fait suivant dans lequel un de ses confrères a eu à se louer de suivre son avis. Un médecin de ses amis assistait une cliente qu'il avait déjà accouchée deux fois à terme. Elle était parvenue au cinquième mois d'une nouvelle grossesse, lorsqu'elle fut prise de contractions utérines. Le médecin trouva l'orifice utérin incomplétement dilaté, les membranes rompues et un pied du fœtus qui s'engageait. Il crut pouvoir tirer sur ce pied, mais l'enfant était mort depuis quelque temps et il avait même subi déjà une macération avancée dans le liquide amniotique, aussi le pied se détacha-t-il facilement par des tractions même modérées. Il saisit alors la jambe du fœtus et il amena graduellement à la vulve le siége, puis le tronc; mais le cou se déchira et la tête remonta, emprisonnée dans l'utérus dont l'orifice s'était spasmodiquement contracté.

Dans cette circonstance, ce médecin voulut avoir l'avis de M. de Soyre sur l'urgence d'extraire la tête du fœtus par quelque procédé opératoire. Notre confrère examina la malade; le cordon ombilical était en partie hors de la vulve et parcourait le canal vulvo-utérin jusqu'à l'utérus dont l'orifice admettait à peine l'introduction de l'extrémité du doigt; il n'y avait pas d'hémorrhagie.

En cet état de choses, rien ne compromettant la santé de la mère, il fut d'avis d'attendre, des seuls efforts de la nature, l'expulsion de la tête et du placenta. En effet, le lendemain matin, dix-huit heures après l'extraction du tronc, les contractions utérines physiologiques reparurent; le placenta, non retourné, se présenta à la vulve, et à l'aide de légères tractions, on l'amena avec la tête du fœtus qu'il contenait toujours dans sa cavité.

Les suites de couches furent heureuses.

Nous n'avions fait qu'appliquer, dit M. de Soyre, les préceptes de M. le professeur Paul Dubois, et peu de temps auparavant M. Blot les suivait aussi dans un cas semblable survenu à l'hôpital des cliniques.

Tout récemment, M. Devilliers fut mandé pour un accident pareil. Il fit usage d'une petite vessie de caoutchouc qu'il remplit d'eau, après l'avoir introduite dans l'utérus, pour provoquer un nouveau travail. Le succès et le résultat ne laissèrent rien à désirer, mais nous sommes d'avis, avec notre confrère, que, dans l'immense majorité des cas, il vaut mieux attendre.

ANUS CONTRE NATURE,

Par M. le docteur PANAS.

J'avais affaire à un de ces cas d'anus contre nature, suite de hernie, où il n'y a pas lieu d'espérer l'occlusion spontanée, toutes les conditions fâcheuses d'incurabilité se trouvant en quelque sorte réunies.

Il y avait eu ici hernie étranglée, et le chirurgien d'Alexandrie (en Égypte), qui en fit l'opération, eut la malheureuse idée d'ouvrir l'intestin et de le réunir à la peau, le croyant probablement gangrené. Il en est résulté un véritable *anus artificiel* dont le trajet se trouvait être tapissé par la muqueuse intestinale elle-même.

Cette ouverture anormale se trouvait ainsi dans les conditions des orifices muqueux naturels, et n'avait aucune tendance à l'oblitération.

Une autre particularité propre à ce cas, c'est que l'anse intestinale herniée, au lieu de s'arrêter au milieu de l'orifice fistuleux, descendait jusqu'au fond des bourses. Les deux bouts, adossés à l'instar d'un double canon de fusil, étaient situés, l'un en avant et l'autre en arrière. Il en résultait un éperon vertical ayant une longueur de 8 centimètres environ, et qui, sous la forme de tablier ou de cloison verticale, interceptait toute communication entre les deux bouts de l'intestin : et cela d'autant plus complétement que les matières descendaient en plus grande quantité dans le bout supérieur.

L'ouverture anormale, qui était assez large pour permettre l'introduction de l'indicateur tout entier, aurait laissé passer les matières en totalité, si quelques mois auparavant on n'y avait obvié par l'emploi d'une canule d'argent longue de 5 centimètres sur 1 centimètre de diamètre. Un bouton métallique la tenait en place et la fixait au bassin à l'aide d'un cordon.

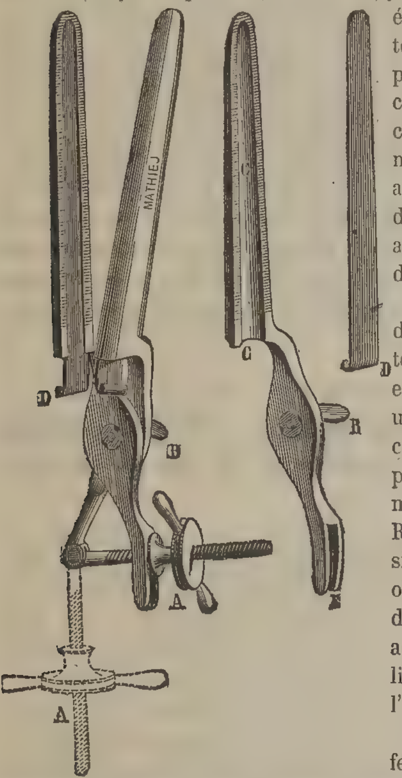
L'emploi de cette canule, en permettant le passage partiel, il est vrai, des matières, du bout supérieur dans le bout inférieur, préserva le malade du rétrécissement consécutif que présente le bout inférieur lorsque depuis quelque temps il cesse de donner passage aux matières intestinales.

Les indications opératoires à remplir étaient donc ici bien claires :

1° Détruire l'éperon de façon à établir une communication directe entre les deux bouts;

2° Tenter l'occlusion de l'orifice fistuleux, qui, vu sa constitution muqueuse, ne pouvait se fermer même après le rétablissement du cours régulier des matières.

Pour remplir la première indication, j'ai pensé qu'ayant affaire à un éperon très-étendu, l'entérotome à mors étroits de Dupuytren ne pouvait suffire. Je craignais aussi qu'après l'occlusion de l'anus anormal il ne survînt des accidents dus au rétablissement cicatriciel de l'éperon, comme cela est arrivé dans le fait bien connu de Lesauvage.



Je pensais dès lors qu'une destruction large du repli intestinal devenait nécessaire, et pour y parvenir j'ai fait usage d'un entérotome porte-caustique imaginé par M. le professeur Laugier, et déjà mis en usage avec succès par Robert, Langenbeck et M. Ansieux (de Liége). Je comptais obtenir de la sorte une perte de substance large, et des adhérences promptes et solides entre les deux bouts de l'intestin pincé.

Je donnais pour cela la préférence au chlorure de zinc, qui a l'avantage de produire une eschare dure et de ne pas fuser au loin. Pour plus de précaution, je ne laissai le caustique en place que trois heures seulement, temps qui me paraissait suffisant pour déterminer la mortification de l'intestin. Je retirai alors l'instrument, que je débarrassai du caustique, et je le réappliquai en vue cette fois de maintenir les deux bouts d'intestin en contact pendant tout le temps nécessaire à la production d'adhérences solides.

Les choses se sont passées exactement comme je l'avais prévu, c'est-à-dire qu'après trois heures d'application je trouvai l'éperon, ou la portion d'intestin percée par l'instrument, blanchâtre, ratatinée et escharifiée. Comme l'instrument ne déterminait pas d'accidents, que le ventre restait indolore et souple à la pression, je laissai l'instrument cinq jours en place.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire vers le septième jour après l'opération, les deux bouts de l'intestin communiquaient librement. Il n'y avait plus d'éperon; on sentait à sa place une cicatrice solide, en croissant, à concavité antérieure, et qui occupait la demi-circonférence postérieure de l'intestin.

A partir de ce moment, les matières ont repris leur cours naturel. L'individu avait une ou deux selles régulières par jour; malgré cela, et ainsi que je l'avais prévu, l'orifice cutané ne montrait aucune tendance à se rétrécir. Je procédai alors au second temps de l'opération.

L'obstacle à l'occlusion spontanée de l'orifice fistuleux provenant de la présence de la muqueuse intestinale dans le trajet, il fallait s'en débarrasser. L'excision pure et simple de cette muqueuse pouvait suffire à la rigueur; mais comme on s'expose, en faisant ainsi, à rétrécir la paroi antérieure de l'intestin dont la paroi postérieure se trouve déjà rétrécie par le fait de l'entérotomie, je pensai que l'autoplastie intestinale résoudrait la difficulté, en même temps qu'elle assurerait mieux la réunion par suture des lèvres de la perte intestinale.

Après avoir donc cerné l'orifice cutané de la fistule à l'aide d'une incision circulaire pratiquée à cinq ou six millimètres en dehors du point où la muqueuse se réunissait à la peau et introduit le doigt dans l'intestin, je disséquai doucement tout autour les parties molles jusqu'à la couche musculaire de celui-ci qui était accolé à la paroi abdominale par des adhérences cicatricielles solides. Une légère traction permit alors de faire glisser la tunique musculaire de l'intestin sur la tunique séreuse, ou plutôt sur les adhérences péritonéales, et permit à l'intestin d'être attiré au dehors de deux à trois centimètres. Il a été alors facile de le renverser sur lui-même et d'affronter, non pas muqueuse contre muqueuse, mais les surfaces saignantes de l'intestin contre elles, à l'aide de quelques points de suture de Gély. En coupant le fil au ras du nœud, de façon à avoir une suture perdue qui, plus tard, devait tomber dans l'intestin, je terminai l'opération en excisant de nouveau les téguments, et cela obliquement, de façon à avoir une plaie sous forme de cupule évasée.

Pour faciliter le rapprochement des parties, je pratiquai deux incisions latérales dans le sens vertical. Je décollai suffisamment les lèvres de la plaie, après quoi j'ai réuni à l'aide de points de suture métallique embrassant la peau et toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'intestin exclusivement.

En somme, cette opération a consisté à pratiquer :

1° Une entérorrhaphie par renversement;

2° Une autoplastie par glissement des parties molles extérieures.

Les avantages que je trouvais à pratiquer l'opération de la sorte étaient :

1° De ne pas rétrécir l'intestin outre mesure;

2° D'assurer la réunion, grâce à la double suture intestinale et cutanée, et à l'affrontement de larges surfaces saignantes.

Cette réunion devait comprendre trois parties à la fois, ce qui en assurait encore le succès :

1° Les lèvres renversées de la solution de continuité intestinale entre elles;

2° Les lèvres de la plaie extérieure;

3° Enfin de la face profonde du derme avec la paroi intestinale.

La réunion s'obtint pourtant, sauf au niveau du point moyen qui, trop serré, avait coupé les tissus. Il en est résulté qu'une petite fistule admettant un stylet de trousse persista. Cette fistule me préoccupait beaucoup, sachant combien ces petites ouvertures, résultant des opérations que l'on fait pour l'anus contre nature, sont difficiles à guérir.

En examinant bien je m'aperçus, en effet, qu'en ce point la muqueuse intestinale avait une tendance au renversement en dehors et s'opposait de la sorte à l'occlusion définitive de la petite fistule.

Je résolus dès lors de détruire cette muqueuse, et pour cela je fis :

1° Une cautérisation électrique du trajet qui resta sans effet;

2° Une opération autoplastique comme la première fois, avec cette différence que je réunis la petite plaie intestinale par la suture de Dieffenbac, au lieu d'employer la suture de Gély. Avec cela, nouvelle réunion de la peau, et en plus, des points de suture enchevillés placés à distance.

D'abord, insuccès par la chute de toutes ces sutures qui n'ont fait qu'agrandir l'ouverture; mais, au bout de quelques jours, retrait des lèvres de la solution de continuité qui, n'étant plus tapissée par la muqueuse intestinale, se cicatrise définitivement.

Ainsi cet homme s'est trouvé débarrassé d'une difformité dégoûtante qui lui rendait la vie insupportable et pour laquelle, comme on le lira dans l'observation, il avait déjà subi des opérations infructueuses en grand nombre.

L'histoire de ce malade prouve une fois de plus qu'en chirurgie il ne faut pas désespérer de la cure, du moment où l'on peut saisir les véritables indications opératoires qu'il nous est donné de remplir. Si j'ai été assez heureux pour obtenir la guérison là où d'autres avaient échoué; c'est à cela que je le dois, et aux perfectionnements qui, depuis Dupuytren jusqu'à nos jours, ont porté si haut cette partie de notre art.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ARSÉNIATE DE FER,

Par le docteur CHABANNE.

M. le docteur Chabanne, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, a appelé l'attention de la savante compagnie sur l'emploi thérapeutique de l'arséniate de fer contenu dans l'eau minérale de la source Dominique.

Nous n'avons point oublié notre promesse, qu'un grand nombre de nos lecteurs nous réclame, de faire connaître l'usage, dans la pratique médicale, de cette eau ferro-arsenicale dont la composition chimique est aussi étrange qu'intéressante à étudier. Nous ajouterons que l'Académie, dans sa séance du 10 janvier dernier, a pour la seconde fois accordé une récompense honorifique (médaille d'argent) à l'éminent praticien.

Devant m'occuper exclusivement dans cette courte étude d'une des sources minérales de Vals, source unique dans son espèce, je crois devoir prévenir la confusion qui se produirait dans les esprits, si je n'exposais brièvement ce que sont les eaux de Vals dans leur ensemble.

Toutes les sources minérales de Vals actuellement connues peuvent se ranger en trois groupes très-distincts, répondant chacun à des indications thérapeutiques différentes.

Le premier groupe comprend les eaux bi-carbonatées sodiques fortes, eaux minérales types. Nous ne connaissons pas ailleurs une minéralisation aussi puissante que celle qui nous est offerte par les sources de ce premier groupe; sources Désirée, Précieuse, Magdeleine, etc.

Comme si la nature n'avait pas voulu déroger à ses habitudes, *natura non facit saltum*, elle a fait couler à côté de ces sources, les plus fortes connues en France, d'autres sources minérales qui, de degré en degré, arrivent à la minéralisation la plus faible : sources Rigolette, Saint-Jean, etc.

Ces dernières constituent le deuxième groupe.

Quoique se rattachant par leur composition chimique à la classe des bi-carbonatées sodiques, les sources du deuxième groupe s'éloignent, en fait, beaucoup des sources fortes leurs voisines par les applications thérapeutiques différentes auxquelles elles donnent lieu. Elles comblent à Vals une lacune que l'on regrette à Vichy. Il est aisé de concevoir, en effet, de quel secours doit être au médecin, et surtout au malade, le remède qui lui est offert sous tant de formes variées.

Si l'exportation considérable qui a lieu chaque jour des eaux du premier groupe permet aux malades de suivre un traitement actif loin des sources de Vals, l'exportation plus considérable encore des eaux du deuxième groupe leur offre les moyens de suivre un traitement à la fois plus anodin, pour ainsi parler, et surtout plus agréable. Les eaux de Vals, du deuxième groupe, sont en effet d'excellentes eaux de table. Elles remplissent à merveille les indications médicamenteuses ou hygiéniques que réclament une foule de maladies diverses.

Sans vouloir entrer dans des développements qui seraient déplacés ici, il est permis d'établir qu'il existe à Vals, dans un périmètre restreint, une collection très-bien assortie d'eaux bi-carbonatées sodiques, que l'on y trouve sous la main des eaux que la nature a disséminées sur le globe, à de grandes distances, depuis les sources les plus puissantes en minéralisation jusqu'à celles dont la minéralisation est des plus faibles.

Dominique, troisième groupe.

Si les deux premiers groupes tendent à faire considérer Vals comme station minérale type par les qualités chimiques et thérapeutiques variées de ses eaux bi-carbonatées sodiques, la source Dominique tend, au contraire, à la faire figurer dans une classe à part, sans ressemblance, sans affinité avec aucune autre station minérale connue.

Chose étrange, en effet, c'est au milieu des sources bi-carbonatées sodiques de France les plus riches, c'est à quelques mètres à peine d'une myriade de filets alcalins surgissant en tous sens, que sourdent les eaux de la Dominique.

Nullement alcaline, ne renfermant pas un atome d'acide carbonique, de bi-carbonate de soude, ni aucun des éléments qui se rencontrent dans les sources alcalines qui l'avoisinent, cette eau est franchement acide.

Sa saveur est douceâtre au palais, elle laisse un arrière-goût styptique qui n'a rien de répugnant. Elle est bue généralement avec plaisir.

Ses sels de fer sont des arséniates, phosphates, silicates et sulfates, alors que ce métal est combiné dans les autres sources avec l'acide carbonique.

Ici, c'est un excès d'acide sulfurique libre (1gr,30 par litre), tandis que ses voisines sont sursaturées d'acide carbonique.

Les recherches de l'arsenic dans les eaux minérales, quoique ne remontant pas bien loin derrière nous, nous font pourtant connaître un certain nombre de sources dans la minéralisation desquelles figure l'arsenic. Ainsi, sur cinquante-cinq analyses d'eaux martiales carbonatées, crénatées ou silicatées, hydrosulfurées, sulfatées et phosphatées, que donnent MM. Pétrequin et Socquet dans leur Traité d'hydrologie, nous en trouvons neuf dans lesquelles l'arsenic est indiqué, et le plus souvent par le mot *traces*.

Mais ce qui distingue la Dominique, c'est l'impossibilité de la ranger dans une classe connue. Dans les autres sources minérales, en effet, on voit l'arsenic figurer à côté de quantités considérables de sels de soude, de chaux, de magnésie, etc.; on le voit encore dans des eaux acidifiées par l'acide carbonique, sulfydriques, etc. Ici, rien de pareil.

Aussi, MM. Pétrequin et Socquet qui ignoraient encore mes *Études sur la Dominique* (elles n'avaient pas paru) au moment de la publication de leur ouvrage, étaient-ils autorisés à dire, en parlant des eaux du Rio-Vinagre et de Ruitz (Nouvelle-Grenade) comme exemples d'eaux acidulées par l'acide sulfurique libre : « Ces exemples sont plus curieux qu'utiles, car les eaux minérales ne sont pas employées en médecine. »

Désormais, à cette rareté hydrologique seulement curieuse des eaux du Nouveau Monde, il faudra ajouter le nom de Dominique. Celle-ci, du moins, n'est pas seulement curieuse par sa composition, elle est surtout intéressante par les applications thérapeutiques dont elle est déjà susceptible, applications qui, nous en avons la confiance, iront grandissant encore, à mesure que s'étendra le champ de l'observation.

Quel rôle précis joue la constitution chimique de cette source dans les résultats auxquels elle donne lieu? Quand un malade boit la Dominique, suit-il une médication *arsenicale, sulfurique*? Qu'on me passe cette expression. L'arsenic, malgré son activité sur l'économie, n'a pas su fournir jusqu'ici des preuves assez tranchées de son action pour justifier une classification spéciale des eaux qui le contiennent. Dans la séance de la Société d'hydrologie médicale du 5 janvier 1863, M. Durand-Fardel s'exprimait ainsi : « Il est certain qu'il existera toujours une grande différence entre des eaux à peine minéralisées, où l'arsenic ressort par conséquent d'une manière très-déterminée, et d'autres où il se trouve enveloppé par une minéralisation considérable, soit bi-carbonatée, soit chlorurée; mais au moins quelques caractères d'ensemble devraient-ils leur être imprimés par la présence de ce principe commun. »

Nous occupant d'une source à composition chimique sans analogues, mais dans laquelle cependant l'arsenic figure pour une bonne part, il ne sera donc pas étonnant, après la déclaration que nous empruntons au savant inspecteur de Vichy, il ne sera donc pas étonnant que nous ne répondions pas à cette question. Quelle médication suit le malade qui prend la Dominique? Nous ne dirons pas que cette médication est ou arsenicale, ou ferrugineuse, etc., mais nous affirmerons que la médication suivie est tonique, reconstituante, portant une certaine sédation spéciale sur les organes thoraciques principalement. Nous dirons que la Dominique jouit de la propriété d'être radicalement curative de ces cachexies, intoxications paludéennes, empoisonnements miasmatiques à manifestations intermittentes plus ou moins irrégulières.

La Dominique est donc un *toni-sédatif reconstituant et fébrifuge*. L'exposition de ces propriétés a été de ma part l'objet de plusieurs publications et de présentations aux sociétés savantes. Cette source possède ces propriétés, mais à un état particulier, sans doute, *sui generis*, car je l'ai vu réussir dans bien des cas contre lesquels les toniques, les reconstituants étaient demeurés impuissants.

Pendant de longues années la Dominique, victime de l'incurie de ses anciens propriétaires, resta sans emploi. Mal captée, mal admi-

nistrée, elle était tombée dans l'oubli le plus complet de la part des malades et des médecins; cependant toutes les analyses anciennes lui assignaient pour composition chimique du *vitriol de Mars*. C'était un fait acquis dont on aurait pu faire profiter la thérapeutique. Les ouvrages sur la matière, publiés dans l'autre siècle, conseillaient la Dominique « dans les cas où la fibre est lâche et humide, dans les maladies chroniques avec relâchement, les gonorrhées invétérées non vénériennes, les pertes blanches excessives, les cours de ventre séreux, les sueurs colliquatives, etc. »

Mais ces données étaient devenues à peu près lettre morte jusqu'à l'analyse que je sollicitai de l'Académie en 1858 et que M. O. Henry fut chargé d'exécuter. En définitive, c'est à ce savant académicien que nous devons de connaître assez exactement cette étrange composition et d'avoir pu diriger nos observations dans une voie plus sûre.

FRACTURE PAR DIVULSION DE L'ANNULAIRE

et du quatrième métacarpien (main droite). — Désarticulation, inflammation consécutive du carpe et de l'avant-bras. — Irrigations continues. — Guérison.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin-major de 1re classe à Strasbourg.

T... (Victor), âgé de quarante-huit ans, constitution assez forte, charpentier à Rouvres (Vosges), a eu le 7 septembre 1862 le doigt presque arraché par une corde à laquelle était attaché un madrier en mouvement.

Pendant un mois, l'officier de santé du lieu le traite par les cataplasmes émollients et les lotions d'eau froide.

Cet homme nous est amené le 9 octobre; le doigt est énorme, livide, presque insensible; suppuration abondante, d'une odeur repoussante; fracture comminutive de la première phalange de l'annulaire avec issue des fragments à travers une plaie considérable de la face palmaire; mobilité extrême de l'articulation métacarpo-phalangienne distendue; fracture du métacarpien avec dilacération de la gaîne tendineuse, de laquelle on fait refluer par une légère pression une matière séro-purulente de mauvaise nature; ganglions axillaires un peu engorgés et douloureux.

En face de désordres aussi graves, nulle hésitation; il faut se décider à sacrifier la partie pour conserver le tout; il est donc indiqué d'extirper le quatrième métacarpien, bien qu'on ait à redouter une arthrite du poignet.

L'opération terminée, non sans quelques difficultés inhérentes à la lésion elle-même, les doigts sont rapprochés, le tout est maintenu immobile sur une palette; irrigations froides continues.

Huit jours après, l'inflammation se propage au poignet et à l'avant-bras; tuméfaction douloureuse, fièvre, insomnie, inappétence. On prescrit cinq sangsues tous les deux jours pendant un mois sur la main, en même temps qu'on continue l'eau froide pendant vingt-cinq jours.

A cette époque, je suis obligé de quitter mon opéré.

Huit mois après, je le retrouve dans l'état suivant: tuméfaction considérable du poignet avec semi-ankylose; les doigts se fléchissent assez bien.

Tout récemment encore (1865), j'ai voulu revoir mon amputé: la main, un peu difforme, est incurvée vers l'éminence hypothénar. Par suite de l'ankylose, qui est complète, et de l'inflammation, qui s'est étendue aux gaînes tendineuses de l'avant-bras et les a immobilisées, les mouvements de pronation et de supination sont impossibles. Les doigts se fléchissent difficilement, excepté le pouce et l'index qui se rapprochent assez pour lui permettre de travailler. Sensibilité tactile et générale un peu émoussée; refroidissement plus marqué.

Une particularité à noter, c'est que les doigts sont devenus plus doux au toucher, plus luisants; les papilles, ainsi que les plis articulaires, se sont effacés; la main est plus humide et plus froide; il n'y a pas d'atrophie.

Quoi qu'il en soit des suites de cette blessure grave, le résultat obtenu est encore assez satisfaisant, puisque le blessé peut bêcher, faucille, tailler sa vigne et même battre en grange.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 mars 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu:

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical*.

— La Commission pour le Congrès médical de Bordeaux invite la Société à se rendre à cette assemblée, qui aura lieu le 2 octobre prochain.

— La Commission pour l'érection à Quimper d'une statue à Laënnec invite la Société à prendre part à la souscription ouverte à cet effet.

RAPPORTS.

M. Dolbeau fait un rapport verbal sur une observation de *calcul arrêté dans l'urèthre*, adressée à la Société.

Il termine en proposant:

1° D'adresser à l'auteur une lettre de remercîments;

2° De déposer l'observation dans les archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— **M. Dolbeau** fait également un rapport verbal sur une note de M. Leroy d'Étiolles intitulée: *Corps étrangers de la vessie*.

Comme ce travail a déjà été publié, le rapporteur propose simplement le dépôt aux archives.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

— **M. Blot** lit un rapport sur une note de M. le docteur Boissaric, ancien interne des hôpitaux de Paris, relative à une *opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant*.

M. Blot termine en proposant les conclusions suivantes:

1° Adresser à M. Boissaric une lettre de remercîments pour sa très-intéressante communication;

2° Insérer l'observation complète dans le *Bulletin*;

3° Inscrire honorablement le nom de M. Boissaric sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions sont adoptées.

Sur la proposition de M. le président, le rapport de M. Blot sera joint à l'observation.

ÉLECTION.

Il est procédé à un scrutin pour la nomination d'une commission chargée de l'examen des titres des candidats à une place vacante de membre titulaire. Sont nommés MM. Guyon, Chassaignac, Danyau.

LECTURE.

M. Panas, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, lit la note suivante:

L'observation que je vais avoir l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie est relative à une opération que j'ai pratiquée à l'hôpital du Midi, en vue de fermer un anus contre nature inguinal droit dans des circonstances assez difficiles.

Les détails de l'opération se trouvant exposés dans l'observation que j'ai l'honneur de remettre à la Société, je ne veux, Messieurs, en ce moment appeler votre attention que sur les points qui me paraissent mériter une mention spéciale. (Voir plus haut.)

Ce travail est renvoyé à la Commission déjà nommée (MM. Dolbeau, Trélat, Lefort).

DISCUSSION.

Traitement de la coxalgie.

M. Lefort. C'est du traitement de la coxalgie que nous devons surtout nous occuper, c'est du traitement que je vous demande la permission de dire quelques mots.

En appelant l'attention sur l'heureuse influence de l'immobilité dans le traitement des affections de la hanche, en imaginant l'appareil qui porte son nom, Bonnet a réalisé un grand progrès dans cette partie de la thérapeutique. Mais le progrès est relatif, et la gouttière de Bonnet, de Lyon, précieuse dans quelques cas exceptionnels, est dans beaucoup de cas plus nuisible qu'utile. Si l'on retrouve un traumatisme dans les commémoratifs de la plupart des cas de coxalgie, on peut affirmer que la maladie est sous la dépendance d'une altération de la constitution, qu'elle se montre surtout chez les enfants ou les adolescents plus ou moins lymphatiques. L'application de la gouttière de Bonnet immobilise le membre affecté, mais elle immobilise aussi le malade, et le décubitus, prolongé pendant plusieurs mois, a souvent sur la santé générale une influence désastreuse.

On se trouve donc en présence de deux indications très-différentes, immobiliser l'articulation malade, permettre au malade de prendre de l'exercice en plein air. Ces deux indications contradictoires ont été résolues par l'application des appareils inamovibles, quelle que soit la matière dont ils sont fabriqués, en bandes imbibées de dextrine, d'amidon, de plâtre, comme nous les construisons; en cuir épais, comme les applique M. Hilton et plusieurs de ses collègues d'Angleterre.

Qu'il me soit permis de signaler en passant une modification aux appareils plâtrés, due à M. Langenbeck, de Berlin, et dont j'ai observé les bons effets dans la guerre du Schleswig et dans les hôpitaux allemands. Elle consiste à imbiber d'une solution de gomme laque dans l'éther les appareils plâtrés; cette solution a pour résultat de rendre le plâtre imperméable, inaltérable à l'eau, et permet de donner des bains au malade sans que l'appareil se détruise.

Mais il est une troisième indication dont il n'a pas encore été question parmi nous, indication posée surtout par la chirurgie américaine, c'est l'application de l'extension permanente au traitement de la coxalgie commençante, non dans le but de prévenir la luxation spontanée, mais dans l'intention de faciliter la guérison, et avant tout de diminuer ou supprimer les douleurs souvent si vives dans les deux premières périodes de cette affection. En France, jusqu'à présent, et en Angleterre, jusque dans ces dernières années, l'extension permanente a été employée dans la coxalgie pour prévenir la luxation spontanée ou pour obtenir graduellement le redressement du membre fixé dans la flexion par la contracture musculaire ou par des adhérences intra-articulaires.

M. Ferdinand Martin, en employant dans la coxalgie l'appareil dont il se servait d'abord pour le traitement des fractures du col du fémur, n'avait pas d'autre but.

En 1839, le docteur William Harris, de Philadelphie, employa l'extension permanente comme moyen d'arrêter la marche des lésions intra-articulaires et de diminuer ou faire même disparaître la douleur si ordinaire et si vive dans les deux premières périodes de la maladie. Il publia quatre cas de guérison par cette méthode; mais ces faits passèrent inaperçus ou du moins furent bientôt oubliés.

En 1860, plusieurs chirurgiens appelèrent à peu près simultanément l'attention sur cette méthode thérapeutique; ce furent surtout les docteurs Davis (*American monthly Journal*); Sayre, chirurgien de l'hôpital Bellevue, à New-York (*American medical times*); Bauer de Brooklyn (*New-York Journal of medicine*); Olcott de Williamsbury (*American med. times*); Post (*San Francisco medical Press*, 1861).

M. Edwards, d'Édinburgh, la fit connaître en Angleterre dès 1860 (*Edinburgh med. Journal*) et donna en même temps un dessin de l'attelle spéciale employée par M. Sayre, de New-York.

Une connaissance plus parfaite des lésions anatomiques qui caractérisent la coxalgie avait donné naissance à cette méthode thérapeutique.

La luxation spontanée est considérée encore aujourd'hui par la plupart des chirurgiens français comme la conséquence de la marche naturelle de la coxalgie abandonnée à elle-même, ou imparfaitement traitée. La pratique des résections articulaires, une étude plus attentive des lésions pathologiques a montré au contraire que la luxation spontanée est rare, très-rare même relativement, et que les déformations extérieures attribuées à la luxation étaient dues le plus souvent à toute autre cause.

Dans la troisième période de la coxalgie, lorsque la maladie atteint les os qui entrent dans la constitution de l'articulation de la hanche, les cartilages articulaires s'ulcèrent et disparaissent, la cavité cotyloïde, s'agrandit, se creuse, tantôt sur ses bords, surtout vers le supérieur, tantôt du côté de son arrière-cavité. Il en résulte alors un raccourcissement plus ou moins considérable, soit que la tête s'enfonce davantage vers le bassin, soit qu'elle remonte sous l'influence de la contracture musculaire vers le haut de la dépression cotyloïdienne notablement agrandie, et très-fréquemment cet effet se produit sans que la capsule articulaire présente de déchirure, sans qu'il y ait encore d'abcès extra-articulaire, communiquant avec une collection purulente ou séro-purulente intra-articulaire.

Du côté du fémur, des lésions analogues se produisent plus souvent encore que du côté du bassin. La tête du fémur, frappée d'ostéite, cariée ou nécrosée, privée de son cartilage, s'absorbe peu à peu et quelquefois disparaît en totalité. Les exemples de cette lésion, bien autrement fréquente que la luxation spontanée, sont communs; nos musées en renferment tous, j'en ai rapporté un grand nombre de cas dans mon mémoire sur la résection de la hanche. Une pièce pathologique, présentée par M. Wannebroucq à la Société de médecine du département du Nord (*Bulletin de la Soc. de méd. du Nord*, août 1861), montre que la guérison avait pu s'effectuer malgré une destruction complète de la tête et du col, avec disparition de ces parties dont on ne retrouvait pas la moindre trace dans l'articulation, même sous forme de séquestre.

On conçoit facilement que de pareilles lésions, permettant l'ascension du fémur, un raccourcissement quelquefois considérable, aient pu être prises souvent pour des luxations spontanées. Ces altérations ont semblé à beaucoup de chirurgiens, et surtout à ceux que j'ai cités tout à l'heure, pouvoir être sous la dépendance des pressions et des frottements qui s'exercent entre les surfaces articulaires. Il paraît assez légitime de croire que la maladie développée d'abord sur un seul os, le fémur par exemple, s'étendra d'autant plus facilement à la cavité cotyloïde que celle-ci sera en contact plus immédiat avec l'os malade.

Mais à une période moins avancée de la maladie, la douleur, qui est à peu près le seul phénomène prédominant, paraît encore être sous la dépendance de la pression des surfaces articulaires. Que faisons-nous, en effet quand nous voulons nous assurer de l'existence d'une coxalgie commençante? Nous exerçons des pressions brusques, ou la percussion avec toute la main sur le grand trochanter, sur le genou fléchi, nous repoussons de bas en haut le membre étendu, et si ces explorations réveillent des douleurs dans la hanche, nous nous tenons en garde contre l'existence d'une coxalgie au début. L'extension permanente fait cesser ces douleurs lorsqu'elles existent.

Mais, dira-t-on, l'appareil de Bonnet arrive au même résultat par l'immobilité seule, et les appareils à extension agissent, non en empêchant la pression, mais en assurant l'immobilité. Loin de moi la pensée de nier les bons effets de la gouttière de Bonnet et de l'immobilité qu'elle assure si bien; j'y ai quelquefois recours, et l'immobilité est le meilleur, sinon le seul moyen d'arrêter les poussées inflammatoires qui se montrent parfois quand des mouvements ont été permis trop tôt dans une articulation coxo-fémorale qu'on avait tenue longtemps dans l'immobilité; l'extension ne suffit pas alors pour supprimer la douleur, et quelques jours d'immobilité absolue sont nécessaires.

Ne pourrait-on pas dire aussi qu'en dehors de ces recrudescences d'inflammation tout à fait accidentelles, l'appareil de Bonnet ne supprime la douleur que parce qu'il supprime ou diminue notablement la pression, quoiqu'on ne cherche par ce moyen que l'immobilité.

Nous le croyons pour notre part et nous en trouverons la preuve dans les bons effets obtenus avec des appareils à extension, laissant subsister dans l'articulation un degré notable de mobilité.

Quelques chirurgiens ont employé des appareils à extension permanente analogues, assurant, dans une certaine mesure, l'immobilité de l'articulation, mais permettant au malade de se lever et de marcher avec des béquilles, comme nous avons l'habitude de le faire avec nos appareils inamovibles.

« Je suis convaincu, disait M. Cooper (de San-Francisco), enlevé il y a deux ans à la science qu'il représentait dignement en Amérique, que l'ancienne méthode de tenir les malades au lit, pendant les premières périodes de la coxalgie, est la pratique la plus détestable possible. Les forces physiques et morales s'affaiblissent sous l'influence du séjour prolongé au lit, surtout chez les jeunes enfants. A aucune période de la maladie je ne condamne le malade au lit, à moins que je ne pratique la résection de l'articulation malade. » M. Cooper décrivait ainsi son appareil (*San Francisco medical Press*, 1861, p. 143): « On prend en plâtre le moulage de la hanche, depuis un à deux pouces au-dessus du grand trochanter, jusqu'à deux pouces et demi au-dessus de la crête iliaque, et sur la plus grande étendue possible latéralement. On modèle alors sur l'empreinte une lame épaisse de fer-blanc qui s'applique ainsi exactement sur la hanche. Une lame épaisse de fer-blanc, large d'un pouce et haute de deux pouces, y est soudée dans la direction de l'axe de la cuisse. Une tige de même métal, assez longue pour dépasser en bas de trois à quatre pouces le niveau du genou, est attachée à cette lame; elle porte à son extrémité inférieure une ouverture qui sert à passer les liens extenseurs fixés au-dessus du genou. La contre-extension est faite par une bande convenablement rembourrée, prenant son point d'appui sur l'ischion et sur le haut de l'appareil. »

L'extension permanente est à peu près la seule indication posée par MM. Sayre, Davis, Andrews, et ils ne se préoccupent que secondairement de la mobilité.

« L'immobilité complète du membre, dit M. Andrews (*Chicago medical examiner*, août 1861), ne peut guère être obtenue sans tenir le malade au lit. Ni l'attelle de Davis, de Sayre, ou la mienne, ni les appareils qui permettent la marche ne peuvent assurer cette immobilité; mais de légers mouvements dans la jointure sont de peu d'importance quand l'extension est fortement faite. Le grand mérite des attelles de Davis et de Sayre n'est pas d'assurer l'immobilité, mais de supprimer toute pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre. Quand on ne se sert pas d'attelles à extension, le malade, à chaque pas, fait porter tout le poids du corps sur les surfaces osseuses enflammées, de là des douleurs qui disparaissent lorsque ces pressions sont supprimées. »

Dans le premier appareil imaginé par M. Sayre, aucune précaution, on peut le dire, n'était prise pour assurer une immobilité plus ou moins complète de la hanche. Il se composait de deux lames d'acier légèrement courbées et placées du côté de la cuisse. Les deux lames pouvaient glisser l'une sur l'autre, allongeant ou raccourcissant ainsi l'attelle qu'elles forment par leur juxtaposition. Le mouvement est communiqué et en même temps limité par une roue dentée que meut un pignon, comme on le trouve disposé dans les brise-pierres. La lame inférieure mesurait toute la longueur de la jambe, et portait à sa partie inférieure un trou au travers duquel passaient les liens extenseurs retenus par une boucle. La lame supérieure, arrivant jusqu'à la crête iliaque, se terminait par une extrémité renflée, percée également d'une ouverture par laquelle venait se fixer le lien contre-exten-

seur. Celui-ci se composait d'un tube de caoutchouc recouvert de peau, venant prendre son point d'appui sur l'ischion du côté malade.

Malgré l'existence de mouvements, assez limités toutefois, cet appareil produisait de bons effets; aussi M. Sayre a-t-il été amené à tenter la guérison, en revenant à l'extension seule et sans employer l'immobilité.

Un des graves inconvénients du traitement de Bonnet et de tous ceux où l'immobilité de l'articulation est conservée pendant longtemps, c'est de n'amener que des guérisons fort imparfaites, puisque l'ankylose plus ou moins complète de la hanche est la conséquence à peu près forcée du traitement; en permettant au contraire des mouvements, la guérison, si elle est obtenue, est du moins complète.

Par son dernier appareil, M. Sayre a résolu le problème de maintenir l'extension permanente, tout en laissant agir l'articulation. Voici comment il est disposé :

Une plaque métallique, rembourrée sur sa face interne, est appliquée sur le bassin du côté malade, et se trouve fixée par la ceinture de cuir qui la termine. A sa partie moyenne, cette plaque porte une cavité dans laquelle est reçue l'extrémité de l'attelle. Attelle et plaque d'acier sont mobiles l'une sur l'autre, par une articulation à noix, mode d'articulation absolument analogue à celle du fémur et de l'os iliaque. L'attelle se compose de deux parties placées bout à bout ou plutôt entrant l'une dans l'autre. La moitié supérieure est tibulée, la partie inférieure est une tige pleine, dentée sur une de ses faces. Cette dernière, mue par un pignon, glisse dans la première, de manière à donner à cette attelle externe plus ou moins de longueur.

La tige inférieure dépasse en bas le niveau du genou et présente à cette extrémité une boucle sur laquelle se fixent les liens extenseurs. Plus haut, un demi-cerceau métallique, auquel s'attache une boucle attelle interne, permet d'exercer l'extension en dedans et en dehors, simultanément. Les liens extenseurs se composent de bandes emplastiques, placées circulairement au-dessus du genou et se terminant par deux chefs libres. Ces derniers, attachés à la partie inférieure de l'attelle, tirent le genou en bas, mais tendent à faire remonter l'appareil tout entier. Ce lien contre-extenseur empêche cet effet de se produire. Ce lien contre-extenseur est, comme précédemment, une bande élastique recouverte de peau, rembourrée et passant dans le pli génito-crural et sous l'ischion. Si l'on suppose l'appareil en place, on voit qu'il est facile avec l'engrenage de donner à l'attelle plus ou moins de longueur, et de déterminer une extension plus ou moins considérable. La nuit, l'appareil est enlevé et les bandes extensives servent à attacher une corde qui se rend au bout du lit, glisse sur une poulie et supporte un poids plus ou moins lourd, suivant le cas. Dans le jour, rien n'empêche le malade de se promener, puisque ni le genou ni la hanche ne sont immobilisés.

L'extension permanente semble avoir rendu à nos voisins d'éminents services dans le traitement de la coxalgie; le moyen appliqué dans le but de guérir la maladie et d'empêcher les douleurs nous est à peu près inconnu en France; personne, que je sache, ne l'a jusqu'à présent signalé à l'attention des chirurgiens, et j'ai cru utile de le faire, car il me paraît y avoir là un progrès réel dans la thérapeutique d'une maladie si difficile et si longue à guérir.

M. MARJOLIN. Comme tout le monde, j'attache une grande importance aux signes résultant du plus ou moins de liberté ou d'indépendance des mouvements de la cuisse par rapport au bassin; mais comme ces signes peuvent manquer complétement au début ou au déclin de la coxalgie, il est bon de rechercher s'il n'existe pas d'autre moyen de reconnaître cette affection, surtout lorsqu'on ne peut pas constater si les plis de l'aine ou de la fesse ne sont pas symétriques. Il est un signe qui, je crois, ne fait jamais défaut, pour peu qu'il y ait la moindre différence de longueur entre les deux membres, ou que le bassin ait éprouvé la moindre rotation sur la colonne; c'est l'inégalité de niveau des deux genoux, lorsque, le malade étant couché sur un plan horizontale et résistant, on fait fléchir les deux cuisses sur le bassin, en ayant soin de mettre les deux pieds exactement sur la même ligne.

On voit alors que la jambe correspondant au côté de l'inclinaison du bassin fait saillie en avant, tandis que le genou qui répond au côté où l'épine iliaque est portée en avant est sur un plan plus élevé que l'autre. Cette règle m'a paru tellement constante que je crois qu'il faut en tenir grand compte dans les cas douteux dans lesquels le membre malade a conservé sa pleine et entière liberté de mouvements.

Quand la coxalgie est franchement inflammatoire, il faut, outre l'appareil de Bonnet, ne pas hésiter à employer les antiphlogistiques, pourvu d'ailleurs que l'état général ne présente aucune contre-indication.

Pour ce qui a trait à la fréquence de la luxation, je dois dire qu'elle est moins grande qu'on ne le dit généralement. Il n'est pas rare de trouver des altérations très-profondes sans qu'il y ait la moindre tendance à la luxation.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

M. MARJOLIN présente à l'appui de sa communication une pièce anatomique consistant en une *perforation de la cavité cotyloïde* survenue dans le cours d'une coxalgie chez un enfant de treize à quatorze ans.

Il reviendra sur cette observation à l'occasion d'un travail qu'il prépare sur la résection *coxo-fémorale*.

M. GUERSANT fait remarquer qu'il a observé trois fois des altérations du même genre.

M. BROCA se demande si le séquestre mobile qu'on voit au fond de l'article ne serait pas l'os en Y.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. le docteur **DUBOIS** présente, sous le nom de strabotôme, un instrument destiné à pratiquer la section des muscles de l'œil. C'est un crochet mousse ordinaire, monté sur un manche, additionné sur sa concavité d'un tranchant qui se prolonge un peu vers le manche. La partie mousse est assez longue pour permettre à l'opérateur de bien saisir le muscle et de ne le couper que quand il est certain de l'avoir bien saisi.

M. Dubois résume ainsi les avantages qu'il attribue à son strabotôme :

1° Simplicité très-grande;

2° Possibilité de saisir et couper, à l'aide d'un seul instrument, le muscle dont la section est jugée nécessaire;

3° Suppression de tout mécanisme, ce qui permet à l'opérateur de ne pas perdre de vue le lieu de l'opération.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

Nous avons fait récemment un appel à nos confrères en faveur de nos associations de secours mutuels. Ils ne trouveront pas mauvais que nous leur adressions encore aujourd'hui une nouvelle supplique en faveur d'une institution d'un intérêt plus général et qui comprend dans son vaste cadre la famille médicale, nous voulons parler de la *Société de secours des Amis des sciences*. Cette belle institution, qui a déjà allégé plus d'une illustre infortune, vient tout récemment encore d'adopter la famille du savant dont la perte prématurée a provoqué de si unanimes regrets. Les charges, malheureusement trop multipliées, que s'impose si noblement cette Société menaceraient de paralyser peut-être un jour ou d'affaiblir au moins considérablement sa bienfaisante action si, à mesure que les vides se font dans les rangs de ses souscripteurs, de nouveaux sociétaires ne venaient les combler et multiplier incessamment ses ressources. Beaucoup de membres du corps médical se trouvent dans les conditions requises pour avoir droit, pour eux ou leurs familles, aux secours que distribue la Société, mais tous ont le droit, sinon le devoir, d'en faire partie comme souscripteurs ou donateurs. — Le prix de la souscription est de dix francs par an. Les souscriptions, legs ou dons, doivent être adressés à M. le maréchal Vaillant, président de la Société.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jardin botanique de la Faculté de médecine sera, nous annonce-t-on, ouvert dans le courant du mois d'avril; les élèves pourront déjà commencer à y préparer leurs examens. Ce fait peut paraître extraordinaire, mais depuis quinze jours la physionomie de ce coin de terre est complétement changée, des plantations nombreuses ont été faites. Encore quelques rayons de soleil et l'on verra ce jardin renaître de ses ruines; malgré les obstacles contre lesquels on est sans cesse obligé de lutter.

Espérons que les deux magnifiques serres récemment construites seront bientôt rendues à leur destination primitive.

— La Société médicale d'Amiens a mis au concours les questions suivantes :

1° Pour l'année 1865 : « Hygiène publique et privée des industries dans lesquelles on prépare et on utilise les débris, les détritus des animaux et les matières fécales. »

2° Pour l'année 1866 : « Des affections gastro-intestinales dans la première enfance. »

Une médaille d'or de la valeur de 200 fr. sera décernée chaque année au mémoire couronné.

Le lauréat sera nommé membre correspondant de la Société médicale d'Amiens.

Une ou plusieurs mentions honorables pourront être accordées.

Les mémoires seront adressés avant le 30 juin de chaque année, et dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, rue Saint-Jacques, n° 93, à Amiens.

— *Les Archives de médecine navale*, pour mars 1865, contiennent les travaux originaux suivants :

I. Études sur la nature et les causes des lésions traumatiques, suivant les professions, par le docteur A.-J.-C. Barthélemy, chirurgien de 1re classe, chirurgien-major du yacht impérial *l'Aigle* (3e article).

II. Note sur la fièvre typhoïde observée aux Antilles, par le docteur Brassac, chirurgien de 2e classe.

III. Note sur les nouveaux appareils respiratoires destinés à permettre de séjourner dans les milieux irrespirables, par le docteur Le Roy de Méricourt, professeur aux écoles de médecine navale.

IV. Histoire du service de santé de la marine et des écoles de médecine navale, étudiée plus particulièrement au port de Rochefort, par M. Lefèvre, ancien directeur du service de santé au port de Brest (5e article.)

— M. le docteur Ch. Fauvel fait des conférences cliniques publiques et gratuites de laryngoscopie et de rhinoscopie à son dispensaire de la rue Visconti, 18, tous les mardi et samedi, de dix heures à midi.

Des indications que présentent les luxations de l'astragale, par le docteur DUBREUIL, professeur de la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 42 pages et 1 planche. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 MARS 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Au commencement de cette séance, M. Flourens a lu une note sur la *reproduction* de l'os et de la membrane médullaire par le périoste. Nous reproduirons cette note dans laquelle le savant académicien raconte l'histoire de deux radius de bouc, reproduits tout entiers par le périoste.

Cette communication est la seule qui touche directement à nos études.

La nomination de M. Braun comme membre correspondant de la section de botanique est l'événement de la séance. Tous les amis de la science applaudiront à ce succès. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

De l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie et dans un cas de méningite tuberculeuse.

La méthode de donner le bromure à dose progressive et pendant une longue période, n'a encore été suivie que depuis trop peu de temps, dans les cas que j'ai cités, pour pouvoir assurer sa valeur définitive. Cependant les résultats heureux qu'elle a amenés témoignent beaucoup en sa faveur. Elle n'a jamais déterminé d'accidents, et on a pu continuer régulièrement l'administration du médicament pendant des mois entiers. Le malade, dont l'observation a été rapportée en détail (1), le continue à la dose de 4 à 6 et même 8 grammes, depuis cinq mois, et l'on peut voir, par l'état qu'il présente actuellement, qu'il éprouve à peine quelques-uns des effets qui surviennent à la suite des doses plus élevées de bromure. Il en est de même des autres malades dont nous avons parlé, et qui sont encore soumis à ce médicament. M. Bazin avait pu s'assurer depuis longtemps de l'innocuité de cette dose ; essayant en effet, dès l'année 1840, le bromure de potassium contre les accidents vénériens, lorsqu'il était à l'hôpital de Lourcine, il avait pu le prescrire de 4 à 6 grammes par jour, pendant plusieurs mois de suite, sans amener d'accidents. Nous devons ajouter ici que si les médecins anglais ont obtenu déjà de nombreux succès dans l'épilepsie par le même médicament, ils l'ont vu échouer aussi dans un certain nombre de cas. C'est ainsi, qu'à l'asile de Northampton, où le docteur Williams l'a employé dans trente-sept cas, les accès ont été seulement éloignés dans trente cas ; dans les sept autres, ils auraient été augmentés, et il serait même survenu des accidents. Mais nous remarquerons que le bromure n'a été donné dans ces cas qu'à la dose de 50 centigrammes, deux fois par jour ; ne peut-on pas rapporter à la faiblesse de cette dose les résultats incomplets ou nuls qui ont été obtenus ? Quant aux accidents survenus sous l'influence du médicament, leur cause nous échappe. Mais nous rappellerons, par opposition, que M. Puche, à l'hôpital du Midi, lorsqu'il le donnait contre les accidents vénériens, pouvait atteindre des doses beaucoup plus élevées, 20, 25 grammes, et quelquefois plus, dans les vingt-quatre heures, sans déterminer d'accidents. Ce n'était le plus souvent qu'à ces doses énormes que survenaient de la céphalalgie, un sentiment d'ivresse et une tendance à l'assoupissement. Dans la formule adoptée par M. Bazin, dans le traitement de l'épilepsie, on se tient également éloigné des doses faibles qui sont insuffisantes, et des doses exagérées qui pourraient être dangereuses. La durée de ce traitement est difficile à préciser actuellement, on peut seulement avancer qu'elle doit être longue, car il faut modifier profondément l'économie, ce qui ne s'obtient que lentement. Chez une de ses malades, M. Bazin le continue depuis près de dix-huit mois, et il pense qu'il serait prudent de le prolonger plus longtemps encore. Les observations ultérieures viendront fixer ce point important, et démontrer en même temps quelle peut être la valeur réelle de ce traitement dans l'épilepsie : à savoir dans quelles conditions il peut donner les résultats avantageux qui ont été obtenus dans les cas précédemment cités, et s'il peut arriver à la longue à triompher de la maladie elle-même.

Ce n'est pas seulement dans l'épilepsie que l'action du bromure de potassium se fait sentir ; elle est également manifeste dans certains cas d'hystéro-épilepsie et de chorée ; les derniers numéros du *Bulletin de thérapeutique* en citent quelques exemples. Mais non-seulement ce médicament agit dans les névroses convulsives, il paraît avoir aussi une action efficace contre les convulsions liées aux lésions organiques des centres nerveux. A l'appui de cette manière de voir, nous citerons les résultats obtenus dans le cas de méningite tuberculeuse, dont voici l'observation :

Le jeune Charles C***, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 20 décembre 1864, pour une éruption psorique dont il est atteint depuis quelques jours. D'une taille petite et grêle, il est complétement imberbe ; on lui donnerait à peine quatorze ans et il en a dix-neuf. Il a été sujet aux convulsions dans son enfance, au rapport de sa mère. Il n'a jamais eu depuis de grave maladie, mais il a toujours été d'une santé délicate, et il était souvent forcé de quitter son travail. Il y a huit mois, il est pris d'une douleur légère dans la poitrine, en arrière, et en même temps d'une toux fréquente le matin, suivie de temps à autre de crachements de sang peu abondants ; puis il devient pâle, il maigrit et perd notablement de ses forces. Ces symptômes ne le quittent plus ; il s'y joint une douleur de tête vive, augmentant surtout le soir, et des vomissements qui reviennent fréquemment. Il entre par deux fois à l'hôpital, où on le soumet à l'huile de foie de morue, à l'eau rousse ; et c'est à peine si sa santé s'améliore assez pour qu'on l'envoie à la convalescence. C'est en sortant de là qu'il entre à Saint-Louis.

A son arrivée, le petit malade est soumis à des frictions d'huile de cade, qui le débarrassent rapidement de sa gale. Quelques jours après (25 décembre), il est pris de malaise général, de fièvre et de frissons passagers, et surtout d'un affaiblissement considérable qui le force à garder le lit. Dans les premiers jours de janvier, des symptômes plus intenses se manifestent : la fièvre augmente notablement le soir, s'accompagne de sueurs abondantes. La douleur de tête, dont il souffrait habituellement, devient plus vive et plus persistante. Il y a insomnie et rêvasseries la nuit. Quelques épistaxis se montrent le matin. La langue est sèche, jaunâtre ; les selles ne se montrent que tous les deux ou trois jours ; le ventre est ballonné, légèrement sensible à la pression, sans taches lenticulaires. Et cependant le malade conserve encore un peu d'appétit, bien que les digestions soient pénibles. La respiration ne paraît pas gênée, et il ne se plaint plus de sa douleur de côté ; sonorité normale de toute la poitrine ; respiration exagérée, puérile en arrière, avec quelques râles muqueux peu abondants ; rien de notable aux sommets. (Compresses froides sur la tête, cataplasme sur le ventre, eau de Sedlitz). Cet état ne tarde pas à s'aggraver : le petit malade se plaint surtout de la douleur de tête, qu'il rapporte au front et au sinciput ; il a de l'agitation le soir. Le pouls devient irrégulier ; le matin il est ralenti, on le trouve tantôt à 60 et tantôt au-dessous ; le soir il est plus fréquent et atteint 100 et 110. Les selles sont toujours assez rares, malgré l'eau de Sedlitz qu'on donne tous les deux jours.

Aux symptômes précédents se joignent, dans la nuit du 7 au 8 janvier, des vomissements verdâtres, qui se répètent dans la journée du 8, et le soir, sur les huit heures, surviennent des accès convulsifs, épileptiformes. Le petit malade tombe sans connaissance ; le cou et le tronc se roidissent et se renversent en arrière, tandis que les membres des deux côtés sont agités de mouvements rapides, difficiles à maîtriser ; la face est pâle, sans déviation des traits, les yeux sont agités de mouvements rapides d'un côté à l'autre. Ces convulsions durent près d'une demi-heure, et le malade ne revient que lentement et incomplétement à lui ; dans la nuit il a du délire, prononce des paroles incohérentes. Le lendemain il est dans une prostration marquée, il répond à peine aux questions qu'on lui adresse ; le pouls est petit, à 120 (2 vésicatoires derrière les oreilles, douches froides sur la tête) ; le soir les convulsions se répètent avec autant d'intensité que la veille. Les deux jours suivants, répétition des accès convulsifs, et aggravation de l'état du malade, qui reste insensible à tout ce qui se passe autour de lui, porte fréquemment la main à la région frontale, mais il n'y a ni cris hydrencéphaliques, ni strabisme. C'est alors que M. Bazin, frappé du retour des accès convulsifs, lui fait donner, le 12 janvier, le bromure de potassium, à la dose de 1 gramme en solution. Le 13 et le 14 janvier le petit malade est à peu près dans le même état ; les accès convulsifs reviennent toujours le soir, mais ils semblent moins intenses (bromure, 2 grammes). Le 15 janvier, amélioration légère ; le petit malade paraît revenir un peu à lui ; hier soir les convulsions ont eu notablement moins d'intensité et de durée (même dose de bromure ; application d'un vésicatoire à la nuque ; on cesse les douches qu'on avait continuées jusque-là). Le 16 et le 17 janvier, le mieux se prononce davantage (bromure, 3 grammes). Le 18, l'amélioration est de plus en plus sensible ; il n'y a pas eu de convulsions depuis deux jours ; l'intelligence est beaucoup plus nette dans la journée, mais le subdelirium reparaît le soir, le pouls reste toujours fréquent, la langue est plus humide, la soif moins vive (bromure, 4 grammes, et cette dose est continuée depuis). Les jours suivants l'état du malade devient de plus en plus satisfaisant ; aucun accès convulsif ; le pouls tombe à 90 et 80 ; le subdelirium disparaît et est remplacé par un sommeil calme ; les fonctions digestives se rétablissent et les forces reviennent peu à peu. Dès les premiers jours de février, le petit malade peut se lever dans les salles. Mais, à mesure que cette amélioration progresse, les accidents s'accentuent davantage du côté du thorax et de l'abdomen. La douleur de poitrine, siégeant à gauche, au niveau de l'épine de l'omoplate, devient plus vive, la toux plus fréquente ; les râles se limitent exclusivement au sommet des poumons, où ils prennent tous les caractères des craquements, surtout à gauche ; il y a en outre à ce niveau matité, retentissement de la voix, expiration prolongée. La douleur de l'abdomen est également plus vive, surtout du côté droit, où par la pression on sent comme un empâtement qui fait soupçonner des adhérences intestinales. Le ventre est toujours ballonné légèrement, pas de diarrhée. Les accidents, combattus par des révulsifs répétés, ont fini par prendre la marche chronique qui leur est habituelle, et notre petit malade ne présente depuis plus d'un mois et demi aucun des troubles cérébraux dont il a été atteint ; toutefois il conserve toujours à un certain degré cette douleur de tête dont il se plaignait déjà plusieurs mois avant leur apparition.

Il ne nous paraît pas douteux que nous n'ayons eu affaire chez ce malade à une méningite ; l'ensemble des symptômes est caractéristique. D'un autre côté, les antécédents du sujet, les prodromes de la maladie dénotent une tuberculisation, dont la confirmation, pour ainsi dire anatomique, est donnée actuellement par les craquements qui s'entendent au sommet des poumons, et par les troubles qui s'observent du côté du ventre. Nous aurions donc un cas de méningite tuberculeuse, ou du moins chez un tuberculeux, enrayée et suspendue dans sa marche. On cite un certain nombre de faits dans lesquels on a vu les accidents s'arrêter dans cette maladie, et le malade revenir à la santé pour un temps plus ou moins long ; mais ces cas sont très-rares, surtout à la période où l'amélioration est survenue chez notre malade. Aussi, en supposant même le traitement étranger à la disparition des accidents, ce fait serait encore remarquable et mériterait d'être cité. Mais nous pensons qu'on doit accorder une influence notable dans ce cas à la médication, car ce n'est pas là la marche ordinaire de la maladie, même lorsque les accidents s'arrêtent ; il y a alors, en effet, des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et ce n'est qu'à la longue que le malade échappe à ces accidents. Dans le cas précédent, rien de semblable, l'amélioration se déclare franchement et les accidents cérébraux se suspendent complétement et avec une rapidité étonnante. A quoi attribuer ce résultat? La médication a consisté dans l'application de vésicatoires et de douches froides sur la tête et dans l'administration du bromure de potassium. On sait, par une expérience de longue date, que les premiers moyens sont sans efficacité appréciable.

Reste donc le bromure contre lequel d'abord cette expérience ne peut être invoquée, tandis que pour lui déjà militerait son action contre les convulsions de l'épilepsie. Lorsqu'on a commencé à le donner, les accidents étaient très-intenses, les convulsions se répétaient depuis trois jours, et deux jours après son administration elles diminuent d'intensité, puis disparaissent complétement en même temps qu'on augmente la dose du médicament et avec elles se dissipent graduellement les autres symptômes. S'il y a là une simple coïncidence, il faut avouer qu'elle est bien faite pour donner le change et faire attribuer au médicament l'amélioration. Pour nous, il y a plus qu'une coïncidence, et c'est au bromure que nous rapportons notamment la cessation des accidents convulsifs, sans prétendre pour cela qu'il ait fait disparaître les lésions organiques variables qui ont pu se produire récemment ou qui peuvent même exister depuis plus longtemps chez notre malade.

Réduite à ces termes, l'action du bromure, dans ce cas de méningite, pourrait être rapprochée de celle que cet agent exerce contre les convulsions de l'épilepsie, quelque dissemblables que soient ces maladies. La cause essentielle de ces convulsions nous échappe en effet, non-seulement dans l'épilepsie idiopathique, mais encore dans l'épilepsie avec lésion apparente des centres nerveux ; entre celle-ci et le symptôme convulsion, il faut admettre une condition intermédiaire, un élément constant, quoique moins saisissable, pouvant exister seul, indépendamment de toute altération appréciable (1). Et ceci est vrai, non-seulement pour l'épilepsie, mais encore pour toute maladie accompagnée de convulsions généralisées, qu'elle soit ou non caractérisée par l'existence de lésions organiques ; car, parmi ces dernières, quelle est celle qui détermine constamment des mouvements convulsifs? Ajoutons que, d'après les recherches des physiologistes modernes, cet élément consiste, pour l'épilepsie, dans une modification spéciale du bulbe rachidien, avec exaltation de son pouvoir excito-moteur ou convulsibilité ; que cette convulsibilité, qui peut exister dès la naissance ou se développer sans cause appréciable, peut naître aussi et surtout à l'occasion des lésions les plus variables des centres nerveux. Dès lors, l'action du bromure, dans l'un et l'autre cas, tout en

(1) Voir le numéro du 23 mars 1865.

(1) Voyez Névroses, par M. Axenfeld. Épilepsie.

restant inconnue, s'explique par une action pour ainsi dire élective sur cette exaltation du pouvoir excito-moteur du bulbe rachidien.

Quoi qu'il en soit, revenant aux différents faits que nous avons rapportés, nous croyons qu'ils sont de nature à démontrer l'utilité du bromure de potassium contre les convulsions, soit essentielles, soit symptomatiques d'altérations organiques des centres nerveux, et qu'ils doivent engager à recourir à ce médicament dans ces cas si souvent rebelles, en le donnant à dose rapidement progressive.

J. Besnier, interne des hôpitaux.

PHLÉBITE ADHÉSIVE DE LA VEINE OMBILICALE

Avec oblitération de cette veine par un caillot fibrineux. Mort du fœtus à huit mois.

Par le Dr Cavasse.

(Lu à la Société du département de la Seine.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société une pièce anatomique se rapportant à une affection extrêmement rare, s'il est permis d'en juger par les quelques recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré. Il s'agit d'une phlébite adhésive de la veine ombilicale avec oblitération de cette veine par un caillot fibrineux (1); la conséquence de cette lésion était facile à prévoir; le sang de la mère n'arrivant plus à l'enfant, ce dernier a succombé à huit mois.

Voici dans quelles circonstances cette pièce a été recueillie :

La dame L. a vingt-trois ans; elle exerce la profession de corsetière et se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques. Sa taille est au-dessus de la moyenne; son bassin est bien conformé; sa santé est d'ordinaire excellente; je n'ai jamais noté chez elle que quelques-uns de ces malaises qui sont si fréquents dans les grandes villes, et que nous attribuons à un appauvrissement du sang.

La dame L. devient enceinte une première fois après quelques mois de mariage. La grossesse s'annonce bien, mais à sept mois, la mère ayant fait un mouvement violent pour éviter une chute, l'enfant cesse de remuer, les battements du cœur ne sont plus perçus et au bout d'une quinzaine de jours Mme L. accouche d'un fœtus mort. Dans l'examen minutieux du placenta et du cordon, dans les apparences de l'enfant, je n'ai pas pu découvrir la cause de la mort; il m'a été impossible de faire l'autopsie.

A la suite, abcès énorme du sein droit. Les règles apparaissent au mois de mars et Mme L. redevient enceinte peu de temps après.

Des précautions sont prises pour éviter une nouvelle fausse couche. La grossesse est bonne; les mouvements du fœtus sont perçus à l'époque habituelle, et la mère se croyait enceinte de huit mois lorsque les mouvements de l'enfant deviennent moins fréquents et moins vifs et cessent bientôt complétement; les battements du cœur disparaissent en même temps. Le ventre s'affaisse un peu; le col de l'utérus se ramollit et se dilate; au bout d'une vingtaine de jours, accouchement d'un fœtus qui se présente par les pieds.

Le liquide amniotique est noir; le fœtus n'est nullement putréfié, mais il a les apparences d'un fœtus de cinq à six mois (il a remué pendant trois mois). Le placenta ne m'offre aucune altération; le cordon a une longueur normale; son volume et sa texture sont ordinaires jusqu'à deux centimètres de l'ombilic. En ce point, le cordon diminue brusquement de volume, ainsi que vous pouvez vous en assurer en regardant la pièce anatomique; il perd son apparence variqueuse : de cordon ombilical il devient cordon fibreux, blanchâtre, sans sinuosités, gros comme le tuyau d'une petite plume à écrire; pressé entre les doigts, il donne la sensation d'une matière fibrineuse. La peau de l'abdomen s'avance très-exactement autour de ce cordon; par l'ouverture ombilicale qu'elle circonscrit, on ne pourrait pas introduire une sonde de femme.

En faisant la section du cordon à un centimètre du point où commence le rétrécissement, on trouve dans la veine ombilicale un caillot fibrineux, rouge et mou jusqu'au point rétréci, fibrineux, blanc et plus dur dans le rétrécissement, dont il a la forme, et qu'il occupe dans la moitié de son étendue; il est accolé aux parois de la veine, mais il s'en détache sans peine, et on voit alors que les artères ombilicales sont normales et que le rétrécissement porte exclusivement sur la veine ombilicale; la lumière du vaisseau est à peine le tiers de ce qu'elle est dans les points non rétrécis; les parois en sont plus épaisses; la face interne est encore brillante, mais un peu dépolie. La gélatine de Warton fait complétement défaut entre les vaisseaux.

La veine ombilicale, débarrassée de son caillot, est parfaitement perméable; j'y introduis un stylet et je pénètre facilement dans le canal veineux, qui est moins volumineux que d'habitude, bien qu'il ne contienne pas de caillot. Le foie est petit; il est loin d'être gorgé de sang; il est jaune brun clair. A la coupe il ne paraît pas graisseux et ne présente aucune altération de structure. Je n'ai pu faire l'examen des autres organes.

Réflexions. — Cette lésion de la veine ombilicale est une phlébite, et cette phlébite a existé quelque temps avant la mort. Le caillot fibrineux, l'apparence de cordon fibreux, le rétrécissement de la veine ne doivent laisser aucun doute à cet égard : une saphène enflammée n'aurait pas eu un autre aspect.

Ces faits sont extrêmement rares dans la science; je ne les ai trouvés mentionnés ni dans les traités d'accouchements à propos des causes de la mort du fœtus, ni dans les ouvrages d'anatomie pathologique à propos de la phlébite et de ses conséquences. On lit cependant dans l'excellente thèse de M. le docteur Bley (*De la mort du fœtus avant le travail.* Thèses de Paris, 1860, n° 128) : « On a encore signalé la sthénose du cordon allant quelquefois jusqu'à produire l'atrétie; ces derniers cas sont nécessairement mortels, et peuvent être attribués à des athéromes de l'épaisseur du cordon, à des dépôts fibrineux, aux enroulements de cette tige, etc. (*Klinik de Gebh. u. Gynæcologie*, 1850; Chiari, Braun et Spëth.) Dans les 19 observations recueillies par les auteurs, le fœtus avait constamment été trouvé mort depuis quelque temps et macéré au moment de l'expulsion. »

Dans l'observation que je rapporte, j'ai cherché en vain la circonstance qui a pu produire la phlébite : les parents ne paraissent pas être sous l'influence d'une diathèse; ils ne présentent pas de traces de syphilis ancienne ou récente. Le fœtus n'offrait à l'extérieur aucune marque de maladie ou de vice de conformation; le cordon n'était pas enroulé sur lui-même et n'était soumis à aucune pression. Il n'y a eu ni chute, ni coup porté sur le ventre.

Les signes ne m'ont pas semblé différents de ceux que l'on observe en pareille circonstance; quel que soit le motif de la mort du fœtus, il est évident que la phlébite durait depuis quelque temps, qu'il y avait des troubles importants de la circulation et de la nutrition, puisque le fœtus était loin d'avoir le volume que comportait son âge, et cependant les mouvements ont été fréquents et bien prononcés jusqu'aux trois ou quatre jours qui ont précédé leur cessation complète.

La veine ombilicale est unique; en cas d'oblitération, elle ne saurait donc être suppléée dans ses fonctions ainsi que cela arrive pour les veines du corps. La conséquence fatale d'une phlébite adhésive de la veine ombilicale est la mort du fœtus, et ce qu'il y a de remarquable dans le fait actuel, c'est que le fœtus ait vécu aussi longtemps, car, d'après les lésions que j'ai décrites, la phlébite était déjà ancienne et le caillot obturateur lui-même n'était pas récent.

(1) Si la phlébite de la veine ombilicale est rare chez le fœtus, elle est assez fréquente chez le nouveau-né dès le second jour de la naissance, et dans son *Traité des maladies de l'enfance*, M. Bouchut en rapporte un très-grand nombre d'exemples empruntés, soit à la pratique, soit à celle de Naegelé, de Howitz, de Meynet, etc. *(Note de la Rédaction.)*

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'ARSÉNIATE DE FER (1),

Par le docteur Chabanne.

L'eau de la Dominique est susceptible de deux sortes d'applications thérapeutiques. On l'emploie pour l'usage interne à l'état naturel, et enfin pour l'usage externe.

Ses propriétés physiologiques sont peu prononcées; nous n'avons jamais constaté que son usage déterminât des modifications organiques bien marquées sur l'homme sain.

Chez les personnes débilitées, à la dose de trois, cinq, six verrées par jour, elle ne tarde pas à faire reconnaître sa présence par le sentiment de tonification qu'elle donne. Les forces générales reparaissent, les muqueuses se colorent, le teint perd cet aspect maladif inséparable de tout état de souffrance ou de malaise.

Le tube digestif en est rarement influencé d'une manière notable. Tandis que nos eaux gazeuses marquent leur premier usage ou par de la constipation, ou par certains dérangements diarrhéiques, la Dominique nous a très-rarement présenté de pareils effets, le malade arrive promptement à la boire sans répugnance. A ce point de vue encore, elle a sur les eaux bi-carbonatées l'avantage de plaire beaucoup plus généralement aux femmes surtout et à ces hommes dont l'organisation nerveuse se rapproche de celle de la femme, au point de présenter une identité complète.

Sur ces sortes d'organisations qu'un rien exaspère, qui ont les organes dans un état d'éréthisme constant dont le moral lui-même participe, la Dominique provoque une sédation marquée, soit en dehors de ses effets reconstituants ou concurremment avec eux.

On sait combien il est commun de rencontrer des chlorotiques, par exemple, auxquelles on ne peut administrer les préparations martiales sous quelque forme que ce soit; les inventeurs rivalisent chaque jour pour présenter les ferrugineux sous des formes à la fois agréables et utiles. Malgré leurs efforts, combien de malades essayent de tout sans pouvoir faire un usage tant soit peu prolongé de ces médicaments. La Dominique, entre nos mains, a toujours été tolérée. Bien des fois déjà je l'ai employée dans les états de faiblesse générale, de chloro-anémie, avec douleur épigastrique constante, constipation opiniâtre, sensation de chaleur abdominale, dégoût pour les aliments substantiels, irritation gastrique par l'ingestion des médicaments les plus anodins, etc. Son usage a été suivi toujours d'une sédation marquée. Les malades, réfractaires à toute autre substance, la supportaient très-bien et l'augmentation des forces ne tardait pas à suivre.

Au point de vue de la durée du traitement, la Dominique est plus active que bien des préparations reconstituantes qui ont cours en thérapeutique. Ainsi, il n'est pas rare de voir des anémies avec bruits de souffle carotidiens, décoloration générale des muqueuses, essoufflements, paresse générale, des anémies très-prononcées enfin, être guéries en quinze ou vingt jours.

Peut-être l'union des divers éléments qui constituent cette eau nous donnerait-elle la raison de cette action si prompte? Mais nous préférons ne nous occuper que des faits dont nous sommes annuellement le fidèle témoin.

A Vals, comme dans les stations minérales en général, le médecin ne reçoit pas les malades à leur début; avant de se déterminer à quitter leurs foyers pour entreprendre un voyage lointain et coûteux, ces derniers ont usé de bien des remèdes, varié bien des préparations. Si donc le médecin constate des résultats que nul autre moyen n'avait pu provoquer, il est en droit de constater également la supériorité de l'agent médicamenteux employé; à lui de tenir un compte exact de toutes les influences salutaires qui ont pu agir sur le malade, indépendamment du remède isolé.

Pénétré de ces vérités, après avoir fait depuis plusieurs années la part juste de ces influences : changement de lieu, d'air, de régime, etc., je ne crains pas de proclamer que la Dominique est un toni-sédatif, reconstituant *sui generis;* sous mes yeux, elle a transformé rapidement, pour les guérir, de nombreux malades débilités, affaiblis, anémiques. De ces malades, les uns étaient riches, avaient des campagnes pour y respirer un air pur, des ressources infinies pour jouir du confort de la vie; des hommes de l'art du premier mérite veillaient à leur santé. Quelques jours de l'usage de la Dominique seule les guérissaient radicalement.

Si la femme est plus sujette que l'homme à contracter le genre de maladie qui nous occupe, celui-ci présente néanmoins assez souvent des états dans lesquels la médication par la Dominique est suivie de bons résultats.

A mesure que notre observation se développe, des applications nouvelles de cet agent surgissent spontanément.

Les sujets à constitution détériorée soit par des préoccupations tristes, par des excès antérieurs, surtout par des maladies longues et anciennes, se trouvent souvent dans des états de santé qui, pour n'avoir pas leur place dans un cadre nosologique, n'en sont pas moins dignes de l'intérêt du médecin. J'ai publié des observations concluantes qui avaient trait à cette classe souffrante. L'action de la Dominique ne se dément pas dans ces circonstances. Comme elle restaure rapidement la jeune fille, ou la femme chlorotique, elle restaure également le malade qu'une syphilis, une fièvre intermittente rebelle, une fièvre typhoïde, une dyspepsie, etc., etc., ont plongé dans cette faiblesse générale dont il n'est pas toujours facile de le faire sortir.

J'ai parlé de la sédation déterminée par la Dominique, cette sédation se fait surtout sentir dans certains cas de chloro-anémie où la susceptibilité des organes intra-thoraciques paraît être surtout en jeu.

J'ai constaté bien des fois cette influence sédative sur des malades que les eaux bi-carbonatées sodiques de Vals auraient exaspérés en augmentant leur disposition à l'essoufflement. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer de ces personnes atteintes soit de chloro-anémie, soit de ces troubles qu'on désigne par l'expérience assez confuse, mais nécessaire, de troubles névropathiques, complétement réfractaires aux plus petites doses d'eaux gazeuses, et qui se trouvent fort bien de l'usage de la Dominique.

Prendre de la Dominique, c'est se tonifier sans excitation. Aussi, dans la confiance que m'inspire cette source pour des cas déterminés, ai-je fini par ne plus laisser quitter Vals aux dyspeptiques, gastralgiques, etc., tant soit peu affaiblis, sans leur administrer quelques verrées de Dominique, au moins dans les derniers jours. Cette pratique me réussit généralement.

Une syphilis, une fièvre intermittente, d'un côté; de l'autre, une dyspepsie, une fièvre typhoïde ou toute autre maladie d'un organe quelconque, sont susceptibles de provoquer des phénomènes communs, c'est la faiblesse générale qui résulte de tout cela; mais cette faiblesse, d'effet qu'elle était, peut devenir cause à son tour et provoquer des manifestations morbides identiques à celles dont elle est le résultat. Ainsi, la faiblesse générale que laissent une fièvre typhoïde, une dyspepsie, une hépatite, une pneumonie guéries, n'est pas capable de provoquer de nouveaux symptômes de fièvre typhoïde, d'hépatite, etc., la maladie de l'un de ces organes tiendra les autres organes dans une sorte d'atonie, de synergie morbide, qui durera plus ou moins, mais c'est tout.

La syphilis, la fièvre intermittente, cachexies à manifestations plus ou moins régulières, ne se comportent pas de la même façon.

On dirait que ces affections, guéries d'abord par l'épuisement produit par leurs manifestations, puisent au sein de l'organisme de nouvelles forces, et ce ne serait qu'arrivées à un certain degré de puissance qu'elles recommenceraient leurs manifestations. L'économie, épuisée par l'affection, l'épuisement devient à son tour cause des manifestations. Aussi le médecin sait bien, dans des cas, négligeant les spécifiques, s'adresser aux remèdes vraiment actifs, les toniques sous les applications les plus variées.

Dans ces cachexies prononcées, la Dominique a une action complexe, elle reconstitue, rend aux organes le ton nécessaire pour réagir contre l'influence morbide. Voilà son effet primitif. C'est dans ce sens qu'elle est antisyphilitique, fébrifuge.

Mais à cette action elle en joint une autre, précieuse dans les fièvres intermittentes, elle est antipériodique; elle n'est pas antipériodique comme la quinine, mais de même que nous lui avons reconnu la propriété de reconstituer, de tonifier dans certains cas où les agents réputés toniques, reconstituants, avaient échoué, de même ici nous lui reconnaissons des propriétés fébrifuges antipériodiques dans des cas rebelles aux préparations de quinquina. J'ai publié plusieurs observations recueillies par moi ou par des médecins distingués qui mettent cette vérité hors de doute.

Quand une fièvre intermittente présente des accès espacés, dix, quinze, vingt jours, ou des reliquats légers, même quotidiens ou tierces, le malade a beaucoup de chances de se guérir en buvant la Dominique. Est-ce parce que d'un accès à l'autre il a eu le temps de se fortifier, ou bien cet effet tient-il à ce qu'il lui a été donné de faire provision d'arsenic pour combattre l'accès futur? Il faut reconnaître, dans ces cas, à la Dominique une action tonique spéciale, car elle arrive à des résultats que les autres toniques ne donnent pas. C'est une tonification antipériodique, si l'on veut. Je suis porté à penser que dans ces cas l'arsenic agit comme agissent de petites doses de quinine qui, longtemps prolongées, finissent par mettre fin à certaines fièvres.

L'usage des eaux arsenicales est reconstituant, il est vrai, mais ce qui les rend fébrifuges, antipériodiques, n'est-ce pas leur arsenic? Pour moi, je suis porté à répondre par l'affirmative.

Nous avons peu de chose à dire sur l'usage externe de la Dominique : elle est, avons-nous dit, légèrement styptique, astringente : aussi les baigneurs de Vals en usent-ils dès longtemps contre les blépharites anciennes dont ils peuvent être atteints.

Personnellement, nous la prescrivons fréquemment en injections vaginales. Elle réussit fort bien à modifier les surfaces qui présentent des érosions, granulations, ulcérations atoniques, le plus souvent symptomatiques d'une affection constitutionnelle.

Certaines diarrhées, entretenues également par l'atonie ou la présence dans le gros intestin de certains points ulcérés, sont aussi avantageusement modifiées.

Depuis quelque temps je me sers journellement de cette eau en lotions sur les gourmes, croûtes de lait, etc., des enfants.

Sur deux enfants âgés l'un de dix ans, l'autre de quatre ans, j'ai obtenu la guérison de deux eczémas occupant tout le cuir chevelu, chez l'un depuis trois ans, chez l'autre depuis six ans.

Le traitement consista en applications quotidiennes et continues de compresses trempées dans un litre d'eau de la Dominique, réduit au tiers par l'évaporation.

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1865 ET 1866.

Grand prix des sciences physiques à décerner en 1865. — (Commissaires : MM. Valenciennes, Coste, Flourens, de Quatrefages, Milne Edwards, rapporteur.) — « Anatomie comparée du système nerveux des poissons. »

L'Académie voudrait que, par une étude comparative des centres nerveux, dont la réunion constitue l'encéphale, on pût démontrer rigoureusement les analogies et les différences qui existent entre ces parties chez les poissons et chez les vertébrés supérieurs; enfin, elle désire que cette étude soit conduite de manière à jeter d'utiles lumières sur les rapports zoologiques que les divers poissons ont entre eux, et à fournir ainsi de nouvelles données pour la classification naturelle de ces animaux.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er novembre 1865, terme de rigueur.

Grand prix des sciences physiques à décerner en 1866. — (Commissaires : MM. de Quatrefages, Flourens, Blanchard, Coste, Milne Edwards, rapporteur.) — « De la production des animaux hybrides par le moyen de la fécondation artificielle. »

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Académie, avant le 31 décembre 1865, terme de rigueur.

Grand prix des sciences physiques à décerner en 1865. — (Commissaires : MM. Flourens, Claude Bernard, Brongniart, Decaisne, Milne Edwards, rapporteur.) — La commission propose donc de décerner au « travail ostéographique qui contribuera le plus à l'avancement de la paléontologie française, soit en faisant mieux connaître les caractères anatomiques d'un ou de plusieurs types de vertébrés, et en fournissant ainsi des éléments importants pour l'étude de nos faunes tertiaires, soit en traitant d'une manière approfondie des fossiles qui appartiennent à l'une des classes les moins bien connues de ce grand embranchement du règne animal. »

L'Académie adopte cette proposition. Le prix consistera en une valeur de trois mille francs.

Les ouvrages devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er novembre 1865.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de physiologie expérimentale à décerner en 1865. — L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de huit cent cinq francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

Prix de médecine et chirurgie. Prix dit des arts insalubres. — Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin de chaque année, terme de rigueur.

Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1866. — L'Académie propose comme sujet d'un prix de médecine et de chirurgie à décerner en 1866 la question suivante : « De l'application de l'électricité à la thérapeutique. »

Les concurrents devront :

1° Indiquer les appareils électriques employés, décrire leur mode d'application et leurs effets physiologiques;

2° Rassembler et discuter les faits publiés sur l'application de l'électricité au traitement des maladies, et en particulier au traitement des affections des systèmes nerveux, musculaire, vasculaire et lymphatique; vérifier et compléter par de nouvelles études les résultats de ces observations, et déterminer les cas dans lesquels il convient de recourir soit à l'action des courants intermittents, soit à l'action des courants continus.

Le prix sera de la somme de cinq mille francs.

Les ouvrages seront écrits en français, et devront être parvenus au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1866.

Grand prix de chirurgie pour l'année 1866. — (Commissaires : MM. Velpeau, Claude Bernard, Jobert (de Lamballe), Serres, Andral, Jules Cloquet, Rayer, Milne Edwards, Flourens, rapporteur.) — Le prix sera de vingt mille francs.

Les pièces devront être parvenues au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1866. Elles devront être écrites en français. Il est essentiel que les concurrents fassent connaître leurs noms.

Prix Cuvier à décerner en 1866. — L'Académie décernera, dans la séance publique de 1866, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1863 jusqu'au 31 décembre 1865, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de quinze cents francs.

Prix Bréant à décerner en 1865. — (Même programme que les années précédentes.)

Prix Jecker à décerner en 1865. — L'Académie décernera, dans sa séance publique de 1865, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de la chimie organique.

Prix Barbier à décerner en 1865. — Les mémoires devront être remis, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1865; ce terme est de rigueur.

Prix Godard à décerner en 1865. — L'Académie annonce que ce prix sera décerné pour la première fois en 1865 au meilleur travail sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Les mémoires devront être parvenus, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1865, terme de rigueur.

Prix Savigny (fondé par Mlle Letellier). — Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des sciences à accepter la donation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de vingt mille francs pour la fondation d'un prix en faveur des jeunes zoologistes voyageurs qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie.

Conditions communes à tous les concours. — Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés au concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale, l'Académie a décidé que dorénavant la clôture des concours pour les prix qu'elle propose serait fixée au *premier* juin de chaque année. Cette mesure, qui ne doit pas avoir d'effet rétroactif, est applicable seulement aux prix proposés pour la première fois, prorogés ou remis au concours dans la séance actuelle, qui correspond à l'année 1864.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 février 1865. — Présidence de M. ABEILLE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

— La correspondance comprend :

Le *Bulletin de médecine et de pharmacie pratiques*, et un mémoire de M. le docteur Perrin sur *l'accouchement précipité et l'accouchement forcé post mortem substitué à l'opération césarienne.*

— **M. LEGRAND DU SAULLE** donne lecture d'un rapport sur la candidature de M. le docteur Ernest Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux.*

Les conclusions étant favorables, on passe au scrutin, et M. Le Sourd est élu, à l'unanimité des suffrages, membre titulaire de la Société.

COMMUNICATION.

L'aphasie étudiée au point de vue médico-légal. — M. LEGRAND DU SAULLE. On a donné dans ces derniers temps le nom d'*aphasie* à un état pathologique qui consiste dans la perte complète ou incomplète de la faculté de la parole, avec conservation de l'intelligence et intégrité des organes de la phonation. Il y a trente ans que les médecins se sont occupés des troubles du langage qui succèdent à des lésions traumatiques ou organiques de l'encéphale, et M. Bouillaud, après de nombreux travaux sur cette question, en est arrivé à placer le *pouvoir législateur de la parole* ou le *langage articulé* dans les lobes antérieurs du cerveau.

M. Broca, en 1861, a conclu dans le même sens que M. Bouillaud, mais en poussant beaucoup plus loin la localisation anatomique, et en déclarant que la faculté de la parole avait son siége dans la deuxième et surtout dans la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur de l'hémisphère gauche. Lorsqu'on se souvient de la similitude et de la symétrie si parfaites des deux hémisphères cérébraux, on est surpris que la lésion anatomique de l'aphasie soit située à gauche plutôt qu'à droite; mais la presque unanimité des résultats nécroscopiques ayant donné raison à la manière de voir de M. Broca, il faut bien se rendre à l'évidence.

Tous les malades qui éprouvent de l'amnésie verbale ne sauraient être rangés dans une seule même catégorie. Il existe entre eux des nuances qu'il importe de faire ressortir au double point de vue de la pathologie et de la médecine légale. Établissons donc des sous-genres.

1° L'intelligence et les organes de la phonation sont à l'état normal; les malades ne se souviennent ou ne prononcent spontanément que certains mots, certaines syllabes ou certaines lettres, mais ils peuvent encore répéter tous les mots qui leur sont indiqués, et ils les écrivent au besoin.

2° Les malades prononcent invariablement les mêmes mots, mais ils ne sont plus capables de répéter ceux qu'ils entendent, bien qu'ils puissent encore les écrire. Si, au contraire, ils les répètent, ils ne les écrivent plus.

3° Les aphasiques n'ont pour tout vocabulaire que quelques mots ou quelques syllabes qui traduisent au dehors toutes leurs pensées. Ils ne peuvent ni prononcer ni écrire les autres mots de la langue.

Pour qu'un mouvement volontaire du corps humain se réalise, que faut-il? que le centre cérébral commande, que le nerf conducteur transmette et que les muscles exécutent.

Si la maladie vient à dissocier ces trois éléments fondamentaux de l'état physiologique, on arrive aux désordres parfois si inattendus de la chorée, de la catalepsie et du somnambulisme. Dans la voix inarticulée, dans le cri, ces trois éléments entrent en exercice, mais l'expression de la pensée humaine par la parole nécessite l'intervention de deux éléments de plus.

Comme l'a démontré M. le docteur Jules Falret dans le travail si remarquable sur les *troubles du langage*, qu'il a publié l'an dernier dans les *Archives générales de médecine*, il faut qu'à l'intégrité du centre cérébral, des nerfs de transmission et des organes de la phonation viennent se joindre la mémoire des mots et le pouvoir coordinateur de la parole. « Il faut, dit-il, que la mémoire des mots soit complètement au service de l'intelligence qui a conçu la pensée; il faut de plus une faculté spéciale qui sert de lien mystérieux entre la pensée rappelée avec son mot et la pensée exprimée au dehors, sorte de pont jeté entre le monde intérieur et le monde extérieur. » Que l'un de ces deux éléments manque ou s'altère, ou que ces deux éléments s'altèrent simultanément, et le langage devient impossible ou subit les perversions pathologiques les plus variées. Telle est l'aphasie.

Est-ce une maladie spéciale, est-ce une maladie distincte? Je ne le pense pas, car l'aphasie a été principalement observée dans des cas de contracture, d'hypochondrie, d'hystérie, d'épilepsie, d'éclampsie, d'anesthésie, de somnambulisme, d'albuminurie, de diabète, d'affections traumatiques, de commotion cérébrale, de tumeurs cérébrales, de ramollissement du cerveau, d'hémiplégie, etc., etc. Dans les soixante-deux observations rapportées dans le mémoire de M. Jules Falret, on voit que la plupart des aphasiques avaient éprouvé des congestions ou des hémorrhagies cérébrales préalables. Pour ma part, les quatre malades que j'ai observés étaient hémiplégiques.

L'appréciation médico-légale des actes commis par les aphasiques nous ramène donc forcément à la question de savoir de quelle manière les congestions cérébrales et les attaques d'apoplexie retentissent sur l'entendement humain.

L'hémorrhagie cérébrale donne lieu moins souvent que d'autres affections du cerveau à des troubles de l'intelligence. Beaucoup d'apoplectiques paralysés d'un côté du corps et même ayant un grand embarras de la parole, conservent l'intelligence à peu près intacte, surtout après une première attaque, et il faut bien se garder de conclure fatalement de l'existence de l'hémorrhagie cérébrale ou même de l'hémiplégie persistante, à l'absence de raison et de liberté morale.

Un seul hémisphère se charge volontiers de suffire à toutes les manifestations de la pensée. Nous avons tous connu le docteur F... qui fut frappé d'apoplexie, alors qu'il était chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, et qui resta hémiplégique pendant quatorze ou quinze ans. Son esprit était vif, son activité très-grande, son ardeur au travail incessante. Peut-être avait-il le caractère plus irritable, plus querelleur qu'auparavant, mais le niveau de son intelligence était resté le même.

Les attaques de congestions légères, qui ne durent que très-peu de temps, qui, au moment même, effleurent à peine l'intelligence et les mouvements, mais dont les traces augmentent peu à peu d'intensité les jours suivants, sont bien plus graves, au point de vue de la ruine des facultés intellectuelles, que les attaques très-fortes, accompagnées et suivies de grands accidents musculaires, d'hémiplégie complète et même d'embarras prononcé de la parole. Ces petites attaques congestives sont le plus souvent un début de ramollissement cérébral; et l'on sait que le ramollissement du cerveau s'accompagne bien plus fréquemment de troubles intellectuels graves que l'hémorrhagie cérébrale proprement dite. Les malades qui, deux ou trois jours après une attaque apoplectique, offrent une hémiplégie franche sans embarras de la parole, ont beaucoup moins de chances d'éprouver plus tard du trouble dans l'intelligence que ceux qui, dans les mêmes conditions, présentent un embarras marqué de la parole sans hémiplégie.

Lorsqu'un apoplectique tombe en démence, nous savons pertinemment ce qui se passe dans l'intérieur des familles : le vol s'organise autour du malade, des détournements sont commis, des signatures surprises, etc., etc. L'aphasique est-il exposé aux mêmes périls? Dans le second, mais surtout dans le troisième sous-genre de cet état morbide, cela ne nous paraît pas douteux; il est donc bon que les médecins soient mis en garde contre ces déplorables éventualités, afin qu'ils puissent, au moins dans une certaine mesure, prévenir ou faire échouer toute tentative spoliatrice.

Dans combien de circonstances un médecin expert ne rendra-t-il pas service aux magistrats en les éclairant sur ces étranges altérations de la parole et de la mémoire des mots, si souvent compatibles avec la conservation de l'intelligence; en leur démontrant qu'un individu qui ne peut ni parler spontanément, ni lire ce qu'il a écrit et signé, a cependant pu accomplir librement un acte; en leur attestant que chez l'un l'abolition du langage a pu laisser intacte la faculté d'écrire, que chez l'autre l'usage de la parole a coïncidé avec l'impossibilité d'écrire; que chez d'autres enfin, réduits à la nécessité de ne s'exprimer que par signes, une approbation intelligente, faite en présence de témoins, a pu consacrer une disposition et la rendre valable aux yeux de la loi?

A la fin de son mémoire, M. Jules Falret a dit : « La connaissance scientifique de ces faits pourra faire découvrir la simulation dans certains cas de médecine légale où un individu chercherait à altérer son écriture ou son langage dans le but de se faire passer pour aliéné, de même qu'elle permettra, dans d'autres circonstances, de reconnaître l'existence d'une maladie vraie dans des cas où, par suite de l'ignorance de ces faits bizarres et exceptionnels, on pourrait croire faussement à une simulation de la part d'un accusé. » Cette réflexion est parfaitement juste, mais comment simulerait-on sérieusement l'aphasie, à moins d'être un très-habile pathologiste? Comment, d'autre part, la justice statuerait-elle sur le sort d'un véritable aphasique sans avoir préalablement interrogé un médecin capable et instruit?

Les témoins judiciaires sont en quelque sorte fortuits : c'est le hasard qui les désigne. On est donc forcé de les admettre tels qu'ils se présentent; aussi un aphasique peut-il être appelé à déposer sur un fait quelconque, alors même qu'il aurait perdu l'usage de la parole et la faculté d'écrire. Dans ce cas, sa déclaration mimique doit être admise, sinon comme une preuve légale, du moins comme un renseignement d'une incontestable valeur.

Nous avons été récemment consulté sur le fait suivant : Un homme de cinquante ans, hémiplégique depuis cinq ans, est progressivement arrivé au dernier degré de l'aphasie; il ne peut plus écrire et ne peut uniquement prononcer que le juron s. n. d. D. ou simplement s. D. Il est marié sous le régime communal, a trois enfants, et il a la douleur de voir sa femme consentir légèrement à des dépenses qui ne sont point du tout en harmonie avec sa position de fortune. Ses deux frères nous posaient la question de savoir s'il n'était pas urgent de provoquer l'interdiction du malade. Nous répondîmes que la loi exigeait un état *habituel* de démence, d'imbécillité ou de fureur, et que le malade était intelligent; que l'interdiction avait toute la solennité d'une grande et onéreuse procédure, qu'elle frappait en quelque sorte de mort civile, qu'elle froissait les plus honorables susceptibilités et compromettait l'avenir des enfants; que si, dans l'espèce, il y avait effectivement lieu de prendre des mesures conservatoires, il convenait d'en faire appliquer de plus simples, de moins onéreuses et qui ne permissent cependant pas les transformations de capitaux, les aliénations d'immeubles, la mobilisation de la fortune, en un mot, *l'administration provisoire* et *le conseil judiciaire*, en effet, conservent les intérêts, les sauvegardent, mais ne les modifient pas. Dans l'aphasie, ces mesures légales sont plus que suffisantes, et l'interdiction ne nous paraît aucunement répondre aux besoins de la situation.

Il est peu probable qu'un aphasique songe à contracter mariage, mais si le cas venait à se présenter, rien ne s'opposerait à la célébration. Ne marie-t-on pas quelquefois des sourds-muets? L'officier de l'état civil pourra plutôt être appelé auprès d'un aphasique désireux, par un mariage *in extremis*, de réhabiliter tardivement des liens secrets, ou de légitimer à la dernière heure des enfants naturels. En présence d'une mort imminente, et la loi n'ayant point prohibé ces unions presque posthumes, l'officier de l'état civil, après s'être assuré du désir formel du malade, prononcera la consécration de l'hymen.

Il y a quelques jours, mandé par M. le docteur Poinsot, nous voyions un hémiplégique affecté d'amnésie verbale. Prévoyant peut-être sa fin, ce malade avait voulu, il y a quelque temps, remettre à l'une de ses parentes qui lui prodigue des soins, une certaine somme d'argent qu'il avait mise en réserve quelque part. Il éprouva une peine infinie à se faire comprendre, malgré la mimique la plus intelligente et la plus expressive; il y réussit cependant, et la cachette une fois trouvée, il mit sa parente en possession des valeurs. Voilà un exemple de donation mûrement souhaitée, librement consentie; mais

les aphasiques, en vertu de leur fâcheuse disposition à prononcer ou à écrire un mot pour un autre, ne sont-ils pas exposés à être mal compris ou à devenir la proie facile de quelques fripons? Nous le craignons.

Hoffbauer a rapporté le cas de ce malade de Münden, qui, en 1743, demanda au gouvernement hanovrien le droit de tester et de disposer par signes en faveur de sa femme. Sa requête était écrite sous sa dictée, quoiqu'il ne pût ni parler, ni lire, ni exprimer ses pensées par écrit. Sur l'avis du médecin-légiste Hollmann, trois interprètes furent désignés et prêtèrent serment. La femme entra en possession des biens de son mari.

Les actes testamentaires des aphasiques peuvent donner lieu à de sérieuses difficultés. Un malade, âgé de cinquante ans, dont j'ai parlé dans la *Folie devant les tribunaux,* prit la résolution de faire son testament : ses projets étaient bien arrêtés, et il devait laisser à une vieille domestique un souvenir de quelque importance. Il fit en vain tous les efforts imaginables pour pouvoir assembler ses mots, former une phrase et déposer sur le papier l'expression de sa ferme et libre volonté. Les mots se présentaient les uns pour les autres, aucun membre de phrase intelligible ne put être formé, et l'écriture principalement était non pas irrégulière, non pas incorrecte, mais informe, décrivant des zigzags, et absolument indéchiffrable, tant le tremblement du bras droit était prononcé dès que le malade se mettait en demeure d'écrire. Ce défaut de coordination de la pensée, de la volonté et du mouvement, se renouvela un très-grand nombre de fois, et cet individu eut la douleur de se voir mourir avant d'avoir pu dresser, tant bien que mal, un acte de dernière volonté. Cet exemple démontre combien, dans les cas d'aphasie, le testament olographe est fragile, et combien il importe que les malades règlent leur hérédité par-devant notaire et en présence de témoins.

En résumé :

1° L'aphasie n'est point une maladie; c'est un symptôme nouvellement étudié des affections cérébrales;

2° L'état mental dans l'aphasie n'est peut-être pas aussi net qu'on l'a jusqu'à présent prétendu;

3° Au point de vue des applications médico-légales, l'aphasie présente les plus grandes analogies avec l'apoplexie.

M. BOYER n'admet qu'avec répugnance qu'une même lésion cérébrale du côté droit ne produise pas les mêmes phénomènes qu'à gauche.

M. BENI-BARDE, se rangeant à cet avis, invoque les travaux de M. Jaccoud, qui a passé en revue tous les faits connus d'aphasie et exposé la théorie allemande, de laquelle il ressort que les lésions de l'hémisphère droit produisent l'aphasie au même titre que celles de l'hémisphère gauche, et, de plus, que l'aphasie se produit quelquefois sans lésions cérébrales, par une simple perturbation fonctionnelle dans les trois pouvoirs invoqués par M. Legrand de Saulle.

M. ABEILLE. L'aphasie essentielle est très-rare, on n'en connaît guère que le fait de M. Lordat. Elle est toujours le résultat d'une lésion anatomique du cerveau. Elle résulte tantôt d'altérations diverses dans la substance, tantôt dans un épanchement, l'apoplexie, etc., si bien qu'il est impossible d'en faire une maladie particulière, une entité morbide. Ainsi que M. Legrand de Saulle l'a fait dans ses réserves, je demande si l'intelligence peut, dans aucun cas, rester intacte chez les hémiplégiques : il se produit un déclin constant dans l'exercice des facultés intellectuelles. Les hémiplégiques conservent bien leur conception et leur activité pour certaines choses; mais elles leur échappent toujours pour quelque autre chose, témoin un de nos bien regrettés collègues.

M. TERRIER s'élève contre cette dernière opinion en s'appuyant du sujet cité comme exemple et chez lequel, après comme avant son attaque, il n'a pas cessé de reconnaître un très-haut degré d'intelligence joint à une grande activité de l'esprit. Il peut y avoir apparence de quelque chose de moins chez l'individu, sans que pour cela le cerveau soit atteint; mais bien par l'atteinte morale, par la tristesse que nous laisse une perte de quelque chose de nous-même, ainsi que nous le voyons tous les jours dans les cas de maladies des voies génito-urinaires.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr DUPUY.

CONGRÈS MÉDICAL DE BORDEAUX.

Une réunion de médecins, appartenant aux divers corps savants de Bordeaux, s'est spontanément formée pour s'occuper de l'exécution du projet d'un Congrès médical. Pour associer plus directement le corps médical bordelais à la réalisation de ce grand projet, la Commission provisoire l'a appelé tout entier à élire au scrutin la Commission définitive d'organisation. Cette Commission se trouve ainsi composée :

MM. Azam, professeur à l'École de médecine; — Costes, rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bordeaux*, professeur à l'École de médecine; — Boisseuil, membre de la Société de médecine; — Baudrimont, professeur à la Faculté des sciences; — Denucé, professeur à l'École de médecine; — Dubreuilh (Charles), professeur de l'École d'accouchements, membre de la Société de médecine; — Dégranges, secrétaire général de la Société de médecine; — Dupuy, président de la Société de médecine; — Gintrac (Henri), professeur à l'École de médecine; — Lacaussade, médecin à l'hôpital Saint-André; — Levieux, vice-président du Conseil d'hygiène; — Méran, rédacteur en chef de l'*Union médicale de la Gironde*, membre de la Société de médecine; — Montalier, médecin-adjoint à l'hôpital Saint-André, vice-président de la Société de médecine; — Mabit, professeur à l'École de médecine, président de l'Association médicale; — Moussous, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André; — Oré, professeur à l'École de médecine; — Reimonencq, membre de la Société de médecine; — Sarraméa, médecin à l'hôpital Saint-André, membre de la Société de médecine. — Le bureau de la Commission du congrès médical est ainsi organisé : Président, docteur Costes; — vice-président, docteur Dupuy (J.); — secrétaire général, docteur Dubreuilh (Charles); — second secrétaire, docteur Azam; — trésorier, docteur Montalier.

La Commission a arrêté les statuts suivants :

Art. 1er. — Un Congrès médical sera ouvert à Bordeaux le 2 octobre prochain, et durera six jours.

Art. 2. — Il sera exclusivement scientifique.

Art. 3. — L'entrée aux séances sera libre et gratuite.

Art. 4. — Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents.

Art. 5. — Les membres fondateurs appartiendront au corps médical de Bordeaux, et payeront une cotisation de dix francs.

Art. 6. — Seront membres adhérents les médecins étrangers à Bordeaux qui en feront la demande à M. le secrétaire général du Congrès (le docteur Charles Dubreuilh, rue Victor, 1). Ils seront exonérés de toute contribution pécuniaire.

Art. 7. — Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Art. 8. — Les travaux scientifiques du Congrès se composeront : 1° de communications écrites ou verbales, répondant à des questions posées d'avance; 2° de communications dont le choix est laissé à l'initiative des membres.

Art. 9. — Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, qui désireraient présenter au Congrès une communication écrite ou orale sur l'une des questions du programme ou sur un autre sujet, doivent l'adresser (*in extenso* ou sous forme de résumé) à M. le secrétaire général avant le 15 septembre prochain.

Programme officiellement arrêté des questions qui seront traitées devant le Congrès.

(Statuts, article 8, paragraphe 1er.)

I. Du rhumatisme.

II. De l'expectation dans les maladies aiguës.

III. Des formes malignes du furoncle et de l'anthrax. (Des faits bien observés démontrent qu'il existe dans nos pays, en dehors de toute infection charbonneuse, une forme très-grave du furoncle et de l'anthrax amenant la mort par un état général particulier. Étudier ces accidents généraux, leur nature, leur marche, leurs conditions de développement, leur prophylaxie et leur traitement. Indiquer les pays où des observations semblables ont été faites.)

IV. De la mort subite à la suite des traumatismes et dans l'état puerpéral.

V. De la suppression des tours, au double point de vue de la morale et de la société.

VI. Des parasites de l'homme tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours pour un emploi de professeur agrégé en pharmacie à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Paris, le 3 mars 1865.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce le 1er juin prochain pour un emploi de professeur agrégé en pharmacie à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Cet emploi se rapporte à l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves sont indiquées ainsi qu'il suit :

I. Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique.

II. Une ou plusieurs préparations officinales se prêtant à des développements théoriques.

III. Deux expertises relatives l'une aux cas d'hygiène, l'autre aux cas de médecine légale qui peuvent se présenter dans l'armée, explication verbale des phénomènes produits pendant les opérations de ces expertises, et conclusions à en tirer.

IV. Réponse verbale à une question de comptabilité pharmaceutique.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, ne pourront être admis à prendre part aux concours que les pharmaciens des grades d'aide-major de 1re classe et de major de 2e ou de 1re classe.

Les pharmaciens pourvus de l'un de ces trois grades, qui désireront concourir, soumettront au ministre une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

Cette demande devra parvenir au ministre (Bureaux des hôpitaux invalides) avant le 10 mai prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des intendants divisionnaires.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — ÉCOLE PRATIQUE. Responsabilité proportionnelle en matière de criminalité et d'aliénation mentale. — Étude sur la narcéine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

PARIS, LE 29 MARS 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur le rapport de M. Lélut, qui devait s'engager aujourd'hui, a été ajournée à mardi prochain par les exigences d'un ordre du jour très-chargé, sans grand profit pour le public, toutefois, qui n'a été admis qu'aux préliminaires de la séance, au dépouillement de la correspondance et à la lecture de deux courts rapports, pour voir les portes se refermer ensuite sur lui au moment de la grande pièce, c'est-à-dire de la discussion des titres des candidats pour la section d'hygiène. Tel était, en effet, l'objet du comité secret qui a occupé la plus grande partie de cette séance. Or, comment vous en parler, puisque nous n'y étions pas? Ce n'est que grâce à d'amicales indiscrétions que nous croyons savoir que la section a présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Bergeron; 2° M. Boudin; 3° M. Hillairet; 4° de Pietra Santa; 5° M. Leroy de Méricourt; 6° M. Gallard. Il nous est advenu aussi qu'une petite agitation que nous avons remarquée pendant la courte durée de la séance publique avait pour objet de proposer à l'Académie l'addition à cette liste d'un ou deux noms qui y brillent par leur absence. Quant à vous dire comment la section a justifié cette présentation, sur quelles considérations elle a motivé son classement, mis celui-ci avant celui-là, exclu les uns, élevé les autres, c'est ce qui nous est absolument impossible, la plus grande discrétion ayant été observée à cet égard.

Avant de se constituer en comité secret, l'Académie a procédé à l'élection d'un correspondant dans la section de médecine vétérinaire. Plus heureuse cette fois que dans sa précédente présentation, la section a eu la satisfaction de voir son premier candidat élu par la presque unanimité des suffrages. M. Lafosse, de Toulouse, dont le nom a été si souvent cité dans la discussion sur l'origine de la vaccine et qui est depuis longtemps connu d'ailleurs par d'estimables travaux, a été nommé au premier scrutin par 49 voix sur 55 votants.

Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la responsabilité proportionnelle en matière de criminalité et d'aliénation mentale.

Lorsqu'on étudie le droit et ses applications à la médecine légale, on reconnaît bientôt qu'il y a urgence de déterminer avec plus de précision les signes diagnostiques de la raison, de la passion et de la folie. Dans un procès criminel où se débat, en effet, une question de psychologie morbide, les conséquences juridiques doivent être la résultante obligée du diagnostic porté. Toute la difficulté est là.

Interprètes d'une langue inconnue aux magistrats, les médecins traduisent à l'audience des impressions de l'ordre le plus élevé : ils doivent principalement analyser les actions qui demeurent imputables, et déterminer, autant que possible, la somme d'intelligence qui restait au pouvoir du prévenu au moment de l'accomplissement du délit ou de la perpétration du crime. Pour pouvoir discuter le degré d'enchaînement de la liberté morale, apprécier la nature plus ou moins insolite de l'acte commis, et opérer avec art la dissection des facultés de l'intelligence, il faut qu'ils aient toujours présents à l'esprit quelques principes fondamentaux de psychologie pratique. Mon devoir est de vous les exposer ici.

Envisagé au point de vue psychologique, l'homme est doué de sensibilité, d'intelligence et d'activité.

De la sensibilité dérivent la sensation (douleur ou plaisir), le sentiment (crainte ou désir), et la passion qui consiste dans l'énergie ou l'exagération du sentiment.

La sensibilité entre pour une certaine part dans nos actions, mais elle n'est ni libre ni éclairée.

L'intelligence, très-variable dans ses degrés, s'abaisse ou s'élève : elle meut l'esprit vulgaire, elle inspire le penseur, elle illumine l'homme de génie. Mais le point de repère qui distingue éminemment l'être doué d'intelligence, c'est qu'il porte en lui la notion du bien et du mal, du juste et de l'injuste.

La raison est la faculté la plus élevée de notre intelligence. C'est elle qui, lorsque la sensibilité nous provoque, apprécie et pèse la moralité de l'acte que nous allons commettre.

Quant à l'activité, elle consiste dans la résolution de faire ou de ne faire pas; elle commande aux organes, et s'exprime d'ordinaire par ces deux termes : liberté et volonté.

L'homme peut donc être la cause première d'un acte; il en connaît la valeur morale, et si son accomplissement est contraire au droit, l'acte lui demeure imputable. Or, l'imputabilité d'un fait nous oblige à en répondre : de là la responsabilité.

Il arrive cependant quelquefois qu'un acte s'exécute sous le seul empire de la sensibilité, sans l'intervention de l'intelligence et de la volonté. On dit alors qu'il y a activité *instinctive* ou *fatale*. Lorsqu'une impétueuse provocation de la sensibilité n'a pas donné le temps à la raison d'éclairer l'acte produit, il y a activité *spontanée*, et quand c'est après mûr examen et après une délibération intérieure que l'exécution est survenue, l'activité est *réfléchie*.

La mesure de la culpabilité dépend de ces trois degrés et correspond à une échelle de pénalité. Dans l'activité instinctive ou fatale, il y a non-imputabilité; dans l'activité spontanée, imputabilité avec culpabilité moindre; dans l'activité réfléchie, culpabilité entière.

Ces préliminaires une fois posés, voyons quelle est l'influence des altérations psychiques sur les conditions de l'imputabilité et de la culpabilité.

En droit, la démence est admise sans conteste, et il n'y a pas imputabilité. Comment placerait-on en face de la justice un dément, un imbécile ou un furieux? Comment une condamnation les atteindrait-elle? Ce n'est pas seulement, du reste, au Code français qu'il faut rendre hommage, mais encore aux lois de la plupart des nations européennes, et même aux textes législatifs de la Louisiane. S'il a pu arriver que la loi ait fait tomber sous son glaive des têtes privées de raison, l'humanité le déplore amèrement sans doute, mais elle a la confiance que de pareilles erreurs ne sauraient se reproduire de nos jours.

En invoquant la démence comme synonyme de folie ou d'aliénation mentale, nos législateurs ont eu le grand tort de ne pas la définir; ils ont abandonné de la sorte la question médicale à de craintives tergiversations. Cependant, et comme si un bénéfice pouvait résulter d'une omission, il est devenu possible, par suite de cet oubli peut-être intentionnel, de donner à l'expression *démence* une extension assez grande, et je veux vous en citer un exemple.

Parmi les débordements passionnels qui outragent la société, il en est dont l'extravagance, l'infamie ou la cruauté sont tellement insolites, que la loi pénale ne sévit qu'après un mûr examen. Depuis la simple protestation affectueuse jusqu'aux appétits génésiques les plus insensés, il y a une longue gamme dont l'amour peut parcourir tous les tons, en laissant à l'homme une liberté morale entière, compromise ou peut-être évanouie. Si ces nuances ne sont pas inscrites dans nos codes, elles doivent l'être dans l'esprit du médecin-expert. Ne vous y trompez pas : sa mission est de faire ressortir ces finesses de diagnostic différentiel, en laissant apercevoir quelles peuvent être leurs conséquences juridiques; mais elle ne doit pas consister dans le philanthropique étalage d'une indulgence inépuisable. Notre probité ne nous défend-elle pas de justifier l'immoralité et de la mettre sur la même ligne que le malheur?

Si la question du libre arbitre peut être soulevée à propos de l'érotisme, du satyriasis et de la nymphomanie, à plus forte raison se représentera-t-elle à l'occasion de l'hystérie, de l'épilepsie, du somnanbulisme naturel, de la congestion cérébrale, de l'aphasie, de l'apoplexie, de la pellagre, de l'ivresse, de l'ivrognerie, du *delirium tremens*, de la grossesse, de diverses intoxications, etc., etc. J'aborderai ici même l'étude médico-légale de tous ces états spéciaux qui, vous le savez, retentissent plus ou moins sur l'entendement humain.

Maine de Biran prétend que l'aliéné doit être rayé de la liste des êtres moraux et intelligents. Pour lui, le fou n'est plus qu'un automate qui cesse d'être homme en cessant d'être une personne libre, une machine alternativement tranquille ou furieuse, faible ou vigoureuse, délirante ou réglée, successivement imbécile, éclairée, stupide, bruyante, muette, léthargique, agissante, vivante, morte. Maine de Biran porte là un jugement manifestement excessif. On a, d'ailleurs, dans le monde, la détestable habitude de ne point vouloir considérer le fou comme un autre homme, et l'on suppose à tort qu'il agite sans cesse les grelots de son délire. Il n'en est rien cependant.

Un homme atteint de *délire partiel*, c'est-à-dire d'un ensemble d'aberrations qui, limitées à quelques points, n'excluent pas nécessairement la possibilité du raisonnement sur la plupart des autres, cède à l'impulsion d'un penchant insolite. Devons-nous déclarer que la lésion circonscrite de son intelligence a bouleversé à ce point sa raison, que, parmi les actes qu'il a commis, on ne puisse fréquemment en laisser quelques-uns à sa charge? Irons-nous exclure tout discernement lorsque le fait incriminé sera nettement en dehors des aberrations habituelles? Mais s'il possède les notions les plus saines sur les habitudes de la vie et sur les devoirs sociaux, mais si la crainte du châtiment a pu le retenir, nous lui assurons l'impunité quand même : il s'abrite alors derrière l'inépuisable clémence des hommes, tandis que la société s'offre d'elle-même et sans défense à toutes ses tentatives.

En face d'un individu dont l'intelligence n'est seulement qu'entamée, devons-nous affirmer, en thèse générale, qu'il n'a pu opposer une résistance efficace et suffisante à ses suggestions délirantes, et que les immunités pénales lui sont nécessairement acquises? Je ne le pense pas, car le malade qui se trouve dans de semblables conditions n'est point absorbé en entier par la folie, et un certain nombre de ses actions portent le sceau de sa volonté.

La doctrine de la responsabilité et celle de l'irresponsabilité ont pu jusqu'aujourd'hui se trouver constamment aux prises l'une avec l'autre, sans qu'il soit survenu une transaction amiable; eh bien, je vous en proposerai une dans un instant.

Comment tracer, se demande-t-on, des règles invariables, et comment assigner des limites fixes et précises à la santé et à la maladie? Ne voyons-nous pas tous les jours des hommes sains d'esprit présenter dans l'exercice ou dans l'énergie des diverses facultés de leur entendement des contrastes frappants? Celui-ci possède une mémoire merveilleuse, mais il manque de jugement; celui-là est doté de l'imagination la plus riche, mais sa volonté est notoirement impuissante; l'un, orné de tous les dons de l'intelligence, froisse par sa désinvolture toutes les convenances sociales; l'autre, auquel personne ne conteste du génie, vit dans une farouche solitude, etc., etc. Ne faut-il pas tenir compte également de l'influence des instincts, des affections et des passions, qui poussent parfois les hommes à commettre des actes difficiles à analyser au point de vue psychologique, plus difficiles encore à classer en médecine légale? La réponse à cette question ne me paraît pas extrêmement difficile : l'homme commence à être malade lorsqu'il vient à différer de lui-même.

Avec la ligne géométrique de démarcation, — santé ou maladie, responsabilité ou irresponsabilité, — que beaucoup ont adoptée, où rangera-t-on cette catégorie d'êtres mixtes, que les prisons de l'État recèlent la plupart du temps; ces individus perdus de débauches qui ont radicalement divorcé avec la morale et avec leur conscience, et qui, témoins insouciants de leur déchéance, se laissent tomber sans résistance du vice au délit et du délit au crime? Leur système nerveux est affaissé leur discernement obscurci; voilà pour le diagnostic, et comm ces hommes ne peuvent être que sains d'esprit ou malades, les conséquences juridiques de leur état sont des plus simples et se terminent, soit par la condamnation dans toute sa sévérité, soit par l'acquittement! Pour ces êtres mixtes, comme je les ai appelés, il faut qu'il y ait des moyens mixtes aussi de répression : à des troubles partiels de l'esprit, sachez donc opposer une responsabilité *proportionnelle* et surtout une pénalité d'un ordre spécial. Entrons à ce sujet dans quelques développements.

ÉTUDE SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE LA NARCÉINE

et sur son action thérapeutique dans quelques maladies, chez les enfants,

(Lue à la Société médicale d'observation.)

Par M. le Dr S.-V. LABORDE.

Parmi les nombreux principes immédiats de l'opium, qui sont demeurés jusqu'ici sans application, il en est un qui, à en juger par les résultats d'études toutes récentes, était loin de mériter un pareil délaissement, c'est la *narcéine*. Chose singulière, quoique peu rare dans l'histoire de notre art et de ses péripéties, la même méthode, qui vient d'avoir le privilége de réhabiliter cette substance organique, avait autrefois entraîné son oubli et son rejet hors de la matière médicale et de la thérapeutique.

A peine, en effet, la narcéine venait-elle d'être découverte (en 1832, par Pelletier) qu'elle était immédiatement soumise à l'expérimentation sur les animaux. Or, Magendie la déclarait « sans activité

appréciable » chez le chien, à la dose de deux grains (0,10 centigr.) (1).

Orfila dit avoir injecté *impunément quatre grains* (0,20 centigr.) de narcéine dans la veine jugulaire de chiens de moyenne taille. On comprend qu'après ces déclarations, appuyées sur le résultat d'expériences diverses, la thérapeutique ne se soit nullement préoccupée d'une substance qu'elle était autorisée à regarder comme complétement inerte.

Cependant, en 1852, M. Ch. Lecomte faisait connaître les résultats de quelques expériences qui établissaient clairement la propriété essentielle de la narcéine, propriété hypnotique, et démontraient en même temps quelques-uns des effets physiologiques auxquels elle donne lieu chez les animaux; malheureusement, ces résultats, bien que communiqués à la Société de physiologie et insérés dans ses Mémoires, furent sans écho, et ce n'est que tout récemment, vous le savez, Messieurs, que M. Cl. Bernard a, par ses ingénieuses et précises recherches expérimentales, réveillé l'attention sur ce point, et préludé à l'introduction définitive de la narcéine dans la thérapeutique.

Je n'ai pas à rappeler ces expériences aujourd'hui connues de tout le monde; elles ont ouvert la voie des applications, voie si obscure, quand, dans sa recherche, on n'a pour guide que les tâtonnements d'un empirisme plus ou moins aveugle.

Mais, pour entrer dans cette voie, il s'agissait de transporter l'expérimentation de l'animal à l'homme; quelque naturel que puisse paraître le passage de l'un à l'autre, ce serait s'exposer à l'erreur et surtout à l'illusion de croire que l'identité des effets physiologiques de telle ou telle substance, appliquée à l'organisme de la bête ou à celui de l'homme, sera toujours parfaite et invariable.

Pour ce qui est de la narcéine, par exemple, on est frappé par l'uniformité constante des résultats obtenus chez les animaux : tous les chiens, dans les mêmes conditions, éprouvent, sous l'influence de cet alcaloïde, le même sommeil, un même réveil semblable, en un mot, des phénomènes physiologiques toujours et absolument identiques; pas la moindre variation à cet égard; il semble que devant l'expérimentation tous les animaux soient égaux. Il n'en est pas tout à fait ainsi de nous, Messieurs; nous ne pouvons pas nous flatter d'avoir même cette égalité.

Si, en effet, la propriété dominante de la narcéine se révèle presque toujours chez l'homme comme chez l'animal, ce n'est point, comme vous allez le voir, sans quelques variations dans les effets qui suivent son administration; pour ne point s'attendre d'ailleurs à ces variations, il faudrait ignorer ou méconnaître l'influence des conditions individuelles si complexes et si variées qui domine l'état de maladie chez l'homme.

Déjà les observations réalisées par M. Béhier révèlent de notables différences dans l'action du médicament lorsqu'on l'applique à l'un ou l'autre sexe; il résulte, en effet, de ces observations que, *chez les femmes*, la narcéine peut déterminer le vomissement, au moment où le sommeil est interrompu (2).

Guidé par ces données expérimentales, nous avons essayé de les compléter par l'étude de l'influence des conditions d'âge sur les effets du médicament, faite chez les vieillards et les enfants. Aujourd'hui je ne m'occuperai que de ces derniers.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la narcéine, convenablement administrée, produit (c'est là sa propriété essentielle) l'hypnotisme; mais le sommeil narcéique a cela de particulier, qui en fait surtout le mérite, qu'il n'entraîne pas au réveil ces lourdeurs de tête allant quelquefois jusqu'à l'hébétude, ces sensations pénibles du côté du tube digestif, souvent cette tendance aux lipothimies; en un mot, tous ces malaises bien connus qui accompagnent l'administration de la plupart des autres alcaloïdes usités de l'opium, notamment la codéine et la morphine.

Parmi les faits que j'ai observés, le suivant témoigne au plus haut degré de la réalité de ces effets et de ces avantages de la narcéine.

Une jeune fille de dix ans, couchée au n° 3 de la salle Sainte-Geneviève (hôpital des Enfants, service de M. H. Roger, suppléé par M. Bouchut), présentait tous les signes de la phthisie pulmonaire tuberculeuse au troisième degré, notamment les signes de cavernes, au sommet du poumon gauche; la nuit était sans sommeil et agitée par des rêves bruyants ou par les manifestations d'un délire loquace; la toux était en même temps fréquente et s'accompagnait de vomissements.

L'administration de 10 grammes de sirop diacode et simultanément d'une pilule d'extrait thébaïque de 2 centigrammes par jour n'avait pas apporté à ces symptômes de modification appréciable, lorsque la narcéine fut la première fois administrée, le 14 septembre, sous forme de sirop composé comme il suit (d'après la formule du docteur Debout) :

Narcéine	25 centigr.
Sirop simple	500 grammes.
Acide acétique	Q. S.

D'après cette formule, chaque cuillerée à bouche (20 grammes), du sirop contient 1 centigr. de l'agent médicamenteux. C'est cette préparation, pour le dire de suite, Messieurs, qui a été employée dans toutes nos observations.

Or, chez la petite malade dont il s'agit, le sirop fut donné d'abord à la dose de 20 grammes, c'est-à-dire une cuillerée à bouche (soit 0,01 centigr. de principe actif).

Le troisième jour seulement, l'effet produit est très-sensible; l'enfant dort paisiblement, ne parle plus et ne délire plus; partant la toux est calmée et les vomissements qui la suivaient ne se produisent plus.

Cependant ils ont encore lieu quelquefois le jour.

Ce calme se maintient les nuits suivantes, bien que la dose ne soit pas augmentée.

Ce fait est d'autant plus probant que les effets de la narcéine y peuvent être appréciés, comparativement avec ceux d'autres préparations opiacées restées infructueuses.

Dans un autre cas, relatif à un garçon âgé de huit ans, également atteint de phthisie pulmonaire tuberculeuse au troisième degré, et couché au n° 9 de la salle Saint-Jean (service de M. Bouvier), l'administration de la narcéine eut aussi des effets très-favorables; depuis plus d'un mois ce malheureux enfant était presque complétement privé de sommeil; c'est tout au plus s'il dormait *une heure* par nuit; son insomnie était en outre accompagnée par des douleurs dont il était très-difficile de préciser le véritable siége, mais qui arrachaient au jeune malade des cris perçants; d'ailleurs il toussait et crachait peu.

Donné d'abord à la dose de 0,01 centigr. (une cuillerée à bouche de sirop), la narcéine n'a pas amené d'effet appréciable.

Mais deux cuillerées de sirop (c'est-à-dire 0,02 centigr. de principe actif) ayant été administrées dès le lendemain, la nuit est très-sensiblement meilleure; l'enfant ne s'est pas réveillé avant deux heures du matin, s'étant endormi vers neuf heures du soir.

Le jour suivant, bien que la dose du médicament n'ait pas été augmentée, le sommeil a été encore plus durable, puisqu'il s'est prolongé jusqu'à trois heures du matin.

Mais rien ne saurait mieux démontrer que la suite de cette observation combien il importe, pour apprécier sainement la valeur de cette médication, de tenir compte des conditions de l'état morbide. L'affection tuberculeuse qui, comme je l'ai dit, était chez ce malade à sa période ultime, fit des progrès rapides, et c'est en vain que l'on demanda alors à la narcéine ses effets calmants et somnifères, même aux doses successivement croissantes de trois, quatre et cinq centigrammes. Le sirop diacode qu'on lui substitua ne fut pas plus heureux. L'enfant ne tardait pas à succomber.

Voici, Messieurs, un autre fait qui me paraît intéressant à plus d'un titre, ce qui m'engage à vous en présenter le résumé :

Un garçon de quatre ans et demi entrait, le 14 septembre 1864, salle Saint-Jean, n° 22 (service de M. Bouvier), pour une angine diphtéritique consécutive à une scarlatine; aux phénomènes locaux habituels s'ajoutaient, chez le petit malade, du subdelirium et une insomnie tenace traversée par des cris douloureux presque continus.

Le sirop de narcéine fut donné d'abord à la dose d'une cuillerée (soit 0,01 centigr. de substance active); il ne produisit pas d'effet sensible. La dose ayant été portée ensuite à deux cuillerées (0,02 centigr.), la nuit fut beaucoup plus calme et il y eut un peu de sommeil; on remarqua, en outre, l'apaisement du subdelirium, qui ne se reproduisit pas non plus durant le jour, ainsi que cela avait lieu avant l'administration du médicament; le malade cessa pareillement de pousser des cris plaintifs.

Le quatrième jour, il prend trois cuillerées de sirop de narcéine (0,03 centigr. de celle-ci), et il dort presque la nuit entière; on remarque seulement *qu'il parle tout haut pendant le sommeil*, tandis qu'auparavant il ne parlait qu'étant éveillé. Le même phénomène continue à se manifester durant les nuits suivantes, en même temps que se maintiennent le calme et le sommeil.

L'enfant allant de mieux en mieux, l'emploi de la narcéine, dont la dose n'avait pas du reste dépassé 0,03 centigr., a été suspendu.

Vous le voyez, Messieurs, non-seulement ce fait apporte un nouvel et irrécusable témoignage à la réalité de l'action hypnotique et sédative de la narcéine, mais il fait ressortir, de plus, l'un de ses effets physiologiques, tel à peu près qu'il a été observé dans l'expérimentation sur les animaux : cet enfant tenant un discours et faisant ses réponses sans interrompre le cours de son sommeil ne rappelle-t-il pas le chien de M. Ch. Lecomte, qui, soumis à l'influence de la narcéine, chasse en dormant les mouches qui le piquent et ne cesse pas pour cela de dormir?

Avant d'aller plus loin dans cette étude, je ferai remarquer que l'action de la narcéine ne se manifeste guère, chez les enfants, que lorsque la dose en a été portée à deux et surtout trois centigrammes; c'est là, du moins, ce que paraissent démontrer clairement les quelques faits qui précèdent.

Toutefois, Messieurs, il ne faudrait pas croire que cette action se produise toujours avec une sûreté parfaite et invariable; il résulte de notre observation que, dans certains cas régis sans doute par l'influence idiosyncrasique, la manifestation très-peu accusée d'abord des effets de la narcéine fait ensuite presque complétement défaut, et le cède à l'action plus favorable d'une préparation voisine, celle de morphine par exemple.

C'est ainsi que chez un garçon de 14 ans (n° 27, salle Saint-Jean), affecté de variole, au quatrième jour de l'éruption, et qui présentait une insomnie complète, l'administration de la narcéine pendant trois jours, aux doses de 0,02 et 0,03 centigrammes (40 et 60 grammes de sirop), n'amena aucune modification bien sensible dans l'état nocturne du malade.

Au sirop de narcéine fut alors substitué le sirop de morphine; dès le deuxième jour, et moyennant deux cuillerées (soit 40 grammes) de ce dernier, le malade jouissait d'un bon sommeil pendant la plus grande partie de la nuit.

Peut-être n'est-il pas indifférent de noter qu'à ce moment l'état fébrile était sur son déclin.

Il n'est pas douteux qu'il ne faille aussi, dans les circonstances où se manifeste l'impuissance du médicament, faire la part de l'accoutumance; et il n'est pas indifférent de rappeler, à ce propos, la remarque faite par M. Cl. Bernard, relativement aux jeunes animaux soumis à l'influence de la narcéine.

« Ils présentent, dit-il, une accoutumance rapide aux effets soporifiques des trois substances (morphine, codéine et narcéine). J'ai constaté que ces phénomènes d'accoutumance sont quelquefois de longue durée (1). »

Vous verrez, Messieurs, par quelques-uns des faits qui vont suivre, que ces remarques peuvent également trouver leur application dans l'observation des effets de la narcéine chez les jeunes enfants.

Quoi qu'il en soit, ni dans les cas qui précèdent ni dans plusieurs autres que j'ai observés, l'administration de la narcéine n'a donné lieu à aucun accident notable; je n'ai pas vu constamment se produire des vomissements, sous son influence, même chez les enfants du sexe féminin. Il est vrai que des vomissements ont eu lieu chez deux de nos petits malades pendant qu'ils étaient soumis à l'usage de la narcéine, mais il est évident qu'elle n'en était point responsable. L'un d'eux, en effet, affecté de phthisie tuberculeuse, ne vomissait qu'à la suite de l'administration de l'huile de foie de morue dont il n'a pris que très-difficilement l'habitude; l'autre, qui subissait les accidents paralytiques locaux consécutifs à une angine diphtéritique, ne vomissait qu'au moment où il prenait des aliments; d'ailleurs, ces vomissements, ou plutôt ces regurgitations, ont continué après la suppression de la narcéine, ce qui démontre bien qu'ils ne devaient pas être attribués à cette dernière.

Il résulte, Messieurs, des observations réalisées par MM. Debout et Béhier, qu'une certaine difficulté dans l'émission des urines est quelquefois la conséquence de l'administration de la narcéine; ce résultat concorde, d'ailleurs, avec celui de l'expérimentation sur les animaux, car M. Ch. Lecomte avait noté que les chiens auxquels il avait injecté la narcéine, rendaient généralement des matières fécales sans rendre de l'urine (1). Je n'ai pas observé jusqu'ici ce symptôme chez mes petits malades : un seul d'entre eux a accusé des besoins fréquents d'uriner, mais le malade se trouve être celui chez lequel l'emploi de la morphine avait été substitué à l'usage de la narcéine, et ce n'est qu'après cette substitution que se manifesta le léger accident dont il s'agit.

Je pense, néanmoins, qu'il est sage de faire, à cet égard, quelques réserves, en raison des difficultés qu'il y a à constater des phénomènes de cette nature chez de jeunes sujets, ineptes pour la plupart à produire leurs sensations, et réalisant leurs déjections de manière à en rendre le contrôle à peu près impossible.

Si dans les faits qui ont été soumis à mon observation et dont quelques-uns viennent de vous être exposés, les effets de la narcéine se sont produits constamment avec l'immunité qui est propre à cet agent thérapeutique, il ne semble pas qu'il en doive toujours être de même, à en juger par le cas suivant; il est, à la vérité, le seul de ce genre que j'ai observé; mais bien que constituant une exception rare, il mérite d'autant plus d'être connu dans ses principaux détails qu'il consacre un résultat véritablement inattendu :

Un garçon de treize ans (salle Saint-Paul, n° 26), présentant tous les signes physiques et fonctionnels de la phthisie pulmonaire tuberculeuse au premier degré, était depuis longtemps privé de sommeil la nuit; il était réveillé à tout instant par la toux et le besoin d'une expectoration abondante et muco-purulente.

Le 4 septembre 1864, il prend pour la première fois une cuillerée de sirop de narcéine (par conséquent 0,01 centigramme de principe actif).

La nuit est excellente; jamais cet enfant n'avait autant ni si bien dormi depuis trois mois qu'il est à l'hôpital; il a aussi expectoré beaucoup moins abondamment que d'habitude. La dose du sirop de narcéine est portée dès le lendemain à deux cuillerées, 40 grammes.

La nuit a été moins bonne que la précédente; le malade s'est réveillé plusieurs fois pour tousser, mais il se rendormait presque immédiatement après. Le médicament est maintenu à la même dose, savoir 40 grammes de sirop (0,02 centigrammes de narcéine).

La nuit s'est passée sans sommeil et n'a pas différé de celles qui avaient précédé l'administration de la narcéine; de plus le malade accuse *des picotements* dans les yeux.

Les deux jours suivants, on donne successivement trois et quatre centigrammes de narcéine, c'est-à-dire trois et quatre cuillerées de sirop.

Non-seulement il n'y a pas de sommeil, mais les nuits paraissent être moins bonnes, ou mieux plus mauvaises que d'habitude. — En outre, le malade se plaint de vives coliques et d'une forte pesanteur de tête le matin.

A la narcéine, qui est alors supprimée, on substitue le sirop de morphine.

Une cuillerée donnée le premier jour ne produit pas d'effet bien sensible.

Deux cuillerées, le lendemain, amènent un peu de sommeil; le troisième jour, le sommeil dure presque toute la nuit, et de même les jours suivants jusqu'au 4 octobre, époque à laquelle quelques accidents intercurrents, qui ne sont point du fait de la médication, obligent à la suspendre.

Chose remarquable, pendant tout le temps qu'a duré l'administration de la morphine, l'enfant n'a pas accusé la moindre lourdeur de tête, et il était, comme vous le pensez bien, Messieurs, soigneusement interrogé à cet égard.

Il s'est donc produit, dans ce cas, un effet inverse de celui auquel on avait droit de s'attendre, et il semble que la morphine ait usurpé pour ainsi dire les qualités de la narcéine. C'est là une nouvelle preuve de l'influence de ces conditions complexes de l'expérimentation thérapeutique dont je vous parlais au début de cette étude, conditions que l'on ne doit jamais perdre de vue, quoique souvent insaisissables, dans leur nature, pour ne pas trop subir le joug des surprises que nous ménage la pratique.

Sous l'influence du sommeil narcéique, la toux a été à peu près constamment calmée chez nos petits phthisiques; ce calme est d'ailleurs une conséquence pour ainsi dire obligée de l'effet hypnotique. Toutefois, l'expectoration ne nous a pas paru subir de modification bien appréciable ni dans sa quantité, ni dans sa qualité; dans un seul cas, tout au plus (celui que j'ai relaté en dernier lieu), l'expectoration se montra très-passagèrement un peu moins abondante; mais je ferai remarquer que ce symptôme fait souvent défaut chez les enfants et qu'il est, en tout cas, plus difficile à apprécier à cet âge que dans l'âge adulte; aussi le résultat quasi négatif qui précède n'implique pas, en réalité, contradiction avec le résultat obtenu à cet égard par M. Béhier, qui a presque toujours observé, chez les phthisiques de son service soumis à l'usage de la narcéine, une diminution dans la quantité de l'expectoration, et en quelque sorte dans sa consistance.

Quoi qu'il en soit, l'action simultanément hypnotique et sédative de la narcéine, bien établie par la plupart des faits qui précèdent, nous avait paru, *à priori*, pouvoir être mise à profit dans une affection dont les manifestations nocturnes troublent plus ou moins le repos et le sommeil des enfants, et apportent par là de profondes perturbations dans l'organisme, je veux parler de la coqueluche. C'est surtout en vue des quintes nocturnes que nous avons, dans cette affection, essayé la narcéine; or, les deux faits qui suivent vont vous montrer, Messieurs, que cet essai a donné lieu à des résultats très-encourageants.

Le 23 août 1864 entrait à l'hôpital des Enfants (salle Sainte-Geneviève, n° 2, service de M. H. Roger, suppléé par M. Bouchut) une petite fille de quatre ans, affectée de coqueluche depuis environ trois semaines, avec ulcération blanc-grisâtre du frein de la langue; elle avait de nombreuses quintes suivies de vomissement le jour et la nuit, et ni le sirop de belladone, ni la respiration d'une atmosphère chargée des produits d'épuration du gaz de l'éclairage, successivement et simultanément employés, n'avaient amené aucune modification dans l'état de la petite malade.

(1) *Formulaire sur l'emploi des médicaments nouveaux.*
(2) *Bulletin de thérapeut. méd. et chirurg.*, t. LXVII, p. 157.

(1) *Loc. citat.*, p. 198.

(1) *Bull. de la Société de Biologie*, t. IV, p. 30. 1852.

Le 12 septembre, le nombre des quintes était exactement de cinq à six dans la journée, et de trois *très-fortes* dans la nuit. Le sirop de narcéine fut alors donné pour la première fois à la dose de 20 grammes, une cuillerée le soir.

Les deux premiers jours il n'y eut pas d'effet très-sensible.

Mais le 16 septembre les quintes de nuit firent totalement défaut; le sommeil fut complet, et les quintes de la journée furent réduites de deux; le sirop de narcéine est continué à la même dose.

Le 17 et le 18, l'amélioration persiste, et toute la nuit se passe sans quintes et dans le plus tranquille sommeil.

Mais le 19, deux fortes quintes ont reparu la nuit, sans être suivies, toutefois, des vomissements habituels; ceux-ci reparaissaient à leur tour le lendemain.

Ce changement subit eût pu tout d'abord être mis sur le compte de l'accoutumance et fournir l'indication d'augmenter la dose du médicament; mais sa cause réelle se révélait bientôt par les manifestations prodromiques d'une rougeole qui ne tarda pas à éclater. Dans ces conditions, il n'y avait guère lieu de continuer fructueusement l'essai de la narcéine; elle fut suspendue.

L'expérimentation, dans ce cas, est donc restée incomplète, mais la réalité du résultat obtenu ne permet pas de lui refuser une certaine valeur; ce premier résultat, du moins, était de nature à légitimer de nouveaux essais, et parmi ceux qui ont été réalisés depuis, le suivant démontre plus évidemment encore l'action favorable de la narcéine dans la maladie dont il s'agit.

Un petit garçon âgé de trois ans et demi, couché au n° 11 de la salle Saint-Louis, atteint de coqueluche depuis trois semaines (avec ulcération du frein de la langue), avait été soumis, sans résultat notable, à l'usage du sirop de belladone et du café.

Le 20 septembre, il y avait dix quintes dans la journée, suivies de vomissement, et trois ou quatre dans la nuit; le sirop de narcéine fut prescrit à ce moment à la dose de 30 grammes le soir (1 centigr. 1/2 de principe actif).

Cinq jours après, l'amélioration est telle que la nuit entière se passe en un bon sommeil, sans une seule quinte, et au lieu de dix quintes dans le jour, il n'y en a plus que trois fortes et deux petites, mais ni les unes ni les autres ne sont accompagnées de vomissement.

Le 1er octobre, il n'existait plus que trois accès dans la journée, et la nuit continuait à se passer sans quintes et avec un sommeil tranquille.

Nous avons dû laisser là le cours de cette observation, mais nous savons que le rétablissement complet du petit malade n'a pas tardé à se produire.

Je n'ignore pas, Messieurs, — et je vais au-devant d'une objection qui pourrait m'être faite, — qu'à la période où était arrivée la maladie dans les deux faits qui précèdent, la plupart des médications ont plus de chance de réussir, leur action, si elle existe en réalité, étant singulièrement favorisée par le decursus naturel de l'affection; mais je ferai remarquer que, dans le deuxième cas surtout, l'intensité des manifestations était, pour ainsi dire, à son summum; or, la rapidité de l'amélioration coïncidant juste avec l'administration de la narcéine ne permet pas, ce me semble, de mettre en doute la réalité de son influence, si l'on songe surtout que cette amélioration a porté, tout d'abord et essentiellement, sur les manifestations nocturnes de la maladie.

Je ne fais pas, néanmoins, difficulté de reconnaître que ces faits ne sauraient suffire, quant à leur nombre surtout, pour permettre de juger définitivement la réalité de l'action adjuvante de la narcéine dans la coqueluche; aussi, Messieurs, ne les ai-je produits devant vous, je le répète, qu'à titre d'essais, très-propres, cependant, par leurs résultats à encourager de nouvelles tentatives.

D'ailleurs, dans cette étude dont je ne saurais dissimuler l'imperfection, je n'ai eu d'autre prétention que celle de contribuer, pour ma part, à frayer la voie nouvelle ouverte à la thérapeutique par l'introduction d'un médicament appelé, il est déjà permis de l'affirmer, à rendre de grands services; ces recherches demandent à être poursuivies et je ne les abandonne point; cette première communication m'engage trop envers la société pour que je ne me fasse pas comme un devoir de vous faire part, Messieurs, des résultats de mes recherches ultérieures sur ce sujet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mars 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport d'épidémie, par M. le docteur Gevrey, de Vesoul. (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur A. Dubois sur le service médical des eaux minérales de Vichy pour l'année 1863. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Batailhé, qui se présente comme candidat dans la section de thérapeutique.

2° Une observation de charbon malin spontané chez un homme de trente-cinq ans suivi de mort, par M. le docteur Rascol, de Murat. (Commissaire : M. Gosselin.)

3° Une note de M. Maisonneuve concernant un nouveau perfectionnement apporté aux instruments usuels de lithotritie.

« J'ai pensé, dit M. Maisonneuve dans cette note, qu'il pouvait être utile de faire connaître un perfectionnement nouveau qui facilite encore l'opération si délicate de la lithotritie, en remplissant une indication importante, à laquelle tous les opérateurs regrettaient qu'on n'eût pas encore satisfait.

« Cette indication consiste à pouvoir à chaque instant de l'opération introduire à volonté dans la vessie telle quantité de liquide que l'on juge convenable, et cela sans que l'opérateur soit obligé de retirer et de réintroduire ses instruments.

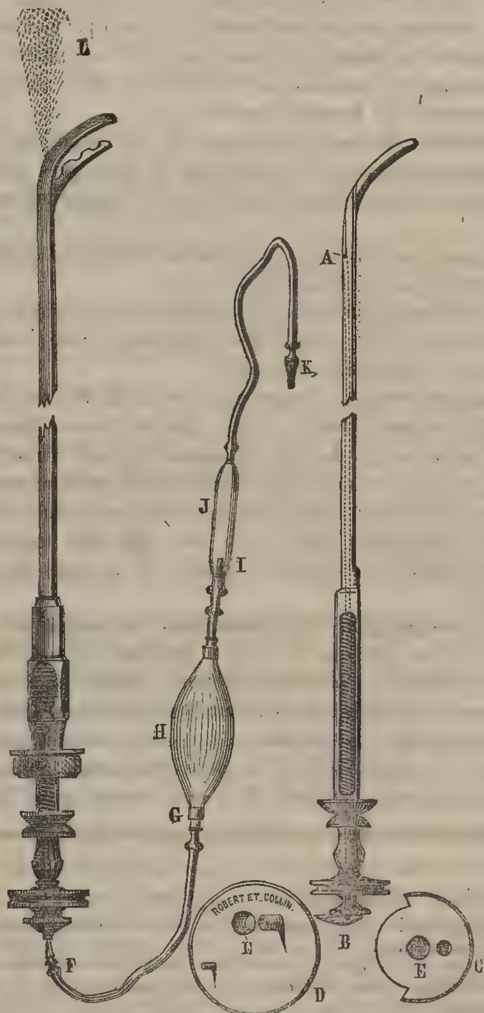
« Dans ce but, nous avons eu l'idée de transformer la branche mâle du lithotribe en un tube ouvert à ses deux extrémités. Dès lors, rien n'est plus facile à l'opérateur que d'injecter par ce tube telle substance liquide ou gazeuse qu'il juge convenable, et cela pendant toute la durée de l'opération.

« Grâce à l'habileté de nos ingénieux fabricants MM. Robert et Collin, l'exécution de ce perfectionnement a été si parfaitement comprise qu'ils ont pu l'appliquer à toutes les variétés du lithotribe sans altérer en rien ni le volume ni la forme des instruments primitifs, non plus que leur mécanisme ou leur solidité.

« Déjà plusieurs fois nous avons eu l'occasion de faire usage du lithotribe injecteur, et l'expérience a confirmé de tous points nos prévisions. Non-seulement nous avons pu sans retirer l'instrument introduire dans la vessie telle quantité de liquide que nous jugions convenable, mais encore en nous servant d'un tube en caoutchouc nous avons pu faire exécuter ces injections par un aide sans même interrompre nos manœuvres de trituration.

« Il est un autre avantage de cet instrument auquel je n'avais pas songé tout d'abord et dont l'importance me paraît néanmoins plus considérable encore, je veux parler de la facilité avec laquelle il se prête à la distension de la vessie par les substances gazeuses.

« Jusqu'à présent les chirurgiens n'ont point employé ces substances pour distendre la vessie; mais, d'une part, si l'on considère que la vessie, si généralement réfractaire au contact des liquides, se prête avec la plus grande facilité à la distension par les substances aériformes dont l'élasticité ne heurte pas aussi péniblement son tissu délicat; d'autre part, si l'on observe qu'il existe des gaz, tel que le gaz carbonique, qui possèdent une propriété stupéfiante dont on peut tirer un parti précieux pour calmer l'irritabilité de l'organe, on comprendra facilement combien il peut être utile dans les opérations de la taille ou de la lithotritie de substituer les substances aériformes aux liquides. Seulement ces substances sont tellement difficiles à retenir qu'il n'était pas possible de songer à en faire usage sans avoir préalablement le moyen de les renouveler à mesure qu'elles échappent. Or, jusqu'à présent ce moyen n'existait pas. Mais actuellement qu'à l'aide du lithotribe injecteur et du tuyau de caoutchouc il est devenu facile d'entretenir la vessie dans un état de distension régulière, rien ne s'oppose plus à l'emploi de ce précieux moyen. »



A. Canal injecteur fixé sur le trajet de la branche mâle jusqu'à l'embouchure B.
E. Rondelle entonnoir communiquant avec le canal injecteur.
D. Rondelle destinée à ouvrir ou à fermer l'extrémité manuelle du tube.
H. Appareil injecteur et aspirateur dont l'extrémité F est engagée dans l'embouchure B pour lancer ou aspirer les liquides.

— M. VELPEAU présente à l'Académie deux brochures de M. le docteur Namias (de Venise), la première sur quatre cas d'aphémie, et la deuxième sur l'infection purulente;

Et au nom de M. le docteur Thomas (de Tours) un *Traité d'ostéologie comparée*, avec atlas.

— M. MÉLIER présente au nom de M. le docteur Lebret un travail sur les eaux de Baréges et sur les eaux sulfureuses en général.

— M. TARDIEU fait hommage à l'Académie au nom de M. le docteur Brierre de Boismont de la nouvelle édition de son ouvrage sur le suicide.

— M. DEPAUL dépose sur le bureau une notice de M. le docteur Dreyfus sur les eaux sulfuro-calciques de Thieux (Seine-et-Marne).

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROGER, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports sur des demandes d'application des décrets relatifs aux remèdes secrets. Les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

La médecine en Cochinchine. — M. BRIQUET lit un rapport sur diverses communications adressées par MM. les docteurs Morrache, Gimelle et Armand, médecins militaires attachés à l'expédition de Cochinchine. Le rapport s'étend particulièrement sur les communications de MM. Morrache et Gimelle qui font connaître une foule de détails intéressants sur la manière dont la médecine est exercée en Cochinchine, sur les mœurs de ce pays et sur les maladies qui y règnent.

M. le rapporteur termine en proposant d'adresser une lettre de remercîments à MM. Morrache et Gimelle.

M. LARREY exprime le regret que M. le rapporteur ait omis dans ses conclusions de comprendre le nom de M. Armand, qui a déjà fait plusieurs communications d'un grand intérêt à l'Académie sur le pays dont il s'agit; et il propose que des remercîments lui soient aussi adressés.

M. BRIQUET n'a aucune objection à faire à la proposition de M. Larrey, et il l'accepte volontiers. S'il n'avait pas cru devoir mentionner le nom de M. Armand dans les conclusions de son rapport, c'est que son analyse a plus particulièrement porté sur les travaux de MM. Morrache et Gimelle.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport avec la proposition de M. Larrey acceptée par M. Briquet.

Les conclusions ainsi modifiées sont adoptées.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

La section a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Lafosse à Toulouse;

En 2e ligne, M. Ladvocat à Toulouse;

En 3e ligne, M. Merche, vétérinaire de l'armée.

Le nombre des votants étant de 55,

M. Lafosse obtient au premier tour 49 voix;

M. Merche, 4 voix.

Un billet blanc.

M. Lafosse ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé élu.

— A 4 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'hygiène sur les candidats à la place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séances des 20 janvier et 3 février 1865. — Présidence de M. FORGET.

M. Deville fait hommage à la Société d'un mémoire qu'il a adressé à M. le préfet de la Seine, sur la mortalité dans Paris, pendant une période de vingt-quatre ans. M. Gros est nommé rapporteur.

Discussion sur le mémoire de M. Voisin. — De la myélite causée par le froid.

M. DUCHENNE (de Boulogne). L'excellent travail de M. Voisin est une sorte de protestation contre la tendance générale des observateurs à considérer, depuis les publications de Mackensie, toutes les paralysies occasionnées par l'impression du froid comme des paralysies périphériques, tandis que suivant M. Voisin elles seraient symptomatiques d'une lésion du centre cérébro-spinal.

M. Duchenne partage, en grande partie, l'opinion de son savant confrère, en faisant toutefois certaines réserves. Il craint qu'après avoir lu le travail de M. Voisin l'on ne tombe dans un extrême opposé aux idées de Mackensie; ce qui serait, suivant lui, contraire à la vérité.

En effet, non-seulement il existe des paralysies périphériques bien connues, par impression d'un courant d'air froid, comme les paralysies rhumatismales de la septième paire du nerf radial; mais il est incontestable que des membres plongés dans l'eau froide ou glacée ont été également frappés de paralysies partielles et périphériques. Ici M. Duchenne en rappelle plusieurs exemples qu'il a recueillies dans les hôpitaux, et dont quelques cas ont été publiés dans la dernière édition de son *Traité d'électrisation localisée*.

Après avoir fait ces réserves, M. Duchenne rapporte, à l'appui de l'opinion de M. Voisin, des faits qui démontrent que l'impression directe de l'eau froide ou glacée produit quelquefois des paralysies symptomatiques d'une lésion des centres nerveux, lésion qui peut siéger dans les méninges, ou affecter la substance de la moelle ou de l'encéphale.

Un homme prend un bain de siége à la glace, et à l'instant même il est frappé de paraplégie. Deux ans après, M. Duchenne, appelé à le visiter, constate que cette paraplégie n'a pas été suivie d'atrophie, et que la contractilité électro-musculaire a été conservée intacte. Sans entrer dans les détails de cette observation, M. Duchenne déclare que la lésion a dû siéger dans les enveloppes de la moelle. Il pourrait encore, dit-il, joindre à ces faits d'autres analogues.

Il a vu aussi l'impression de l'eau froide ou glacée produire des paralysies plus ou moins étendues, caractérisées par l'abolition de la contractilité électro-musculaire et de la sensibilité, et par l'atrophie consécutive des muscles. Ces paralysies, dues à une altération de la substance médullaire, rentrent dans la catégorie des faits qui font le sujet de la communication de M. Voisin. Ces paralysies centrales ne sont certainement pas aussi communes que les paralysies périphériques à frigore; M. Duchenne en rapporte un exemple remarquable.

Après avoir ingéré en excès des boissons alcooliques, un étudiant russe, âgé de 18 à 19 ans, eut l'idée de se rouler nu dans la neige. Immédiatement il fut pris de délire et de fièvre, et sa vie fut en danger. Il était aussi complétement privé de mouvement. Après vingt jours de maladie, la fièvre était tombée, mais la paralysie persistait dans les membres inférieurs et dans les mains. Cependant, à la longue, il recouvra un grand nombre de ses mouvements, et lorsqu'il vint à Paris, vers l'âge de 30 ans, M. Duchenne constata, par l'exploration électrique, qu'un très-grand nombre de muscles étaient complétement atrophiés. Au premier abord cette affection offrait l'aspect de l'atrophie musculaire progressive, mais l'histoire qui vient d'être relatée démontre que cette atrophie a dû être produite par une altération de la substance médullaire, comme on l'observe dans les paralysies spinales de l'enfance.

Dans le cas rapporté par M. Voisin, cas où les accidents offrent une singulière analogie d'origine avec les précédents, ils ont eu une issue funeste qui a permis de constater, par l'examen nécroscopique, l'intensité des désordres médullaires; il est très-probable que si le sujet n'avait pas succombé, les lésions périphériques consécutives et symptomatiques de l'altération centrale eussent été semblables à celles qui viennent d'être mentionnées.

En somme, l'impression du froid prolongé (courant d'air froid, eau froide ou glacée) peut produire des paralysies symptomatiques d'altérations des centres nerveux, soit des méninges, soit de la substance médullaire ou cérébrale; mais il est incontestable que plus fréquemment les mêmes causes peuvent produire des paralysies périphériques habituellement partielles.

M. GUIBOUT. Il y a quelque temps j'ai eu l'honneur de vous communiquer l'observation intéressante d'un jeune homme qui fut amené dans mon service à l'hôpital Saint-Louis pour une myélite aiguë, qui détermina promptement la paralysie des membres inférieurs, de la vessie, du rectum, amena de vastes eschares à la région fessière, et finalement se termina par la mort. Je vous ai dit que ces accidents

si formidables de méningo-myélite avaient débuté, au milieu de la plus belle santé, très-brusquement, et le lendemain d'une nuit pendant laquelle le coït avait été pratiqué quatre fois de suite.

J'ai aujourd'hui à vous exposer brièvement un cas tout à fait semblable au point de vue de la nature de la maladie, puisque c'est aussi une myélite suivie de la paralysie complète des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, seulement ce dernier cas diffère du premier sous le rapport de son étiologie. Dans le premier la cause était la surexcitation du coït plusieurs fois répété, ayant amené la congestion de la substance médullaire, son inflammation et bientôt après son ramollissement et sa complète désorganisation. Dans le deuxième cas, c'est le froid, et spécialement l'action d'un froid humide qui a été l'agent producteur de ces mêmes accidents médullaires. Ce cas d'inflammation des centres nerveux par l'action du froid est tout à fait de la nature de ceux qui vous ont été cités par M. Voisin. Ce n'est point là du tout la paralysie rhumatismale, ou paralysie produite par l'action du froid impressionnant les extrémités périphériques des houppes nerveuses; c'est l'action du froid pénétrant directement jusqu'à la moelle, et y déterminant tout de suite un désordre pathologique tel, que les accidents paralytiques les plus sérieux et les plus complets en sont la conséquence en attendant que la mort vienne terminer la scène.

Le malade est couché au n° 55 de la salle Saint-Charles à l'hôpital Saint-Louis. C'est un jeune homme, Italien, bien constitué, ayant toujours eu la plus belle santé, il est fumiste; il fut obligé de travailler pendant toute une journée dans une cave froide et très-humide, et c'est le lendemain même qu'il a été pris de douleurs vives dans la région lombaire, fourmillements, affaiblissement dans les membres inférieurs, puis paralysie complète de ces membres, frisson intense suivi d'une fièvre ardente; c'est dans cet état qu'il a été reçu d'urgence à Saint-Louis, où il est encore aujourd'hui.

Or, en présence de ces accidents généraux sérieux, frisson et fièvre, perte d'appétit, et de ces accidents et troubles fonctionnels, tels que paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du rectum, personne ne pourra dire qu'il y a là une simple paralysie rhumatismale périphérique. Tous les accidents sont ceux de la méningo-myélite la plus caractérisée. Or, comme ces accidents se sont développés immédiatement après le séjour du malade dans un lieu froid et humide, on se trouve en droit de conclure *qu'il y a là un exemple d'affection des centres nerveux mêmes, produite par l'influence directe du froid.*

M. JULES WORMS. Je ne puis partager l'opinion de mon ami M. Voisin, qui voudrait attribuer à des lésions des centres nerveux *toutes* les paralysies produites par le froid, et je le trouve bien sévère pour la théorie de Graves sur les paralysies périphériques; non pas que je prétende nier que dans quelques cas l'impression d'un froid très-grand n'agisse directement sur la moelle ou le cerveau et ne détermine un trouble plus ou moins considérable dans la motilité et la sensibilité générale. La seconde observation de M. Voisin rentre dans cette catégorie; dans la première la paralysie est plus douloureuse et le malade semble avoir succombé à une apoplexie pulmonaire. Mais partir de quelques faits pour mettre en doute la paralysie périphérique sans lésion centrale ne me semble pas justifié.

L'argument dont se sert notre honorable collègue pour repousser ce genre de paralysie repose principalement sur l'absence d'autopsies. Autant vaudrait nier toutes les maladies dont on ne meurt pas. La paralysie périphérique est la plupart du temps passagère, curable, peu étendue; et le fait seul de la gravité du mal me semble un des points de diagnostic les plus importants entre la forme centrale et la forme périphérique. Celle-ci existe bien certainement et les faits abondent pour la démontrer. Le plus souvent une région limitée du corps est seule atteinte, les avant-bras chez les blanchisseuses, les membres inférieurs chez les mariniers, les sphincters de l'anus dans des contrées où les fosses sont très-aérées par des courants d'air; l'action d'un courant d'air très-vif frappant un point du corps, produit plus souvent la paralysie que l'impression durable d'un froid intense. Pendant la campagne de Crimée j'ai vu bon nombre de congélations et fort peu de paralysies.

La forme périphérique n'exclut pas l'étendue de la paralysie; dans une petite étude que j'ai faite de ce genre de lésion (*Gazette hebdom.* 1863, n° 46) j'ai cité un fait détaillé d'un cas de paralysie produite par un courant d'air que j'avais observé et dans lequel la motilité de tous les muscles innervés par des rameaux périphériques, ceux des paupières, de la face, des lèvres, les intercostaux, les abdominaux, ceux des membres supérieurs et inférieurs, a été suspendue presque complétement pendant huit jours. La sensibilité était abolie ou diminuée; la contractilité électrique, au contraire, était intacte; les appareils des sens n'étaient pas atteints; l'intelligence était nette; la déglutition et la miction étaient normales.

Le malade a guéri pour ainsi dire sans traitement au bout de dix jours.

Je suis persuadé, malgré l'absence de la démonstration anatomique, que les centres nerveux n'ont pas été atteints dans ce cas, et que les filets nerveux seuls de la surface du corps ont éprouvé ce singulier trouble fonctionnel.

Et d'abord, pour écarter l'idée d'une lésion des centres nerveux qui, en présence d'une paralysie faciale, et très-faciale, se serait étendue au cerveau, il y avait l'absence complète de troubles de l'intelligence, de congestion cérébrale ou médullaire, de contracture, etc.

Mais ce qui serait surtout extraordinaire dans une lésion dans laquelle entrait forcément la base du crâne, vu la paralysie de la cinquième et la septième paires, ce serait ce respect bizarre pour les origines des nerfs qui ne s'épanouissent pas à la périphérie comme l'optique, l'olfactif et l'auditif qui, dans mon observation, n'ont pas présenté le moindre trouble fonctionnel. La raison peut ici avantageusement remplacer le scalpel et le microscope et maintenir même, en l'absence des preuves anatomiques, la légitimité de la paralysie périphérique produite par le refroidissement.

M. DUCHENNE (de Boulogne) insiste sur l'existence de paralysies périphériques localisées et de paralysies périphériques généralisées. La difficulté de leur diagnostic est levée par la constatation du signe suivant :

Dans la paralysie périphérique la contractilité électrique est intacte et on n'observe pas de phénomènes réflexes.

Dans la méningite par le froid la contractilité électrique est intacte à la vérité, mais il se produit des phénomènes par action réflexe, même lorsque la sensibilité est abolie.

M. AUGUSTE VOISIN. L'argumentation de M. Worms porte sur le point capital de mon travail, à savoir que les grandes paralysies, les paralysies produites par le froid dépendent toujours d'une lésion primitive de la moelle et non pas d'altérations des rameaux nerveux périphériques. M. Worms admet bien qu'il peut se produire à la longue des lésions médullaires, mais, *pour lui*, elles sont toujours secondaires par rapport à l'altération primitive des houppes nerveuses périphériques.

Pareille interprétation des phénomènes me semble en désaccord complet avec les faits que je vous ai présentés. L'individu qui fait l'objet de l'observation première est mort quarante-huit heures après une submersion de trois quarts d'heure dans une eau glacée. Il existait une congestion méningo-médullaire des plus intenses et la moelle était déjà en voie de ramollissement. Le deuxième malade a été pris d'une paralysie des quatre membres six à sept heures après l'action d'un froid de 10° à 12°. Dès l'abord, les mouvements réflexes, ce signe précieux des lésions de la moelle, se sont produits avec la plus grande facilité; joignez-y les douleurs dorsales et vous avez dans la paralysie les mouvements réflexes et ces douleurs, une triade symptomatique, pathognomonique, de lésions médullaires, que l'autopsie a, du reste, démontrées.

Il me paraît impossible de méconnaître ici l'action primitive du froid sur la moelle; la relation de cause à effet est trop rapide pour laisser croire à une lésion médullaire produite par l'intermédiaire des houppes nerveuses périphériques primitivement altérées.

Rappelez-vous encore les faits de Bouillaud, Cruveilhier, Walford, Sppolzer, Frerichs, Stein, Matice, et vous serez convaincus que cette rapidité de production des lésions médullaires, à la suite de l'impression du froid, prouve l'impression morbide primitive de ce centre nerveux.

M. Worms nous a dit encore que la coïncidence de phénomènes paralytiques de la face avec la paralysie des quatre membres, ainsi qu'il l'a observé sur un malade, démontrait d'une manière certaine que l'action du froid se portait primitivement et exclusivement sur les nerfs périphériques. J'avoue que je ne comprends pas pourquoi le mésocéphale et la moelle allongée d'où naissent les nerfs facial, hypoglosse, glosso-pharyngien, paralysés en partie chez son malade, ne peuvent pas être, aussi bien que la moelle elle-même, le siége d'une congestion et de produits exsudatifs qui nuisent à leur action. La réponse est même pleinement affirmative avec le fait de Romberg, montrant un caillot organisé dans le pont de Varole.

M. Worms ne croit pas non plus que le froid puisse déterminer des altérations cérébrales; voici cependant les observations de M. Larrey, où des troubles mentaux et sensoriels se rattachaient à des lésions congestives et des exsudats des méninges et du cerveau, et mon second malade qui présentait de nombreux exsudats méningés à la base de l'encéphale.

En résumé, je persiste à affirmer que le froid peut déterminer des lésions primitives des centres nerveux et que les grandes paralysies, les paraplégies contractées dans ces circonstances, sont toujours liées à des lésions médullaires.

Le secrétaire annuel, D. COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département du Gers, M. le docteur Motas;

Des médecins du département de Vaucluse, M. le docteur Nillet;

De Saint-Martial, à Marcillac (Aveyron), M. le docteur Volonzac, maire.

ACTE DE DONATION. — L'ancienne Société scientifique connue sous le nom de *Cercle médical de France*, qui siégeait au palais des Tuileries, dans sa séance du 26 juin 1850, sous la présidence de M. le docteur Caffe, après avoir approuvé le compte du trésorier, M. le docteur Tassy, décida que l'excédant des recettes sur les dépenses, s'élevant à la somme de 527 fr. 75 c., serait placé à la Caisse d'Épargne de Paris.

Ce capital et les intérêts cumulés ont produit à ce jour le chiffre de 844 fr. 05 c. Cette dite somme vient d'être donnée à la Caisse de retraite des médecins, dont le trésorier, M. le docteur Brun, a délivré reçu et donné décharge à MM. les docteurs Tassy et Caffe.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 39. — SAMEDI 1er AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 1er AVRIL 1865. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emploi interne de l'alcool à hautes doses dans les phlegmasies et les maladies fébriles.

Nous avons appelé l'attention de nos lecteurs, dans les *Revues* du 7 et du 21 janvier dernier, sur l'emploi de la médication vineuse dans les maladies aiguës, fébriles ou inflammatoires, médication qui, sans être nouvelle, a pris dans ces derniers temps une sorte de vogue qui en fait *quasi* une nouveauté. Maintenant ce n'est plus le vin seulement, c'est l'alcool lui-même, et l'alcool à hautes doses qui devient la médication favorite de nos voisins d'outre-Manche dans les maladies fébriles et inflammatoires; non assurément qu'on aille jusqu'à prétendre transformer l'action physiologique stimulante de l'alcool en propriété thérapeutique antiphlogistique, et voir dans cet agent un remède direct contre la fièvre ou l'inflammation; mais c'est justement dans cette action physiologique stimulante elle-même que les partisans de cette médication voient le moyen le plus convenable de remplir l'indication dominante à leurs yeux dans toute maladie aiguë, savoir celle de combattre la tendance, constante en pareil cas, à la dépression des forces vitales. C'est à ce titre que l'alcool, l'agent le plus capable d'être facilement assimilé, de soutenir la force nerveuse et de maintenir la chaleur animale, serait, suivant Todd, le plus ardent partisan et promoteur de cette médication, le remède capital dans les maladies aiguës.

Quoi qu'il en soit, l'alcool est en train de faire son chemin en thérapeutique parmi nous comme le vin a déjà fait le sien. Plusieurs de nos praticiens se sont mis à l'expérimenter et en ont constaté les bons résultats. M. le professeur Béhier, qui a déjà rapporté plusieurs observations très-favorables à cette médication dans ses *Conférences de clinique médicale de la Pitié*, vient de publier sur ce point de pratique une très-intéressante note dans le *Bulletin général de thérapeutique*. « J'ai depuis longues années, dit M. Béhier, employé, à doses assez généreuses, le vin dans le traitement des fièvres typhoïdes et d'autres maladies aiguës. Mon but était de soutenir les forces de l'économie et de l'élever au niveau de la tâche qu'elle avait à remplir. Partant de cette idée, la doctrine de Todd m'a semblé curieuse à expérimenter, et depuis deux ans, j'ai appliqué ce traitement à quarante-cinq malades. » Sur ce nombre, trente-quatre étaient atteints de pneumonie. Vingt-sept ont guéri. Les sept malades qui ont succombé ne doivent pas, suivant M. Béhier, être mis à la charge du traitement; car, au moment de l'entrée, ils étaient dans un état déjà fort grave, deux fois l'hépatisation était arrivée au troisième degré, et trois fois la pneumonie s'était déclarée chez des phthisiques déjà parvenus à la deuxième période. Enfin, le sixième malade était atteint d'une bronchite généralisée et de diarrhée, en même temps que de sa pneumonie, parvenue à l'état d'hépatisation rouge fort étendue, et se rapprochant de l'aspect de l'hépatisation grise sur certains points.

Parmi les autres malades, dix offraient surtout des formes ataxo-adynamiques très-graves. Comme Todd, M. Béhier a vu l'alcool faire cesser le délire, faire tomber le pouls, abaisser la respiration et déterminer souvent une transpiration abondante, malgré laquelle les forces se relevaient. Notre confrère assure n'avoir jamais observé le moindre signe d'ivresse.

Voici comment le moyen était administré : 80 à 120 grammes ou même 150, 200 et même 300 grammes d'eau-de-vie ordinaire étaient étendus de 80 à 120 grammes d'eau édulcorée. Une cuillerée de cette potion était donnée toutes les deux heures aux malades qui ne savaient même pas ce qu'ils prenaient. Chez huit de ces malades, M. Béhier a prescrit, concurremment avec l'eau-de-vie, l'acétate d'ammoniaque à la dose de 8 à 22 grammes dans une potion de 150 grammes. Une cuillerée à bouche de cette potion était administrée de deux en deux heures, en alternant avec la potion alcoolique, de façon que chaque heure le malade prenait une cuillerée de l'un ou l'autre médicament.

Chez les autres malades, la potion alcoolique a été administrée seule. En agissant ainsi, M. Béhier a cherché à varier les conditions de l'expérimentation; il convient n'avoir observé aucune influence bien notable de l'addition ou de l'absence de l'acétate d'ammoniaque, médicament qui lui a donné ailleurs d'excellents résultats dans certains cas de pneumonies secondaires graves.

Il n'est pas douteux pour notre savant confrère, d'après les faits qu'il a recueillis, que l'eau-de-vie a puissamment contribué à sauver plusieurs des malades gravement atteints chez lesquels il l'a employée. On est, en effet, disposé à l'admettre avec lui, quand on sait combien une pneumonie est dangereuse chez des sujets de soixante-six, soixante-huit, soixante-dix ans, lorsqu'elle est accompagnée surtout de prostration profonde et de délire. Plusieurs des cas dans lesquels ce traitement a été appliqué étaient désespérés. M. Béhier a le soin de faire remarquer que pas un de ces malades graves n'était adonné à la boisson, ce qui exclut l'idée qu'on aurait eu affaire à des cas compliqués d'alcoolisme.

M. Béhier a tenté cinq fois le traitement de Todd dans la fièvre typhoïde, mais il n'en a obtenu aucun bon effet; il est vrai, ajoute-t-il, que les formes étaient très-graves et la maladie déjà ancienne. Mais dans quatre érysipèles de la face, les mêmes moyens ont trois fois arrêté presque instantanément le délire que l'opium n'avait pu calmer, et les malades ont guéri. Le moyen a échoué chez le quatrième malade.

M. Béhier a également tenté l'emploi de l'alcool dans quatre cas de rhumatisme articulaire. Le premier était très-simple et subaigu. 120 grammes d'eau-de-vie administrés chaque jour ont très-promptement calmé les douleurs. Les deux autres exemples offraient des complications : l'un du côté de l'endocarde et du péricarde, avec délire intense, et qui, ayant résisté au musc et à l'opium, cessa brusquement par l'administration de 150 grammes d'eau-de-vie en doses fractionnées; le malade guérit. L'autre malade atteint d'un double épanchement pleurétique, en même temps que du rhumatisme, subit un amendement très-prompt par l'usage quotidien de 120 à 200 grammes d'eau-de-vie. L'effet le plus marqué de l'emploi de la médication dans ce dernier cas fut l'abaissement très-rapide du pouls, qui de 128 pulsations tomba à 88 ou 90, dès le premier jour de ce traitement. La guérison a eu lieu aussi dans ce cas là. Quant au quatrième cas, l'alcool est resté sans effet immédiat bien marqué, et la maladie a suivi sa marche.

Enfin, chez une femme qui au troisième jour de sa couche avait été prise de frissons violents qui avaient continué, malgré le sulfate de quinine, jusqu'au quatorzième jour, M. Béhier prescrit 100 grammes d'eau-de-vie, selon la formule indiquée plus haut. Le jour où cette prescription fut faite, la malade était en proie à un frisson tellement violent que son lit en tremblait; elle avait la face terreuse, jaunâtre, profondément décomposée; le pronostic était des plus graves. L'administration de l'alcool fit cesser le frisson et tomber la fièvre. A peine quelques frissons légers parurent-ils encore par la suite, à intervalles irréguliers; les forces se relevèrent, et tout finit par l'ouverture d'un vaste phlegmon dans le rectum.

L'exemple de M. Béhier sera certainement suivi, et il est inévitable qu'avant peu on soit en mesure de pouvoir apprécier la valeur réelle de la médication alcoolique et d'en formuler en connaissance de cause les indications et les contre-indications.

Des longues incubations du chancre infectant.

Il a été admis dans tous les traités classiques sur la syphilis deux propositions fondamentales à l'égard du chancre induré ou chancre infectant : l'incubation du chancre, et la durée moyenne de vingt-cinq jours entre le moment du coït suspect et l'apparition du chancre.

On connaissait cependant des faits où l'incubation du chancre consécutif à l'inoculation de la syphilis par le contact du pus d'ulcération secondaire, et par le sang des syphilitiques, avait été plus longue que ne l'est en général l'incubation dans les cas de chancres indurés communiqués par des chancres infectants. Mais, comme la contagion des accidents syphilitiques secondaires était considérée comme une exception, l'on n'avait pas cru pouvoir généraliser et admettre en principe les longues incubations.

A priori, la longueur du temps écoulé entre la réception d'un virus et l'apparition d'accidents peut atteindre des limites qui dépassent ce que l'on peut raisonnablement supposer. Nos lecteurs se rappellent un cas de rage humaine que la *Gazette* a publié l'année dernière (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 461) où l'on peut admettre une incubation de onze mois. Au moment de la discussion de l'Académie de médecine sur la fièvre jaune, on a cité des faits d'incubation de la fièvre jaune extrêmement longue.

M. Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, vient de publier un mémoire sur les longues incubations de la syphilis rempli de preuves à l'appui de cette proposition.

Ce ne sont ni les faits anciens que l'auteur a rapportés, ni les faits de contagion des accidents secondaires, ni les observations d'inoculations expérimentales de syphilis sur des hommes sains de Wallace, Rinecker, Guyenot, Waller, Bargioni, etc., qui ont entraîné la conviction de M. Fournier, ce sont des observations qu'il a prises lui-même et avec le plus grand soin.

Il s'agit de 18 observations; parmi celles-ci, quatre semblent douteuses et sont éliminées par l'auteur, et il reste 14 cas qui ont présenté une incubation de 17 jours, 3 semaines, plus de 3 semaines, 25 jours, 25 à 28 jours, 4 semaines, 3 semaines à 1 mois, 30 à 35 jours, 33, 35 et 36 jours, 33 à 40 jours, et enfin deux mois passés.

« Or, dit M. Fournier, les plus authentiques parmi ces faits, ceux auxquels pour des raisons diverses j'ai le droit d'accorder plus de créance, sont les observations dans lesquelles l'incubation a atteint la durée la plus longue ; » 34, 36, 37 jours, et plus de deux mois.

Les quatre malades auxquels l'auteur fait allusion sont des jeunes gens se trouvant à peu près dans des conditions identiques. Ils avaient été atteints d'une blennorrhagie quelques jours après un coït; ils avaient été traités par M. Fournier, et c'est après 34 à 70 jours, et sans que les malades aient vu des femmes, que des accidents se sont manifestés; un chancre induré est apparu.

Il faut supposer la bonne foi des malades entière, et M. Fournier a lieu de croire à leur sincérité. Il ajoute qu'il se porte garant de la bonne foi d'un des sujets en observation.

Voici, en résumé, l'un des faits les plus extraordinaires ayant trait à une incubation de 72 jours :

Un jeune homme avait eu des rapports avec une fille B..., et le dernier datait du 12 juin, jour où le jeune homme s'est aperçu qu'il avait un écoulement.

Pendant le mois de juin et de juillet, la blennorrhagie avait passé par des vicissitudes répétées; il y avait eu des alternatives de mieux et de pire, et, suivant l'habitude de quelques syphilitiques, il était allé consulter un peu tout le monde, prendre de tous les remèdes.

Le 27 août, il s'était découvert sur le gland une ulcération superficielle autour du frein, et il était venu consulter M. Fournier, qui avait diagnostiqué un chancre du frein. Le malade a affirmé qu'il n'avait pas vu de femme depuis le 12 juin.

Le 6 septembre, la maladie était on ne peut plus caractérisée; il y avait un chancre induré du frein et une adénopathie inguinale.

Par une bonne fortune exceptionnelle, il a été possible d'avoir des renseignements sur la maîtresse du malade. Elle était entrée le 23 juin à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Verneuil, qui a constaté sur les petites lèvres des érosions chancreuses infectantes, et a prescrit chaque jour une pilule de proto-iodure de 5 centigrammes.

Voici quels détails ont été fournis par les antécédents de la malade :

« Vers la fin de mai, elle s'aperçoit d'*une enflure aux parties;* malgré cela, elle accepte les avances d'un jeune homme, C..., et vit avec lui la première quinzaine de juin environ. »

Ces faits n'ont fait que confirmer une opinion que M. Fournier avait déjà conçue en compulsant les registres de l'hôpital du Midi, où il avait trouvé des observations où l'incubation du chancre infectant avait duré de 40 à 48 jours; mais comme l'auteur n'avait pu voir les malades, il avait attendu des faits plus concluants.

Les conclusions suivantes sont proposées par M. A. Fournier :

Le plus habituellement, l'incubation de la syphilis se prolonge au delà de trois semaines.

Il n'est pas rare qu'elle atteigne une durée de quatre à cinq semaines.

Parfois elle dépasse cette durée pour atteindre celle de six semaines.

Enfin, elle peut se prolonger même au delà; dans un cas, elle a dépassé le chiffre extrême de deux mois.

Aux yeux des dualistes, comme à ceux des unicistes, ces faits auront une valeur : rapprochés surtout des faits isolés cités çà et là dans les ouvrages des médecins qui ont passé par les hôpitaux de vénériens et réunis par M. Fournier, ils prouvent que la syphilis, comme les autres maladies virulentes, a quelquefois une période d'incubation très-longue.

La cause des incubations longues de la syphilis, suivant M. Fournier, est, pour la plus grande part, dans les conditions

ndividuelles plus ou moins bonnes du sujet qui reçoit le virus. Rien n'est plus juste à notre avis, et c'est une heureuse tendance que de rattacher aux individus, toujours si peu semblables les uns aux autres, des phénomènes variables. Cette manière d'envisager les choses a jusqu'ici fait faire plus de progrès à la science que le mysticisme médical qui mesure les maladies à des constitutions médicales non définies et à une puissance occulte variable des virus.

DE L'IDENTITÉ D'ORIGINE DE LA GRAVELLE,

du diabète et de l'albuminurie,

Par M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux minérales de Pougues.

(Mémoire présenté à l'Institut dans la séance du 27 mars 1865.)

En 1862, dans le rapport que j'adressais à M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur le service médical de l'établissement hydro-minéral de Pougues, et que l'Académie de médecine honora de la médaille d'argent, arrivé à cette classe de maladies que caractérise la présence de produits anormaux dans les voies urinaires, je m'arrêtais et posais le point d'interrogation suivant :

« Dans cette classe doivent se trouver :

« 1° La gravelle;

« 2° Le diabète;

« 3° L'albuminurie.

« Cependant un scrupule me retient, et je me demande s'il est bien logique ou tout au moins bien scientifique de placer ces affections parmi celles qui ont pour siége l'appareil urinaire. Sans doute, la manifestation la plus éclatante de ces affections se fait par cet appareil, mais ce n'est point à dire qu'elles aient leur origine dans un de ses organes...

« Mais alors, si on les enlève à l'appareil urinaire, dans quel cadre les faudra-t-il placer (1) ? »

Je viens aujourd'hui, après trois années de méditations et d'expériences nouvelles, remplacer par une affirmation le doute que m'avaient inspiré mes premières observations hydro-minérales. Pour moi, le point d'interrogation que je posais, en 1862, dans mes rapports annuels n'existe plus, et ces trois états morbides, avec leurs manifestations spéciales et leurs cortéges symptomatiques différents, sont produits par une cause identique, variable seulement dans les conditions de son existence, et dont le siége n'est pas circonscrit dans les limites étroites d'un émonctoire.

La diversité des phénomènes symptomatiques ne préjuge rien sur l'identité de la cause. L'électricité est vitrée ou résineuse selon les circonstances de son développement; le virus typhoïde, toujours le même dans son essence, revêt des physionomies diverses que tous les praticiens connaissent; il n'est pas une cause pathologique qui dans ses manifestations ne porte l'empreinte des milieux où elle se forme, et le grand tact médical, pour le dire en passant, consiste précisément à tenir compte de tous ces milieux, et à en dégager l'entité morbide qu'un caractère insolite cache aux yeux du vulgaire.

Ce sont là les véritables difficultés du diagnostic, et il n'est pas un praticien qui ne sache ces vérités beaucoup mieux que moi.

Passons donc, et arrivons à la démonstration des deux propositions suivantes qui font le sujet de ce travail :

1° Ni la gravelle, ni le diabète, ni l'albuminurie, ne sont des maladies de l'appareil urinaire;

2° Ces trois états morbides sont des manifestations diverses d'un trouble dans la digestion ou la nutrition, et la diversité d'expression que revêt ce trouble tient aux conditions dans lesquelles il se développe.

Comme on va le voir, la solution de la première de ces propositions m'a été singulièrement facilitée par les travaux modernes, et je n'aurai souvent besoin que de suivre mes devanciers pour me guider dans la voie où je m'engage. J'apporte une preuve nouvelle puisée dans l'observation de la clinique hydro-minérale, et mon ambition se borne à expliquer certains mystères de cette médication thermale tant obscurcie par les charlatans et les aveugles.

I.

La gravelle, le diabète et l'albuminurie ne sont pas des maladies de l'appareil urinaire?

Qu'on me permette d'intervertir l'ordre dans lequel je viens d'énumérer ces affections, et de commencer par celle où les dissidences sont les plus accentuées à cause précisément de la valeur des hommes qui, à son occasion, ont soutenu des opinions contraires.

Je veux parler de l'albuminurie.

Depuis les travaux de Bright et de M. Rayer, la science a tellement marché qu'une volte-face presque complète s'est opérée, et que bien peu aujourd'hui croient d'une manière absolue à la néphrite albumineuse. Les lésions des reins, souvent impuissantes à expliquer la présence de l'albumine dans les urines, ont fait place à une notion plus exacte, selon moi, de l'affection, et l'on est à peu près d'accord à cette heure que l'albuminurie précède dans l'immense majorité des cas les lésions des reins, et que la cause de l'affection est une altération du sang.

Je reviendrai plus loin sur cette dernière proposition.

Est-il nécessaire de rappeler les travaux qui en cette matière ont ramené la science sur son véritable terrain? Ces souvenirs historiques m'entraîneraient trop loin, et il suffit de savoir que de 1830 à 1855 les hommes les plus considérables de tous les pays ont préparé la voie à la doctrine qui a prévalu.

A cette époque, alors que la route était largement déblayée par les travaux, les observations et les expériences d'Elliotson, de Graves, de Gregory, de William Prout, d'Anderson, de Valentin, d'Owen Rees, d'Héaton, de Malmsten, de Lehmann, de MM. Devilliers et Regnauld, Blot et Édouard Robin en France; à cette époque, disons-nous (1855), M. Gubler, qui avait déjà observé et expérimenté, fit à l'hôpital Beaujon une série de leçons sur l'albuminurie.

Ces leçons n'ont point été publiées, mais M. Jaccoud les analyse de la manière suivante dans une note intercalée dans les *Leçons de clinique médicale de Graves* :

« Après avoir rappelé, dit-il, ses expériences, après avoir montré combien ces résultats étaient conformes aux enseignements de la physiologie, il établissait nettement que l'on n'arriverait jamais à une doctrine satisfaisante, aussi longtemps que l'on se bornerait à mettre en cause l'un des éléments de la fonction de nutrition à l'exclusion de tous les autres; puis, suivant la molécule albuminoïde dans son évolution, il montrait, chemin faisant, qu'il n'est pas un des actes du processus nutritif dont la perturbation ne puisse devenir à son tour une source d'albuminurie; il arrivait ainsi à rapporter les diverses causes de ce désordre fonctionnel à quatre chefs qui comprennent tout l'ensemble de la fonction de nutrition :

Nature des aliments.		
Troubles de digestion.	{	Premières voies. Foie.
Troubles de respiration.		
Troubles de nutrition.	{	Assimilation. Désassimilation.

Enfin, il résumait lui-même ses leçons par cette proposition fondamentale : *Le phénomène albuminurie indique toujours un excès absolu ou relatif d'albumine dans le sang.* »

Comme on le voit, nous sommes loin de la notion de la néphrite albumineuse de M. Rayer et des lésions anatomiques initiales décrites par cet auteur.

Enfin, en 1860, M. Jaccoud lui-même complète la doctrine, et dans la note déjà citée il nous fait connaître la nature de son travail : « Ce n'était point assez, dit-il, d'avoir formulé une théorie générale, fondée sur des notions physiologiques universellement admises, il fallait étudier le mode d'action des divers états morbides dans lesquels on rencontre l'albuminurie; il fallait rechercher quelle déviation imprime aux phénomènes nutritifs chacun de ces états divers; il fallait établir que cette déviation du type physiologique suffit pour rendre compte dans ces circonstances de l'apparition de l'albumine dans l'urine; il fallait prouver qu'il n'existe aucun rapport nécessaire et constant entre ce trouble fonctionnel et une lésion rénale quelconque; il fallait démontrer, et l'insuffisance des théories fondées sur la considération exclusive de l'altération anatomique et leur incompatibilité avec les faits; il fallait constituer enfin la *doctrine pathologique de l'albuminurie.* C'est ce que j'ai tenté de faire dans mon travail de 1860. »

J'aurai garde de me mêler à de si valeureux champions; mais, suivant leur trace, j'applaudis au triomphe de la *doctrine pathologique de l'albuminurie*, qui voit dans l'affection qui nous occupe non une altération anatomique du rein, mais un trouble quelconque de la fonction de nutrition.

Passons au diabète.

Ici la question ne fait doute pour personne : le diabète, pas plus que la glycosurie, n'ont été notés quelque part comme procédant d'une lésion anatomique ou d'une altération fonctionnelle des reins; si à l'examen nécroscopique des lésions ont été rencontrées dans ces organes, telle, par exemple, que l'inflammation de leurs tissus, cette néphrite a été expliquée par le passage continu des matières saccharoïdes, ou bien la lésion observée n'était qu'un phénomène concomitant, un accident sans rapport immédiat avec le diabète.

Quoi qu'il en soit, de toutes les théories produites sur l'origine de la présence du sucre dans les urines, aucune n'attribue aux reins cette origine, tandis que toutes s'accordent au contraire à reconnaître que le rein n'est ici qu'un émonctoire et que la cause de la glycosurie doit être cherchée ailleurs.

Il n'est pas encore temps d'examiner la valeur de toutes ces théories, puisqu'en cette place il nous suffit de marquer que la présence du sucre dans les urines n'est due ni à une lésion anatomique ni à un trouble fonctionnel des reins.

Cependant, entre temps, il n'est pas inutile de rappeler que toutes ces théories se peuvent ranger en deux ordres, toutes admettant que des matières sucrées se trouvent normalement dans l'organisme, soit que ces matières viennent du dehors, soit qu'elles se forment dans l'économie même. Dans un premier ordre, qui n'a point la priorité dans la chronologie, se placent la théorie de M. Bouchardat et celle de M. Cl. Bernard, qui se rapportent à la production du sucre qu'elles supposent surabondante; dans le second ordre, au contraire, se trouvent la théorie de M. Mialhe et celle de M. Reynoso qui se rapportent à la destruction du sucre qu'elles supposent plus ou moins empêchée et incomplète.

Dans ce dernier cadre est venu tout récemment se placer, surtout à côté de M. Mialhe, un nouvel athlète, M. Marchal (de Calvi), avec lequel nous aurons largement à compter tout à l'heure, mais dont nous devons, d'ores et déjà, signaler la belle conclusion : « En somme, dit-il aux dernières pages de son livre, si riche de faits et d'aperçus ingénieux, ce qui apparaît le plus ostensiblement dans cette pathogénie (celle du diabète), c'est l'influence de l'acide urique, c'est l'identité de la nature de la goutte et du diabète, subordonnés tous deux à la même unité morbide, la diathèse urique (1). »

Ces derniers mots m'amènent naturellement à la dernière affection dont je dois parler, à la gravelle, et qui est une des manifestations la moins contestée de cette diathèse urique.

Depuis les travaux de MM. Prevost et Dumas, Vauquelin, Ségalas, Mitscherlich, Marchand, et, dans ces derniers temps, de M. Picard de Strasbourg, tout le monde est d'accord que l'urée n'est pas le produit d'une sécrétion véritable, et qu'il est simplement séparé du sang par les reins.

Je dirai plus loin, d'après les expériences récentes de M. Béchamp, les rapports qui unissent l'urée et l'albumine, il me suffit maintenant de constater que l'urée se trouve dans le sang.

L'urée, tout le monde le sait, est le produit excrémentiel de la combustion des matières albuminoïdes; mais lorsque cette combustion est incomplète ou imparfaite, le produit excrémentiel n'est plus l'urée dont la solubilité est extrême, mais un corps moins avancé, selon l'expression des physiologistes, et dont la solubilité est presque nulle.

Je veux parler de l'acide urique.

La présence en excès de cet acide dans l'économie, soit qu'il se répande dans nos tissus pour y constituer la goutte, soit qu'il se condense dans le foie ou l'appareil urinaire sous forme de gravelle, de pierre ou de calculs, la présence en excès de cet acide, disons-nous, caractérise cet état à manifestations diverses que l'on appelle diathèse urique.

Qu'on me permette, entre temps, de m'arrêter un instant sur ces deux manifestations, les moins contestées de la diathèse urique, la goutte et la gravelle, car certaines lois semblent présider à l'évolution de l'un et de l'autre de ces accidents morbides. Je vais dire sous ce rapport ce que m'ont appris de nombreuses observations recueillies à Pougues.

1° Le rein est l'émonctoire dont la nature se sert pour se débarrasser de l'acide urique en excès, à ce point que, lorsque l'existence de cet acide se révèle dans un autre organe, les articulations, le foie, par exemple, on est toujours sûr d'en saisir des traces dans les urines. Le rein montre ici une spécialité pathologique, si l'on peut ainsi dire, analogue à celle du poumon à l'endroit du tubercule.

Ainsi, première loi : pas de diathèse urique sans manifestation du côté de l'appareil urinaire.

2° D'autres organes, le foie et les articulations, pour ne prendre que les plus saillants, peuvent aussi être le théâtre de quelque manifestation de la même diathèse, et on a alors pour le foie la gravelle hépatique, et pour les articulations la goutte.

Rarement la diathèse se trahit à un égal degré dans toutes ses manifestations à la fois; elle adopte une forme, y porte toute son énergie et semble dédaigner les autres; le calculeux n'a qu'une goutte insignifiante, bien souvent même il n'en ressent aucune atteinte; et réciproquement le véritable goutteux a bien rarement des pierres dans la vessie ou le foie et se contente d'un peu d'acide urique dans ses urines.

Cependant cette règle n'est pas absolue, et je possède quelques observations dans lesquelles le malade était à un égal degré calculeux et goutteux. Mon observation type sous ce rapport est un malade de Carcassonne, dont toutes les articulations, grandes et petites, des membres étaient empâtées et comme ankylosées; le malheureux se traînait à l'aide de deux béquilles et ne pouvait exécuter le moindre mouvement de flexion. Cet état durait depuis plusieurs années, et, ni avant ni après cet envahissement général des articulations, il n'avait rendu de graviers et n'avait rien remarqué ni dans ses urines, ni du côté des reins et du foie.

Cependant, le neuvième jour de son traitement hydro-minéral à Pougues, il ressentit les atteintes de violentes coliques néphrétiques, et dans le courant de la nuit qui sépara le neuvième du dixième jour, il rendit douze calculs, de grosseurs différentes, en même temps que ses selles étaient chargées de matières calcaires. Chez ce malade, la diathèse urique s'affirmait à un égal degré dans toutes ses manifestations, qu'elles eussent pour siége les reins, le foie ou les articulations.

Mais, je le répète, ces exceptions confirment la règle au lieu de la détruire, et l'on est en droit d'établir cette seconde loi : qu'une espèce d'antagonisme existe entre les énergies de la goutte et de la gravelle, et que l'une s'efface à mesure que l'autre grandit.

Cet effacement, qu'il ne faut pas confondre avec la disparition, est un état latent sous lequel sommeille la maladie et qui peut faire place au réveil de celle-ci sous l'influence d'une circonstance favorable; alors on peut assister au spectacle d'une transposition et voir tout d'un coup le plateau de la balance pencher du côté où jusqu'alors le poids était moindre. Tout graveleux est prédisposé à la goutte et tout goutteux doit craindre les coliques du calculeux.

Quelle est la loi qui préside à cette distribution et à cette succession des phénomènes de la diathèse urique? Pourquoi cet antagonisme entre les énergies de la goutte et de la gravelle? A quelle circonstance doit-on ici la prééminence de la goutte, et là celle de la gravelle? A quelle occasion, pour quel prétexte l'une cède-t-elle la place à l'autre et s'efface-t-elle dans une pénombre où l'observation la plus attentive a quelquefois de la peine à la soupçonner?

A la fin de ce travail, le point d'interrogation que je mets ici aura grandi; il ne se posera plus seulement devant la goutte et la gravelle; la réponse qui doit y être faite exige une place plus grande que celle dont je puis disposer ici, et j'ai hâte, car tout m'y sollicite, d'arriver à la seconde partie de ce travail, la plus importante, sans contredit, pour le but que je me suis proposé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 mars 1865. — Présidence de M. Broca.

CORRESPONDANCE.

Les journaux de la semaine.

— M. Larrey, à l'occasion de la correspondance, présente, de la part de M. Paul Dauvé, médecin-major de l'hôpital militaire de Bogbar, en Algérie, une observation d'amputation sous-astragalienne sur un Arabe atteint de congélation du pied gauche.

Cette observation, accompagnée de dessins et du moule en plâtre de la cicatrice, est comparable à celle d'un militaire présenté par M. Larrey à la Société de chirurgie, et qui avait été amputé par M. Leroy, pour une blessure d'arme à feu, au siége de Sébastopol.

M. Verneuil est chargé de faire un rapport sur cette observation.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. Giraldès. On est revenu sur le diagnostic pour en signaler de nouveau les difficultés. Je répéterai que ces difficultés ne peuvent exister que pour un examen à première vue, mais elles disparaissent bientôt dès qu'on a chloroformé le malade. En effet, en cas de coxalgie, la raideur articulaire persiste; si elle disparaît, c'est qu'il n'y a pas de coxalgie ou qu'elle est elle-même en voie de disparition.

J'arrive au traitement.

M. Verneuil a conservé, en faisant l'histoire du traitement, sa division de la coxalgie en *rhumatismale*, *scrofuleuse* et *spasmodique*, et il m'a blâmé d'avoir adopté l'ancienne classification. Si j'ai fait ainsi, ce n'est pas, comme le disait Rabelais, par respect pour les antiquailles, mais parce qu'en partant de cette classification on arrive à instituer un traitement plus rationnel. En effet, dans les *coxalgies synoviales*, le ligament rond s'altère et se déchire promptement, en sorte que la luxation tend à se produire facilement. Il n'y a rien de semblable, au contraire, dans la *coxalgie osseuse*.

M. Verneuil a signalé avec raison deux grandes catégories de moyens dans le traitement : les moyens généraux ou internes, les moyens locaux ou externes. Mais il n'a peut-être pas suffisamment in-

(1) *Eaux minérales de Pougues.* Rapports sur le service médical de cet établissement, publiés en 1863, p. 80.

(1) *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète.* 1864, p. 641.

sisté sur l'utilité plus grande de certaines préparations. Il a un peu trop légèrement énuméré les moyens de la médication générale ou interne pour s'occuper du traitement local. Ce dernier doit surtout consister dans l'*immobilisation absolue* de la jointure malade et aussi l'*immobilité* de tout l'individu. Que l'appareil vienne du Nord ou du Sud, de l'Amérique ou de l'Allemagne, peu importe, pourvu qu'il remplisse l'indication.

De tous les moyens proposés, l'appareil de Bonnet et la grande attelle latérale sont les meilleurs. L'appareil de Bonnet immobilise complétement et laisse la possibilité de porter le malade au bain et à l'air. Son seul inconvénient est de ne pouvoir le trouver partout; mais, quand on peut se le procurer, il faut le préférer à tous les autres, surtout dans les trois premiers mois de la coxalgie. A cette époque, en effet, il ne faut pas faire marcher les malades.

L'attelle latérale de Desault, modifiée par beaucoup de chirurgiens, est, après l'appareil de Bonnet, celui qui est préférable. Mais, dira-t-on, pourquoi rejeter l'appareil dextriné ou plâtré? Parce que dans ces appareils, dont l'application est assez difficile, la moindre inégalité peut blesser le malade et nécessiter qu'on défasse le bandage pour le réappliquer à nouveau, ce qui suspend momentanément l'immobilité obtenue.

Quant à la modification proposée par M. Verneuil, et qui consiste à ne faire descendre l'appareil que jusque sur la jambe, afin de permettre au malade de marcher, je la regarde comme pouvant être utile après le troisième mois de la maladie, mais auparavant cela me paraît complétement inutile et même nuisible. J'adresse à l'appareil de Langenbeck les mêmes reproches qu'à l'appareil dextriné ou plâtré.

Pour l'appareil plâtré avec toile métallique destinée à le rendre plus solide, il a l'inconvénient de ne pas immobiliser le membre aussi complétement que l'appareil de Bonnet.

Quand la coxalgie arrive à suppuration, M. Sayre abandonne son attelle, et il place le membre dans l'appareil de Bonnet.

De ce que je viens de dire, il résulte donc que les attelles de M. Sayre et de quelques autres confrères ne sont pas préférables à l'appareil de Bonnet, qui obtient bien mieux l'immobilité.

Il y aurait à savoir maintenant les avantages et les inconvénients de la résection coxo-fémorale. Je dirai seulement que quand on a affaire à une *coxalgie synoviale*, on ne réussit presque jamais. Au contraire, quand il s'agit de la *coxalgie osseuse*, la résection peut donner de bons résultats.

M. Marjolin a parlé de l'emploi des antiphlogistiques dans ce qu'il a appelé la forme aiguë. Mais je dirai qu'il n'y a pas de *coxalgie aiguë;* c'est alors de l'*arthrite*. Or, dans la coxalgie véritable, c'est-à-dire subaiguë et chronique, les antiphlogistiques sont nuisibles. Ils n'ont d'autres résultats que d'enlever aux malades une partie des forces dont ils ont besoin pour résister suffisamment à la longue durée de la maladie.

M. LEFORT. M. Giraldès me permettra de rectifier sa rectification. Suivant lui, et contrairement à ce que j'ai dit dans la dernière séance, M. Sayre, de New-York, se sert surtout de la gouttière de Bonnet. J'ai précisément avec moi la brochure de notre collègue d'Amérique, et je traduis textuellement: « *Anciennement* je divisais les muscles contracturés pour empêcher la tête du fémur d'être pressée contre l'acétabulum, et je gardais le malade dans l'immobilité et dans le décubitus horizontal au moyen des *caleçons de fer* (*wire brecches*) du docteur Bonnet; *maintenant* j'arrive au même résultat par l'extension graduelle, mais permanente, au moyen de l'appareil que j'ai imaginé, avec des résultats beaucoup plus satisfaisants et sans aucun danger d'ankylose, ou encore au moyen d'un poids et d'une poulie comme le conseilla sir Benjamin Brodie. »

M. MARJOLIN. Comme M. Giraldès, j'attache une grande importance au traitement général ou interne, mais je pense également que le traitement local joue un très-grand rôle dans la guérison. Or, comme on n'a pas toujours à sa disposition un ou plusieurs appareils de Bonnet, il s'agissait de trouver un moyen facile de le remplacer. Je crois y être parvenu de la façon suivante: Chacun connaît la petite planchette dont se servent les militaires pour nettoyer les boutons de leurs habits. Je fais faire par le premier menuisier venu une planche semblable de la longueur du membre malade. J'y ajoute en haut une portion sur laquelle repose le tronc, en bas une autre percée de deux trous destinés à laisser passer des lacs. Cette dernière est articulée avec la planchette moyenne, de manière à pouvoir former avec elle un angle variable.

Le tout est recouvert de coussins capitonés.

La grande ouverture circulaire de l'appareil répond au siége du malade, la fente longitudinale au membre.

Cet appareil très-simple et très-bon marché, qu'on peut fabriquer partout, remplit toutes les indications de l'appareil Bonnet.

J'ai aussi employé l'attelle de Desault, mais avec cette précaution de rouler le coussin dans le fanon et de mettre l'attelle par-dessus.

M. Giraldès n'admet pas les coxalgies aiguës. Je reconnais qu'elles sont rares, mais elles n'en existent pas moins, surtout dans la classe pauvre qui, à cause des retards apportés à l'admission des malades dans les hôpitaux, est forcée de marcher et de travailler alors que l'affection exigerait un repos absolu.

M. VERNEUIL. J'ai moi-même adressé à l'appareil dextriné les objections faites par M. Giraldès; il est donc bien admis que je ne les méconnais pas.

Quant à la marche, je la crois utile, même bien avant le troisième mois, pourvu qu'elle s'effectue avec des béquilles.

Il y aurait maintenant à s'occuper de la *ténotomie*, non plus pour combattre certaines complications, mais comme moyen de calmer les douleurs, ainsi que proposent de le faire les chirurgiens américains. Quant à l'existence de certaines bouffées aiguës dans le cours de la coxalgie, personne ne saurait la mettre en doute. Mais je ne pense pas que les émissions sanguines doivent leur être opposées. L'immobilité, jointe à des applications émollientes, suffit ordinairement.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES.

M. DESORMEAUX met sous les yeux de la Société une tumeur utérine formée par des *corps fibreux multiples* enveloppés d'une coiffe de tissu utérin hypertrophié. Cette tumeur sortait par le col de l'utérus et faisait saillie dans le vagin sous forme d'une masse du volume des deux poings, au centre de laquelle se trouve les corps fibreux. Le diagnostic exact n'a pas pu être porté pendant la vie.

M. HUGUIER fait remarquer que par le cathétérisme utérin, combiné avec le palper abdominal et le toucher vaginal, on aurait probablement pu arriver au diagnostic.

Arthrite sèche. — Corps étrangers articulaires.

M. MOURLON, médecin de l'École militaire de Saint-Cyr, présente les deux coudes d'un malheureux militaire qui s'est suicidé dernièrement à Versailles. Ils offrent une réunion curieuse de corps étrangers de diverses natures, en voie de formation, pédiculés, ou tout à fait libres, et d'autres altérations appartenant à l'arthrite sèche.

1° *Coude droit.* — La poulie humérale est saine; le condyle est le siége d'une érosion profonde qui s'étend à presque toute sa surface. La cavité coronoïdienne a perdu de ses dimensions; son bord supérieur et sa paroi interne ont disparu sous une production pathologique, de nature osseuse, hérissée d'une crête saillante. A ce niveau, la synoviale nous offre deux petites masses frangées, vasculaires, rouges, s'avançant entre les surfaces articulaires. — La cavité olécrânienne est occupée par deux corps étrangers, enchatonnés dans la synoviale qui envoie dans les inégalités de leur surface des fongosités semblables à celles que nous venons de voir en avant. L'un présente un angle obtus reçu dans un angle rentrant de l'autre; des tractus filamenteux unissent les points contigus, indiquant qu'un corps, unique d'abord, s'est divisé sous l'influence des mouvements avant sa solidification complète. Leur face inférieure ou profonde plonge au fond de la cavité qu'elle remplit; elle est d'un rouge foncé, comme si elle était imprégnée de sang. Le volume et les rapports de ces deux corps entre eux rappellent la fève double de certaines amandes. Ils sont anguleux, inégaux dans certains points, lisses dans le reste de leur étendue; leur couleur est celle des cartilages; ils sont très-durs, nullement élastiques.

Le cartilage de la grande échancrure sigmoïde est légèrement usé à son milieu.

La cupule du radius est le siége d'une érosion profonde, limitée à la moitié interne de son bourrelet, concentrique aux mouvements de pronation et supination.

2° *Coude gauche.* — La surface de la trochlée présente des rainures profondes allant de la face antérieure à la face postérieure, dans le sens des mouvements. Le cartilage du condyle, une érosion centrale, oblongue, dirigée d'avant en arrière.

La cavité coronoïdienne est comblée par une végétation périostale, dure, mamelonnée, dépassant supérieurement de 3 millimètres la surface de l'humérus. Dans une dépression qu'on remarque à sa partie interne étaient appliqués deux corps étrangers, libres, un de la grosseur d'un haricot, l'autre beaucoup plus petit, indépendants l'un de l'autre, absolument semblables à ceux précédemment décrits. Exposés à l'air, ils se sont desséchés et sont devenus rugueux, hérissés sur toute la surface. Ils sont très-difficiles à scier, et le plan de section présente des couches concentriques, les unes blanches, les autres jaunes, et çà et là des excavations remplies de matière granuleuse d'apparence calcaire. On distingue très-bien une membrane qui les enveloppe complétement.

La fosse olécrânienne est presque remplie d'une production également périostale, rugueuse, très-adhérente à l'os; un petit fragment, comme une lentille, s'en détache et n'est plus retenu que par des brides légères.

Le cartilage de la tête du radius est presque détruit.

L'olécrâne est fracturé transversalement à sa base. A son sommet, on remarque un fragment de cartilage un peu plus gros qu'une lentille, reposant sur une dépression correspondante creusée aux dépens de la couche cartilagineuse à laquelle il n'est plus attaché que par quelques brides légères. C'est un spécimen de ce que M. Broca a décrit sous le nom de nécrose des cartilages.

Un autre corps, de même nature, commence à s'ébranler au sommet de l'angle formé par la rencontre des grandes et petites échancrures sigmoïdes.

Le crochet de l'apophyse coronoïde est fracturé en travers, décollé du cartilage correspondant qui, incomplétement divisé au même niveau, adhère encore au reste de la surface articulaire.

Deux corps étrangers flottent dans l'intérieur de la cavité synoviale: l'un est comme un grain de chènevis, l'autre, un peu plus volumineux, a la forme d'une massue; tous deux sont fixés à la face interne de la séreuse, le premier par toute sa circonférence, l'autre par un pédicule très-délié, et sont situés dans l'angle rentrant qui existe au côté externe de l'olécrâne, au niveau de sa base.

En résumé, nous avons là réunis, outre une fracture de cartilage et deux fractures de l'olécrâne et de l'apophyse coronoïde, l'érosion des cartilages, les fongosités synoviales, la nécrose des cartilages, des corps étrangers d'origine osseuse, des corps étrangers d'origine synoviale.

L'origine synoviale des corps adhérents ne laisse aucun doute dans l'esprit. Ceux qui sont libres se sont-ils formés de la même manière? ou bien est-ce au périoste qu'il faut les attribuer? Le simple examen de ces pièces démontre qu'ils procèdent des fongosités, comme ceux qui sont encore attachés à la surface de la séreuse. Pour m'en assurer, j'ai fait une coupe dans l'épaisseur de la trochlée gauche, comprenant le produit accidentel qui remplit les fosses olécrânienne et coronoïdienne; à l'œil nu, on reconnaît que toutes ces parties se confondent; l'examen microscopique confirme cette appréciation. On aperçoit en effet dans la masse pathologique des corpuscules osseux parfaitement formés, disposés en lignes régulières et quelquefois concentriques, seulement moins abondants que dans le tissu osseux normal. — Une coupe d'un des corps flottants m'a permis de voir clairement qu'ils sont formés d'une enveloppe membraneuse, contenant une matière fibroïde au milieu de laquelle sont déposées des granulations calcaires, très-nombreuses dans les lignes opaques, plus rares dans les transparentes. Nulle part de corpuscules osseux, nulle part de cellules cartilagineuses. Les premiers sont donc bien produits par le périoste, les autres par la synoviale.

En ouvrant la tunique vaginale, j'ai trouvé libre dans sa cavité un corps étranger gros comme une graine de melon, blanchâtre, très-dur, poli dans toute son étendue.

Le sujet qui a fourni ces pièces était un jeune homme de trente-cinq à trente-six ans, de constitution athlétique, de haute taille et habituellement bien portant.

M. FOLLIN. Pour faire suite à la présentation de M. Mourlon, je mets sous les yeux de la Société un corps étranger extrait par moi de l'articulation du genou chez un homme qui avait une hydrathrose.

Un poinçon, qui m'avait servi à fixer ce corps, m'a permis de le faire parvenir facilement dans le tissu cellulaire, d'où je l'ai extrait huit jours plus tard. Le malade, opéré depuis deux jours, va bien.

M. VELPEAU fait remarquer qu'il semble exister une portion osseuse et une portion cartilagineuse dans le corps étranger présenté par M. Follin. Il lui semble résulter du détachement d'une portion de surface articulaire.

A quatre heures trois quarts la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission chargée de présenter les candidats à la place de membre titulaire.

M. Foucher, rapporteur, termine en proposant la liste suivante:

En 1re ligne, M. Panas;

En 2e ligne, M. Tarnier;

En 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Després, Labbé, Tillaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

Séance du 22 mars. — Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu:

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale;*

Le *Montpellier médical;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris.*

— M. le docteur Bourdin adresse à la Société son mémoire intitulé: *Épidémie de rougeole observée dans la commune de Villeneuve-le-Roy* (Seine-et-Oise).

— M. Bidenkap, médecin de l'hôpital de Christiania, adresse un mémoire intitulé: *Aperçu des différentes méthodes de traitement contre la syphilis constitutionnelle.*

— M. le docteur Cœttin fait hommage à la Société de sa thèse pour le doctorat: *De la galvanocaustie.*

— M. le docteur Édouard Cruveilhier adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse: *Sur une forme spéciale d'abcès des os.*

— M. le docteur Félix Perret adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse: *Des tumeurs intra-pelviennes pendant la grossesse et l'accouchement.*

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg fait hommage à la Société de quatre-vingt-onze thèses soutenues pendant l'année 1864.

— M. le docteur Bourgogne, de Condé, adresse à la Société son mémoire intitulé: *Examen critique du mémoire de M. le docteur Libermann*, médecin aide-major de 1re classe, attaché au corps expéditionnaire de l'armée française en Cochinchine, touchant la non-identité du choléra asiatique avec les fièvres cholériformes qui règnent dans cette contrée de l'Inde, etc.

— M. Verneuil fait hommage à la Société, au nom de M. A. Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté, d'un travail intitulé: *Recherches sur l'incubation de la syphilis.*

Il offre, en son nom, un exemplaire de l'article AINE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

— Le secrétaire général présente le 2e fascicule du t. VI des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris.*

— **M. FOLLIN,** à propos du procès-verbal, complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, en rendant compte de l'examen microscopique du corps étranger extrait par lui du genou d'un de ses malades. Cet examen, fait par M. Mourlon, confirme l'opinion émise par M. Velpeau sur l'origine de ce corps étranger; en effet, sur une coupe très-mince, on peut, au moyen du microscope, reconnaître qu'il est formé en partie de substance osseuse, en partie de cartilage.

M. RICHET. Je voudrais, à l'occasion de la communication de M. Follin, relater brièvement deux faits qui me paraissent intéressants, l'un parce qu'il prouve qu'on peut voir disparaître spontanément ces corps étrangers articulaires une fois qu'ils ont été placés dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'autre parce qu'il montre nettement l'origine de certains d'entre eux.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un corps étranger de l'articulation du genou chez un homme très-pusillanime, qui, pour éviter toute opération, faisait momentanément disparaître son corps étranger. Un matin, l'ayant facilement retrouvé, je le saisis immédiatement entre deux doigts et le fixai, comme l'a fait M. Follin, avec un poinçon; puis, une incision étant pratiquée à la synoviale, à une certaine distance de l'incision cutanée, je pus très-facilement amener le corps étranger dans le tissu cellulaire sous-cutané, où je l'abandonnai pendant un mois. Je voulus alors en compléter l'extraction, mais le malade s'y refusa et sortit de l'hôpital. Cinq mois plus tard, j'eus l'occasion de revoir cet homme, et ce ne fut pas sans étonnement que je ne retrouvai plus aucune trace du corps étranger.

Dans le deuxième cas, c'était un malade que j'observais dans le service de M. Velpeau, alors que j'étais son interne. A la suite d'une chute cet homme avait senti, et on avait pu constater dans l'articulation du genou, un corps mobile. Par suite d'imprudences le malade succomba, et à l'autopsie on trouva sur l'un des condyles fémoraux une perte de substance du cartilage à laquelle s'adaptait parfaitement le corps étranger en question. Celui-là donc provenait bien d'une portion du cartilage articulaire.

M. VELPEAU. Je ne crois pas ces faits tout à fait aussi rares que semble le croire M. Richet. A celui qu'il vient de citer j'en ajouterai un autre que j'ai eu l'occasion d'observer avec M. le docteur Bourse, il y a déjà longtemps. Il s'agissait dans ce cas d'un coin du tibia qui s'était ainsi complétement détaché pour former un corps articulaire mobile.

M. CHASSAIGNAC. J'ai plusieurs fois extrait des corps étrangers articulaires sans les fixer préalablement avec autre chose que les doigts, et je suis toujours parvenu assez facilement à les faire passer dans le tissu cellulaire sous-cutané. Je dirai, à l'appui de ce qu'a vu M. Richet, que dans un de ces cas le corps étranger, abandonné pendant plusieurs mois dans le tissu cellulaire sous-cutané, m'a paru avoir notablement diminué de volume spontanément. Les faits aux-

quels je viens de faire allusion sont du reste publiés dans les *Bulletins* de la Société.

ÉLECTION.

Il est procédé à l'élection d'un membre titulaire.

Au premier tour de scrutin, sur 24 votants,

M. Panas obtient 16 voix;

M. Tarnier, 3 voix;

M. Labbé, 3 voix;

M. Després, 1 voix.

En conséquence, M. Panas est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. DANYAU lit un rapport sur une observation d'*avortement provoqué dans un cas d'ostéomalacie* par M. Tarnier.

Il termine par les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Tarnier de son intéressante communication;

2° Insérer son travail dans les comptes-rendus de la Société;

3° Maintenir son nom en haut rang sur la liste des candidats aux places de membres titulaires.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées, et, sur la proposition de M. le président, il est décidé que le rapport très-important de M. Danyau et l'observation de M. Tarnier seront insérés dans les mémoires de la Société.

M. LABORIE demande à M. Danyau si, dans les faits très-intéressants qu'il a signalés dans son rapport, le détroit supérieur avait, comme le reste du bassin, subi une notable déformation. Si le rétrécissement n'avait porté que sur le détroit inférieur, cela rendrait moins extraordinaire la possibilité de l'accouchement dans ces cas.

M. DANYAU. Dans aucun des cas que je viens de citer la viciation n'a porté isolément sur le détroit inférieur. Nous en trouvons la preuve dans la saillie rostrale de la symphyse pubienne. Cette saillie, en effet, ne peut se produire sans amener un rétrécissement considérable du détroit supérieur.

M. DEPAUL. On voit quelquefois, dans des bassins considérablement rétrécis dont les os ont recouvré toute leur solidité, l'accouchement se faire spontanément contre toute attente; la spontanéité de l'accouchement, dans ces circonstances, ne suffira pas à prouver que le bassin se soit réellement élargi pendant le travail. Aussi, je serais heureux de savoir de M. Danyau, qui a pu lire les observations dans la langue où elles sont écrites, s'il y a trouvé tous les éléments de conviction sur ce point particulier, à savoir l'élargissement des parois osseuses sous l'influence des puissances qui produisent l'accouchement.

Quant à la question posée par M. Laborie, je dirai que, pour ma part, je n'ai jamais vu de bassins ostéomalaciques qui ne fussent déformés dans toutes leurs parties.

M. DANYAU rappelle que dans toutes les observations, dont il n'a pu donner que des extraits, il est dit très-positivement que les os cédaient sous les doigts et sous la pression de la tête fœtale.

M. VERNEUIL. Je voudrais savoir de MM. Danyau et Depaul s'ils croient à la curabilité de l'ostéomalacie, car, dans les os atteints de cette affection, on ne retrouve plus de tissu osseux.

M. DANYAU. Par bassins ostéomalaciques guéris, on veut parler des bassins qui sont redevenus solides.

M. DEPAUL. Cela ne fait pas de doute, et je n'ai pas voulu dire autre chose. Or, comprise de cette façon, on ne peut douter de la guérison de l'ostéomalacie. Que se fait-il alors dans le bassin osseux? Je l'ignore; mais ce que je puis affirmer, c'est que des os primitivement ramollis peuvent recouvrer toute leur solidité, et c'est précisément ce qui fait la difficulté au moment de l'accouchement.

M. TRÉLAT. A l'appui de ce qui vient d'être dit par MM. Danyau et Depaul, je rappellerai une observation de Stanski, dans laquelle une des cuisses subit à deux époques différentes deux déformations successives et en sens inverse.

Quant à la saillie rostrale de la symphyse pubienne, je ne crois pas qu'on puisse la regarder comme caractéristique de l'ostéomalacie. Je l'ai vue, manifestement produite, sur des bassins rachitiques guéris.

M. CHASSAIGNAC. Je demande pardon d'intervenir dans une question où je commence par déclarer mon incompétence, mais je voudrais cependant faire observer que les faits rappelés par notre honorable collègue, M. Danyau, sont d'autant plus extraordinaires que dans ces cas l'élargissement des os du bassin a dû être effectué par un corps peu résistant, la tête fœtale.

M. DANYAU. Il n'est pas donné de détails sur le degré de résistance de la tête dans les cas que j'ai cités. Mais, d'une manière générale, on comprend très-bien qu'elle ait été suffisante.

J'ajouterai que je partage l'opinion de M. Trélat sur la valeur diagnostique de la saillie rostrale de la symphyse pubienne. Nœgelé l'avait déjà dit et il l'a signalé dans les cas de ratichisme.

M. BLOT. Tout en acceptant comme vraie l'opinion émise par MM. Danyau et Trélat, il est cependant très-juste de dire que la saillie rostrale du pubis est beaucoup plus fréquente dans l'ostéomalacie que dans le rachitisme. Il en est de même de l'enroulement des ailes iliaques en *cornets d'oublies*. Je ne me rappelle pas l'avoir observé sur les bassins rachitiques, il est au contraire toujours plus ou moins prononcé sur les bassins frappés d'ostéomalacie. Il y a d'ailleurs bien d'autres caractères qui permettent de distinguer, presque à première vue, le bassin ostéomalacique du bassin rachitique, un morceau de ces bassins suffirait même pour faire la distinction. Dans l'ostéomalacie le tissu osseux, plus ou moins lourd, est jaunâtre, suintant incessamment l'huile et la graisse; dans le rachitisme, ce même tissu, considérablement raréfié, est léger, noirâtre et cassant.

M. TRÉLAT fait observer que dans l'ostéomalacie et le rachitisme, le siége de la lésion osseuse n'est pas le même, d'où des différences nécessaires dans les déformations produites par ces deux affections. Dans le rachitisme, l'altération porte surtout sur l'extrémité des os longs et dans les os plats, comme l'os iliaque, au niveau des points de réunion des pièces qui le constituent. Dans l'ostéomalacie la maladie porte sur tous les points de la substance osseuse, d'où, très-probablement, des différences dans le siége, la forme et les caractères des viciations du bassin.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire d'anatomie, physiologie comparée et zoologie, vacante à la Faculté des sciences de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le lundi 24 avril, à quatre heures :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement, et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

— Mercredi 29 mars a eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Husson, la distribution annuelle des prix aux élèves internes en pharmacie et la proclamation des noms des nouveaux élèves nommés.

Le compte-rendu des opérations des jurys des concours a été présenté par M. Adam, pharmacien de l'hôpital Beaujon, pour le prix de l'internat, et par M. Lefort, pharmacien de la ville, pour la nomination des internes.

1re *division.* — Prix (médaille d'argent) : M. Byasson, interne de troisième année à l'hôpital des Enfants. — Accessit (des livres) : M. Langelé, interne de troisième année à l'hôpital de la Pitié. — Mention honorable : M. Champigny, interne de troisième année à l'Hôtel-Dieu.

2e *division.* — Prix (médaille d'argent) : M. Chédeville, interne de première année à l'hôpital Necker. — Accessit : M. Pouillet, interne de première année à l'Hôtel-Dieu. — Première mention honorable : M. Pelhuche, interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Antoine. — Deuxième mention honorable : M. Delehaye, interne de deuxième année à l'hospice de la Vieillesse (femmes).

Une médaille de bronze a été, en outre, accordée, comme témoignage de la satisfaction de l'administration, à sept élèves qui ont terminé leurs quatre années d'internat. Ces élèves sont MM. Boudier, Coësme, Flandrin, Laroche, Lebon, Luquet, Vatin.

Le concours pour l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris a été terminé par la nomination de MM. :

1 Bornet, 2 Duménil, 3 Guelliot, 4 Vigier, 5 Barret, 6 Frey, 7 Cassan, 8 Brissaud, 9 Picard, 10 Besson.

MM. 11 Duprey, 12 Grave, 13 Mette, 14 Soullier, 15 Quiserne, 16 Leroy, 17 Marquez, 18 Lambert, 19 Lair, 20 Matel-Tarin.

MM. 21 Ronceray, 22 Lamieussens Baigthosse, 23 Doubrère, 24 Bonnard, 25 Pons, 26 Le Cuziat, 27 Bonnefon, 28 Morand, 29 Nédelée, 30 Couren, 31 Duval, 32 Maheut, 33 Nief.

— M. le professeur Pajot commencera son cours d'accouchement, à la Faculté, le lundi 3 avril, à une heure.

Il traitera cette année des accouchements dangereux.

— M. le docteur Henri Roger, agrégé de la Faculté, commencera le cours clinique des maladies des enfants (semestre d'été), le mercredi 5 avril, à l'hôpital des Enfants malades, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures; leçon à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 6 avril.

Ordre du jour :

1° Réflexions critiques sur l'opération de la cataracte par extraction et son traitement consécutif. (Coursseran.)

2° Méthode pneumatique pour l'administration précise et prompte de certains médicaments. (George.)

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 5 avril, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° De l'iodoforme; recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur ce corps, par M. le docteur Moretin;

3° Nouveau moyen d'exploration de la vessie et de déplacer les calculs adhérents, par M. le docteur Aug. Mercier.

Dissertations sur quelques maladies observées, par M. Lessage, ancien chirurgien des armées. In-8° de 54 pages. Prix : 1 fr. 25 *franco.* — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 40. — MARDI 4 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 4 AVRIL 1865. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
[illegible] le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie des sciences. — ÉCOLE PRATIQUE. De la responsabilité des aliénés. — Identité de la gravelle, de l'albimunirie et du diabète. — Obstétrique. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Nouvelles.

PARIS, LE 3 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences a entendu dans cette séance la lecture d'un travail important de M. le docteur Roubaud. Nos lecteurs ont pu déjà prendre connaissance du Mémoire de notre collaborateur. Aujourd'hui même nous continuons cette publication qui traite une question présentée avec une véritable originalité.

Une étude sur les absorptions pendant le bain et une note sur la greffe animale complètent notre butin.

Nous signalons les présentations diverses pour les prix, et nous remarquons avec plaisir le livre si justement estimé de notre collaborateur, M. le docteur Legrand du Saulle. *La Folie devant les tribunaux* est aujourd'hui entre les mains de tous ceux qui touchent aux tribunaux, magistrats et médecins experts. — Dr E. Le Sourd.

DE LA MORTALITÉ DANS PARIS
PENDANT UNE PÉRIODE DE VINGT-QUATRE ANS (DE 1840 A 1863).

Nous avons sous les yeux deux documents importants pour l'étude de la mortalité dans Paris durant ces dernières années : le Mémoire présenté au préfet de la Seine par MM. les inspecteurs de la vérification des décès sur la mortalité dans Paris pendant vingt-quatre ans (M. le docteur Deville, rapporteur), et le Rapport sur la statistique des décès du 3e arrondissement de Paris pendant la période quinquennale 1853-1857, par M. le docteur Bergeron. On sait trop bien l'intérêt que présente cette sorte d'étude au point de vue de l'hygiène publique, soit qu'elle nous fasse constater ses progrès, soit qu'elle nous en révèle de nouveaux à accomplir, pour que nous ayons besoin de chercher à justifier ici d'avance les détails dans lesquels nous allons entrer à ce sujet. Sans autre préambule, exposons donc les principaux faits qui ressortent de ces deux documents.

Le mémoire de MM. les inspecteurs de la vérification des décès comprend, comme nous venons de le dire, une période de vingt-quatre ans, commençant à 1841, c'est-à-dire à l'époque où remonte l'organisation du service de l'inspection, et s'étendant jusqu'à la fin de 1863. Il embrasse, comme on le voit, la première période entière du fonctionnement des inspecteurs.

Le dénombrement de la population parisienne sert de base à ces recherches. Ce n'est, comme on le sait, qu'à dater de 1836, époque où a été établi le dénombrement quinquennal, que l'administration possède, sur ce point, des renseignements certains. En 1836, la population de la capitale était de 868,438 habitants. Le nombre des décès fut, pour la même année, de 24,047, soit 1 décès sur 36 habitants, plus 9 centièmes.

Prenant ce chiffre comme point de départ et terme de comparaison, voici quel a été le résultat du dépouillement pour la période comprise entre 1841 et 1863.

En 1841, la population des 12 arrondissements était de 935,261 habitants, et le nombre des décès de 26,928, soit 2,78 pour 100, ou 1 décès sur 36 habitants.

En 1846, population : 1,053,897; nombre des décès : 28,595; 2,71 pour 100, ou 1 décès sur 37 habitants.

En 1851, population : 1,053,262 habitants; nombre des décès : 27,585; 2,61 pour 100, ou 1 décès sur 38 habitants,

En 1860, année de l'extension des limites de Paris, population calculée sur le recensement fait en 1861, qui a donné pour les 20 arrondissements 1,696,114 habitants, il y a eu 43,516 décès, soit 2,56 pour 100, ou 1 décès sur 39 habitants.

En 1862, les décès sont au nombre de 42,113, et en 1863, on en compte 42,522.

En tenant compte de l'augmentation probable de la population pour ces deux dernières années, le nombre des décès étant moindre qu'en 1861, on ne trouve plus approximativement que 1 décès sur 40 habitants.

Ainsi, on peut suivre dans ce résumé la progression décroissante rapide que suit la mortalité d'année en année, de 1841, où elle était de 1 décès sur 36 habitants, à l'année 1863 où les supputations les plus probables ne la portent qu'à la proportion de 1 décès sur 40.

Recherchant quelles sont les conditions qui ont pu amener une aussi importante amélioration, M. le rapporteur passe successivement en revue celles qui lui ont paru, ainsi qu'à ses collègues, avoir eu le plus d'influence sur ce résultat. Ce sont, en première ligne, la plus grande superficie par rapport à la population, à mesure que les limites de Paris se sont étendues, et par suite une plus large aération. La superficie de Paris, qui était en 1841 de 3,402 hectares pour une population de 935,261 habitants, est depuis 1860 de 7,802 hectares, c'est-à-dire de plus du double, pour une population de 1,696,141 habitants qui est, comme on le voit, loin d'être augmentée dans la même proportion. Un coup d'œil jeté sur l'ensemble de Paris, au point de vue de la mortalité, montre d'ailleurs qu'elle n'est pas en raison de l'étendue de chaque arrondissement ou de sa population relative, mais bien en raison de l'agglomération jointe aux conditions de mauvaise hygiène qui en sont comme l'inséparable cortége. Les épidémies surtout ont mis le fait dans la plus complète évidence.

Une deuxième influence que le mémoire met également en relief est l'assainissement de l'air par les plantations, dont le nombre a été considérablement augmenté dans ces dix dernières années. En décembre 1853, il n'existait à Paris que 216 hectares de terrains plantés, tandis qu'à la fin de 1863 il y avait 328 hectares de plantations.

La plus grande quantité d'eau mise à la disposition des habitants pour les usages intérieurs et pour l'entretien de la propreté des voies publiques et des habitations doit être mise aussi au nombre de ces influences favorables.

En 1840, l'administration ne pouvait distribuer dans Paris, pour les usages privés aussi bien que pour les usages généraux, que 65,000 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures. De 1858 à 1861, cette quantité a été portée, par les soins de l'autorité municipale, à 100,000 mètres cubes par vingt-quatre heures. En 1862, elle était de 133,258 mètres, et en 1863 on était arrivé à distribuer 136,634 mètres cubes d'eau par vingt-quatre heures.

A côté de cette plus abondante distribution d'eau, il faut placer ce vaste système de drainage pratiqué sous le sol de Paris par l'établissement des égouts, l'une des plus grandes et des plus utiles entreprises qui aient été exécutées par l'administration actuelle.

Le Mémoire signale encore comme ayant puissamment contribué à l'amélioration de la santé publique à Paris l'institution de la Commission des logements insalubres créée par la loi du 13 avril 1850.

Nous avons assez souvent entretenu nos lecteurs de l'utilité des travaux de cette Commission et de leurs heureux résultats pour nous dispenser d'y insister davantage en ce moment.

Enfin, au nombre des causes qu'il considère comme ayant eu une action directe sur la diminution de la mortalité, il en est une que le rapporteur ne pouvait passer sous silence, c'est la manière dont s'exerce de nos jours la médecine. La médecine méritait bien une place à côté de l'hygiène. Disons-le toutefois, ce n'est qu'avec une certaine timidité que le Mémoire énonce la part qui revient aux progrès de l'art dans cette diminution générale de la mortalité. Il semblerait ressortir de cet énoncé lui-même que ce serait beaucoup plus à l'abstention qu'aux progrès mêmes de la thérapeutique qu'il faudrait faire honneur de ce résultat.

Cette proposition eût demandé, pour être motivée, des développements que ne comportait guère le caractère principalement administratif de ce document. Dénuée de tout ce qui aurait pu lui donner une portée scientifique, elle ne constitue en quelque sorte qu'une simple appréciation qui ne peut devenir le texte d'une discussion sérieuse.

Le rapporteur a touché plus juste, suivant nous, quand il a montré l'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme comme autant de causes susceptibles d'altérer la valeur représentative de la part qui revient aux progrès de l'art de guérir dans le résultat signalé.

Quoi qu'il en soit de la part respective qui doit être faite à chacun des éléments énumérés dans le Mémoire, part très-difficile à faire et qui réclamerait un travail d'analyse presque impossible, on ne peut que se féliciter du résultat général constaté dans cet important document.

— Le deuxième document dont nous avons inscrit le titre en tête de cet article, beaucoup plus limité quant au chiffre de la population et à la période de temps qu'il embrasse, puisqu'il ne comprend qu'un seul arrondissement de Paris et une période quinquennale seulement, nous présentera en revanche un intérêt scientifique plus immédiat, à cause des données statistiques détaillées qu'il renferme — et qu'on regrette de ne pas trouver dans le Mémoire des inspecteurs, — sur les causes de mort considérées dans leurs divers rapports avec les âges, les sexes, les professions et les conditions hygiéniques générales ou particulières à la circonscription. L'analyse de ce travail fera le sujet d'un deuxième article. — Dr Brochin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

De la responsabilité proportionnelle en matière de criminalité et d'aliénation mentale (1).

Peut-on assimiler les passions à la folie? Évidemment non. Les passions violentes impressionnent le jugement, déteignent même sur lui d'une manière fâcheuse, mais elles ne le détruisent pas; elles emportent parfois l'esprit jusqu'à des résolutions extrêmes, mais elles n'impriment pas sur le cerveau une tache pathologique. Que dans des circonstances données, elles fassent fléchir la volonté, je vous l'accorde, mais la responsabilité morale n'est qu'affaiblie et non pas éteinte. La peine est seulement atténuée : à une échelle de culpabilité correspond une échelle de pénalité.

Comment ne point admettre, en effet, de différences entre un meurtre prémédité, préparé, accompli de sang-froid, dû à la haine, à la vengeance ou à la cupidité, et l'assassinat consommé brusquement et sous l'empire d'une jalousie sans frein et d'une provocation outrageante?

Par l'effet des circonstances atténuantes et d'après les nuances infinies que réfléchissent les passions humaines, les motifs d'excuse se puisent dans la cause et selon les combats de l'agent avec lui-même. La loi a été prévoyante et libérale, mais il fallait une limite à sa libéralité, et je ne pense pas qu'il y ait lieu de la reculer.

Je m'étonne que quelques esprits éminents aient pu considérer la responsabilité partielle, que j'ai appelée *responsabilité proportionnelle*, comme une chose impossible. « Que deviendrions-nous, a dit M. le docteur Belloc nous autres qui dirigeons les aliénés, si les doctrines d'irresponsabilité absolue venaient à prévaloir quelques instants dans un asile? Est-ce que toute notre influence, toute notre action n'y sont pas basées sur la capacité de l'aliéné à comprendre les conseils qu'on lui donne, les réprimandes qu'on lui adresse, et à se diriger en conséquence? Chaque jour, dans l'asile que je dirige, je loue, je récompense, je blâme, j'impose, je contrains, je menace, je punis... Et devant ces faits, que devient la doctrine de l'irresponsabilité absolue que nous soutenons ensuite devant les tribunaux? Je ne m'explique cette contradiction flagrante que par le spectre de la guillotine que le ministère public ne se lasse pas d'agiter devant nos yeux. En présence de ce suprême danger que court l'un de nos malades, il nous a semblé que nous ne pouvions trop faire, et nous avons sans nous en apercevoir dépassé les limites de la raison et de la justice. » Je suis en parfaite conformité d'opinions avec l'honorable directeur-médecin de l'asile d'Alençon. Oui, dans une circonstance donnée, la raison peut partiellement abdiquer, mais la compromission morbide est isolée; le clavier psychique possède une note fausse.

Puisque nous reconnaissons chez certains de nos malades une part variable, mais non douteuse, d'intelligence et de liberté, de quelque façon que ces attributs partiels se gouvernent, à quelque chose qu'ils s'appliquent, dans quelques circonstances qu'ils s'exercent, ne nous est-il donc pas possible d'analyser ces sortes d'états mixtes, de séparer les contrastes, d'expliquer les détails? Vous allez m'objecter que, si des idées justes sillonnent un esprit malade, l'homme n'en est pas moins une vivante et harmonique unité; qu'on ne peut pas morceler l'âme; que dans notre organisation psychique il n'y a rien de partiel, rien de fragmentaire, et qu'entre les diverses facultés il existe un principe de succession et de connexité qui ne permet pas de les isoler; qu'il est impossible de compter les degrés par lesquels la raison tombe dans le précipice, etc., etc. Je pressens vos arguments, mais je ne crois pas à la solidarité des facultés, et je reste convaincu qu'il peut y avoir absence de raison, absence de la connaissance du bien et du mal, relativement à certains objets, sans que vis-à-vis des autres il y ait altération évidente de l'entendement. Je crois, de plus, que le délire est quelquefois tellement exclusif, tellement circonscrit, et que l'intelligence est tellement libre sous tous les autres rapports que le malade paraît sain d'esprit, tant que l'on ne dirige pas son attention vers le point sur lequel il extravague.

Il y a quelques années, j'ai accompagné en voyage, pendant six semaines, un homme âgé de quarante ans, d'une intelligence supérieure, d'une instruction solide et d'une érudition remarquable, qui, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe,

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 mars.

avait employé les moyens les plus variés et les plus terribles pour s'ôter la vie. Il avait toujours guéri de ses blessures. Mon compagnon de route jouissait de tous les biens et de toutes les satisfactions qui peuvent constituer une heureuse existence : il semblait qu'il n'eût rien à souhaiter. Je flattai, chemin faisant, ses penchants et ses goûts pour l'archéologie et la peinture, et j'écoutais même avec un grand intérêt ses démonstrations artistiques. Nous vécûmes de la même vie pendant plus de quarante jours, et sur tous les sujets possibles nous échangeâmes de longues conversations ; souvent même il m'attirait sur le terrain de la folie, et il s'étonnait que je voulusse toujours provoquer quelque incident capable de changer brusquement le cours de nos entretiens.

« J'ai lu, me dit-il un jour, les ouvrages des principaux aliénistes ; eh bien! il m'a paru que ces médecins ne se faisaient point une idée très-nette de la liberté. Pour ce qui me concerne, si j'infligeais une sévère correction à l'un de ces individus qui se permettent parfois de m'insulter grossièrement dans la rue, je pourrais n'en être pas responsable, car le désir de me venger de ces outrages m'aurait aveuglé ; mais si je venais à vous prendre votre porte-monnaie, je ne serais qu'un voleur : voilà toute la différence. »

Ce malade était parvenu à dissimuler très-habilement ses hallucinations, mais le chagrin profond qu'il en ressentait intérieurement finissait toujours par le conduire à quelque nouvel acte de désespoir.

Ne nous épuisons donc plus en efforts superflus pour soutenir invariablement que M. X... est coupable ou innocent, qu'il est aliéné ou sain d'esprit. Il existe très-fréquemment, en effet, une situation intermédiaire qui permet, après mûr examen, de décider qu'une partie des facultés de l'entendement a résisté au choc. Ayons la franchise de l'avouer ; sachons dire à l'occasion jusqu'à quel point un délire partiel peut rester étranger à la perpétration d'un crime ; discutons avec une haute impartialité les circonstances aggravantes ou atténuantes relatives à l'acte commis, et nous commencerons, magistrats et médecins, à parler le même langage, au grand avantage de la science et de l'humanité. Notre témoignage ne sera plus, d'autre part, accepté avec défiance, et la science aura lentement et sagement préparé les conclusions équitables d'une affaire.

Arrivé à ce point de la discussion, je me hâte d'aborder la question de la pénalité, car toute l'argumentation qui précède n'a point fait soupçonner encore les mesures qu'il me reste à proposer. Si j'admets que certains aliénés soient susceptibles de répondre, dans une mesure évidemment restreinte, de la moralité de leurs actes, ce n'est point à la condition qu'après avoir encouru une peine plus ou moins légère ces malades s'en aillent traîner en prison une vie misérable. Le système cellulaire aurait bien vite achevé la ruine de ces fragiles intelligences. Non, je ne suis pas partisan, en matière de folie partielle, du bénéfice des circonstances atténuantes : l'abaissement pénal diminue la criminalité, mais il laisse subsister l'infamie, et la famille de l'inculpé est destinée dans ce cas à porter les indélébiles stigmates de la flétrissure judiciaire.

Ainsi que nous l'avons rappelé, en face de la démence la poursuite s'arrête : il n'y a point de faute à expier, mais une infortune à constater. Le châtiment serait une injustice inutile pour la société, car le châtiment n'est infligé que pour l'exemple ; or, l'exemple étant nul, le châtiment deviendrait une barbarie. La bastonnade infligée publiquement à un fiévreux ne guérirait personne de la fièvre.

S'il s'agit maintenant d'un cercle restreint d'action morbide, je pense qu'un moyen mixte de répression doit intervenir, et qu'un article additionnel pourrait compléter fructueusement la loi du 30 juin 1838, en ordonnant la création d'un établissement central uniquement consacré aux malades poursuivis par la justice, ou tout au moins l'ouverture, dans les quatre principaux asiles publics d'aliénés, d'un quartier spécial. Une condamnation n'aurait point préalablement frappé ces individus ; la marque du crime ne serait point par conséquent imprimée sur eux. On tranquilliserait ainsi les consciences, on donnerait à la sécurité publique toutes les garanties désirables, et une détention de cette nature mettrait de plus les familles à l'abri du déshonneur.

Que de femmes au développement mental incomplet, à la volonté impuissante, à l'organisation névropathique et convulsive, qui tombent dans la fange, après n'avoir eu, dans leur imprévoyance maladive, que la perspective de la misère, de la honte et du suicide ! Où les placerez-vous, en prison ? mais elles se pervertiront davantage. Dans un asile d'aliénés ? mais elles souffriront de cette assimilation injuste. La société n'a-t-elle pas le droit de réclamer pour elles contre les dangers d'une fusion que n'autorisent ni les lois de la morale, ni celles de la pathologie ?

L'État entretient à grands frais, dans les colonies agricoles et pénitentiaires, douze mille enfants ayant eu des démêlés avec la justice. Ces jeunes prévenus ont agi sans discernement, cela est vrai, mais leur acquittement ne peut aboutir qu'à une séquestration plus ou moins prolongée dans un établissement spécial. C'est quelque chose d'analogue qu'il nous faudrait pour donner asile à l'état mixte de l'intelligence et à la culpabilité partielle.

Le médecin-légiste chargé de l'examen d'un criminel atteint de folie doit, avant de rédiger son rapport, pénétrer avec un soin scrupuleux dans la vie intime du prévenu, analyser ses actes antérieurs, les tendances habituelles de son esprit, et peser toutes les manifestations psychiques qui ont précédé, accompagné et suivi le fait incriminé. Le meilleur moyen de prévenir désormais le retour de conflits judiciaires fâcheux consisterait dans la fixation raisonnée de quelques points de repères relatifs au diagnostic médical de la responsabilité, et aujourd'hui, dans l'état actuel de la science, il est possible de les énumérer très-sommairement, ainsi qu'il suit :

1° Le crime est-il un fait isolé dans la vie de l'accusé ?

2° Quels en ont été les motifs ?

3° L'accusé a-t-il suivi un certain plan dans l'accomplissement du fait qui lui est reproché ?

4° L'accusé a-t-il essayé de se soustraire au châtiment ?

5° Note-t-on chez lui des regrets et du repentir ?

6° Peut-il raconter toutes les circonstances du fait ?

7° Quelles étaient les particularités de son état mental une ou plusieurs années auparavant ?

8° L'accusé est-il ou a-t-il été halluciné ? Dans ce cas, quels sont les sens qui ont été lésés ?

L'application de ces huit éléments de diagnostic est de nature à faciliter singulièrement la tâche du médecin expert, qui, en thèse générale, ne doit jamais sortir de sa sphère. S'il s'improvise avocat, il perd à l'audience tout son prestige, car le juge et le défenseur se croient beaucoup plus compétents que lui. Il doit exposer scientifiquement les faits, donner froidement et avec autorité son opinion, et en appeler au besoin à des cas analogues antérieurement observés. Il surgit parfois tant de péripéties dans le cours d'un procès, que des embarras aussi grands qu'imprévus peuvent, à un moment donné, plonger le médecin dans la plus anxieuse perplexité ; mais comme il y a entre un témoin ordinaire et lui la différence qui sépare l'homme qui a des sens de celui qui possède une intelligence, il doit prendre conseil de son discernement, de son instruction et de sa probité. Ainsi présentée, la cause de la science sera presque toujours celle de la vérité.

DE L'IDENTITÉ D'ORIGINE DE LA GRAVELLE,

du diabète et de l'albuminurie (1),

Par M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux minérales de Pougues.

(Mémoire présenté à l'Institut dans la séance du 27 mars 1865.)

II.

La gravelle, le diabète et l'albuminurie sont des manifestations diverses d'un trouble dans la digestion ou dans la nutrition, et la diversité d'expression que revêt ce trouble tient aux conditions dans lesquelles il se développe.

Cette seconde partie de mon travail est tout à la fois la plus importante et la plus difficile ; aussi me pardonnera-t-on, dans l'intérêt de la cause que je plaide, de rappeler les actes principaux de la nutrition.

Les substances, tant animales que végétales, qui servent à l'alimentation de l'homme, ont été divisées, par rapport à l'azote, en deux grandes classes :

1° Les aliments azotés ;

2° Les aliments non azotés.

Pour se les assimiler, la nature les fait passer par une opération semblable, sinon identique.

Les aliments azotés, après avoir subi l'action du suc gastrique et principalement de la pepsine en présence de l'acide lactique, constituent une substance absorbable que l'on nomme *peptone* ou *albuminose*, laquelle ne tarde pas, grâce à l'alcalinité du sang, à venir à l'état d'albumine.

Les aliments non azotés ou féculents, après avoir subi l'action de la salive et du suc pancréatique, c'est-à-dire de la diastase animale, sont transformés en glycose et absorbés sous cette forme.

Il est une troisième classe de substances, les graisses, dont je ne parle pas ici, parce que, n'écrivant point l'histoire de la digestion, je tiens à ne pas sortir des limites que je me suis tracées.

Voilà donc les deux produits ultimes de la digestion, l'un, l'albumine, représentant l'ensemble de toutes les substances azotées ou albuminoïdes, l'autre, la glycose, représentant l'ensemble de toutes les substances non azotées ou féculentes.

L'un et l'autre doivent subir une dernière métamorphose sous l'action de l'oxygène et être soumises, comme on dit communément, à la combustion de la respiration.

Ainsi que l'a magistralement établi M. Mialhe, l'action comburante de l'oxygène sur la glycose ne peut avoir lieu « que sous l'influence des alcalis libres ou carbonatés. »

Il en est de même pour l'albumine.

Les produits qui résultent de cette combustion sont nombreux : les uns doivent servir à la revivification des tissus, les autres sont destinés à être expulsés.

Parmi les produits excrémentiels des matières albuminoïdes, nous citerons surtout l'urée et l'acide urique qui, selon M. Béclard, peut être envisagé comme un produit de combustion des matières azotées, moins *avancé* que l'urée.

Les produits excrémentiels de la combustion de la glycose ou plutôt de glyciates qui se forment au contact des alcalis libres du sang, sont surtout de l'eau et de l'acide carbonique.

Les reins sont les organes d'excrétion des produits excrémentiels de la combustion des substances albuminoïdes, tandis que les poumons et la peau sont les organes d'excrétion des produits excrémentiels de la combustion des substances non azotées.

De ces rapides considérations physiologiques sur lesquelles il ne m'appartient pas de m'étendre davantage, il résulte que l'action comburante de l'oxygène du sang est indispensable pour la transformation de l'albumine et de la glycose, que ces produits viennent du dehors, ou se forment dans l'intimité de nos tissus.

Comme toutes les actions vitales, la combustion de la respiration peut être entravée, diminuée, suspendue même, soit séparément à l'endroit de l'albumine ou de la glycose, soit simultanément sur le produit albuminoïde et sur le produit féculent.

Dans le premier cas il y aura albuminurie.

Dans le second cas il y aura diabète.

Et dans le troisième cas il y aura tout à la fois albuminurie et diabète, ainsi que l'ont observé MM. Bouchardat, Rayer, Lecadre, Marchal, etc.

Comme on le voit, suivant, pour l'albuminurie, les traces des nombreux observateurs que nous avons cités dans la première partie de ce travail, et pour le diabète, celle de tous les auteurs qui ont traité cette matière, sans même en excepter le physiologiste français, M. Cl. Bernard, et le physiologiste anglais, M. Pavy, nous rapportons à un trouble général de la nutrition deux affections dont on cherchait trop facilement la cause dans une lésion de l'appareil urinaire.

Cependant nous n'avons point la prétention de soutenir que cet appareil ne puisse, dans certaines conditions morbides, être le point de départ de la présence dans les urines, soit du sucre, soit de l'albumine. M. Marchal laisse entrevoir que le passage continuel de la glycose, à travers le tissu des reins, peut déterminer une hypérémie de cet organe avec albuminurie. Mais comme la science ne possède encore aucun fait justificatif de cette opinion, il faut nous contenter de la simple hypérémie rénale. Le même auteur rappelle un fait publié par lui, en 1850, dans les *Mémoires de médecine militaire,* d'après lequel une hypérémie rénale avec albuminurie se serait produite chez un gendarme, jeune homme robuste et sain, qui, « ayant très-chaud, se lava les bras et les jambes avec de l'eau de puits très-fraîche, et en but une certaine quantité ; » « à l'autopsie, on trouva les reins fortement hypérémiés et une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. »

Dans le diabète, M. Rayer a presque constamment trouvé les reins hypertrophiés et quelquefois simplement hypérémiés ; mais dans l'immense majorité des cas, ainsi que Franck le soupçonnait déjà à son époque, ces lésions sont plutôt consécutives au diabète que productives de l'affection.

Bien plus, chose importante à noter, les sécrétions autres que les urines contiennent soit du sucre, soit de l'albumine, soit de l'acide urique, chez des individus affectés de l'une de ces manifestations morbides.

Ce sont les sécrétions intestinales.

Pour le sucre, M. Hodgkin (1) note, comme un fait qui l'a toujours frappé, l'altération dans les sécrétions intestinales du diabétique, aussi bien que dans les sécrétions urinaires ; les matières fécales ont une odeur fétide spéciale et sont complétement privées de bile. De son côté, M. Marchal dit : « Dans un cas de *diabète hépatique,* j'ai fait recueillir le produit des garde-robes, qui était horriblement fétide, et M. Duroy y a trouvé du sucre.

Pour la gravelle, les cas où la présence de cristaux d'acide urique a été constatée dans les matières fécales ne sont pas rares, et pour mon compte je possède quatre faits dans lesquels des amas assez considérables de sables étaient rendus par les garde-robes, sans que les malades eussent jamais éprouvé la moindre atteinte de colique hépatique.

Pour l'albumine, M. Jaccoud a depuis longtemps élucidé la question : « Je rappellerai seulement ici, dit-il, les résultats des expériences que j'ai faites sur deux albuminuriques dont j'ai consigné l'histoire dans ma thèse. Chez ces deux malades j'ai constaté la présence d'une grande quantité d'albumine dans les matières fécales ; l'un d'eux a succombé, alors que j'avais déjà fait cinq expériences, et l'autopsie a démontré avec les lésions du *Small contracted kidney,* l'intégrité parfaite de la muqueuse intestinale ; l'autre malade, se sentant affaiblir rapidement, a voulu retourner chez ses parents, de sorte que je l'ai perdu de vue ; mais pendant la semaine qui précéda son départ, j'avais examiné deux fois ses matières fécales, et deux fois j'y ai constaté la présence de l'albumine (2). » J'ai moi-même trouvé de l'albumine dans les sécrétions vaginales d'une malade dont je parlerai longuement, à cause des phénomènes intellectuels qu'elle présenta, quand je traiterai de l'albuminurie aux eaux de Pougues. Enfin, chez un jeune albuminurique de vingt ans, atteint d'une pneumonie double qui l'emporta, j'ai manifestement obtenu un coagulum albumineux, en traitant ses crachats par l'acide azotique.

Pour en revenir à ma thèse principale, je terminerai les considérations qui précèdent par les paroles suivantes de M. Jaccoud, en les appliquant tout à la fois à l'albuminurie, au diabète et à la gravelle : « Il est clair que les lésions rénales n'ont, dans toute l'évolution des phénomènes morbides, qu'une valeur secondaire ; il est certain que l'albuminurie n'est point sous leur dépendance immédiate ; il est évident enfin que ce trouble fonctionnel reconnaît avant tout, pour causes, les conditions générales dont nous avons montré l'influence pathogénique, puisque l'albumine se perd non-seulement par les reins altérés, mais par une vaste surface muqueuse parfaitement saine. Dès lors, ce qu'il faut voir dans l'albuminurie, ce n'est point un signe indicatif de tel ou tel état des reins, c'est la manifestation visible et palpable de certains troubles généraux dont la gravité et l'incurabilité sont directement proportionnelles à l'ancienneté du phénomène anormal et surtout à sa généralisation (3). »

Le foie a été accusé à son tour d'être le siége de lésions pouvant amener le diabète. M. Andral rapporte cinq observations où cette glande s'est montrée gorgée d'une grande quantité de sang ; mais tout porte à croire qu'il y avait ici simple coïncidence, car, ni Cullen, ni Franck, ni MM. Durand-Fardel, Hodgkin et Marchal (de Calvi) n'ont pu constater une affection du foie dans le diabète.

En résumé, si dans les trois états morbides que nous étudions, il est impossible de constater sur un organe quelconque une lésion anatomique primitive pouvant donner raison des phénomènes observés, il faut bien renoncer à toute idée de localisation et admettre un trouble général dans les fonctions assimilatrices.

Il me reste donc à déterminer le mécanisme et les conditions pathologiques de ce trouble, et montrer par la similitude thérapeutique son identité dans les trois manifestations que nous avons choisies : gravelle, diabète et albuminurie.

---

(1) Suite. — Voir le précédent numéro.

(1) *On diabete and certain forms of cachexie,* mémoire lu dans la session 1852-1853 de la Société harveienne de Londres, et publié en 1854 dans le journal de cette compagnie.

(2) *Leçons cliniques de Graves,* trad. par M. Jaccoud, en note, t. II, p. 399.

(3) *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie,* thèse inaugurale, 1860.

Pour la gravelle, tout le monde est à peu près d'accord; elle tient à un excès d'acide urique dont nous aurons plus loin à rechercher les conditions d'origine. Je ne m'arrête pas à la gravelle phosphatique que l'on rencontre quelquefois, et qui peut se rattacher à un autre ordre d'idées que celui que je poursuis. La gravelle, celle que l'on observe le plus communément, celle qui éveille la même pensée chez tous, est constituée, je le répète, par un excès d'acide urique, soit qu'il se présente sous forme de sable, de gravier, de pierre ou de calcul dont l'appareil urinaire est alors le siége, soit que déposé, à travers le mouvement circulatoire du sang, dans les tissus qu'il traverse, il s'accumule dans les muscles et dans les articulations pour y constituer ces douleurs atroces et ces empâtements connus sous le nom de goutte, de rhumatisme goutteux, etc.

Pour le diabète, si j'entreprenais jamais d'écrire son histoire, je ferais une part bien large aux belles et ingénieuses expériences de M. Cl. Bernard; mais dans l'étude de faits essentiellement pathologiques, je ne sacrifierai pas l'observation médicale, et les phénomènes notés chez un malade auraient plus de poids dans mon esprit que les résultats obtenus, dans un laboratoire et par des artifices compliqués, sur le foie d'un lapin ou l'estomac d'un cochon-dinde. Je ne prétends pas dire que les faits énoncés par M. Cl. Bernard sont nuls au point de vue qui nous occupe; Dieu me garde d'une pareille hérésie; mais je soutiens que son explication du diabète est insuffisante au point de vue médical, et que sans contester la fonction glycogénique du foie, il faut admettre qu'une partie de la glycose que l'on trouve dans l'organisme lui est apporté du dehors, et que dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, il y a dans le diabète autre chose qu'une simple surexcitation de la fonction glycogénique de la glande hépatique.

A M. Mialhe revient l'honneur d'avoir le premier fourni une explication embrassant tout à la fois l'étiologie et la thérapeutique de la maladie, mais s'il a entrevu la vérité, il ne l'a pas embrassée dans son ensemble, et sous ce rapport M. Marchal a complété ce qui manquait à la théorie de M. Mialhe.

Cette théorie, on le sait, place la cause du diabète dans l'insuffisance de l'alcalinité du sang; les carbonates alcalins faisant défaut, la glycose n'est plus décomposée, et, devenue ainsi corps étranger *inutilisable*, elle est éliminée par les sécrétions, spécialement par les reins.

On voit les conséquences thérapeutiques que M. Mialhe a tirées de cette théorie et que l'on peut résumer en ces deux propositions : 1° diminuer la quantité de glycose fournie par les aliments; 2° augmenter l'alcalinité du sang par l'usage des alcalins.

M. Mialhe n'est pas allé plus loin dans sa théorie, et cependant tout lui commandait de rechercher la cause de cette insuffisance de l'alcalinité du sang. La question en valait la peine, car de sa solution peut dépendre le traitement curatif du diabète, au lieu du traitement palliatif et temporaire institué par M. Mialhe.

M. Marchal est résolûment entré dans cette voie, et pour lui comme pour tous ceux qui voudront sérieusement observer et réfléchir, l'insuffisance de l'alcalinité du sang, capable d'empêcher la décomposition de la glycose, est due à la présence de l'acide urique en excès. « Dès que l'acide urique augmente, dit-il, il y a plus d'alcali employé comme base; en d'autres termes, l'augmentation de l'acide urique implique la diminution des alcalis libres du sang. Le même effet se produit par l'ingestion des acides, de l'acide citrique, de l'acide oxalique, par exemple; nous sommes ainsi ramenés à la théorie de M. Mialhe, et l'on comprendra mieux maintenant ce que je disais ailleurs, que M. Mialhe s'est approché de la vérité au point de l'atteindre, sans toutefois l'embrasser complétement. En effet, il a aperçu la diminution de l'alcalinité, et il fallait s'élever encore d'un degré pour apercevoir le premier fait de cette pathogénie, l'augmentation de l'acidité, et surtout pour reconnaître l'identité de nature de la goutte, du rhumatisme, de la gravelle acide et de la variété commune du diabète (1). »

Il me reste à montrer cette même identité pour l'albuminurie.

Les auteurs qui n'ont voulu admettre les lésions du rein dans l'albuminurie que comme consécutives, ont rapporté à une altération du sang la cause première de l'affection.

Mais en quoi consiste cette altération du sang? porte-t-elle sur la qualité ou sur la quantité des éléments sanguins?

Depuis Brigth lui-même, qui depuis ses premiers travaux sur la maladie qui porte son nom, c'est-à-dire en 1827, a profité de toute occasion pour protester contre les opinions exclusivement anatomo-pathologiques qu'on lui prêtait, depuis Brigth, disons-nous, on n'a pu se mettre d'accord sur la nature de cette altération.

Son collaborateur Bostock, en analysant le sang des albuminuriques, avait constaté une diminution dans la densité du sérum et la présence d'une matière que, deux années après, en 1829, Christison reconnut pour être de l'urée.

Dès ce moment, la cause tant cherchée de l'altération du sang, point initial de l'albuminurie, semble trouvée, et déjà apparait cette théorie de l'urémie, à laquelle, par de séduisantes hypothèses, le brillant professeur de Breslau, le docteur Frerichs, amène des adhérents.

Christison croit à un empoisonnement du sang par l'urée, et conséquemment à un tel appauvrissement de ce liquide qu'il explique par lui l'hydropisie et les accidents cérébraux qui accompagnent la maladie de Bright.

En 1833, Wilson coordonna les travaux de Bright, de Bostock et de Christison sur la présence de l'urée dans le sang, et formula une première théorie de l'urémie. Pour lui, l'altération du sang est constituée par un excès d'urée et par une diminution d'albumine. A cette opinion, c'est-à-dire à une intoxication du sang par l'urée, se rangent Caleb Rose et Rose Cormach qui lui attribuent aussi les convulsions puerpérales et l'éclampsie.

La théorie d'une intoxication du sang par l'urée n'est pas soutenable et l'on s'étonne de la voir patronnée par celui-là même, Christison, qui le premier avait signalé l'existence de l'urée dans le sang normal.

Frerichs ne tombe pas dans cette contradiction. Il suppose que par suite de décompositions qui s'opèrent dans le torrent circulatoire, l'urée en excès forme du carbonate d'ammoniaque, et que ce carbonate d'ammoniaque, lui-même en excès, devient le poison qui suscite tous les accidents dits urémiques.

Le docteur Schottin, de Kostrizt, contesta la valeur de la nouvelle théorie et la battit en brèche par des expériences physiologiques et des observations médicales contraires.

(1) *Loco citato*, p. 641.

PETITES DIFFICULTÉS
de la pratique obstétricale,

Par le Dr E. Verrier.

Il y a dans la pratique des accouchements des faits bien embarrassants pour le praticien. Ce ne sont pas les grandes observations, les cas très-rares, qui méritent le plus d'attention; mais toutes ces petites difficultés quotidiennes qui placent l'accoucheur en face de sa conscience, et dans lesquelles il assume une grande responsabilité.

Je me propose d'en signaler de temps en temps quelques-unes à la méditation de nos confrères.

I. On trouve dans les livres que Denman a proposé l'accouchement prématuré provoqué dans les cas où le fœtus était mort pendant plusieurs grossesses antérieures (Cazeaux, p. 863; Jacquemier, t. II, p. 456). M. Stoltz, dans son *Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique*, p. 295, donne comme indication de l'accouchement provoqué avant terme les accidents ou maladies survenant dans les derniers temps de la gestation, et capables de compromettre la vie de la femme ou celle de son enfant.

Mais, avant de se déterminer à un pareil traitement, ne faudrait-il pas savoir quelle est dans les précédentes grossesses la cause de la mort du fœtus, afin d'essayer d'y porter remède d'une autre manière?

M. le docteur Mattei paraît faire jouer à la *placentite* un certain rôle dans le cas de mort du fœtus dans la cavité utérine (*Gazette des Hôpitaux* du 23 août 1864).

Mais d'abord la placentite existe-t-elle? Le placenta, organe tout à fait passager, est-il susceptible d'inflammation? Les faits allégués par M. Mattei semblent dire que oui, mais les auteurs sont muets à cet égard.

Dans l'observation ci-dessous, l'état des membranes provenait-il d'une inflammation du placenta? Je ne saurais le dire; mais en vertu de l'aphorisme : *Naturam morborum curationes ostendunt*, s'il y avait eu inflammation, la saignée qui a été pratiquée aurait dû soulager la malade et le fœtus, tandis qu'au contraire la malade n'en ressentit aucun effet, et le fœtus, dont les mouvements actifs étaient manifestement sentis avant la saignée, cessa de remuer pendant plusieurs jours.

Ce n'était donc pas non plus à la pléthore utérine, cause fréquente d'avortement, mais bien distincte de la placentite, qu'il faut dans ce cas attribuer la mort du produit; je suis porté à penser que la cause de la mort du fœtus est plutôt due à une maladie des membranes, comme on pourra s'en convaincre par la lecture de l'observation, maladie survenue dans les premiers temps dela vie embryonnaire, se reproduisant à chaque grossesse, et dont la nature nous est parfaitement inconnue.

Jeanne F..., née à Breda le 2 décembre 1842, réglée à treize ans, a toujours été d'une bonne santé et son bassin est bien conformé.

Mariée le 10 septembre 1860 à un homme bien portant et sans antécédents spécifiques, elle devint enceinte trois mois après son mariage, et depuis cette époque elle n'a jamais vu reparaître ses règles, pas même les retours de couches, devenant toujours enceinte peu de jours après chacun de ses accouchements.

En juillet 1861, elle avorte à cinq mois au plus, à Bruxelles, d'un enfant du sexe masculin.

Le 26 février 1862, Jeanne avorte encore à la même époque d'une fille, à Saint-Gilles-lès-Bruxelles. La mère déclare n'avoir jamais senti remuer ces deux enfants.

Le 5 octobre 1862, Jeanne F... accouche à six mois et demi, à Abbeville, d'une fille mort-née; quinze jours auparavant, elle avait cessé de sentir les mouvements actifs de son enfant.

Le 21 octobre 1863, elle accouche à sept mois, à Paris, d'une fille mort-née.

Cette fois Jeanne F... s'était adressée à Mme Hannais, sage-femme instruite et intelligente du faubourg du Temple, qui la mit en observation, ayant été prévenue de ses antécédents.

L'accouchement eut lieu par le sommet, et quinze jours avant la jeune femme avait cessé de sentir remuer. Le placenta, examiné par la sage-femme au point de vue des hémorrhagies pendant la grossesse, ne lui a révélé l'existence d'aucun caillot sanguin ou fibrineux.

Une nouvelle grossesse se déclare; cette fois Mme Hannais me prévient vers le cinquième mois, en me donnant tous les renseignements ci-dessus, qui me furent confirmés par la malade en ce qui la concerne, et en me demandant s'il n'y aurait pas lieu de recourir à la provocation du travail avant le terme de la grossesse dans le but d'avoir un enfant vivant, si désiré par la mère.

Je conseillai d'abord l'expectation, assimilant le cas qui m'était soumis à un de ces exemples d'irritabilité de l'utérus cités par les auteurs (Cazeaux, p. 336; Jacquemier, t. I, p. 450; Pajot, *Leçons orales*), dans lesquels la matrice s'habitue peu à peu à supporter le produit de la conception, et, après l'avoir expulsé plusieurs fois de suite à des époques de plus en plus près du terme normal, finit par arriver jusqu'au deux cent soixante-dixième jour ou environ; mais, dans ces cas, le fœtus est en général expulsé vivant, tandis que dans l'espèce le fœtus était toujours mort plusieurs semaines avant l'accouchement, ce qui m'ôtait l'espérance d'obtenir un enfant vivant au terme même de la grossesse.

Vers six mois et demi, la femme se plaignit de douleurs abdominales, de pesanteur. Craignant une congestion utérine ou placentaire, je fis pratiquer une saignée de quatre cents grammes environ; la femme paraissait d'ailleurs assez pléthorique.

Mais contrairement à ce que j'attendais et à ce qui s'observe habituellement, pendant les trois jours qui ont suivi la saignée, la malade n'a plus senti remuer son enfant, et sans l'auscultation, qui donnait la perception des battements du cœur faibles et ralentis, j'aurais cru à la mort du fœtus. Cependant les mouvements revinrent peu à peu et la grossesse continua son cours.

La femme néanmoins perdait constamment un peu de sang pur, phénomène qui n'avait jamais existé à ses grossesses antérieures; le toucher ne fait rien reconnaître d'anormal, et la grossesse se prolonge ainsi jusqu'à sept mois et huit jours. Je n'osais plus revenir à la saignée après ce que j'avais observé, et je me sentis complétement désarmé en présence de nouveaux accidents congestifs, décidé que j'étais à ne pas recourir, au moins pour cette grossesse, à la provocation du travail.

Quoi qu'il en soit, le fœtus mourut comme dans les grossesses antérieures; la femme, qui, malheureusement, savait à quoi s'en tenir là-dessus, nous prévint, et en effet nous constatâmes la cessation des battements du cœur et des mouvements actifs. La mère déclarait avoir la sensation d'un corps inerte tombant de côté dans le décubitus latéral; les seins se flétrirent, et trois semaines après les douleurs de l'accouchement survinrent; la sage-femme rompit les membranes et reçut, le 16 août 1864, une fille mort-née, en présentation du siége avec membres développés.

Voilà donc un accouchement survenu à huit mois et produisant un enfant mort depuis trois semaines dans la cavité utérine!

L'avant-dernier accouchement avait eu lieu à sept mois, et l'enfant était mort depuis quinze jours, c'est-à-dire à six mois et demi; c'était trois semaines de gagnées sur la vie de l'enfant.

Mais un fœtus de sept mois et huit jours, à qui l'on ferait supporter un travail d'accouchement provoqué alors qu'il provient sans doute d'un œuf déjà malade, n'a pour ainsi dire aucune chance de vie; aussi suis-je content de m'être abstenu d'intervention.

J'examinai le fœtus et ses annexes avec soin; le premier était macéré, l'épiderme soulevé, comme l'avait été le précédent, vu par la sage-femme seule; l'ossification du crâne était aussi plus avancée. Rien à la paume des mains, ni à la plante des pieds, non plus qu'à l'anus ou aux autres orifices qui pût rappeler une affection spécifique.

A l'inspection des annexes, je trouvai un œuf évidemment malade; le tissu réticulé, reste du liquide séreux qui, à l'état normal, sépare le chorion de l'amnios est remplacé par un pus crémeux, très-épais et jaunâtre; la malade n'avait pas eu de leucorrhée pendant sa grossesse. Du pus existe aussi vers la circonférence du placenta, près du lieu de contiguïté de la membrane amniotique, c'est-à-dire vers la face fœtale du placenta.

Quel rapport peut-on établir entre la présence de ce pus et la mort du fœtus? Il est évident que celle-ci est la conséquence d'une maladie de l'œuf; mais ce pus est-il la conséquence d'une inflammation du placenta ou des membranes? Je suis tenté d'admettre cette dernière hypothèse, car le délivre, examiné à part, ne paraissait pas malade, si ce n'est sur ses bords et un peu à la face fœtale, partout enfin où il est en contact avec les membranes. Celles-ci jouent donc un rôle bien important dans la nutrition du fœtus? Personne ne l'a nié, pour les premiers temps de la vie intra-utérine; mais ce temps est court, et une fois le placenta formé, il est plus difficile à admettre qu'une maladie des membranes seules puisse compromettre la vie d'un fœtus de sept mois.

Le fait existe cependant, et il nous reste à examiner la conduite que l'acoucheur doit tenir en cette circonstance.

Deux espèces de traitements peuvent être institués, l'un purement médical et l'autre obstétrical.

Le traitement médical repose sur l'expectation en cas de grossesse nouvelle, et sur les antiphlogistiques locaux ou généraux si l'on croit à l'élément inflammatoire.

Si, au contraire, le médecin croit à une atonie des organes génitaux, il devra recommander, et je déclare que telle a été ma prescription, les toniques généraux et locaux, l'hydrothérapie, avec l'abstention *provisoire* de toute nouvelle grossesse.

Enfin, la fécondité de la femme qui fait le sujet de cette observation est telle, qu'on peut supposer, malgré la recommandation faite, qu'une sixième grossesse ne tardera pas à survenir; alors on pourrait agiter la question du traitement obstétrical, c'est-à-dire la provocation de l'accouchement avant terme.

Quant à moi, il me semble qu'on ne peut guère compter sur la réussite, dans ce cas; car en admettant, hypothèse favorable, que la grossesse se prolonge jusqu'au deux cent soixante-dixième jour, le fœtus, si l'on s'en rapporte aux grossesses antérieures, aura déjà cessé de vivre depuis au moins quinze jours. Il faudrait que l'accouchement prématuré fût pratiqué huit jours avant la mort du fœtus, au moins, pour espérer d'obtenir un enfant vivant qu'on ne serait pas même sûr de conserver à la suite de son séjour prolongé dans un œuf malade. Or, ce peu de chance de la vie chez l'enfant, la difficulté d'apprécier le moment opportun pour l'intervention obstétricale, moment qui, pendant plusieurs grossesses encore, ne peut être que très-éloigné de l'époque du terme normal, me font, quant à présent, repousser l'accouchement prématuré artificiel.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 mars 1865. — Présidence de M. Decaisne.

M. Grimaud, de Caux, présente un Mémoire *sur l'élimination des eaux publiques après qu'elles ont servi aux besoins des populations agglomérées. Application à la ville de Marseille.* (Commissaires : MM. Dumas, Morin, Péligot.)

— **M. Roubaud** soumet au jugement de l'Académie un travail ayant

pour titre : *De l'identité d'origine de la gravelle, du diabète sucré et de l'albuminurie.* Nous publions ce travail. (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. Andral et Rayer.)

Recherches expérimentales sur les phénomènes d'absorption pendant le bain, par **M. C. DE LAURÈS.**

« Attaché depuis seize années à la pratique des eaux minérales, j'ai pu constater par moi-même cette vérité reconnue de tous les médecins, que la médication par les eaux minérales, dont les bains forment un des éléments principaux, constitue une ressource puissante de la thérapeutique ; mais l'observation même des effets obtenus m'a conduit à douter que l'absorption par la peau de certains principes contenus dans l'eau pût suffire à l'explication des phénomènes multiples qui s'accomplissent au sein de l'organisme, sous l'influence des bains, et ce doute m'a conduit aux recherches dont j'expose aujourd'hui quelques résultats...

« J'étudierai dans un autre travail tout ce qui se rattache aux conditions atmosphériques, à la composition des bains, à leur température, leur durée, à l'électricité (?), à l'âge des sujets, à leur constitution, leur état de santé, leurs habitudes, etc. ; dans les recherches que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, je n'ai eu en vue que l'absorptivité de la peau pendant les bains. »

L'auteur, destinant son travail au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, y a joint, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une analyse destinée à faire ressortir ce qui s'y trouve de neuf. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. LEGRAND DU SAULLE**, en présentant au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son ouvrage intitulé : *La Folie devant les tribunaux*, y joint, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, l'indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— **M. FONTENAU** prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour le prix dit des arts insalubres les pièces qu'il lui adresse, et qui ont rapport à un *appareil de sauvetage pour les naufragés*. La description et la figure de l'appareil sont accompagnées de plusieurs documents exprimant l'opinion favorable qu'en ont conçue des personnes compétentes. (Réservé pour la future Commission des arts insalubres.)

M. FLOURENS présente au nom de M. Mantegazza un opuscule écrit en italien et résumant les recherches de l'auteur sur les greffes animales. Pour donner une idée de ce travail, M. Flourens lit le paragraphe suivant de la lettre d'envoi :

« J'ai greffé, et pour plusieurs classes d'animaux, presque tous les organes. Il y a des tissus qui sont atteints de la dégénération grasse, il y en a qui végètent dans le nouvel organisme en y contractant des adhérences par de nouveaux vaisseaux et du tissu conjonctif. Dans la grenouille, le testicule continue à produire des zoospermes, et l'estomac, après avoir contracté des adhérences vasculaires, produit toujours du mucus et du suc gastrique. Après vingt-sept jours, j'ai pu obtenir des digestions artificielles parfaites avec l'estomac greffé.

« La rate peut vivre longtemps dans un autre organisme chez les batraciens et peut même augmenter de poids.

« L'ergot du coq peut vivre l'espace de huit ans dans l'oreille d'un bœuf, en acquérant le poids de 396 grammes.

« Dans une autre partie de mon travail, j'ai greffé la fibrine pure, sans globules rouges ni blancs, et je l'ai vue s'organiser et se transformer en pus, tissu conjonctif, cellules granuleuses et nouveaux vaisseaux. En variant les expériences de mille manières, en étudiant l'organisation du sang greffé ou arrêté dans un vaisseau, j'ai pu me persuader de la fausseté du principe histologique de l'école de Berlin : *Omnis cellula ex cellula.* La fibrine est un principe immédiat de l'organisme, et d'elle-même, par le contact avec les tissus vivants, peut s'organiser. »

M. DESORMEAUX prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix Montyon (médecine et chirurgie) un ouvrage qui a été présenté en son nom par M. Rayer, et qui a pour titre : *De l'endoscope et de son application au diagnostic des affections de l'urètre et de la vessie.*

M. JOULIN adresse une semblable demande pour ses deux mémoires sur le bassin : *Anatomie et physiologie comparée du bassin des mammifères; Mémoire sur le bassin considéré dans les races humaines.*

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

C'est demain mardi que doit avoir lieu l'élection dans la section d'hygiène à l'Académie de médecine. On connaît la liste de présentation de la section. Nous ne nous permettrons aucune observation sur l'ordre de classement des candidats. Des titres incontestables, quoique inégaux en nombre et en date, recommandent particulièrement ceux d'entre eux que la section a placés aux premiers rangs. Mais nous ne pouvons dissimuler le sentiment qu'a fait naître dans beaucoup d'esprits l'exclusion de la liste des noms de deux candidats, l'un déjà plusieurs fois jugé digne par la même section d'y figurer en rang honorable, le second qui s'est acquis depuis quelques années des titres recommandables par des travaux d'hygiène et de statistique d'une grande valeur. Nous avons appris avec satisfaction que dans le comité secret de mardi dernier, l'Académie, sur la demande de plusieurs membres, a ordonné l'adjonction à la liste des noms de MM. Bouchut et Bertillon. Ce n'est donc plus sur six candidats, mais sur huit que l'Académie aura à choisir un nouveau membre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société royale pour la prévention des cruautés envers les animaux, établie à Londres, offre un prix de 1,000 fr. à l'auteur du meilleur essai, écrit en langue française, sur la vivisection des animaux.

Voici le programme des questions à traiter :

La vivisection est-elle indispensable pour donner aux praticiens l'assurance et l'habileté nécessaires dans les opérations chirurgicales et vétérinaires ?

Si elle est indispensable dans l'intérêt de la science, sous quelles conditions peut-elle être exercée ?

Les mémoires devront être adressés, avant le 1er février 1866, soit au siége de la Société de Londres, Pall Mall, 12, soit au siége de la Société protectrice, à Paris, rue de Lille, 34, d'où ils seront envoyés en Angleterre.

Le prix sera décerné par la Société de Londres dans une des séances du Congrès des Sociétés protectrices, lequel doit se tenir à Paris dans le courant de l'année 1866.

— Les bains de Mondorf ont été acquis, il y a quelques mois, par une Compagnie franco-luxembourgeoise. Les installations balnéatoires ont subi une transformation complète, et des *sources* froides, d'une température constante de 8 degrés centigrades, vont desservir un institut hydrothérapique qui remplira toutes les conditions désirables. La Compagnie ne s'en est point tenue là ; en vertu d'un acte qui a été signé hier à Luxembourg, elle s'est assuré pour dix ans le concours du créateur de l'hydrothérapie rationnelle : M. le docteur Louis Fleury est le médecin en chef des bains de Mondorf.

— La séance de la Société médicale d'observation, qui devait avoir lieu le vendredi 14 avril, est remise au vendredi suivant 21 du même mois.

— M. le maire de Chambly (Oise) nous prie d'annoncer qu'une place de médecin est vacante en ce moment dans cette commune par suite du décès du titulaire.

Chambly est située sur la route impériale de Paris à Calais, à 40 kilomètres de Paris, à 3 kilomètres de la station de Beaumont-sur-Oise (chemin de fer du Nord). Sa population est d'environ 1,500 habitants, à laquelle il faut ajouter celles de cinq communes distantes seulement de 3 à 4 kilomètres.

Un traitement annuel de *deux cents francs* est attaché au service de l'hospice.

— M. Bouchut commencera son cours de clinique des maladies de l'enfance le vendredi 7 avril 1865, à huit heures, à l'hôpital des Enfants malades, rue de Sèvres, 149, et le continuera tous les vendredis à la même heure.

— M. le docteur Dolbeau, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a commencé son cours de chirurgie, aujourd'hui lundi 3 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères ; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. les docteurs RAIGE-DELORME et A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

Le troisième demi-volume (1er du tome II) vient de paraître aux librairies Victor Masson et fils, et P. Asselin, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Il contient les principaux articles suivants : Adhérences, par MM. Cornil; — Adipeux (tissu), par Ch. Robin; — Affusion, par Tartivel; — Afrique, par Dutroulau; — Agaric et Agaricinées, par Bertillon; — Ages, par Beaugrand et Tourdes; — Agonie, par Parrot; — Aiguiseurs, par Beaugrand; — Aine, par Guyon et Verneuil; — Aisselle, par Guyon et Dolbeau; — Divers articles de Botanique, par M. Baillon; — Diverses sources d'Eaux minérales, par M. Rotureau; — La Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau, Daremberg et Raige-Delorme. — Prix du demi-volume, rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie, 6 fr.

De la première dentition des enfants, maladies qu'elle renferme, moyens préventifs et remèdes à employer. — Hygiène de la bouche, par M. H. KUHN, médecin-dentiste du Bureau de bienfaisance du 8e arrondissement. Brochure in-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1865, Victor Masson et fils, éditeurs.

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 41. — JEUDI 6 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 6 AVRIL 1865. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Il circule depuis quelque temps dans le public des bruits, qui ne laisseraient pas que d'être alarmants, sur l'existence d'une épidémie pestilentielle très-meurtrière en Russie et en Pologne. Quelques grands journaux se sont fait les échos de ces bruits sinistres. Manquant de tout renseignement précis à cet égard, nous avons cru prudent jusqu'à présent de garder le silence sur ces vagues rumeurs. Si nous le rompons aujourd'hui, c'est pour dire que ni nos confrères de la presse médicale, ni l'Académie, ni les comités et conseils officiels d'hygiène n'en savent plus que nous.

M. Velpeau, très-curieux de son naturel — c'est une curiosité qu'on ne saurait trop louer — a rompu la glace. Il a interpellé le bureau, qui a déclaré ne savoir rien. M. Robinet, en l'absence de M. Mélier, qui, mieux que quiconque, devrait se trouver informé, a déclaré en son nom qu'il ne savait rien et que le comité consultatif d'hygiène auprès du ministère du commerce n'avait reçu aucune communication officielle à ce sujet. Des prétendues mesures quarantenaires qui auraient été prescrites, il n'en est pas davantage question. Et M. Mélier, qui est entré peu de temps après les renseignements donnés en son nom par son collègue, n'a jugé à propos d'y rien ajouter. M. Rayer, président du Comité, qui était présent, a gardé le silence. Même silence des membres du Conseil de salubrité, également présents. Enfin M. Cerise qui a, paraît-il, de fréquentes correspondances avec Saint-Pétersbourg, a reçu tout récemment de cette ville des lettres où il n'est rien dit de cette épidémie.

Est-ce à dire qu'il n'y ait rien, absolument rien de fondé dans les bruits qui circulent? Nous n'oserions pas l'affirmer. Nous attendons des nouvelles, car on pense bien qu'en présence de cette émotion nous ne sommes point restés inactifs, et sitôt que nous aurons reçu la réponse aux questions que nous avons adressées à nos correspondants de Saint-Pétersbourg et de Moscou, nous nous empresserons d'en informer nos lecteurs.

L'événement de la séance d'hier a été l'élection d'un membre dans la section d'hygiène. M. Bergeron a eu un beau triomphe. Trois candidats seulement, sur les huit dont se composait la liste de présentation de la section additionnée par l'Académie, se sont partagé les voix. Au premier tour de scrutin, M. Bergeron n'a manqué que de deux voix seulement la majorité stricte : il a obtenu 37 suffrages sur 76 votants, la majorité étant de 39. M. Bouchut a eu 20 voix, et M. Boudin 17.

Au deuxième tour, le nombre des membres votants ayant augmenté et plusieurs des voix données aux deux compétiteurs de M. Bergeron s'étant détachées en sa faveur, il a obtenu 52 voix, qui ont assuré sa victoire et celle de la section. Que le vainqueur reçoive nos félicitations et les vaincus nos regrets!

— M. Bouillaud a engagé la discussion sur la localisation des fonctions cérébrales, à l'occasion d'un rapport de M. Lélut, dont la lecture remonte déjà à près de trois mois. Singulière discussion que celle qui est engagée contre le gré du rapporteur, qui a déclaré d'avance ne la point accepter! Nous la suivrons néanmoins avec l'intérêt qui s'attache au sujet. A jeudi prochain quelques réflexions sur la position même de la question. — Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Des calculs de la vessie chez les enfants,

Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE.

Nous avons actuellement dans nos salles deux enfants calculeux : un garçon âgé de cinq ans et demi, une fille de huit ans et demi. Ils sont à l'hôpital depuis le 13 décembre, et nous ne les opérons qu'aujourd'hui (janvier). Aussi devons-nous, avant d'exposer à leur occasion l'histoire des calculs, vous faire part des circonstances qui nous ont fait retarder si longtemps l'opération.

Pour préparer la petite fille, nous avions introduit dans l'urèthre, afin de le dilater, un crayon de *Laminaria digitata*. Cette application a produit du ténesme, un spasme de l'urèthre et probablement la vulvite, avec engorgement des ganglions inguinaux, dont elle a été atteinte. C'est ici, pour ainsi dire, une complication due au traitement et qui peut survenir à toutes les époques de la vie, aussi n'est-il nul besoin d'y insister plus longuement. Mais des complications d'un ordre tout différent viennent parfois entraver et différer l'action du chirurgien. Le malade de la salle Saint-Côme nous en fournit un exemple : il a contracté une affection rubéolique, accident très-commun dans les hôpitaux consacrés aux maladies infantiles, et en particulier dans nos salles qui sont mal disposées, encombrées, et où la ventilation est défectueuse.

Ces explications données, nous allons aborder la description de l'affection calculeuse chez les enfants, ses différences selon le sexe, ses particularités cliniques, enfin son traitement.

Les calculs, nous l'avons démontré dans une de nos leçons de l'année 1862, s'observent très-souvent chez les enfants (1). Le sexe déjà fait sentir son influence, car on ne rencontre qu'une fille calculeuse sur vingt-quatre garçons. De plus, chez les petites filles, ainsi que chez les femmes, les calculs ont ordinairement pour origine un corps étranger. Récemment encore j'en ai eu la preuve. En enlevant un calcul, chez une enfant de douze ans, j'ai trouvé au centre une grosse épingle qui en formait le noyau.

Dans les deux sexes les symptômes sont les mêmes. Au début ils sont très-variables, fréquemment méconnus; les malades sont conduits à des consultations médicales. On rattache les phénomènes indiqués par les parents à toute autre cause que la véritable, et on les dirige sur les services de médecine. J'ai vu il y a deux ans, dans un des services de médecine, une petite fille affectée d'une paraplégie liée, pensait-on, à une altération de la moelle épinière. Elle était à l'hôpital depuis quelque temps, lorsqu'un jour on vit poindre à travers la vulve un corps étranger; on facilita son expulsion, c'était un calcul qui s'était frayé un passage de l'urèthre dans le vagin. La paraplégie, puis les symptômes concomittants s'amendèrent et disparurent rapidement.

D'une façon générale, on divise les symptômes en fonctionnels et rationnels. Les plus notables parmi les premiers sont une vive douleur dans la miction, déterminant des efforts de défécation, tels qu'on observe parfois un prolapsus du rectum; — du prurit au méat urinaire portant les enfants à se gratter, et bientôt à se masturber; de là des attouchements continuels produisant chez les garçons l'allongement du prépuce; — l'incontinence d'urine. Aucun de ces signes n'est absolu; le dernier, par exemple, qui dans l'enfance constitue souvent une maladie primitive. Mais alors l'incontinence est nocturne, tandis que s'il y a une pierre dans la vessie, elle est constante, existe aussi bien le jour que la nuit. Dans cette dernière condition elle est due à une sorte de phlogose de la vessie, à une irritation du col, qui modifient la constitution chimique des urines, celles-ci devenant troubles et laissant un dépôt blanchâtre d'urate de soude.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on trouvera ces symptômes réunis on devra supposer l'existence d'un calcul, et il sera prudent de pratiquer le cathétérisme. Alors seulement, d'après le résultat de cet examen, on saura si l'on a affaire à un calcul ou à une maladie du col de la vessie.

L'exploration de ce réservoir n'est pas exempte de difficultés. Outre les contractions spasmodiques dues à la vive sensibilité de l'urèthre, il peut arriver que l'on perçoive une sensation analogue à celle que fournirait un calcul, bien que la vessie soit vide. Cela dépend de ce que le contact de la sonde sur les parois vésicales ressemble à celui que donnerait le frottement d'un cartilage. Nulle confusion n'est possible si l'on a senti une fois le choc sec, pierreux, pour ainsi dire métallique, que l'on obtient s'il y a un calcul.

A ces moyens il est avantageux de joindre le toucher rectal qui, dans beaucoup de cas, confirmera le diagnostic, et, de plus, permettra souvent de mesurer les dimensions du corps étranger.

L'affection calculeuse chez les enfants se complique quelquefois de désordres graves. L'urine est altérée dans sa composition, renferme des débris d'épithélium, des globules pyoïdes venant des reins ou de la vessie et indiquant une phlegmasie de ces organes. Celle-ci peut même être plus avancée, il y a pyélite, sécrétion purulente, etc. En voici deux exemples.

I. — Gouven... Alphonse, treize ans, est entré le 26 janvier 1862 au n° 6 de la salle Saint-Côme pour un calcul.

Le 1er février, première tentative de lithotritie; quelques fragments calcaires sont rendus par les urines.

Le 3, fièvre intense, douleurs vers la région iliaque gauche. Bouche pâteuse, soif vive, vomissements, garde-robes difficiles.

Le 4 et 5, miction toujours pénible.

Le 7, exacerbation des symptômes qui s'étaient un peu amendés. Vives souffrances du côté de la vessie. Hier à quatre heures, frisson suivi d'agitation.

Le 8, le frisson étant revenu à la même heure on prescrit du sulfate de quinine (0 gr. 25).

Le 10, état général inquiétant; vomissements, selle involontaire. Somnolence. Douleurs dans les jointures.

Le 11, vomissements continuels; délire nocturne; miction involontaire et goutte à goutte.

Le 12, prostration extrême; facies déprimé; pupilles contractées; sécheresse de la bouche. Fièvre ardente. Douleurs dans la poitrine, oppression.

Le 13, déglutition impossible; respiration convulsive. Cyanose. Coma. Mort le 14 à trois heures du matin.

Autopsie. — Reins volumineux, adhérences des enveloppes. Dilatation générale des canaux des reins. Ramollissement et tuberculisation des extrémités. Granulations tuberculeuses dans tout le rein gauche et à la périphérie du rein droit. Celui-ci renferme en outre un foyer purulent très-étendu. L'épithélium des bassinets est détruit. Vessie petite, racornie, à parois épaissies. On trouve dans sa cavité un calcul d'acide urique ayant environ quatre centimètres sur deux et demi.

II. — L'an dernier j'ai eu dans la même salle un enfant de six ans présentant tous les signes fonctionnels et objectifs de l'affection calculeuse. L'état de ses urines fit différer l'opération; il succomba rapidement à une péritonite. La vessie était hypertrophiée, le rein droit complétement détruit par la suppuration.

Ces deux exemples montrent qu'il faut tenir grand compte des modalités pathologiques, parce qu'elles conduisent à des indications diverses.

Le diagnostic étant posé il faut assayer d'apprécier les dimensions du calcul, à l'aide soit du toucher rectal, soit du lithotriteur qui donne plus de précision. Cela fait, il reste à procéder à l'opération.

Deux procédés opératoires peuvent être employés : la taille, la lithotritie. Quel est, en général, dans les cas qui nous occupent, celui qu'il faut préférer ? La lithotritie, on l'a dit avec raison, est une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne; elle a rendu et rend encore tous les jours de grands services. Mais, chez les enfants, c'est une question d'indication; son application n'est pas toujours facile. La vessie, très-contractile à cet âge, rejette l'eau qu'on a injectée dans sa cavité, et l'instrument est obligé de manœuvrer à sec. Cet inconvénient ne serait pas aussi sérieux qu'il le paraît d'abord, s'il faut en croire les chirurgiens anglais qui, récemment, ont vanté la lithotritie à sec. Jusqu'à présent rien ne prouve que cette manière d'agir soit innocente; elle n'est pas jugée, et dans le doute, il convient de s'abstenir.

Chez les enfants, la lithotritie donne lieu à quelques accidents. C'est, en première ligne, l'inflammation du péritoine dont les connexions avec la vessie sont plus intimes à cette époque de la vie que plus tard, parce que cet organe n'est pas encore descendu dans la position qu'il doit occuper, qu'il est comme « hors du bassin. » D'un autre côté, l'introduction dans la vessie d'instruments assez volumineux pour pulvériser les calculs, est laborieuse, même impossible. Dans tous les cas elle ne peut s'opérer en une seule séance, on est forcé d'y revenir à diverses reprises, autant de causes nouvelles d'irritation. On en verra des exemples dans un mémoire de M. Jobert, présenté à l'Institut; chez quelques malades le traitement dura plus d'un mois. Enfin, le séjour de fragments rugueux produit souvent des troubles nerveux graves, des convulsions, etc.

Ces contre-indications de la lithotritie, durant la période infantile, sont communes aux deux sexes. Relativement à cette opération chez les jeunes filles, et il en est de même pour la femme, il existe un inconvénient plus important qu'il ne le paraît à première vue : l'opération se fait moins bien en raison du volume, de la dimension des instruments, de la rareté de la maladie dans ce sexe, etc.

De ces développements il nous semble rationnel de conclure que, jusqu'à ce que de nouveaux perfectionnements soient apportés à la lithotritie, c'est, quand il s'agira d'enfants, à la taille qu'il faudra s'adresser. Chez eux, elle donne d'excellents résultats : un décès sur dix-sept ou même sur vingt opérés, au-dessous de douze ans, tandis que chez l'adulte on se considère

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1862.

comme favorisé si l'on a seulement une mort sur cinq ou six opérés. De plus, les enfants guérissent vite. Nous pensons néanmoins qu'au-dessus de douze ans il est bon d'essayer la lithotritie, si rien de formel ne s'y oppose, parce qu'on évite une opération sanglante et ses suites, souvent si funestes dans nos hôpitaux.

Examinant maintenant les différents procédés de taille usités: 1° chez les garçons; 2° chez les filles.

Chez l'homme, l'enfant ou l'adulte, on a le choix entre trois espèces de taille: 1° la taille périnéale; 2° la taille périnéo-rectale; 3° la taille hypogastrique ou sus-pubienne.

La taille périnéale comprend plusieurs variétés: 1° la taille médiane ou de Marianus, préconisée récemment en Angleterre sous le nom de taille d'Alarton; elle a été modifiée par Buchanan (de Glascow); 2° les tailles obliques dans lesquelles on fait à travers le périnée des incisions plus ou moins inclinées par rapport au raphé. Selon le degré d'obliquité de la plaie soit interne soit externe, on lui a imposé différentes dénominations. L'une est connue sous le nom de taille de Foubert; c'est un procédé essentiellement vicieux. Il consistait à introduire un trocart sur le côté de la ligne médiane, puis, après avoir agrandi l'ouverture ainsi formée, à ouvrir la vessie en dehors de l'urèthre et de la prostate dont la pointe était incisée. Ce procédé, quasi-brutal, devait produire des désordres dans des organes importants; 3° la taille de Celse perfectionnée par Dupuytren et vantée par son école; c'est la taille bi-latérale; 4° la taille médio-latérale préconisée par M. Civiale, et enfin la taille quadri-latérale proposée par M. Vidal (de Cassis). Dans la taille médio-latérale on incise le périnée sur la ligne médiane, on introduit le lithotome double qui détermine deux incisions transversales, d'où la forme en croix de ces incisions.

5° Enfin, M. Nélaton se sert de préférence d'une autre variété de taille bi-latérale, à laquelle il a donné le nom de taille prérectale. Elle est plus correcte, plus nette, plus précise dans son exécution que la taille bi-latérale classique. Avec le doigt placé dans le rectum on reconnaît la position de la cannelure du cathéter; on tend les téguments, puis on fait une incision transversale de trois centimètres, que l'on prolonge par deux incisions obliques postérieures, distantes d'environ deux centimètres des parties latérales de l'anus. Les lèvres de la plaie cutanée étant écartées, on divise le sphincter couche par couche, en se rapprochant du rectum, par suite en s'éloignant du bulbe. Le sphincter étant incisé dans toute son épaisseur et le rectum repoussé en arrière, ce qui laisse voir le fond de la plaie, on ouvre l'urèthre à l'aide du bistouri dont le tranchant regarde en avant; enfin, le lithotome double est porté dans la plaie, la pierre est extraite.

Ce mode opératoire, s'il est plus long que celui qu'employait Dupuytren, a l'avantage de donner une plaie plus régulière; il rend souvent de grands services. La taille bilatérale de Dupuytren a régné longtemps sans conteste, parce que les chirurgiens élevés à son école, ne jurant que sur la parole du maître, adoptaient ses idées sans contrôle. Aussi beaucoup de chirurgiens s'en servent-ils encore; c'était à elle que mon prédécesseur dans cet hôpital avait exclusivement recours. Or, Messieurs, on ne juge pas de la valeur d'un procédé opératoire en invoquant l'autorité d'un maître. C'est sur des données cliniques, sur l'expérience d'un grand nombre de praticiens, que l'on doit baser ses opinions. Or, chez des enfants, la comparaison établie par cette méthode est tout en faveur de la taille latérale, dont les succès sont, comparativement à la taille bilatérale, beaucoup plus nombreux et plus brillants. C'est donc à elle que nous nous adresserons.

Le manuel opératoire se compose de cinq temps:

1° Introduction du cathéter;

2° Incision de la peau et des parties profondes;

3° Exploration de l'urèthre, ouverture de ce canal;

4° Incision de la vessie;

5° Chargement de la pierre.

Les cathéters usités ont une forme variable: courbe, droite, rectangulaire. Parmi eux, notons le cathéter droit légèrement coudé à l'extrémité; c'est celui d'Astonkey; un autre à angle droit, cathéter de M. Buchanan. D'une façon générale, il faut que le cathéter soit assez volumineux pour remplir l'urèthre. Un aide doit le maintenir solidement, mais sans le presser, car s'il le ramenait en arrière, par exemple, il porterait la vessie sur le rectum, ce qui pourrait entraver, compliquer la fin de l'opération. Il est encore nécessaire de l'incliner légèrement du côté de l'incision.

Relativement au deuxième et au troisième temps, il n'y a rien de spécial à en dire. Dans le quatrième, on se sert du lithotome, qu'il est bon de fixer à l'avance afin de limiter l'incision. En Angleterre et en Allemagne, on lui préfère le bistouri ou le gorgeret, sorte d'instrument boutonné tranchant d'un côté, agissant non pas de dedans en dehors comme le lithotome, mais de dehors en dedans. Roux l'employait quelquefois. Pour moi, je pense qu'on doit l'abandonner et se servir indifféremment du bistouri et du lithotome; c'est une affaire d'habitude.

Enfin (cinquième temps), quelques chirurgiens introduisent dans la vessie un instrument, le *bouton*, pour servir de guide; je le rejette. Aussitôt que la vessie est ouverte, je ferme la plaie avec mon doigt, empêchant ainsi l'urine de s'écouler au dehors; puis sur lui, comme conducteur, j'introduis les tenettes.

Les accidents qui peuvent se présenter sont: l'ouverture du rectum, des hémorrhagies. Le premier est très-rare. S'il y a une hémorrhagie, il faut reconnaître sa source. Est-elle artérielle? Saisir l'artère, appliquer une ligature ou l'acupressure. Veineuse? Attendre que le malade revienne à lui, et, si elle continue, mettre la canule en chemise remplie de charpie sèche ou imbibée de baume du Commandeur. Ces moyens, secondés s'il en est besoin par des applications d'eau froide, suffisent pour étancher le sang.

La taille hypogastrique n'est qu'exceptionnellement usitée pour les calculs trop volumineux, ayant environ 10 centimètres de longueur. Chez la femme, dont les calculs offrent en général des dimensions peu considérables, elle est encore plus rarement nécessaire. Mais, même chez l'homme, malgré les conditions inverses, elle n'est pas indispensable. En effet, j'ai pu, à la Charité, chez un vieillard de soixante-dix ans, enlever par la taille périnéale une série de calculs pesant 360 grammes. Quatre de ces calculs avaient 4 centimètres et demi dans leur grand diamètre. Dans une autre circonstance, j'ai extrait par le même procédé une pierre de 5 centimètres. Chez des enfants, la taille périnéale oblique m'a permis d'enlever des calculs de 3 centimètres et demi.

Quant à l'extraction des calculs chez les jeunes filles, elle peut se faire par la lithotritie ou par la taille. Les motifs qui nous ont fait repousser la première pour les garçons, nous la font repousser pour les filles.

Reste donc la taille. Trois voies s'offrent au chirurgien:

1° Par l'hypogastre;

2° Par le vagin;

3° Par l'urèthre;

La taille hypogastrique est très-rarement, sinon jamais, employée. La taille vaginale donne une large ouverture. Elle n'est justifiée que si le corps étranger est très-gros. Elle laisse une large brèche par où s'écoule l'urine, et enfin nécessite la section de l'hymen. Cette dernière raison est la plus importante, car par l'autoplastie on peut guérir la fistule artificielle.

La taille uréthrale se fait de trois façons:

1° Par la partie supérieure, on ouvre l'urèthre par la symphyse du pubis;

2° Par l'inférieure;

3° Par les parties latérales.

La taille uréthrale inférieure est passible des mêmes objections que la taille vaginale; elle ne doit pas être employée chez les jeunes filles. La taille latérale ou bilatérale nous paraît préférable; on n'a pas à pénétrer, comme chez l'homme, à travers la région si compliquée du périnée. Le seul organe important qui pourrait se trouver sur le trajet de l'instrument tranchant, c'est le bulbe; mais pour le blesser il faudrait porter l'instrument très-loin, ce qui n'est pas nécessaire. Si une incision latérale ne suffit pas, on en fait une seconde sur le côté opposé; on dilate l'urèthre; enfin, avec la curette on retire le calcul.

Les deux enfants taillés sont sortis parfaitement guéris, chez le garçon de la salle Saint-Côme la plaie était fermée au bout de quinze jours.

DE L'IDENTITÉ D'ORIGINE DE LA GRAVELLE,

du diabète et de l'albuminurie (1),

Par M. le docteur Félix ROUBAUD, inspecteur des eaux minérales de Pougues.

(Mémoire présenté à l'Institut dans la séance du 27 mars 1865.)

Je n'ai point à insister sur ce débat d'où la théorie de Frerichs est sortie vigoureusement entamée, et je dirai avec M. Abeille, qui a publié sur le sujet qui nous occupe un livre riche de faits et de savantes appréciations: « Si l'urémie n'est pas le résultat d'un empoisonnement du sang par l'urée, si elle n'est pas davantage le résultat d'un empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, on peut rigoureusement la rattacher cependant à la rétention dans le sang de principes qui entrent dans la composition de l'urine, et qui ne sont point éliminés au dehors par l'excrétion urinaire (2). »

Puisque l'urée, soit directement, soit par ses transformations en carbonate d'ammoniaque, ne peut être admis comme le poison du sang; puisque la chloro-anémie, ou l'excès de l'eau dans le sang, opinion primitivement émise par Rees et adoptée par les accoucheurs pour expliquer les convulsions et l'albuminurie des femmes enceintes ou en couches, ne saurait s'adapter à la véritable physionomie de la maladie de Bright, il faut chercher ailleurs une cause à tous ces phénomènes, et je m'étonne que l'on n'ait point encore pensé à la diathèse urique, dont un homme de la valeur de M. Mercier a pu dire: « La diathèse urique est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. Ses effets ne peuvent manquer d'apparaître de plus en plus désastreux, à mesure qu'on l'étudiera davantage (3). »

Je me trompe; dans une visite que j'ai faite à M. Mercier, depuis que ce travail est commencé, dans le but de m'éclairer davantage auprès de ce praticien consommé, M. Mercier me rappela qu'en 1860, à l'occasion de l'examen qu'il fut appelé à faire d'un de mes propres ouvrages devant la Société de médecine pratique de Paris, il avait émis l'opinion que je cherche à faire prévaloir aujourd'hui, et, me remettant le manuscrit de ce travail, il m'autorisa à y puiser les arguments que je croirais favorables à ma thèse. En parlant de la goutte, dont la dyspepsie est pour lui la cause initiale, M. Mercier dit en effet: « Dans tous les cas, la goutte ne consiste pas en un excès de principes nutritifs, comme on le dit généralement, mais en une élaboration imparfaite qui fait qu'une bonne part de ces principes ne peut s'élever à l'état d'urée, et se trahit à nous par un excès d'acide urique ou d'urate d'ammoniaque dans les urines. » Et plus loin, devenant plus explicite, il ajoute: « La même remarque serait probablement encore à faire relativement à la chlorose, à la scrofule, au diabète sucré et à l'albuminurie. »

Je m'applaudis de cette conformité d'opinion parce qu'elle me raffermit dans la croyance que l'étude consciencieuse et méthodique de l'action des eaux minérales éclairera d'un nouveau jour l'histoire de certaines affections chroniques et légitimera, comme dans le double cas qui nous occupe, les assertions auxquelles conduit une longue pratique et qui s'éloignent souvent des sentiers battus.

Quoi qu'il en soit, les sucs mal élaborés et incapables d'une combustion complète ne passent plus à l'état d'urée dont la solubilité est extrême, et restent à un état moins avancé de combustion, à l'état d'acide urique que son insolubilité constitue bientôt en excès.

Selon M. Mercier, cet acide urique se transforme en urate d'ammoniaque et devient ainsi l'élément d'un empoisonnement général du sang.

C'est la théorie urémique de Frerichs, si ce n'est que l'urée est remplacé par l'acide urique, et le carbonate d'ammoniaque par l'urate de la même base.

Je ne sais si les reproches que Schottin adressa à la théorie de Frerichs seraient applicables à la doctrine de M. Mercier, mais il me semble que l'on peut attribuer à l'acide urique un autre rôle que celui de toxique dans la production de l'albuminurie.

Dans l'état normal, on le sait, l'albuminose en arrivant dans le sang se transforme en albumine en tout semblable à l'albumine du blanc d'œuf. Le mémoire que MM. Mialhe et Presset ont, en 1851, présenté à l'Institut, établit ce point d'une manière incontestable.

Mais contrairement à ce que ces auteurs annonçaient dans le même mémoire, cette albumine, précipitée par la chaleur ou l'acide nitrique, se redissout dans un excès d'acide, ainsi que l'ont mis hors de doute les expériences de MM. Becquerel et Vernois et celles plus récentes encore de M. Abeille.

Enfin il faut se rappeler que tout corps, en changeant d'état, abandonne quelqu'une de ses parties constituantes, ainsi qu'on le voit pour l'albuminose qui abandonne de la fibrine en se transformant en albumine.

Cela posé, et en raisonnant dans les conditions de l'état physiologique, l'albumine se trouve dans un milieu essentiellement alcalin, le sang, et ne pourrait subir aucune modification si un acide ne venait pas la tirer de l'état de dissolution dans lequel elle se trouve.

C'est là le rôle de l'acide urique lorsque sa production est contenue dans les limites normales.

Dans ces limites, l'acide urique a sur l'albumine une action que je n'ose comparer à celle de l'acide nitrique, mais dont on peut la rapprocher dans la mesure des comparaisons que l'on peut établir entre une opération faite dans nos laboratoires et la même opération exécutée par la nature dans un corps doué de vie.

Sous l'influence de l'acide urique et en présence des alcalins, l'albumine se décompose peu à peu, abandonne de la fibrine et d'autres matériaux nécessaires à la nutrition, et donne également naissance à un produit excrémentiel, l'urée, que l'on retrouve dans les urines. Cette production d'urée par la décomposition de l'albumine a été mise hors de doute par les expériences de M. Bechamp, consignées dans un travail présenté à l'Institut en 1858.

Sortons maintenant des conditions physiologiques et admettons une augmentation anormale de l'acide urique; je dirai plus loin les circonstances nombreuses qui facilitent cette plus grande production d'acide, et voyons ce qui se passe.

La quantité d'albumine et celle des alcalins restant les mêmes, l'action de l'acide urique sur l'albumine sera accrue en proportion de l'augmentation de son volume, et alors au lieu d'une lente décomposition il se produira des précipités albumineux qui, engorgeant les vaisseaux sanguins, produiront l'anasarque et l'hydropisie qui caractérisent les débuts de l'albuminurie.

Si l'excès d'acide urique atteint les limites nécessaires pour redissoudre les précipités, comme M. Abeille l'a montré pour l'acide nitrique, l'infiltration séreuse peut diminuer notablement alors que tous les autres phénomènes albuminuriques s'aggravent.

Cet excès d'acide, jouissant de la singulière propriété de redissoudre les précipités albumineux, rend insoluble la nouvelle dissolution, de telle sorte que si l'augmentation d'acide a été suffisante pour redissoudre tous les précipités arrêtés dans les anfractuosités de l'arbre circulatoire, on peut voir l'infiltration séreuse diminuer et même disparaître complétement, alors que s'aggravent les accidents du côté de la nutrition, car l'albumine n'abandonne plus rien de ses principes nutritifs, alors que par la même raison l'urée diminue et que l'albumine est retrouvée en nature dans les urines.

On objectera peut-être que cette albumine saturée d'acide ne devrait pas précipiter dans nos éprouvettes sous l'action de l'acide nitrique. Sans doute il en serait constamment ainsi si dans les reins l'albumine ne rencontrait pas de nouveaux et nombreux alcalins qui la débarrassent de son excès d'acide, et la ramènent à ses propriétés normales. Et cela est si vrai que dans beaucoup de cas on est obligé de rendre artificiellement l'urine alcaline pour obtenir le précipité par l'acide nitrique, ou bien encore de recourir à la chaleur qui précipite l'acide urique et ainsi en débarrasse l'albumine.

Le rôle que j'attribue à l'acide urique dans la redissolution des précipités albumineux et dans les conséquences qui s'y rattachent repose sur l'observation médicale. Chez plusieurs malades, dont je rapporterai ailleurs l'histoire, leurs médecins ou moi-même avons pu dissiper toute trace d'hydropisie en les saturant d'acide nitrique; seulement, comme je le disais plus haut, tous les autres accidents morbides persistaient, et l'œdème lui-même reparaissait promptement quand on suspendait pendant quelques jours l'usage de l'acide nitrique.

Cette médication n'est pas nouvelle; elle est en honneur en Allemagne et auprès des homœopathes, qui n'ont vu que la moitié du phénomène, c'est-à-dire la précipitation de l'albumine.

Dans un autre travail qui, appuyé sur des observations cliniques, comportera l'histoire de l'albuminurie, je dirai à quelles conséquences thérapeutiques conduisent les considérations qui précèdent.

Pour le moment il m'a suffi d'établir une communauté d'origine entre la gravelle, la goutte, le diabète et l'albuminurie, et expliquer ainsi les bénéfices de la médication alcaline dans des affections si diverses et qui paraissent si opposées.

Mais la tâche à accomplir est à peine ébauchée; en présence de ces

(1) Fin. — Voir les numéros des 1er et 4 avril.

(2) *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées.* 1 vol. in-8, p. 438, 1863.

(3) *De la diathèse urique*, lecture faite au Congrès médical de Rouen. Voir les Comptes rendus de ce congrès, p. 98.

agent unique, l'acide urique, il s'agit de déduire les motifs de ses prédilections d'action; il faut rechercher les conditions au milieu desquelles l'acide urique, n'agissant ni sur la glycose, ni sur l'albumine du sang, tantôt s'accumule dans nos tissus pour y produire la goutte, et tantôt va se condenser dans l'appareil urinaire et y former ces concrétions connues sous les noms de gravelle, graviers, pierres, calculs, etc. Puis ces autres conditions au milieu desquelles l'acide urique agit ou séparément, soit sur la glycose, soit sur l'albumine, ou simultanément sur toutes les deux, ou alternativement, tantôt sur l'une et tantôt sur l'autre; en d'autres termes il s'agit de savoir pourquoi tel malade est graveleux, tel autre goutteux, celui-ci diabétique, celui-là albuminurique, d'autres enfin, tout à la fois ou tour à tour, graveleux, goutteux, diabétiques et albuminuriques quand tous sont tributaires de la même cause morbide, de l'acide urique en excès.

La détermination des circonstances qui entraînent telle manifestation plutôt que telle autre de la diathèse urique doit tenter l'ambition des praticiens, et pour mon compte je ne faillirai pas à cette étude.

Enfin, élevant le problème étiologique d'un degré encore, il faudra s'enquérir des causes qui président à cette formation exagérée de l'acide urique, et conséquemment en déduire une médication rationnelle qui, s'affranchissant des préoccupations exclusivement symptômatologiques, s'adressera à la cause morbide elle-même, et, comme on le dit communément, atteindra le mal dans sa racine.

Cette étude, dont les traits principaux sont esquissés partout, prouvera, qu'on me permette de le dire par anticipation, que l'action d'une eau minérale n'est pas si diverse et quelquefois si contradictoire que les ignorants le prétendent. Plus on pénétrera sérieusement dans la science hydrologique, et plus on se convaincra que les eaux minérales ne sont pas des panacées, que chacune d'elles jouit de propriétés limitées, comme tout médicament, et que l'ignorance où nous sommes du point initial qui unit certaines affections peut seule leur prêter des puissances médicatrices contraires.

Ainsi, pour ne pas sortir du cadre de mon travail, j'ai été amené, afin de me rendre compte des résultats que j'observais à Pougues, à rechercher les liens qui pouvaient unir la goutte, la gravelle, le diabète et l'albuminurie.

On sait où m'a conduit cette étude: à une cause unique présidant à l'évolution de ces manifestations morbides diverses, à la diathèse urique.

Remontant alors à l'étiologie de la diathèse elle-même, je me suis trouvé en face de ces troubles si divers, si multiples, si changeants de digestion et de nutrition que l'on jette pêle-mêle dans le cadre si élastique des dyspepsies.

Dès lors tout s'expliquait: je n'étais plus en présence d'une fontaine miraculeuse, aux vertus multiples et mystiques, qui guérissait tout à la fois les maladies de l'estomac et celles des voies urinaires, les maladies du foie, du pancréas et celles de l'appareil générateur, les maladies générales du sang, la chlorose et l'anémie, et quelques-unes plus spécialement diathésiques, la scrofule; non, toutes ces vertus, tous ces miracles se réduisaient à une seule propriété, à régulariser le travail de la nutrition.

C'est dans cette large voie que, à mon sens, doit entrer la science de l'hydrologie; nous resterons dans l'ornière que les charlatans ont si profondément creusée, tant que nous admettrons des modes d'action divers et même contradictoires dans une eau minérale, et que nous voudrons les expliquer par la présence des principes minéraux que cette eau renferme. L'hydrologie médicale et non chimique sera le flambeau qui dissipera la nuit dont est entourée l'étiologie des maladies chroniques, comme elle est déjà la ressource la plus précieuse de la thérapeutique de ces mêmes maladies.

CONCLUSIONS. — Des considérations contenues dans ce premier mémoire, on peut tirer les conclusions suivantes:

1° La gravelle, le diabète et l'albuminurie ne sont point des maladies de l'appareil urinaire.

2° Les lésions anatomiques que, dans le cours de ces maladies, on rencontre sur les organes de cet appareil sont ou étrangères ou consécutives à l'affection, dans l'immense majorité des cas.

3° L'étiologie de ces trois affections se trouve dans une cause plus générale, dans une altération du sang.

4° Cette altération du sang est constituée par un produit excrémentiel en excès, l'acide urique, qui selon des conditions spéciales qui le forcent à rester insoluble, ou à agir soit sur la glycose, soit sur l'albumine du sang, détermine tantôt la gravelle ou la goutte, tantôt le diabète et tantôt l'albuminurie.

5° L'exposition des circonstances qui font varier le mode d'action de l'acide urique, fera le sujet d'un prochain mémoire.

6° La formation en excès de l'acide urique, c'est-à-dire l'évolution de la diathèse urique, doit être rapportée aux troubles de la digestion ou de la nutrition qui rendent les produits albuminoïdes incapables d'une combustion complète.

7° C'est en poursuivant la constitution scientifique de l'hydrologie médicale que je suis arrivé aux considérations qui précèdent et que légitiment de nombreuses observations recueillies aux eaux minérales de Pougues.

SUR LE TRAITEMENT DE LA GALE

par les huiles de pétrole et de schiste,

Par le Dr GUIRARD, médecin aide-major au 3e lanciers.

Dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* du 17 janvier 1865, M. le docteur Decaisne fait connaître une nouvelle manière de traiter la gale. Elle consiste à faire, sur la peau du galeux, une onction avec de l'huile de pétrole purifiée. Le sarcopte est détruit instantanément. Un linge, une éponge, un pinceau peuvent servir pour cette pratique.

Postérieurement à ce travail, M. Bouchut a donné connaissance des résultats avantageux qu'il a obtenus de l'emploi de cette huile dans le traitement de la gale (1).

Il serait oiseux, après les observations si concluantes de MM. Decaisne et Bouchut, d'aller chercher de nouveaux faits pour venir à l'appui de ce qu'ils avancent.

La vertu acaricide de l'huile de pétrole étant démontrée, nous nous proposons d'établir que ce moyen curatif de la gale n'est pas nouveau, ainsi que le prétend M. Decaisne, et après lui M. Bouchut.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 14 mars 1865.

Quelques recherches faites après la publication de l'article du médecin belge, nous ont conduit à revendiquer, en faveur des anciens, la priorité du traitement de la gale par l'huile de pétrole.

Dans les comptes-rendus hebdomadaires de l'Académie des sciences (t. IX, ann. 1839), nous avons trouvé une note de M. Fournel, *sur l'emploi, chez les anciens, de l'huile de pétrole dans le traitement de la gale.*

Voici presque textuellement cette note:

« Pline (*Hist. nat.*, liv. XXXV, ch. 15), parlant du pétrole d'Agrigente que l'on nommait *huile de Sicile*, dit: « Utuntur eo ad lucernarum lumina olei vice: item ad scabiem jumentorum. »

Cette phrase nous montre que non-seulement les anciens se servaient de l'huile de pétrole dans le traitement de la gale, mais encore pour l'éclairage, au lieu d'huile (olei vice).

« Avant Pline, continue M. Fournel, Vitruve (*Les dix Livres d'architecture*, liv. VIII, ch. 3) avait signalé l'usage où étaient les Africains de plonger leurs bestiaux dans les eaux d'une fontaine bitumineuse qui existait près de Carthage: « Item carthagini fons est, in « quo natat insuper oleum odore, uti scobis citreæ. Quo oleo etiam « pecora solent ungi; » et après lui Solin (*Polyhistor*, cap. XI), parlant encore de la fontaine d'Agrigente, disait: « Equorum capillamentis legitur unguentum medicum contra armentatios morbos. »

« Tous les auteurs des XVe, XVIe et XVIIe siècles ont indiqué le même remède. On peut citer notamment François Arioste (1), qui guérit des hommes et des animaux atteints de la gale avec le pétrole qu'il avait découvert en 1460, au mont Libio, dans le duché de Modène; on peut citer aussi, entre beaucoup d'autres, Agricola, qui disait au milieu du XVIe siècle: « Illitum pecoribus et jumentis eorum « scabiem sanat. » (*De natura eorum quæ effluunt ex terra*, lib. II, p. 115; in-folio, Basileæ, 1546.)

Ce passage d'Agricola précise le mode d'emploi (illitum, onction) de l'huile de pétrole.

Enfin, en 1721, un nommé d'Eyrinis retirait de la pierre asphaltique du Val-de-Travers, dans le canton de Neuchâtel, en Suisse, une huile (pétrole obtenu par distillation) dont il vantait beaucoup l'efficacité pour la guérison de la gale, et il affirmait avoir guéri plus de trente personnes par ce moyen (*Dissertation sur l'asphalte ou ciment naturel, etc.*, brochure in-12, Paris, 1721).

Ainsi donc, le traitement de la gale par l'huile de pétrole n'est pas une innovation.

Les avantages de la médication par l'huile de pétrole sont nettement indiqués par M. Decaisne: commodité, efficacité, promptitude, économie.

Ce moyen de guérir la gale ne peut manquer d'être favorablement accueilli, et par les malades, et par les médecins. Il serait à désirer que cette médication s'introduisit dans les infirmeries régimentaires.

Une autre huile minérale, l'huile de schiste, possède la même efficacité que le pétrole dans le traitement de la gale. Voici ce que dit à ce sujet M. Selligue (2):

« Il se trouvait, dit M. Selligue, dans les trois établissements que j'ai formés pour la distillation des schistes bitumineux du département de Saône-et-Loire, plusieurs hommes attaqués de la gale; or, non-seulement ces ouvriers n'ont point communiqué la maladie à leurs camarades, comme on était fondé à le craindre, mais ils se sont guéris assez promptement sans faire de remède. Comme par suite des manipulations auxquelles ils sont employés, ces hommes sont, pour ainsi dire, imbibés d'huile schisteuse, j'ai cru que c'était à l'action de cette huile qu'était due leur guérison, et je regarde aujourd'hui la justesse de cette conjecture comme suffisamment démontrée, car si je n'ai pas eu occasion de la confirmer sur des hommes pris en dehors de l'établissement, les expériences que j'ai faites sur des animaux ne me paraissent rien laisser à désirer: des bœufs, des moutons et des chevaux ont été parfaitement guéris par ce moyen. Un demi-kilog. d'huile de schiste légère suffit ordinairement pour plusieurs animaux, et comme le kilogramme d'huile revient seulement à 20 centimes, on voit que ce traitement est peu coûteux. »

Mais depuis que l'huile de pétrole a remplacé l'huile de schiste dans les usages domestiques, il est plus difficile de se procurer cette dernière dans le commerce.

Pour cette raison, et pour les avantages énumérés ci-dessus, l'huile de pétrole nous paraît appelée, sinon à remplacer la médication actuellement en vogue, du moins à tenir un rang important dans le traitement de la gale chez l'homme et chez les animaux.

Outre la puissance acaricide de l'huile de pétrole, MM. Decaisne et Bouchut ont mis hors de doute son action antiparasitaire. Les *pediculi capitis* et *pubis* ne résistent pas au contact de cette huile.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 avril 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: 1° des rapports sur le service médical des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Pénissat; d'Orezza (Corse), par M. le docteur Perelli; et de Luxeuil (Haute-Saône), par M. le docteur Chapelain (Commission des eaux minérales); 2° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le Calvados (Commission des épidémies); 3° un rapport de M. le docteur Lecœur (de Caen) sur le service de vaccine pour l'année 1864; 4° un rapport sur le même sujet, par M. le docteur Mordret (du Mans) (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend: 1° une lettre de M. Louis Orfila accompagnant l'envoi du compte-rendu général de l'Association des médecins de la Seine, présenté dans la séance annuelle du 31 janvier 1865.

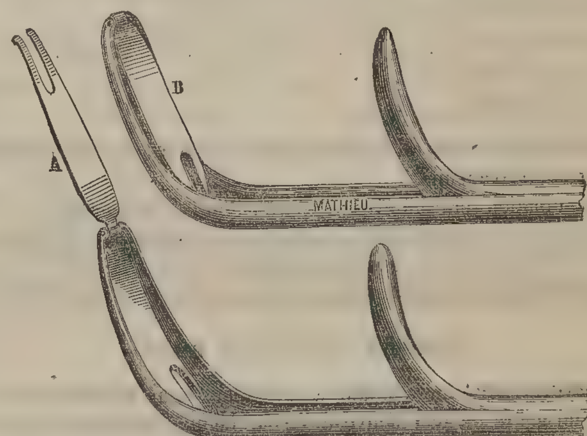
2° Un mémoire de M. O. Reveil intitulé: *De la dyalise et de son application à la recherche des substances toxiques.* (Commissaires: MM. Chevalier, Delpech et Poggiale.)

3° Une lettre de M. Guibourt qui signale comme étant d une exécution matériellement impossible le médicament prétendu anti-syphilitique soumis à l'examen de l'Académie sous le nom de guaco, par le sieur Pascal. (Ce remède, qui avait été envoyé à une Commission composée de MM. Lagneau, Poggiale et Ricord, est renvoyé à la Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Une lettre de M. Chevalier, pharmacien à Amiens, accompagnant deux brochures relatives aux dangers de la vaccine.

5° Une note de M. Favre, fabricant d'instruments, sur une modification et un perfectionnement de la pince dilatatrice à trois branches.

6° **Nouveau brise-pierre à languette.** — **M. MATHIEU** soumet à l'examen de l'Académie une modification qu'il fait subir à l'évacuateur inventé autrefois par M. le docteur Guillon père, et qui a pour but de désobstruer les mors du lithoclaste dans l'opération de la lithotritie. Il a simplement placé dans la cuillère de la branche femelle une petite languette fixée en charnière à la partie supérieure des mors et qui par sa seule élasticité empêche la cuillère de s'engouer. A la pression exercée sur la pierre ou sur l'un des fragments, la petite languette vient s'appliquer dans le fond de la cuillère, et, chaque fois que l'on cesse de comprimer avec le simple ou la partie mâle, la languette sort de la cuillère et rejette au dehors tous les fragments qui obstruent le mors creux. Cet instrument, ainsi disposé, a été mis en pratique par M. le docteur Mallez, qui, après trois ou quatre séances, a remarqué un désempâtement complet de la cuillère après écrasement des graviers, et que les degrés de résistance desdits graviers étaient rendus bien plus sensibles. A diverses époques, l'auteur s'est occupé des moyens d'atteindre ce but. C'est ainsi que vers 1839, M. le docteur Guillon père a fait construire un brise-pierre dont la branche mâle était munie d'une tubulure au moyen de laquelle un courant d'eau, injecté pendant l'opération par l'extrémité libre de l'instrument, pouvait être dirigé sur la cuillère de la branche femelle avec assez de force pour le désobstruer; cet instrument avait l'avantage de remplir une autre indication: le courant d'eau, après avoir traversé la tubulure de la branche mâle, arrivant naturellement dans la vessie, pouvait être utilisé par le chirurgien pour remplir à son gré le réservoir dans lequel il opérait. En 1863, M. le docteur Courty, de la Faculté de Montpellier, a acheté chez lui cet instrument dans le but de remplir une nouvelle indication; d'après lui, lorsque l'instrument est dans la vessie et lorsque l'injection est faite, on peut (les branches de l'instrument étant écartées) ouvrir le robinet placé près de l'extrémité libre de l'instrument afin de donner issue au liquide injecté, et on observe, dit-il, à ce moment que les graviers, suivant le courant du liquide qui tend à s'écouler, sont naturellement entraînés entre les mors du litholabe où ils sont broyés.



7° Un avis de la commission du congrès scientifique italien qui informe que la session de ce congrès qui devait avoir lieu à Naples du 23 avril au 7 mai de cette année, est ajournée au 24 septembre prochain et durera jusqu'au 8 octobre.

M. CH. MARTINS présente, au nom de l'auteur M. Ch. Vogt, un ouvrage intitulé: *Leçons sur l'homme;* — et en son nom une brochure intitulée: *Deux ascensions scientifiques au Mont-Blanc.*

M. VELPEAU interpelle le bureau pour lui demander s'il n'a pas de renseignements à donner à l'Académie sur la peste qui règne, à ce qu'on dit, en ce moment en Russie et en Pologne. Il est étrange, ajoute-t-il, qu'il n'en ait été question encore ni dans les académies ni dans les journaux de médecine.

M. ROBINET. Je regrette que M. Mélier ne soit pas présent à la séance. Je dirai, en son absence, que le comité consultatif d'hygiène publique et le chef du service sanitaire du ministère du commerce ne savent absolument rien à cet égard. Quant aux quarantaines dont il a été question, il n'y a rien de vrai.

M. VELPEAU. J'ajouterai à ce que vient de dire M. Robinet un petit renseignement qui est également rassurant. J'ai vu un personnage russe qui a reçu tout récemment des nouvelles de son pays dans lesquelles il n'est rien dit de cette épidémie.

M. CERISE. Je reçois souvent des lettres de Saint-Pétersbourg, et j'en ai reçu même tout récemment dans lesquelles il n'est question de rien de semblable.

M. GAVARRET. Je ferai remarquer à propos des quarantaines entre Saint-Pétersbourg et Dunkerque, que la mesure serait tout à fait superflue, la navigation étant interrompue par les glaces jusqu'au mois de mai.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera écrit aux correspondants de l'Académie en Russie pour avoir des renseignements.

RAPPORT.

Eaux minérales. — **M. GOBLEY**, au nom de la Commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports sur des demandes de concession. Les conclusions de ces rapports sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale.

La liste de présentation de la section porte:

En 1re ligne, M. Bergeron;
En 2e ligne, M. Boudin;
En 3e ligne, M. Hillairet;
En 4e ligne, M. Pietra-Santa;
En 5e ligne, M. Leroy de Méricourt;
En 6e ligne, M. Gallard.

L'Académie a ajouté à cette liste les noms de MM. Bouchut et Bertillon.

(1) Son livre a été publié en 1600 par Jacob Oliger.
(2) *Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*, t. IX, p. 140, année 1839.

Au 1er tour de scrutin, le nombre des membres votants est de 76, majorité 39.

M. Bergeron obtient. . . . . 37 voix.
M. Bouchut. 20
M. Boudin. 17
M. Pietra-Santa. 1
M. Girard de Cailleux. 1

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin.

Le second tour de scrutin, sur 80 votants, majorité 41, donne le résultat suivant :

M. Bergeron. . . . . 52 voix.
M. Bouchut. 16
M. Boudin. 12

M. Bergeron ayant réuni la majorité des suffrages est proclamé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Lélut relatif à la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Bouillaud.

Localisation du sens de la parole.

M. BOUILLAUD. En montant à la tribune pour répondre au rapport d'un genre un peu nouveau de M. Lélut, j'éprouve un regret, c'est de chercher en vain sur ces bancs l'éminent rapporteur et de me trouver dans la nécessité, je ne dis pas de le juger, mais de le discuter par contumace.

Je me propose dans une première partie de mon discours de m'occuper seulement de l'objet du rapport; dans un second, je présenterai quelques considérations générales sur la phrénologie si fortement attaquée par M. Lélut; et dans la troisième j'examinerai en particulier la question de la localisation du sens de la parole dans les lobes ou lobules antérieurs du cerveau.

Le rapport de M. Lélut, vous vous en souvenez, avait pour objet un mémoire de M. Dax ayant pour titre : *Observations tendant à prouver la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau.*

Ce n'est pas par son étendue, mais bien par son laconisme un peu inusité ici que brille ce rapport. On eut dit que notre collègue votait la *mort sans phrase* de la doctrine sur laquelle il avait à se prononcer.

M. Lélut place cette doctrine parmi les points de la science physiologico-psychologique sur lesquels, après trente ou quarante ans d'études, à tort ou à raison, son opinion ne saurait plus ni changer, ni se modifier. Telle est, en thèse générale, la relation qu'on chercherait à établir entre tel fait ou telle faculté de l'esprit et telle partie du système nerveux central; telle est, en thèse particulière, l'attribution qu'on voudrait faire de telle ou telle partie de ce système au fait et à la faculté du langage et de la parole. Ceci n'est plus ni moins que la phrénologie, et, ajoute M. Lélut, je me suis, je crois, assez occupé de cette pseudo-science pour n'avoir pas à y revenir ici.

M. le rapporteur termine en déclarant qu'il ne veut entrer dans aucune discussion contradictoire de faits, pas plus que de principes, à ce sujet. Sur la question de principe comme sur la question de fait, il répète que son *siége est fait,* et qu'il n'a ni le temps, ni la volonté de le recommencer.

La sensation produite par cette condamnation sommaire de la doctrine des localisations des facultés intellectuelles et morales en général et de la faculté du langage articulé en particulier fut d'autant plus vive, que bien peu de temps auparavant notre savant collègue M. Robin avait conclu bien différemment dans un rapport sur une nouvelle observation de lésion de la parole avec une lésion d'un lobule antérieur du cerveau, recueillie dans mon service par M. le docteur A. Voisin, alors mon chef de clinique, qui en a publié depuis, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une seconde qui ne dépose pas moins en faveur de la localisation.

M. Lélut rapporte aussi à l'appui de sa manière de voir quelques faits dont je ne lui envie pas la propriété. Écoutez plutôt et vous prononcerez ensuite.

Après avoir dit que, suivant l'auteur du Mémoire, cent quarante observations prouvent que dans les dérangements de la parole c'est toujours l'hémisphère gauche du cerveau qui est altéré, M. le rapporteur ajoute :

« Si un pareil fait était vrai, le cerveau, ce mystérieux organe, serait bien plus mystérieux encore. Chacun de ses deux hémisphères, chaque partie même de chacun de ses hémisphères pourrait être le siége de fonctions différentes. Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit de même des autres organes doubles du corps, et l'on pourrait ainsi en venir à prouver, toujours en vertu de l'observation, qu'il n'y a qu'un œil, le gauche, par exemple, qui voit, le droit pouvant servir à toute autre chose. Mais, comme on le pense bien, et pour parler sérieusement, il en est des deux hémisphères comme des deux yeux; ils remplissent les mêmes fonctions; le gauche n'est ni plus ni moins lésé que le droit dans les dérangements de la parole, et si à cet égard on croyait devoir condescendre à citer des faits, j'en aurais un magnifique à citer. C'est le fait d'un épileptique chez lequel la réduction en bouillie de tout l'hémisphère cérébral gauche n'avait pas même été soupçonnée, et avait laissé jusqu'au dernier moment la parole intacte.

« Je rappellerai encore, comme une sorte de contre-épreuve, un autre fait d'une altération carcinomateuse du cervelet, avec altération de la parole, l'hémisphère gauche du cerveau étant complétement sain, etc. Rappellerai-je enfin, et surtout, ce fait général si remarquable de l'altération profonde de la parole chez les aliénés atteints de démence avec paralysie générale, et chez lesquels il n'y a d'autre lésion du cerveau que des adhérences inflammatoires des méninges à toute la surface de cet organe ? »

Eh bien, vous avez entendu! qu'en dites-vous? M. Lélut appelle un fait magnifique un cas dans lequel la réduction en bouillie de tout un hémisphère du cerveau n'avait pas même été soupçonnée et avait laissé jusqu'au dernier moment la parole intacte. Mais de faits de ce genre seraient on ne peut plus malheureux, ce serait la négation, l'anéantissement de toute science physiologique et pathologique.

J'en dirai autant du cas de carcinome du cervelet qu'il donne comme une contre-épreuve. Évidemment ce sont là des pseudo-faits qui se constituent en quelque sorte en révolte ouverte contre la raison et le bon sens, et doivent être mis hors la loi scientifique.

En ce qui regarde le fait d'altération profonde de la parole chez les aliénés atteints de démence avec paralysie générale, et chez lesquels il n'y a d'autre lésion du cerveau que des adhérences inflammatoires des méninges à toute la surface de cet organe, qu'y a-t-il d'étonnant, si ce n'est aux yeux de M. Lélut, que des adhérences inflammatoires à toute la surface du cerveau déterminent, entre autres symptômes, une altération plus ou moins profonde de la parole, puisque ces adhérences n'ont pas épargné cette partie de la surface du cerveau qui appartient aux lobes antérieurs? M. Lélut ignorerait-il donc que parmi les lésions localisées dans ces lobules, auxquelles se rattachent des désordres plus ou moins prononcés de la parole, on a très-explicitement rangé les adhérences signalées par notre collègue?

Ainsi, vous le voyez, sous le rapport des faits, nous pourrions les considérer comme non avenus. Il convient donc d'examiner d'une manière plus particulière la question générale de la phrénologie.

Vous connaissez déjà l'opinion de M. Lélut sur cette doctrine; il vous l'a dit lui-même, il est *l'abbé Vertot* de la phrénologie.

Qu'est-ce donc que la phrénologie? — mot très-impropre, par parenthèse, et assez inutile, quand nous avions déjà le mot psychologie. C'est la psychologie du cerveau. Pour Gall, le cerveau est l'organe des fonctions intellectuelles et morales, sous la dépendance toutefois d'un principe bien plus subtil et élevé, qui est l'âme. Bossuet, qui n'est pas suspect assurément en cette matière, ne s'est pas exprimé autrement. Seulement Gall est allé plus loin, il a spécifié davantage. Pour lui, le cerveau est un composé de parties à chacune desquelles est affectée une fonction spéciale. Le système de Gall ne roule pas, en effet, seulement sur la pluralité des organes cérébraux, lesquels seraient en quelque sorte en eux-mêmes autant de cerveaux particuliers réunis en un seul; un second point important de cette doctrine c'est la localisation ou la détermination topographique de chacun de ces organes. Il y a enfin un troisième point à considérer, et c'est celui qui a été le plus contesté, c'est la connaissance, le diagnostic de chacune des attributions fonctionnelles de ces parties.

M. Bouillaud entre ici dans l'examen des objections qu'oppose M. Lélut à cette doctrine. Cette partie de l'argumentation de M. Bouillaud est trop étendue pour que nous puissions la reproduire aujourd'hui; nous la résumerons avec le troisième point de son argumentation qu'il a dû, faute de temps, renvoyer à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

Abcès du lobe droit du cerveau. M. BLACHEZ présente une pièce d'anatomie pathologique recueillie dans le service de M. Bouillaud, et qui présente un intérêt particulier par rapport à la discussion qui vient de s'engager sur la localisation des fonctions cérébrales. Nous publierons cette observation dans le numéro prochain.

La séance est levée à 5 heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS.

Le mercredi 3 mai 1865, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de une heure à trois heures de relevée, depuis le jeudi 6 avril jusqu'au mercredi 19 du même mois inclusivement.

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 7 avril.

Ordre du jour: M. de Pietra Santa, *les Statistiques municipales de Paris.*

M. L. Gros, rapport sur le mémoire de M. Deville, *de la Mortalité du département de la Seine pendant vingt-quatre ans.*

Venise et son climat, par M. le docteur CAZENAVE, médecin consultant aux Eaux-Bonnes. Une brochure in-8° de 58 pages. Prix: 1 fr. 50. — Paris, 1865, H. Plon, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 42. — SAMEDI 8 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 8 AVRIL 1865. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Inauguration des nouvelles chaires de clinique médicale.

La semaine qui vient de s'écouler a été féconde en événements dans notre école et dans nos cliniques. L'ouverture du deuxième semestre scolaire a présenté une animation insolite et un intérêt tout particulier. Trois professeurs, l'un récemment nommé, les deux autres nouvellement investis de la chaire de clinique, ont ouvert leur cours.

M. Béhier a inauguré son enseignement par un exposé de principes dans lequel il a développé ce qu'il avait déjà exprimé dans ses *Conférences de clinique médicale*; savoir : que pour lui, comme pour son maître M. Andral qu'il prend pour modèle, la médecine n'est qu'une partie des sciences naturelles, qu'elle doit procéder comme elles par l'observation et sous le contrôle de la méthode expérimentale; que, convaincu qu'il s'agit, non d'imaginer, mais de connaître les lois de la vie pour bien saisir la valeur de ses déviations et y remédier de son mieux, il continuera à demander à nos maîtres en physiologie des enseignements sur les lois de la vie normale; il emploiera dans l'étude des faits cliniques l'observation rigoureuse et la méthode numérique; il réunira les faits en aussi grand nombre que possible, les analysera scrupuleusement, les groupera avec le plus de rigueur qu'il lui sera possible de le faire, afin d'aider à en tirer la connaissance de rapports bien établis, bien démontrés, qui seuls représenteront les faits vraiment scientifiques, les éléments d'une synthèse qu'il s'agit toujours d'édifier, bien loin qu'elle soit accomplie.

C'est la même méthode, c'est le même esprit que nous retrouvons dans les leçons d'inauguration des deux nouveaux professeurs de clinique dont on connaît déjà d'ailleurs les principes.

C'est l'enseignement des Chomel et des Rostan que MM. Grisolle et Natalis Guillot se proposent de continuer. On retrouvera donc dans les deux nouveaux professeurs, avec les nuances individuelles qui les caractérisent, celui-ci plus exclusivement clinicien peut-être, celui-là avec des tendances plus physiologiques, on retrouvera, disons-nous, la tradition non interrompue de la grande école clinique à laquelle ont appartenu les deux maîtres éminents dont ils occupent la chaire, peut-être avec quelques-unes des lacunes que nous avons plusieurs fois signalées dans leur enseignement, mais aussi avec la mesure, la solidité et le sens pratique qui en faisaient le principal mérite.

Nous publierons incessamment la première leçon de M. Grisolle, dans laquelle, après une courte et substantielle allocution aux élèves, en manière d'introduction, le professeur a traité d'un cas aussi intéressant qu'instructif d'ascite tuberculeuse, ainsi que celle de M. Nat. Guillot consacrée tout entière à l'exposition de ses principes et de sa profession de foi médicale.

Sur la fièvre épidémique de Saint-Pétersbourg.

L'*Union médicale* d'aujourd'hui publie une traduction d'un article inséré dans la *Nazione* de Florence, par M. le docteur Galligo, qui tient les renseignements qu'il donne sur la maladie épidémique de Saint-Pétersbourg du docteur Tillner.

Voici, d'après cet article, quels seraient les principaux caractères de cette épidémie :

« C'est une affection qui, au dire des médecins russes, aurait de l'analogie avec celle que l'on a observée pour la première fois en Écosse en 1819, et que l'on avait nommée *fièvre récurrente*.

« La fièvre débute par des frissons suivis d'une chaleur très-intense.

« Le pouls donne 130 pulsations à la minute; affaissement et désordre des actions nerveuses avec intégrité des facultés intellectuelles. Il survient parfois de la céphalalgie et de la courbature.

« La région hypocondriaque gauche est très-douloureuse; il y a une augmentation notable dans le volume de la rate.

« La coloration jaunâtre de la peau ferait aussi supposer un état morbide du foie.

« L'accès se prolonge jusqu'au septième ou huitième jour, et se termine par des sueurs profuses.

« Pendant un intervalle de sept à huit jours, le malade se trouve dans un parfait état de santé; mais bientôt survient un nouvel accès, pareil au précédent pour la durée et la terminaison; toutefois l'affaissement est plus considérable.

« Quelquefois il survient un troisième accès après un nouvel intervalle de sept jours.

« La soif est toujours intense et l'anorexie complète.

« Les malades tombent ensuite dans la plus grande prostration compliquée de graves désordres du tube intestinal.

« La mortalité s'élève à 8 0/0 ; la mort arrive pendant le second accès avec les phénomènes d'une espèce de paralysie générale ; désordres graves du système nerveux; véritable décomposition du sang; hypertrophie de la rate; engorgement du foie; injection du système veineux abdominal.

« Jusqu'ici aucune médication n'a pu abréger ou modifier la durée des accès, et les sels de quinine ont été inefficaces à petites comme à grandes doses.

« La principale cause de la maladie serait l'arrivée à Saint-Pétersbourg d'une quantité considérable d'ouvriers (43,000 environ) obligés pour la plupart d'habiter des localités malsaines, et de se nourrir d'un pain noir qui contient cette année une proportion plus forte d'ergot de seigle.

« L'analyse chimique a découvert 1 pour 100 d'ergot de seigle dans la farine qui sert à confectionner ce pain. Il suit de là que chaque ouvrier consomme par jour 100 grammes de seigle ergoté.

« La maladie présente donc, par ses phénomènes comme par son étiologie, de l'analogie avec l'ergotisme; elle fait des ravages dans les classes pauvres sans se propager dans les familles aisées. »

D'après les dernières nouvelles, la mortalité aurait beaucoup diminué, et on se préoccuperait peu en ce moment à Saint-Pétersbourg de cette épidémie, qui paraîtrait déjà sur son déclin.

Abcès du cerveau.

Au moment où allait s'engager à l'Académie de médecine la discussion sur la localisation des fonctions cérébrales, et en particulier sur le siége du sens de la parole, il se passait dans le service de M. le professeur Bouillaud, à la Charité, un fait qui a précisément quelque affinité avec le sujet du débat. C'est l'observation d'un sujet atteint de cérébrite suppurée ou d'abcès du cerveau, dont M. le docteur Blachez a présenté les pièces anatomo-pathologiques dans la dernière séance de l'Académie.

On sait qu'il s'agit d'établir par les observations qui sont l'objet de cette discussion, que les troubles de la parole sont produits par une lésion d'une partie de l'hémisphère gauche du cerveau. Or, dans le fait observé dans le service de M. Bouillaud, où la faculté de la parole avait été conservée, comme on le verra, la lésion cérébrale existait à droite. C'est donc moins une preuve directe qu'une preuve indirecte que ce fait apporte en faveur de la théorie de la localisation du sens de la parole dans l'hémisphère gauche.

Voici quelques détails sur ce fait que nous devons à l'obligeance de M. Blachez.

Un homme, âgé de quarante ans, journalier, entre dans le service le 27 février dernier, avec une hémiplégie gauche. Les personnes qui l'ont amené nous apprennent que depuis trois semaines il se plaignait de mal de tête, qu'il était sombre, taciturne. Le 23 février, quatre jours avant son entrée, il a eu une attaque d'apoplexie avec chûte et perte de connaissance qui a duré une demi-heure.

Il présente une hémiplégie gauche parfaitement caractérisée, quoique incomplète. Il se plaint quand on pince le bras ou la jambe gauche et leur imprime un léger mouvement de retrait, mais il peut tenir ces mêmes membres élevés au-dessus du plan du lit.

La face n'est pas sensiblement déviée. L'état du malade ne permet pas d'obtenir les mouvements nécessaires pour manifester la déviation si elle existe. La pointe de la langue s'incline à gauche. Le malade est dans un état de demi-somnolence, d'hébétude. Il répond à voix basse, incomplétement aux questions qu'on lui adresse. Le pouls est à 90, plein, dur, sans chaleur à la peau. Cœur normal. Il est constipé depuis plusieurs jours et urine sous lui. Aucun antécédent syphilitique avoué. Il ne porte aucune trace de syphilis. Il n'a jamais eu d'habitudes alcooliques bien accusées. Ce malade a passé un mois dans le service sans que son état ait été modifié sensiblement.

L'hémiplégie s'est complétée, et dans les derniers jours la face grimaçait à droite. Il n'a pas quitté son lit. Le matin, à la visite, il ne répondait qu'avec peine et très-incomplétement aux paroles qu'on lui adressait. Le langage était cependant conservé chez lui. Les mouvements de la langue étaient difficiles, et quand il voulait parler son visage se contractait comme sous l'empire d'une souffrance.

Les différentes fonctions s'accomplissaient régulièrement. Il

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement, par A. LENOIR, et continué par M. SÉE, professeur agrégé d'anatomie et de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, et par M. S. TARNIER, professeur agrégé d'accouchement à la Faculté de médecine. Avec texte explicatif (1).

A la fin de sa carrière, Lenoir avait entrepris un grand travail, celui de représenter par des planches et un texte explicatif les diverses phases de l'accouchement, les lésions qui en arrêtent l'évolution, et enfin toute la chirurgie obstétricale, instruments, manuel opératoire et indications. La mort a surpris Lenoir presque au début de ce travail, et il n'avait laissé à ses éditeurs que la première partie, c'est-à-dire tout ce qui avait trait à l'anatomie du bassin et à ses déformations.

M. Victor Masson a cherché parmi les jeunes chirurgiens deux hommes instruits et laborieux qui pussent achever l'œuvre de Lenoir; hâtons-nous de dire que l'éditeur a eu la main heureuse, MM. Sée et Tarnier ont chacun, l'un pour la partie anatomique, l'autre pour la partie tocologique, des antécédents qui assurent le mérite et le succès de l'ouvrage.

M. Sée a écrit les pages qui traitent de la fécondation et de l'embryologie. C'est un exposé didactique des connaissances modernes; le style est clair, et le choix des descriptions théoriques, réduites à ce qu'elles ont de plus saillant ou de plus probable, donne au livre une valeur plus pratique que théorique. Les figures qui représentent les actes physiologiques du développement de l'embryon, et qui ont été étudiées sur des lapins, donnent une idée exacte du développement de l'œuf. Les planches, où est dessinée l'anatomie des organes génitaux de la femme, ont été faites d'après les préparations de M. Sée et sont très-remarquables. Il en est de même des dessins qui expliquent la formation et la rupture de la vésicule de Graffe et l'évolution du corps jaune.

M. Tarnier s'est chargé de la partie qui a trait aux accouchements, et il a écrit deux chapitres explicatifs pour les planches représentant les présentations et les positions diverses et les opérations obstétricales.

Outre les descriptions classiques, si l'on peut s'exprimer ainsi, il y a dans les passages dus à la plume de M. Tarnier des discussions et des critiques sur les questions obstétricales qui ont été agitées dans ces dernières années, et M. Tarnier, qui a fait par intérim le cours d'accouchement à la Faculté de médecine, a exposé des idées qui lui sont propres, et a fourni de son propre fond.

L'auteur propose de diviser le mécanisme de l'accouchement en six temps : quatre qui correspondent à des mouvements opérés par la première partie fœtale, deux qui correspondent à la rotation et à l'expulsion de la deuxième partie fœtale, et voici comment les six temps se trouvent décrits par M. Tarnier : premier temps, amoindrissement; deuxième temps, engagement; troisième temps, rotation; quatrième temps, dégagement; cinquième temps, rotation de la deuxième partie fœtale; sixième temps, expulsion de la deuxième partie fœtale. Un tableau rappelle ces divisions appliquées aux diverses présentations. Dans le cours de la description du mécanisme de l'accouchement et du diagnostic des présentations, il y a des remarques pratiques et des discussions de quelques opinions contemporaines qui sont jugées à leur valeur véritable.

Nous signalerons aussi les passages qui ont trait à la version par les manœuvres externes. L'auteur regarde comme certain que ce genre de version est infiniment moins périlleux pour la mère que la version céphalique et la version podalique. Mais il fait remarquer que, même en prenant toutes les observations qui ont été invoquées par MM. Ducellier et Nivert pour remettre en honneur la version externe de Wigand, on ne tarde pas à se convaincre que les avantages de la version externe sont plus apparents que réels. On peut transformer certaines présentations du tronc et du siége en présentations du sommet. MM. Velpeau, Mattei, Hergott en ont rapporté des exemples; mais, quand la poche des eaux est rompue, cela même est impossible. M. Tarnier cite aussi des cas où les manœuvres externes avaient eu pour effet de transformer une présentation du tronc en une présentation du siége. Au reste l'auteur, remontant à Wigand, dit avec cet auteur que le moment le plus favorable à l'application de la version externe, est le début du travail. Or, on le sait, à ce moment il n'est pas toujours permis de préciser rigoureusement la présentation, et il faut en conclure que la version par les manœuvres externes reste toujours une opération qui ne peut être indiquée d'une manière réglée et précise. Toutefois, ajoute M. Tarnier, elle peut être très-utile pour rame-

(1) Paris, 1865. Victor Masson, éditeur.

mangeait habituellement, avec l'aide de la sœur, une ou deux portions. Il mâchait mal et avalait difficilement. Jamais de plaintes, aucune attaque convulsive, aucune marque de souffrance.

Le 28, il est tombé dans le coma et a rapidement succombé.

Le cerveau seul a été examiné.

La partie supérieure de l'hémisphère droit est manifestement ramollie dans une étendue de cinq centimètres environ, dans un point voisin de la scissure médiane, et correspondant à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen de la face convexe de l'hémisphère. En ce point, la substance cérébrale, injectée, désagrégée, se dissocie sous le filet d'eau. Une incision pratiquée à ce niveau met à découvert un vaste foyer purulent, contenant à peu près 150 grammes d'un pus jaune, assez fétide, très-épais et qui s'écoule aussitôt.

Ce foyer, placé au-dessous du point ramolli, a le volume d'un petit œuf de poule. Il est placé dans la partie supérieure du lobe antérieur, au-dessus de la paroi supérieure du ventricule latéral dans lequel il ne pénètre pas. Le doigt, introduit dans la cavité du ventricule, est séparé du foyer par une épaisseur de 1 centimètre environ. En dedans, ce foyer répond à la partie externe et supérieure du corps calleux. En dehors, il s'avance dans l'épaisseur de la substance blanche de l'hémisphère; sa limite postérieure ne dépasse pas une ligne qui séparerait le tiers antérieur du tiers moyen de l'hémisphère.

Ce foyer est circonscrit par une membrane épaisse, tomenteuse, richement vascularisée, qui l'isole complétement de la substance cérébrale environnante. La paroi est anfractueuse, irrégulière. Le contenu présente, à simple vue et au microscope, tous les caractères du pus le plus légitime.

Différentes parties du tissu cérébral ramolli, examinées à un grossissement de 200 diamètres, ont offert les éléments de la substance cérébrale parfaitement reconnaissables quoique diversement altérés. Les tubes sont brisés, séparés des cellules nerveuses, variqueux. De nombreux corpuscules de Gluge se présentent au milieu des différentes préparations.

Toutes les autres parties du cerveau sont normales.

Les vaisseaux n'ont pas été examinés, ils le seront ultérieurement, et nous ferons connaître le résultat de cet examen s'il présente quelque particularité notable.

Fistule vésico-vaginale.

Voici un exemple de guérison d'une fistule vésico-vaginale étendue guérie par le procédé américain. Des opérations successives ont été faites et elles ont donné un excellent résultat.

M. Pize (de Montélimart), qui l'an dernier, nos lecteurs se le rappellent, a présenté un cas semblable à la Société de chirurgie, nous a envoyé une observation qui montre comment nos chirurgiens français ont su mettre à profit une bonne méthode chirurgicale.

L'abondance des matériaux qui nous arrivent journellement nous oblige à donner aujourd'hui la place de notre *Revue clinique* à un correspondant de province. Un fait qui justifie une pratique nouvellement adoptée, sans avoir l'importance d'un fait nouveau, ne porte pas moins en lui un intérêt pratique qui a son utilité.

Il s'agit d'une femme qui a été accouchée il y a neuf ans par le forceps et qui, immédiatement après l'accouchement, a perdu ses urines par le vagin. Opérée d'une fistule vésico-vaginale en 1856 à l'Hôtel-Dieu de Lyon (probablement par un des anciens procédés), la malade non guérie fut renvoyée de l'hôpital comme incurable. Voici ce que rapporte M. Pize.

Elle vint me trouver, dit-il, le 1er juillet 1864; l'examen avec le spéculum gouttière de M. Sims me fit voir une énorme fistule vésico-vaginale, située au niveau du col de la vessie, transversale, intéressant en ce point toute la paroi antérieure du vagin et un peu la paroi latérale droite. Ses bords sont taillés en entonnoir. La largeur de la fistule est d'un centimètre, sa longueur de plus de 4 centimètres; la muqueuse vésicale forme, à travers, un bourrelet de plus d'un centimètre de hauteur, les deux lèvres de la fistule sont couvertes de tissu inodulaire, l'antérieure surtout. Une sonde introduite dans l'urèthre ne pénètre qu'à une profondeur d'un centimètre et demi; en se servant d'une sonde cannelée, on fait saillir sur la lèvre antérieure de la fistule une cloison membraneuse qui ferme la partie postérieure du canal qui n'aboutit pas à la vessie. Il y a donc oblitération et en même temps destruction d'une partie de l'urèthre. Les grandes et les petites lèvres sont hypertrophiées, ces dernières couvertes de végétations. Les cuisses sont couvertes d'un large sillon de cicatrices et d'excoriations produites par l'écoulement continuel de l'urine. L'état général est satisfaisant.

Je pratique l'opération le 4 juillet 1864, avec l'assistance de mon savant confrère et ami M. le docteur Roux (de Viviers). La fistule est rendue visible à l'aide du spéculum de M. Sims. La malade est maintenue tantôt dans le décubitus antérieur sur les genoux et sur les coudes, tantôt dans le décubitus latéral gauche. Je pratique d'abord la perforation de la cloison membraneuse de l'urèthre à l'aide d'une sonde cannelée pointue, ce qui est fait instantanément et sans trop de douleurs; alors l'orifice postérieur du canal aboutit sur la lèvre antérieure de la fistule à deux millimètres en avant du bourrelet vésical. Cela fait je procède à l'avivement. J'implante le crochet ténaculum de M. Sims sur le milieu de la lèvre antérieure de la fistule, à un centimètre environ de celle-ci, et je soulève un pli de la muqueuse vaginale que je traverse vers sa base avec le bistouri droit de M. Sims, le tranchant dirigé horizontalement vers l'angle gauche de la fistule, je taille ainsi un lambeau qui comprend toute la moitié gauche de la lèvre antérieure; j'en fais autant sur la moitié droite, et je régularise l'avivement, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux droits ou coudés. L'avivement de la lèvre antérieure est accompli avec facilité et sans entraves, l'écoulement de sang a été médiocre. J'ai ensuite procédé à celui de l'angle gauche et de la lèvre postérieure de la fistule, où j'ai eu à subir de nombreux temps d'arrêt causés par un écoulement sanguin que l'on modérait par l'application réitérée d'éponges imbibées d'eau froide; en outre, le bourrelet vésical gênait les manœuvres; suivant l'excellent conseil donné par M. Follin, je le maintenais réduit à l'aide d'un porte-éponge armé, l'éponge étant introduite dans la vessie, et cependant le bourrelet s'échappait parfois, et pour le réduire il fallait suspendre l'opération. L'avivement de l'angle droit qui fut fait sur la partie latérale du vagin fut difficile à raison de la situation et d'un pli de la muqueuse qui se formait à cet endroit.

L'avivement terminé je passai sept fils de fer que je réunis et tordis. Prescription : bouillons, extrait thébaïque 0,05 centigrammes.

Le 5, quelques cuissons dans la plaie, soif vive, nausées. La sonde s'est échappée, on n'a pu la remettre qu'au bout d'un quart d'heure; pendant ce temps les urines n'ont pas coulé par le vagin, elles sont sanguinolentes. État général assez bon.

Le 7, les urines sont claires, plus abondantes. On nettoie la sonde tous les jours. Mêmes prescriptions.

Le 8, la malade a quelques coliques venteuses; elle reste un quart d'heure sans sonde, dès qu'on la remet il s'échappe deux cuillerées d'urine.

Le 11, la malade s'est enrhumée. A la suite des efforts de toux elle sent l'urine couler dans le vagin, l'examen de la plaie montre vers l'angle droit une ouverture d'un centimètre environ, tout le reste de son étendue est complétement cicatrisé, j'enlève les fils.

Le 14, je pratique une opération secondaire, la plaie est réunie par quatre fils de fer.

Le 27, j'examine la plaie, les deux fils situés à l'extrémité droite ont déchiré les tissus, la fistule a encore diminué d'étendue, elle n'a plus que cinq millimètres; la plaie est granuleuse, je l'avive légèrement avec les bistouris, et je passe deux fils en argent.

Le 31, la sonde s'est échappée pendant la nuit, on n'a pu la remettre qu'au bout d'un quart d'heure; la malade s'aperçoit que l'urine coule dans le vagin, mais que la vessie en garde une certaine quantité, et qu'elle peut uriner à volonté par l'urèthre. J'examine la plaie, les fils ont encore coupé les tissus, cependant l'ouverture fistuleuse a encore diminué d'étendue, elle n'a plus que deux millimètres; je touche ses deux lèvres avec le nitrate d'argent, et je réunis avec deux fils d'argent.

Le 10 août, j'enlève les fils. On n'aperçoit pas de solution de continuité, mais en poussant fortement une injection dans la vessie on voit sourdre un peu d'eau par un jet mince comme un fil. Je cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 15 et le 20, nouvelles cautérisations.

Le 30, la malade est complétement guérie de sa fistule.

Depuis, la guérison s'est maintenue, la malade se livre aux travaux de la campagne, les règles qu'elle n'avait plus avant l'opération sont revenues. Elle n'est incommodée que parce qu'elle éprouve de temps à autre de l'incontinence d'urine, surtout pendant les temps froids, et encore cela n'arrive que dans la station verticale. J'espère qu'avec le temps et quelques soins cette incommodité disparaîtra complétement; elle est déjà moindre aujourd'hui.

MODIFICATION ET PERFECTIONNEMENT

de la pince dilatatrice à trois branches,

Par M. FAVRE, fabricant d'instruments de chirurgie.

(Présentation à l'Académie de médecine.)

La pince dilatatrice à trois branches, imaginée en 1862 par M. le docteur Laborde pour faciliter l'introduction de la canule dans l'opération de la trachéotomie et complétement adoptée depuis cette époque à l'hôpital des Enfants, présentait quelques inconvénients dus au mode de construction de l'instrument.

Dans le but d'y remédier, M. Favre vient d'apporter à cette construction les modifications suivantes :

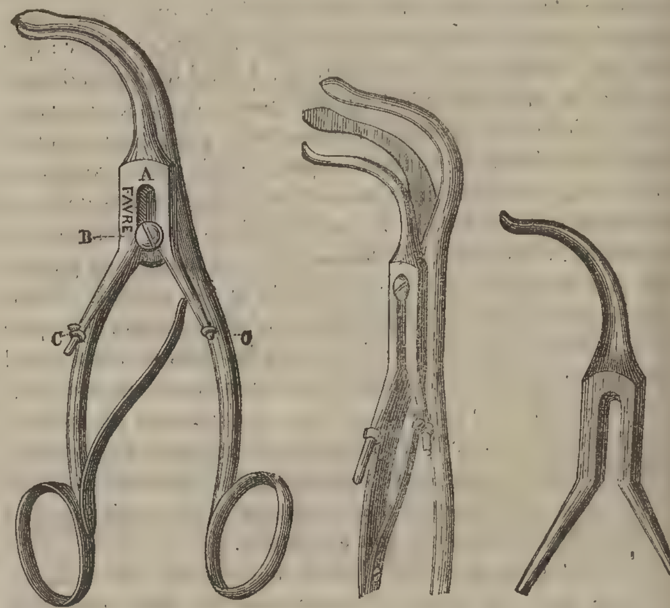


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

La troisième branche (A, fig. 1 et fig. 3) ou branche surajoutée au dilatateur ordinaire, se terminant par deux extrémités bifurquées et légèrement coudées en dehors, s'adapte à coulisse au moyen de la fente qui résulte de cette bifurcation à la tête de la vis (B) qui maintient les deux autres branches; les extrémités bifurquées sont reçues dans deux petits pivots percés et mobiles (C C). Le mécanisme ordinaire ou par *pression* de la dilatation de l'instrument produit un écartement proportionnel de la troisième branche, laquelle glisse alors d'avant en arrière jusqu'au point d'arrêt constitué par l'extrémité supérieure (A) de la fente.

Il résulte de là que l'écartement des trois branches étant ainsi borné, l'opérateur est plus maître de l'instrument, et peut facilement introduire *lui-même* la canule (les mesures sont prises pour que la dilatation soit toujours suffisante).

De plus, la troisième branche se démonte et peut être instantanément remise en place, d'où grand avantage pour nettoyer l'instrument quand il a servi, et possibilité d'adapter à volonté une autre branche dont le parcours plus grand permet une plus grande dilatation, comme celle qui peut être nécessitée, par exemple, chez l'adulte.

Très-solidement fixée, la troisième branche ne vacille d'aucun côté.

---

ner les présentations obliques à des présentations régulières.

Le forceps ancien est encore aux yeux de M. Tarnier celui qui offre le plus de garanties; si les tentatives et les procédés pour favoriser les tractions continues ont, suivant l'auteur, une valeur, elles demandent néanmoins à être sanctionnées par l'expérience. Quant à l'ingénieux appareil de Simpson, il n'en est question que comme d'une curiosité.

On préfère généralement aujourd'hui le forceps au levier. Depuis les succès et les revers du levier de Roonhuysen, les chirurgiens ont abandonné cet instrument. M. Tarnier ne propose pas d'en faire de nouveau l'application, mais il a constaté expérimentalement sur le cadavre que le levier avait réussi dans une expérience là où le forceps avait échoué, et il en a conclu pour ce cas particulier que le levier était bon, en ce sens qu'il pouvait faire exécuter quelques mouvements à la tête, et qu'il pouvait la faire engager dans l'excavation. On comprend d'autant mieux cette propriété du levier que par l'application de la main l'on réussit dans certains cas à ramener la tête dans l'axe du détroit, soit au moment de l'engagement de la tête, soit dans les présentations de la face lorsque l'extension de la tête se trouve forcée.

Enfin M. Tarnier termine par un chapitre sur l'accouchement prématuré artificiel, et sur la dilatation du col. Sur ce point il parle avec autorité; nos lecteurs connaissent un instrument de M. Tarnier qui a eu dans plusieurs cas une efficacité réelle.

En résumé, l'*Atlas complémentaire des traités d'accouchement*, de Lenoir et MM. Sée et Tarnier, est un livre utile. En fait d'accouchement, on le sait, le meilleur enseignement consiste à avoir vu comment les choses se passent; les figures, au quart de grandeur naturelle et habilement exécutées, peuvent à la rigueur suppléer les examens sur le vivant, surtout en tenant compte de la manière excellente dont les planches sont expliquées.

Dr Armand DESPRÉS.

UN SOUVENIR DE LAENNEC

A PROPOS DE L'AUSCULTATION ET DE LA PERCUSSION.

La percussion étant un des principaux moyens de diagnostic des maladies des organes les plus essentiels à la vie, et notamment de ceux que renferme la poitrine, et ses résultats n'étant bons et utiles dans ce cas qu'autant qu'elle est faite avec les meilleurs instruments, il est de la plus grande nécessité de rechercher et choisir ce qu'il y a de mieux pour y parvenir.

Mais avant de dire ce que ma vieille expérience m'a appris à cet égard, je demande la permission de parler quelque peu de l'auscultation, cette sœur si intime de la percussion, et de raconter à ce sujet une petite anecdocte, vieux souvenir de mon internat, qui ne sera peut-être pas trop déplacée ici, d'autant qu'elle a trait à notre si savant et si regretté confrère et maître Laënnec, qui, comme tout le monde le sait, improvisa le premier ce nouveau et si puissant adjuvant du diagnostic des maladies de poitrine, beaucoup plus positif, selon moi, que toutes les percussions imaginables.

C'était en 1817, autant qu'il m'en souvient; j'étais alors interne aux Incurables femmes, rue de Sèvres. Ne voyant là rien que de fort peu instructif pour moi, qui désirais tant apprendre du neuf, j'allais tous les matins suivre à l'hôpital Necker la visite de M. Laënnec, de cet observateur par excellence, de ce praticien d'élite.

Un beau jour, en mars, je crois, nous vîmes entrer dans les salles notre maître, la poche de son tablier pleine de cylindres de toute espèce, un rouleau de papier, un étui en carton, un boudin de bois creux, un tube en verre, et jusqu'à une bande roulée. Nous prîmes tout d'abord, je l'avoue, pour une excentricité de notre chef ce magasin de bric-à-brac, quoique nous le sussions très-sérieux en toute chose; mais nous ne tardâmes pas à changer d'avis et à acquérir une preuve de plus que, comme le dit Gil Blas, le médecin n'est pas un animal risible, et M. Laënnec surtout, en le voyant se diriger vers un de nos plus grands malades, un pauvre phthisique au dernier degré, un jeune cordonnier de trente ans, qui devait bientôt rejoindre ses pères, et lui appliquer sur la poitrine successivement tous ses rouleaux, dont il ajustait l'autre extrémité à son oreille, et écoutant la respiration et la toux avec la plus grande attention et le plus grand silence.

Aucun de ces instruments, papier, carton, verre ou linge, ne lui dévoilant rien, sa figure resta impassible et triste; il ne lui en restait plus qu'un à essayer, son bâton creux, sa dernière espérance; mais à peine en avait-il fait l'application et écouté qu'il se redressa tout joyeux, que ses traits et ses yeux exprimèrent l'étonnement et l'extase, et qu'il s'écria : J'ai entendu! Le stéthoscope était trouvé, l'auscultation était découverte!

et on n'est pas exposé à la voir se démonter après quelque temps d'usage.

Enfin, un petit renflement ménagé à l'origine des deux branches supérieures permet une dilatation égale dans tout le parcours de ces branches, et fait que la canule s'y trouvant engagée dès l'abord est plus sûrement conduite dans la trachée.

L'essai de l'instrument ainsi modifié, fait un grand nombre de fois à l'hôpital des Enfants, a montré que le but que se proposait M. Favre était parfaitement réalisé ; et que les avantages de ce nouveau dilatateur lui assuraient une prééminence incontestable.

De ce mode nouveau de construction de l'instrument, il résulte un autre avantage qui n'est pas à dédaigner : c'est la possibilité d'apporter une diminution très-sensible au prix de l'instrument.

EMPOISONNEMENT PAR LE DATURA STRAMONIUM,

Par M. le docteur Jules de Soyre.

Comme médecin du bureau de bienfaisance d'une des sections les plus malheureuses et les plus malsaines de Paris, au centre même de la capitale (rue Maubuée, etc.), je viens d'observer un empoisonnement dans les circonstances suivantes qui méritent d'être rapportées.

Mme Ch..., âgée de cinquante ans, exerce la profession fort humble de chiffonnière, et elle se charge aussi de débarrasser complétement les appartements, qui deviennent vacants, des vieux papiers et des bouteilles de toutes sortes qu'on y laisse. Quand ces bouteilles abandonnées contiennent encore quelques restes de sirop, même médicinaux, Mme Ch..., dans un but probablement prophylactique, se hasarde à boire ces liquides sans savoir précisément ce qu'ils sont.

Dernièrement elle avait trouvé dans un appartement vacant des sacs de plantes médicinales et elle les avait ramassés se proposant d'en faire usage.

Mardi 31 janvier 1865, elle se fit, après son déjeuner, une infusion avec des feuilles qu'elle croyait être des feuilles de ronce. A peine eut-elle bu la tasse de tisane, qu'elle eut des hallucinations ; sa chambre lui apparut tout en feu, et le malaise qu'elle éprouva devint tel qu'elle n'eut que le temps de se jeter au plus vite sur son lit.

Une personne, entrée dans la chambre par hasard et effrayée de la situation grave de cette femme, vint me chercher en toute hâte, en même temps on porta les feuilles infusées à un pharmacien qui conseilla de donner à la malade du café noir en attendant ma visite. A mon arrivée, on me présenta un sac de saponaire ; mais, d'après les symptômes que j'observai, il était évident que le mal de Mme Ch... était un empoisonnement par les solanées vireuses.

La malade avait la face rouge ; les paupières étaient baissées ; les pupilles dilatées ; les mâchoires légèrement contractées ; le pouls était plein mais ni ralenti, ni accéléré. La respiration se faisait librement. Quand je pressai sur l'épigastre, la malade fit une petite grimace ; le ventre n'était pas douloureux.

J'envoyai chercher de l'émétique, et, en attendant ce médicament, je trempai dans de l'eau froide l'angle d'une serviette avec laquelle je fouettai le visage de la malade. Elle en éprouva une sensation désagréable, puis brusquement elle s'assit dans son lit et fit le simulacre de trier des chiffons avec beaucoup d'entrain. Elle parlait par moments avec un être imaginaire. Je voulus avoir quelques renseignements précis sur l'état où elle se trouvait, mais dans son délire elle me fit des réponses incohérentes et grossières. Par moments elle semblait vouloir se lever et elle marmottait quelques paroles sans suite que ses voisines accourues étaient disposées, bien qu'à tort, à interpréter comme l'aveu de quelques malheurs ou la révélation de trésor caché en secret.

J'administrai une première dose de 5 centigrammes d'émétique dans une cuillerée d'eau. Par le crachement, la malade en rejeta une partie. Je donnai, un quart d'heure après, une deuxième dose de 5 centigrammes avec le même résultat. Je prescrivis une potion antispasmodique et des sinapismes promenés et surveillés sur les membres inférieurs.

La malade ne vomit point ; son état s'améliora, et elle eut dans la soirée une selle abondante. La nuit fut bonne, et le lendemain 1er février, la santé était revenue, sauf une légère courbature pour laquelle je prescrivis un bain.

C'est alors que ma malade me raconta son empoisonnement et elle me présenta le sac où elle avait pris de quoi faire la tisane. Je pus reconnaître alors la fleur et le fruit rudimentaire du datura stramonium (pomme épineuse, herbe aux sorciers), plante narcotico-âcre des plus dangereuses qui, à une dose plus forte, aurait infailliblement pu donner la mort.

DEUX CAS DE MORT

à la suite d'une injection coagulante dans un nævus sous-cutané,

Par M. Carter.

Une petite fille, âgée d'un mois, présentait vers la moitié inférieure du nez une masse confuse de nævi englobant la cloison et les deux ailes et triplant le volume normal de l'organe. La cautérisation avec des aiguilles rougies ayant été sans résultat, et l'enfant ayant été vaccinée déjà, on essaya l'injection de perchlorure de fer. Cinq gouttes de perchlorure pénétrèrent brusquement au centre de la tumeur, l'enfant poussa un cri, eut une courte convulsion, et mourut.

M. Nathaniel Crisp adressa à M. Carter l'observation d'un fait semblable arrivé dans un hospice colonial. L'autopsie démontra que la pointe de la seringue avait pénétré dans la veine transverse de la face, et que le sang s'était coagulé dans les cavités droites du cœur.

Il faut donc agir avec une grande circonspection quand la disposition des parties ne permet que difficilement d'interrompre la circulation veineuse dans la partie où l'injection est pratiquée. (*Annales d'oculistique*, 1864, p. 214.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mars 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg* ;

Le *Bulletin médical du nord de la France* ;

Le *Journal de médecine de Bordeaux*.

— MM. Broca et A. Forget demandent des congés pour cause de santé.

— M. le docteur Panas adresse à la Société des remercîments de l'avoir admis au nombre de ses membres et prend séance.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de M. le docteur Armieux, médecin des hôpitaux militaires, une brochure intitulée : *De l'héméralopie épidémique*.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Chenu, médecin principal du Val-de-Grâce, un volumineux livre de 700 pages in-4° intitulé : *Rapport au Conseil de santé des armées sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français en Turquie pendant la guerre d'Orient en 1854, 1855 et 1856*.

« Ce travail, dit l'auteur dans sa lettre au président du Conseil de santé, est une statistique aussi fidèle et aussi complète que possible des résultats du service médico-chirurgical de l'armée française pendant la campagne d'Orient..... Si jusqu'à ce jour, ajoute-t-il plus loin, aucun travail d'ensemble n'a pu être fait sur le service médico-chirurgical de nos armées en campagne, cela tient à la dissémination des troupes et des hôpitaux militaires sur des points nombreux et souvent fort éloignés, à la rapidité des mouvements et à la dispersion des blessés ou des malades après la guerre. L'armée d'Orient a présenté des conditions exceptionnelles plus favorables : elle a été stationnaire, et la centralisation des blessés et des malades aux environs de Sébastopol et ensuite à Constantinople, où tous devaient s'arrêter avant d'être évacués en France, m'a permis de réunir la presque totalité des renseignements individuels qui les concernent. »

M. Chenu, dans cet immense travail, bien appelé une œuvre de bénédictin, indique loyalement les sources diverses auxquelles il a puisé ses matériaux considérables, en les complétant, pour un certain nombre de blessés ou d'amputés admis au Val-de-Grâce, après la campagne, par les notes ou observations cliniques que j'avais mises à sa disposition.

Il n'a pas cherché d'ailleurs à commenter, au point de vue de la science et de la pratique de l'art, les documents statistiques amassés par lui avec la plus laborieuse patience ; il en laisse modestement le soin à ceux qui voudront les consulter, depuis les blessures les plus variées de chaque région du corps jusqu'aux amputations multiples des membres, attestant, d'après les résultats, les avantages de la chirurgie conservatrice.

Quant aux maladies, ce n'est pas le lieu de citer les chiffres qui démontrent le désastre des épidémies pendant la guerre d'Orient et la prédominance proportionnelle des décès pour le corps des officiers de santé militaires.

Bornons-là cette simple présentation de l'ouvrage de M. Chenu, qui se termine par de justes *observations sur l'insuffisance du service de santé en campagne*.

— MM. Robert et Collin soumettent à l'appréciation de la Société un lithotribe-injecteur qu'ils ont construit sur les indications de M. Maisonneuve.

La Société, consultée, décide qu'il n'y a pas lieu de faire apprécier par un de ses membres l'instrument de M. Maisonneuve, membre honoraire, donne acte à MM. Robert et Collin de la présentation du lithotribe-injecteur et passe à l'ordre du jour.

A propos du procès-verbal :

M. DEPAUL. Forcé de m'absenter avant la fin de la dernière séance, je n'ai pu répondre à ceux de mes collègues qui m'ont prêté l'opinion consistant à donner à la saillie rostrale du pubis la valeur d'un signe pathognomonique de l'ostéomalacie. Je désire faire remarquer aujourd'hui que telle n'a pas été ma pensée. J'ai seulement dit que c'était un signe constant dans l'ostéomalacie, tandis qu'il est très-rare dans les bassins rachitiques. Quant aux différences qui existent entre les bassins rachitiques et les bassins ostéomalaciques, la principale est certainement celle que signalait particulièrement M. P. Dubois quand il disait que si, par la pensée, on rendait au bassin ostéomalacique sa forme normale, il pourrait reconstituer un bassin régulier et suffisamment grand, tandis qu'on ne pourrait faire la même chose avec le bassin rachitique, à cause de l'arrêt de développement dont il a été frappé par la maladie. Dans ces derniers, l'étoffe manquerait, tandis qu'elle serait suffisante dans les premiers.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Ossifications sous-rétiniennes. — M. PERRIN. Les pièces que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société représentent les suites éloignées, très-éloignées même d'une ophthalmie purulente contractée pendant la campagne d'Égypte.

Cette affection, après quelques jours de durée, entraîna la perte absolue de la vision, et voici dans quel état j'ai trouvé les globes oculaires plus d'un demi-siècle après le début des accidents.

L'œil gauche, réduit à la moitié de son volume normal, est représenté par une petite masse solide, d'une résistance osseuse et aplatie d'avant en arrière, suivant la direction des muscles droits.

La cornée est opaque, épaissie ; il en est de même de la sclérotique, l'iris est en état de synéchie antérieure complète.

Toute la cavité oculaire est remplie par une masse ostéo-fibreuse creusée sur sa face antérieure d'une fossette qui n'est autre chose que la fosse hyaloïdienne, et dans laquelle se trouve un cristallin crétacé parfaitement reconnaissable et maintenu en place par ses attaches ligamenteuses.

En arrière de cette masse, on voit la choroïde, libre d'adhérences de toutes parts, dépourvue de pigment, sillonnée de vasa vorticosa athéromateux, offrant en un mot tous les caractères de la choroïdite atrophique à la période la plus avancée.

Le nerf optique, considérablement diminué de volume, sert de trai d'union entre la sclérotique et la choroïde d'une part, et la masse ostéo-fibreuse de l'autre.

Au premier abord, je crus avoir affaire à une dégénérescence siégeant par exception dans la rétine, mais je ne tardai pas à reconnaître une fois de plus combien est fondée l'opinion de notre collègue, M. Follin, qui attribue à des fausses membranes produites à la surface de la choroïde et organisées, les prétendues ossifications de la rétine. En pratiquant une coupe médiane, je m'assurai que la tumeur intra-oculaire n'était point pleine, mais bien constituée par une véritable coque remplie par une masse pulpeuse manifestement adhérente au nerf optique. Cette coque occupe toute l'étendue de la choroïde avec laquelle elle n'adhère en aucun point. En avant, elle confine au cristallin ; en arrière, elle est perforée d'un trou à travers lequel passe le nerf optique.

La substance, examinée au microscope, renferme des masses pigmentaires disséminées à la surface, et visibles d'ailleurs à l'œil nu, des corpuscules osseux bien déterminés et de nombreuses cellules plasmatiques.

L'œil droit, sauf l'opacité de la cornée, ne ressemble pas du tout à l'œil gauche, il a son volume normal, son appareil dioptrique intact ; la choroïde est le siége d'une atrophie complète au niveau de la région de la tache jaune et de la papille optique. Vers l'équateur du globe, l'atrophie est moins avancée ; les vasa vorticosa sont très-apparents et le pigment est disséminé en grosses masses irrégulières.

Enfin, et ceci est le plus important, il existe au pourtour de la pa-

---

Tout le monde sait, du reste, à quel point il perfectionna plus tard ce nouveau et si précieux moyen d'investigation, quels progrès il a fait faire à la science, et la gloire méritée que lui a acquise cette sublime découverte.

Cette petite digression vient, du reste, assez à propos, aujourd'hui qu'il est question d'ériger une statue à ce maître hors ligne dont les siècles les plus reculés conserveront la mémoire !

Je reviens maintenant à la percussion, cette vieille découverte du savant Avenbrugger, que des essais multipliés et jamais interrompus n'ont cessé de chercher à perfectionner, et si j'en reparle à mon tour c'est à propos de l'éloge que vient de faire M. le professeur Trousseau d'un nouvel instrument *ad hoc*, récemment inventé par M. le docteur Peter.

M. Trousseau a peut-être raison de reprocher à la percussion pratiquée directement avec les doigts seulement ou médiatement, par le plessimètre de M. Piorry, entre autres, se servant dans le premier cas d'une main comme intermédiaire entre les doigts et la poitrine pour obtenir des organes percutés des sons différents, selon leur état normal ou morbibe ; moyen, en effet, qui peut si rarement donner des résultats exacts et précis, et peut par conséquent faire commettre tant d'erreurs de diagnostic, et employant pour la plessimétrie des plaques en ivoire ou de bois, de si mauvais interprètes du son, qui, étant interposés entre les doigts percuteurs et les cages splanchniques, peuvent plutôt devenir un véritable obstacle à la transmission directe et fidèle des bruits que la percussion cherche à produire et distinguer ; ceci est hors de doute, et on en reconnaît tous les jours l'exactitude.

Il faut en convenir jusqu'ici, aucune des modifications qu'on a prétendu apporter à la percussion si simple et si naturelle d'Avenbrugger ne l'a améliorée.

Pour moi, en attendant mieux, je me sers depuis quelques années d'un petit instrument fort simple, dont j'ai obtenu de très-bons résultats, et qu'à cause de cela je crois pouvoir faire connaître, d'autant plus qu'il est d'un très-facile emploi.

Cet instrument, si tant est qu'il puisse mériter ce nom, est tout bonnement un disque ou petite plaque de caoutchouc de 2 à 4 millimètres d'épaisseur et de la grandeur, pour les cas les plus ordinaires, d'une pièce de cinq francs en argent, percé au centre d'un trou pour la plus facile transmission du son, plaque que je loge facilement dans mon portefeuille au milieu de mes cartes de visite ; il m'arrive même souvent d'en avoir plusieurs de diverses formes, mais en général la première me suffit presque toujours. J'applique cette sorte de plessimètre (qui ne peut en rien empêcher le son de se transmettre à l'oreille par la percussion des doigts, tant il est mince et lui-même tout à fait insonore) sur les différents points de la poitrine ou de l'abdomen que j'ai à explorer ; et, frappant alors sur mon petit disque avec le doigt médius seulement ou avec tous ceux de la main droite réunis, j'obtiens complétement, et sans le moindre intermédiaire, les sons les plus différents, les plus francs et les plus distincts, attendu, je le répète, que mon plessimètre ne peut en rien altérer ou défigurer ceux que me font percevoir les organes que j'interroge, et qu'ainsi j'ai tout lieu de le préférer au doigt qui me servait jadis d'enclume, et qui, en effet, à cause de sa plus grande épaisseur, de la chaleur et de la circulation de son sang, pouvait n'être souvent qu'un écho très-peu fidèle et même un perturbateur du son.

Je ne saurais donc vraiment trop recommander ce moyen d'investigation tant non-seulement il est simple, peu coûteux et d'un emploi facile, et qu'il est apte surtout à fournir des données certaines pour le diagnostic des maladies des organes thoraciques, principalement, dans lesquelles on a si besoin en effet d'une percussion précise et parfaite.

Si donc la *Gazette des Hôpitaux* pensait qu'il fût de quelque utilité de l'indiquer à nos confrères, ne fût-ce qu'à cause de son peu de prétention à se faire valoir, je serais heureux de lui en avoir fourni l'occasion.

Qu'on n'oublie pas surtout que mon modeste plessimètre n'a été jusqu'à présent qu'un simple outil à mon seul usage, ne sachant même pas si d'autres médecins s'en servent également, et que, eussé-je été le premier à l'employer, je n'attacherais pas la plus petite importance à une aussi mesquine modification instrumentale.

Étienne Moulin, D.-M.-P.

Traité des maladies vénériennes, par J. Rollet, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens) de Lyon. Premier fascicule. Le *Traité des maladies vénériennes* formera 1 vol. in-8° compacte d'environ 900 pages. Prix du premier fascicule : 8 francs. La deuxième partie paraîtra dans le courant de décembre de l'année 1865. Elle sera vendue 4 francs. — Paris, 1865, Victor Masson et fils, libraires-éditeurs.

pille une exsudation développée dans la rétine même. Le siége de cette production ne saurait être mis en doute, car les vaisseaux du plan rétinien sont couverts et masqués par elle dans toute son étendue. On voit ainsi, et c'est par cette remarque que je termine, que le même processus pathologique a donné naissance à des altérations de même nature, mais de siége différent; à gauche, la phlegmasie intra-oculaire paraît avoir été plus intense : il s'est produit à la surface de la choroïde d'abondantes exsudations dans lesquelles a pris naissance un tissu osseux véritable.

A droite, au contraire, la choroïde n'a pas fourni d'exsudations; c'est la rétine qui, primitivement ou consécutivement, s'est enflammée. Il en est résulté une exsudation rétinienne qui aurait pu être plus étendue, plus épaisse, qui aurait pu s'organiser et donner naissance cette fois à une ossification réelle de cette membrane. J'insiste sur cette différence de localisation, parce qu'elle me semble indiquer qu'il faudrait se garder d'être trop absolu quand il s'agit de fixer le siége des ossifications du globe oculaire.

M. FOLLIN. Quand j'étais chirurgien de la Salpêtrière, j'ai recueilli un grand nombre de pièces analogues à celles que vient de présenter M. Perrin. Dans presque tous les cas, il y avait une véritable *ossification sous-rétinienne*.

La substance osseuse avait pour siége précis l'espace compris entre la choroïde et la rétine, et elle est le résultat de la transformation d'exsudats variés qui peuvent disparaître, sous l'influence d'un traitement mercuriel, quand ils sont de nature syphilitique, mais qui ne disparaissent pas du tout quand ils sont liés à la diathèse rhumatismale.

C'est bien une véritable ossification qui se fait là, comme le prouve l'examen microscopique qui permet de voir de nombreux *corpuscules osseux*. Il n'en est pas de même de l'ossification du cristallin qui n'est qu'apparente, et résulte simplement d'un dépôt de matière calcaire.

Dans les cas d'ossification sous-rétinienne on trouve généralement la rétine décollée, formant un cône flottant, séparé de la partie ossifiée par un liquide assez abondant.

M. VELPEAU. Dans ces productions morbides suivies d'ossification, que devient la membrane de Jacob ?

M. FOLLIN. Pour répondre à cette question il faudrait une dissection beaucoup plus fine que celle à laquelle on peut se livrer sur des yeux aussi altérés.

M. BLOT. Je désirerais savoir de M. Perrin si les pièces qu'il met sous les yeux de la Société ont été l'objet d'examens microscopiques, je voudrais savoir, en particulier, si notre collègue a retrouvé dans les cristallins, qu'il a dit ossifiés, de véritables corpuscules osseux comme dans la membrane sous-rétinienne ?

M. PERRIN. J'ai, en effet, omis de dire qu'avec le microscope on retrouve des corpuscules osseux dans ces couches sous-rétiniennes d'apparence osseuse. Quant à la substance du cristallin, l'examen microscopique n'en a point été fait, mais c'est une lacune que je comblerai pour la prochaine séance.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour se livrer à l'étude de quelques modifications à apporter aux statuts.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 mars 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal est lu.

M. TOPINARD. M. Beaumetz nous dit dans le procès-verbal que la sclérose spinale postérieure a été rencontrée sans que le malade ait présenté d'ataxie locomotrice, et à l'appui il cite les observations de Ireidreich traduites dans les Archives générales de médecine de 1864. Le fait est incontestable, mais les exemples en sont mal choisis. Ce n'est pas Iriedreich qu'il faut citer, mais bien MM. Cruveilhier, Leyden et quelques autres.

M. FRITZ. En effet, dans les observations de Ireidreich il y avait ataxie locomotrice, et dans les deux, avec autopsie, on a trouvé la sclérose des cordons postérieurs.

M. BEAUMETZ. Cependant les six cas diffèrent par plusieurs points de ceux que M. Duchenne a donné pour types de l'ataxie locomotrice, notamment par la présence des troubles de la parole et l'absence des troubles oculaires, le nystagmus mis à part.

M. TOPINARD. Je comprends à présent que M. Beaumetz a voulu parler de la maladie ataxie locomotrice progressive et non du symptôme ataxie locomotrice. Eh bien, à ce nouveau point de vue, je n'accepte pas encore son opinion; je crois au contraire que les six observations en question doivent se ranger à côté de l'observation n° 1 du mémoire de M. Duchenne, sous la même dénomination d'ataxie locomotrice progressive. Notre dissidence vient de ce que M. Beaumetz s'appuie sur la description faite par M. Duchenne en 1858, mais cette description a vieilli de six ans, ce qui est énorme, vu la rapidité avec laquelle progresse de nos jours la science médicale. Ainsi M. Duchenne veut que les troubles de la parole fassent défaut; le contraire est aujourd'hui hors de doute; les caractères qu'offrent les douleurs sont pour lui pathognomoniques; c'est une erreur. L'intégrité de la puissance musculaire serait la condition *sine qua non* de l'ataxie locomotrice; c'est encore une erreur. Souvent cette puissance musculaire est affaiblie, quelquefois il y a de la paralysie incomplète; enfin l'un des modes de terminaison de la maladie est la paralysie complète. Je n'insiste pas davantage.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend le bulletin de la Société des sciences médicales.

La correspondance écrite comprend une lettre de M. Leiveo demandant à changer son titre de membre titulaire en celui d'honoraire (accordé), et des demandes de MM. Charles de Vauréal et Rauvier pour être inscrits sur la liste des candidats aux places vacantes.

COMMUNICATION.

Tumeurs hypertrophiques du derme. — M. CHEDEVERGNE. Messieurs je fais passer sous vos yeux de magnifiques planches que je dois à l'obligeance de M. Charcot. Vous verrez, j'espère, la confirmation des opinions que j'ai émises ici sur le point de départ et la nature de certaines tumeurs hypertrophiques du derme.

Vous vous rappelez sans doute l'observation de Hecker, de Fribourg, dont le résumé a été rapporté dans le mémoire publié par moi sur ce sujet, et qui avait d'ailleurs été appréciée ici par M. Fritz. J'ai là l'original de cette observation, mais il est inutile d'y revenir, car l'analyse que vous connaissez en donne une idée complète. On ne rencontre dans ces longues pages rien de plus que ce que vous savez déjà, si ce n'est un court exposé des faits, peut-être analogues au fait principal, mais sur la nature desquels il est impossible d'être fixé après la lecture de leur description.

Ce qu'il y a de plus important pour nous, ce sont les planches, en particulier la fig. 6 qui nous montre sur le corps d'unef emme des molluscums de tous les volumes et de tous les aspects, depuis le simple soulèvement de la peau jusqu'à la tumeur pédiculée; depuis le petit tubercule arrondi jusqu'à la masse piriforme colossale avec tous les intermédiaires; comparons, dis-je, cette figure 6 avec la 4e et la 5e, qui offrent des exemples d'éléphantiasis des bourses et surtout avec celle de la planche IV. Celles-ci nous fourniront une image fidèle du mal des Barbades chez des individus qui ne portent aucune trace de molluscum; n'arriverions-nous pas forcément, malgré la conclusion de l'auteur, à la confusion qu'il consacre, à séparer et à maintenir séparés, au point de vue clinique surtout, les affections que nous avons cherché à distinguer devant vous.

J'ajoute encore un mot. Je n'avais pas fait jusqu'à présent l'examen du molluscum à son origine, et de la plus petite dimension; M. Hillairet, qui, je suis heureux de le dire, partage ma manière de voir, touchant cette espèce de tumeur, m'en a fourni l'occasion en me remettant un tubercule molluscoïde, réellement microscopique, et que j'ai étudié avec MM. Cornil et Ramier. Eh bien, il était constitué comme le gros molluscum, par du tissu conjonctif, des fibres élastiques et des noyaux ou cellules sphériques. Nous savons d'ailleurs que les tumeurs intermédiaires ont absolument la même composition et l'observation clinique a permis de suivre les plus volumineuses à leurs diverses périodes, par conséquent tout concorde à démontrer la légitimité de la thèse que nous avons soutenue.

RAPPORT.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur un travail sur l'action thérapeutique de la narcéine, par M. Laborde, et présenté à l'appui de sa candidature.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées; par conséquent M. Laborde est inscrit sur la liste des candidats.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Le secrétaire, DUJARDIN-BEAUMETZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

MM. Nozeran, chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine, et Decret, vétérinaire en second.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Renaudin, docteur ès-sciences et docteur en médecine, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. Ce confrère, si estimé et si universellement regretté, était en province le représentant le plus éminent de la science aliéniste; il a publié en 1852 un ouvrage intitulé : *Études médico-psychologiques*, et en 1863 un livre ayant pour titre : *Commentaires médico-administratifs sur le service des aliénés*.

M. Renaudin avait pris, en outre, une part active, depuis vingt-deux ans, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*.

Ses obsèques ont eu lieu le 3 avril, à Nancy; deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un au nom de la Société médico-psychologique, par M. Foville, l'autre au nom de l'asile par M. le docteur Henry Bonnet.

— Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la mort presque foudroyante de M. le docteur Béraud, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, chevalier de la Légion d'honneur.

Quoique bien jeune encore, quarante et un ans, M. Béraud avait attaché son nom à de nombreux travaux d'anatomie et de physiologie.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 43. — MARDI 11 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 11 AVRIL 1865. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOTEL-DIEU. — M. GRISOLLE.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale.

(Recueillie par le Dr Charles MAURIAC, médecin des hôpitaux.)

Messieurs,

Je ne vous ferai point de discours, et ma profession de foi sera courte; vous me connaissez, car je viens aujourd'hui sous une forme un peu différente continuer l'enseignement que j'ai inauguré dans mes salles au mois de novembre. Je viens vous faire de la clinique, c'est-à-dire de la pathologie et de la thérapeutique appliquées. J'ai pour mission (et j'espère ne pas faillir à ce mandat) de vous apprendre à reconnaître les maladies dont sont atteints les individus qui entrent dans nos salles. Je dois vous enseigner ce que ces affections offrent de spécial, afin que, en en calculant mieux la marche et l'issue, vous puissiez saisir à propos les indications qu'elles présentent. Je dois aussi faire l'application devant vous des principales méthodes thérapeutiques capables de soulager ou de guérir; et lorsque tous nos efforts ont été impuissants, je dois vous montrer sur le cadavre les vestiges que la maladie a laissés dans l'organisme. — Vous voyez que mon enseignement a un but essentiellement pratique, la clinique est en effet la médecine en action. En la comprenant ainsi je resterai fidèle à la tradition qui m'est léguée par mon illustre prédécesseur. M. le professeur Rostan, que l'âge et la fatigue ont éloigné depuis plusieurs années de cette enceinte, a été l'un des maîtres de l'enseignement clinique. Ses nombreux écrits, la vigoureuse impulsion qu'il a imprimée aux études, la direction qu'il a donnée aux esprits vers les choses positives, sa science profonde, son jugement exquis, et ajoutons aussi l'indépendance de son caractère, la générosité chaleureuse de son cœur, l'amour du devoir, toutes les qualités enfin qui font le professeur et qui honorent le médecin, avaient donné à l'enseignement de M. Rostan une incontestable autorité. Le nom de ce professeur vivra dans la science, et son souvenir se perpétuera dans les annales de notre Faculté qu'il a honorée, qu'il a illustrée pendant plus de trente années. Mais, en parlant d'un maître qui a jeté un si vif éclat sur l'enseignement clinique, ma pensée se reporte aussitôt vers un contemporain de M. Rostan dont le souvenir m'est resté bien cher, car il fut mon maître, mon guide, mon protecteur, mon ami. Vous avez tous nommé M. Chomel, qui est resté pour moi le modèle le plus accompli du professeur de clinique médicale.

Nul doute que beaucoup d'entre vous ne me trouvent imprudent d'oser évoquer en un pareil moment de si grands souvenirs. Je m'expose, en effet, à une comparaison fâcheuse pour moi. Mais vous le savez bien, Messieurs, tous tant que nous sommes nous nous proposons dans la vie un idéal, des modèles que nous nous promettons de suivre, sans pouvoir répondre pourtant que nous y réussirons. Mais s'il ne m'est pas permis d'atteindre à la perfection de nos modèles, il est une chose dont je puis répondre, car elle dépend de ma volonté; c'est de consacrer à votre instruction tout le dévouement dont je suis capable.

Oui, Messieurs, ce dévouement est absolu, et je serais heureux que vous voulussiez bien le mettre à l'épreuve. Aussi permettez-moi de vous exprimer un désir et de vous donner aussi un conseil. Certes je suis très-heureux de vous voir réunis en grand nombre et de vous trouver ici auditeurs assidus, et, vous venez de me le témoigner, auditeurs bienveillants. Mais je serais plus heureux encore si demain je vous retrouvais dans mes salles pour y apprendre à devenir praticiens. Car, je vous le dis franchement, ce n'est pas ici, mais au lit des malades que vous vous instruirez le plus. Ne cherchez pas à tout voir; bornez-vous à bien étudier deux, trois ou quatre malades au plus; prenez leurs observations avec exactitude; tous vos maîtres vous diront (et je pourrais invoquer ici les plus illustres témoignages) que c'est là la seule manière de bien apprendre la pathologie. Vous deviendrez aussi pour moi de très-utiles auxiliaires; nous pourrons causer ensemble et avec fruit de nos malades; je pourrai vous confier la direction du traitement, et vous vous habituerez ainsi, étant encore sur ces bancs, à résoudre les problèmes souvent si difficiles de diagnostic, de pronostic, de thérapeutique, qu'il vous faudra aborder dès votre entrée dans la pratique. Courage, Messieurs, ne vous laissez pas intimider par les difficultés du début; vous hésiterez d'abord, vous vous tromperez quelquefois. Peu importe, et, si cela pouvait un peu vous encourager, je vous dirais ici en confidence que votre maître vous donnera plus d'une fois ce mauvais exemple. Quoi qu'il en soit, nos erreurs ou nos hésitations serviront encore à notre commune instruction.

Courage encore une fois, Messieurs, et organisons au plus vite cet enseignement mutuel qui, je puis vous en donner l'assurance, sera, en ce qui me concerne, un enseignement tout à fait fraternel.

Je commencerai mes leçons cliniques en vous parlant d'une femme, que vous avez pu observer depuis plusieurs jours dans le service, et qui est couchée au n° 22 de la salle Saint-Antoine. Je ne saurais trop vous engager à étudier avec le plus grand soin les symptômes de l'affection dont elle est atteinte. Il faut, en effet, être parfaitement édifié sur leur nature, leur enchaînement, leur signification pathologique, pour ne pas tomber dans des erreurs de diagnostic qui sont fréquentes, non-seulement au début, mais encore à toutes les périodes de cette maladie.

Disons d'abord quelques mots des antécédents de cette femme. Elle est âgée de vingt-neuf ans. Originaire du Midi qu'elle a habité jusqu'ici, elle n'est à Paris que depuis six mois. Avant d'y venir en qualité de domestique, elle travaillait à Besançon dans une fabrique de montres. Les conditions hygiéniques au milieu desquelles elle a vécu sont celles de la classe ouvrière en général; c'est vous dire qu'elles ne sont pas excellentes; néanmoins elles ne nous paraissent pas avoir joué un grand rôle dans l'étiologie de la maladie. — L'interrogatoire au point de vue de l'hérédité ne nous a rien appris. A aucune époque de sa vie cette femme n'a présenté de manifestations bien positives d'une diathèse héréditaire ou acquise. Je dois mentionner cependant un rhumatisme articulaire aigu survenu à l'âge de dix-huit ans, qui n'a pas reparu depuis et n'a laissé du côté des viscères aucune trace de son existence. — Cette femme n'a pas eu d'enfants. Quoique la menstruation s'accomplisse chez elle d'une façon assez irrégulière et qu'elle soit même supprimée depuis quelques mois, je ne trouve dans le passé aucun indice qui me porte à penser que le système utérin a été autrefois le siége d'une de ces phlegmasies de nature diverse qui se localisent si fréquemment dans l'utérus ou ses annexes. Ainsi, sauf le rhumatisme articulaire aigu, rien ou presque rien dans les antécédents; nous n'y découvrons aucun phénomène morbide antérieur capable de préparer ou d'accélérer l'éclosion de la maladie actuelle.

Cette maladie remonte à vingt-huit mois. Elle est survenue dans les circonstances suivantes :

La malade voyageait en chemin de fer, quand elle fut prise tout à coup, sans cause appréciable, de coliques abdominales très-vives, accompagnées d'un besoin impérieux d'aller à la garde-robe, et suivies de selles diarrhéiques abondantes. Ces coliques n'étaient pas continues; elles avaient la forme exacerbante, et devenaient quelquefois assez violentes pour forcer la malade à se courber en avant, afin de calmer par la compression de l'abdomen l'acuité des douleurs.

La diarrhée n'a jamais cessé depuis le début de la maladie, c'est-à-dire qu'elle a duré pendant vingt-huit mois, et, notez bien ce fait, dans ce long intervalle de temps la malade n'a jamais eu ni nausées ni vomissements; son appétit se conservait, mais les forces allaient diminuant de jour en jour, et l'amaigrissement faisait des progrès continuels.

Dix-sept jours après l'invasion de ces accidents, il se produisit un ictère, qui se dissipa rapidement. La malade entra dans un hôpital de province, où elle resta six semaines; le médecin qui lui donnait des soins constata l'existence d'un empâtement de l'abdomen.

Depuis cinq mois, elle est complétement arrêtée, et il s'est produit une intumescence considérable de l'abdomen, qui a succédé à l'empâtement des premiers mois.

Ainsi, coliques exacerbantes suivies de diarrhée, développement du ventre, amaigrissement, absence de nausées et de vomissements, telles sont les circonstances pathologiques principales qui ont signalé le début de cette maladie et qui persistent avec opiniâtreté depuis son invasion.

Aujourd'hui, Messieurs, vous pouvez constater chez notre malade l'état suivant :

La surface cutanée est pâle; toutes les masses musculaires ont diminué par le fait d'un amaigrissement progressif qui touche à l'émaciation; les membres inférieurs sont un peu œdématiés, et le ventre présente une augmentation de volume aussi considérable que celle qui serait due à une grossesse de huit ou neuf mois. Remarquez que l'œdème des membres inférieurs a été consécutif au gonflement abdominal, et relativement bien moins prononcé.

L'examen de la région abdominale doit fixer d'une manière spéciale votre attention, parce que vous y trouverez des éléments de diagnostic qui, une fois bien appréciés, ne vous échapperont plus.

La forme du ventre n'est pas celle de l'ascite ordinaire, telle qu'on l'observe, par exemple, dans les maladies du cœur. Au lieu de s'évaser vers les parties latérales, elle se dessine en un ovoïde dont l'axe est longitudinal et la grosse extrémité placée au-dessus de l'ombilic. La palpation, qu'on peut pratiquer en toute liberté, car la sensibilité abdominale est presque nulle et contraste avec la violence des coliques dont je vous ai parlé; la palpation, dis-je, fait constater sur tous les points de la région une rénitence prononcée. Il semble que le feuillet pariétal du péritoine ne glisse plus sur les circonvolutions intestinales avec la même facilité qu'à l'état normal; il semble que les circonvolutions intestinales elles-mêmes ne roulent plus les unes sur les autres avec cette mobilité qui se prête si bien aux mouvements dont elles sont agitées pendant le travail de la digestion. A ce défaut de mobilité, ajoutez une diminution dans l'élasticité des parois, et vous aurez une idée nette de la sensation spéciale que je qualifie du nom de *rénitence*.

Il y a du liquide dans la cavité du péritoine; il est facile de s'en assurer par la percussion, qui décèle l'existence d'une matité dont le siége se déplace assez facilement, suivant les différentes positions qu'on fait prendre à la malade.

Vous savez, Messieurs, que dans les ascites ordinaires, je veux dire celles qui sont purement séreuses et sans fausses membranes, le paquet des intestins, nageant à la surface du liquide, est refoulé vers le diaphragme, de telle sorte que si vous percutez en bas, même profondément, vous ne trouvez que de la matité, tandis que la sonorité tympanique est reléguée presque exclusivement vers les régions supérieures de la cavité. Chez notre malade, et dans les nombreux cas analogues qu'il m'a été donné d'observer, il n'en est pas ainsi; une percussion profonde fait découvrir, derrière la matité due à une couche plus ou moins épaisse de liquide, une sonorité tympanique qui révèle la présence des anses intestinales. Cette particularité, que j'ai signalée le premier, vous permet presque d'affirmer que les intestins ne peuvent pas monter au-dessus du liquide épanché parce qu'ils sont agglutinés entre eux ou collés aux parois abdominales par des adhérences récentes ou anciennes.

Pour compléter l'examen de la région abdominale, disons que le foie et la rate, explorés avec soin, ne nous ont offert rien d'anormal; ils ont à peu près leurs dimensions ordinaires. Le foie cependant est un peu diminué dans tous ses diamètres, mais pas assez pour qu'on soit en droit d'en déduire un état pathologique quelconque.

L'examen des urines plusieurs fois répété ne nous a jamais révélé dans ce liquide la présence de l'albumine.

Je vous ai dit que depuis longtemps la menstruation était irrégulière, et que depuis cinq mois elle avait cessé. L'utérus cependant n'est pas malade. Par le toucher vaginal, on constate qu'il est petit, un peu gêné dans les mouvements qu'on lui imprime, et, bien qu'il ne soit pas enclavé dans le petit bassin, comme quand il est entouré des produits d'une phlegmasie péri-utérine, on trouve que sa mobilité a diminué, et le doigt perçoit dans les culs-de-sac vaginaux, en avant et sur les côtés, une sorte d'empâtement qui paraît constitué par une tumeur diffuse, molle, élastique, indolente, qu'on peut facilement déprimer, et qui me paraît dépendre de l'agglomération des anses intestinales.

Les troubles fonctionnels du tube digestif consistent toujours en selles diarrhéiques abondantes, ordinairement précédées de coliques péri-ombilicales. L'appétit est bon. La digestion stomacale s'exécute régulièrement, sans nausées ni vomissements.

La malade tousse. En examinant la poitrine, nous avons trouvé : à la base droite de la matité, avec absence du murmure respiratoire; à la base gauche, dans une étendue plus considérable, de la matité, avec résistance au doigt, du souffle voilé, de l'égophonie; c'est-à-dire qu'à droite il existe une pleurésie en voie de résorption, constituée principalement par des fausses membranes, et qu'à gauche il y a un épanchement pleurétique occupant à peu près la moitié inférieure de la cavité pleurale. En outre, dans la fosse sus-épineuse droite, on trouve une diminution de sonorité avec résistance au doigt, un affaiblissement du murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée, qui prend un caractère soufflant, et un retentissement

exagéré de la voix; mais nous n'avons pas pu entendre de craquements secs ou humides.

L'examen du cœur ne décèle l'existence d'aucune affection organique, et il est évident que cet organe n'a joué aucun rôle dans la pathogénie des accidents que je viens de vous décrire.

L'état général est sérieux : la flaccidité des chairs, la décoloration de la peau, l'amaigrissement, l'œdème des extrémités inférieures, quelques sueurs nocturnes, qui deviennent de plus en plus fréquentes, indiquent que la malade entre dans la période cachectique des affections chroniques graves. Parfois, vers le soir, il y a un mouvement fébrile, mais la fièvre hectique n'est pas encore décidément établie.

Telle est, Messieurs, la situation actuelle de cette femme. J'espère que vous trouverez dans l'exposé fidèle et minutieux que je viens de vous faire des éléments suffisants pour porter un diagnostic à peu près positif. Vous avez sans doute déjà pensé à la péritonite chronique, et qui dit péritonite chronique chez une personne de cet âge dit aussi péritonite tuberculeuse. Mais il ne suffit pas d'énoncer un diagnostic, il faut le justifier par le raisonnement et par un examen comparatif des maladies qui se rapprochent le plus de celle qu'on observe. C'est cette discussion clinique que je vais maintenant aborder.

(La suite au prochain numéro.)

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. Triquet.

Des affections herpétiques de l'oreille et de leur traitement (otite dartreuse).

La dartre a pris une telle extension à mesure que la civilisation a fait des progrès, surtout à mesure que les mœurs se sont altérées, qu'elle forme aujourd'hui l'un des groupes les plus importants des affections *cutanéo-muqueuses* (l'otite, par exemple). « Il paraît, dit Vicq-d'Azir, que les anciens habitants de l'Asie étaient exempts de ces maladies, si répandues maintenant dans tous les pays et dans toutes les classes de la société. » Pourtant l'Ancien Testament est rempli de narrations relatives à des lépreux, à des dartreux, que l'on observait alors fréquemment dans la Galilée.

Quoiqu'il en soit, les historiens de l'antiquité, Diodore, Hérodote, Pline, s'accordent à considérer cette maladie comme le fruit du luxe impur des grandes cités.

Cette opinion est confirmée par l'expérience de chaque jour.

Comme la scrofule, l'arthritis, la syphilis, la dartre est une maladie constitutionnelle à longues périodes, à marche lente, mais progressive, continue ou intermittente (1).

Le vice ou ferment dartreux quitte quelquefois la peau pour aller à l'oreille, et de là envahir la membrane muqueuse de la caisse, du pharynx (catarrhe ou angine herpétique), etc.

A l'irritation cutanée du conduit auditif succède bientôt l'irritation catarrhale; puis le catarrhe disparaît, une fièvre larvée survient, parfois une simple migraine, et, après un temps plus ou moins long, apparaît une lésion viscérale organique et profonde (cancéreuse le plus souvent) qui tue le malade, ou bien une affection asthmatique très-prononcée se déclare, etc. Les considérations précédentes ont pour but de montrer l'importance de l'*otite appelée dartreuse*, et surtout l'indispensable nécessité d'en faire une étude complète.

Définition. — L'otite dartreuse est une maladie commune à tout âge. Très-souvent on l'observe comme une complication des gourmes dans la première et la deuxième enfance. Chez l'adulte et le vieillard, ce n'est, le plus ordinairement, qu'une des manifestations de la scrofule. (*Scrofulide cutanée de l'oreille.*) Cependant, par *otite dartreuse*, j'entends spécialement cette otite caractérisée à l'extérieur de l'oreille par une tuméfaction rougeâtre, violacée, de la peau du pavillon, du conduit auditif, de la membrane du tympan, avec des croûtes tantôt blanchâtres ou grisâtres, plus souvent jaunâtres ou noirâtres, et l'aspect fendillé et gercé des surfaces atteintes, qui sont en même temps plus ou moins dures. Un ichor, jaunâtre ou brun et fétide, s'écoule presque continuellement des différentes parties de l'oreille malade, ou des deux oreilles, ce qui est plus fréquent. Cet ichor lui-même est fourni par les pustules d'impétigo, d'ecthyma, ou les vésicules d'herpès dont la présence sur les membranes externes et internes de l'oreille est la cause la plus fréquente de l'otite dartreuse, ainsi nommée en raison de ses symptômes qui la rattachent à ces maladies éminemment dartreuses de la peau.

Causes. — Elles sont prédisposantes et efficientes. Les causes prédisposantes sont toutes celles de la dartre qui, en sa qualité de maladie constitutionnelle, diathésique et héréditaire, peut attaquer ensemble ou séparément chacun des points superficiels et profonds de notre économie, le tégument en général ou bien par places, ainsi : le cuir chevelu, l'œil, l'oreille, ou bien les viscères, le pharynx, les fosses nasales, la vessie, l'anus, l'intestin, les articulations. On a encore cité au nombre des causes prédisposantes, un régime grossier, insuffisant, ou bien trop copieux, trop chargé de viandes succulentes, de vins généreux; en un mot, on trouve à noter, d'une part, la misère, le travail, les privations du pauvre; de l'autre, tous les excès du luxe, de la richesse, et même de la débauche.

Quant aux causes déterminantes, on n'en sait pas davantage, c'est assez dire qu'on n'en sait rien du tout.

(1) Bazin, *de la Scrofule*. Chez A. Delahaye.

Division. — Cette otite est aiguë ou chronique. On distingue trois périodes dans l'otite dartreuse aiguë :

1° La période dite éruptive;

2° La période de suppuration ou catarrhale;

3° La période de dessication et de guérison, ou son passage à l'état chronique, avec des poussées alternatives et à des intervalles plus ou moins rapprochés. De plus cette otite peut débuter par la forme chronique : peu ou point d'éruption, de suintement, induration lamellaire et purpuracée de la peau de l'oreille. Surdité très-prononcée.

A. *Symptômes anatomiques.*

1° *Rougeur. Éruption.* Le pavillon de l'oreille est rouge, gonflé, luisant, écailleux; l'entrée du méat est presque oblitérée; çà et là on peut voir quelques pustules d'impétigo (sparsa), ou des plaques d'eczéma (simplex ou rubrum), ou d'herpès, de pemphygus; sur les bords et à la surface de la conque, à l'orifice et dans l'intérieur du conduit auditif. Dans la plupart des cas, il est impossible de pousser plus loin l'exploration, car les bords des conduits auditifs et les parois de son canal sont tellement tendus et gonflés par la dartre, que le plus petit spéculum ne peut y pénétrer, même quand il est conduit avec douceur.

Souvent on n'observe ni pustules d'impétigo ou d'ecthyma simplex, ni vésicules d'eczéma ou d'herpès, mais des papules agminées du lichen ou discrètes du prurigo, soit les furfures du pityriasis, les squammes de la lèpre vulgaire, ou les tubercules indurés et multiples du furoncle. L'otite dartreuse est alors dite *sèche* par opposition à la description précédente dans laquelle l'écoulement purulent qui succède à l'ouverture spontanée des pustules, des vésicules ou bulles, m'a engagé à lui réserver le nom d'*otite dartreuse humide*.

2° *L'écoulement* est toujours médiocrement abondant; sa couleur varie selon le genre d'éruption pustuleuse ou vésiculeuse qui lui a donné naissance; il est fétide, et dans un grand nombre de cas, surtout chez les sujets scrofuleux, son âcreté est telle qu'un sillon rougeâtre et ulcéré de la peau marque la trace de son passage sur les bords du pavillon, sur la joue et le long du cou.

3° *Croûtes.* Cet écoulement ou suintement qui caractérise la deuxième période, dite catarrhale, présente de fréquentes interruptions; ainsi on le voit cesser, pendant des jours, des semaines, des mois, pour apparaître de nouveau pendant la nuit.

Dans ce cas et pendant son interruption, les parties malades se recouvrent de croûtes jaunes, brunes, noirâtres, etc. Ces croûtes se stratifient ou se superposent l'une sur l'autre, de façon à donner à l'oreille, des enfants surtout, l'apparence d'un *gâteau feuilleté*, à la surface duquel on aurait déposé une couche de caramel.

4° *Ulcération.* Si la croûte vient à se détacher, ou qu'à l'aide de cataplasmes on ait favorisé son élimination, le corps papillaire du derme du pavillon et du conduit auditif apparaît à nu et ulcéré, et il est le siége d'une douleur *formicante* extrêmement vive, jusqu'à ce qu'une nouvelle croûte se soit formée. C'est dans ces circonstances que l'on voit les enfants, et même les grandes personnes, se gratter avec une espèce de fureur et mettre ainsi avec leurs ongles toute l'oreille en sang.

5° Sous l'influence de ces irritations répétées, la tuméfaction augmente bientôt et l'oreille acquiert quelquefois des dimensions monstrueuses : le conduit auditif est oblitéré, le malade tout à fait sourd.

6° L'épaississement des membranes est la suite de ces divers phénomènes morbides; il peut s'étendre jusqu'à la membrane du tympan qui peut aussi se ramollir dans certains cas et présenter une perforation ou même une destruction plus ou moins complète de sa propre substance, soit qu'une pustule d'impétigo, une plaque d'herpès ou d'eczéma ait été l'agent direct de cette destruction, ou que la phlegmasie du conduit ait envahi la cloison et ramolli son tissu délicat, préparant ainsi à l'avance une rupture ou perforation au moindre effort d'exscréation, etc.

7° Enfin la phlegmasie spécifique peut alors gagner la caisse de l'oreille, s'y établir et y causer un catarrhe interminable (scrofulide dartreuse profonde). Cette marche envahissante de l'otite dartreuse se rencontre très-souvent dans la pratique.

B. *Symptômes physiologiques.*

Les symptômes physiologiques sont au nombre de quatre : la douleur, les tintements, l'éréthisme, la surdité. La douleur et la surdité sont les deux symptômes physiologiques importants. La douleur a quelque chose de particulier; sans jamais être portée à ce degré de violence qui, dans les otites catarrhales, rhumatismales, goutteuses, syphilitiques, arrachent des cris aux malades, ici elle se traduit plutôt par un sentiment de brûlure légère, de démangeaison incoercible, qui porte les malades à se frotter continuellement; il y a alors des moments où la douleur est cuisante, surtout quand les malades ont arraché les croûtes de l'oreille avec leurs doigts et que la surface du derme du pavillon et du conduit, ulcérée, déchirée et saignante, reste exposée au contact de l'air froid. La surdité n'est pas très-prononcée au début, et n'atteint sa plus grande intensité qu'à la période de l'affection, où les parois opposées du conduit auditif se touchent, par suite de la tuméfaction des surfaces dartreuses, et quand les membranes profondes de l'oreille sont elles-mêmes atteintes par l'otite dartreuse.

Diagnostic. Aucune des otites (1) ne ressemble à l'otite dartreuse. S'il y a du gonflement des membranes et de l'écoulement dans l'otite catarrhale, on ne peut constater ni des pustules, ni des vésicules, ni des croûtes gercées et fendillées sur les membranes externes et internes de l'oreille.

L'écoulement dans l'otite catarrhale est jaune, verdâtre, abondant, tandis que dans l'otite dartreuse c'est un ichor, une sorte de lymphe d'un blanc jaunâtre, fétide et d'une extrême âcreté. C'est un suintement et non un écoulement. Ces réflexions sont encore bien plus applicables à l'otite scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, et le simple énoncé des symptômes qui leur sont propres et les caractérisent, ne permettront pas à un praticien instruit de les confondre avec l'otite dartreuse. Il n'y a que l'otite syphilitique qui, dans certains cas insidieux, puisse commander une certaine réserve dans la diagnose et exiger un examen très-attentif des antécédents du malade et de la nature de l'éruption qui se voit à l'oreille.

En effet, certaines syphilides ont une analogie frappante avec les manifestations dartreuses de l'ecthyma simplex, du furoncle, de l'impétigo eczémateux; surtout les syphilides pustuleuses, tuberculeuses, squammeuses, etc.

Par conséquent ce n'est qu'en examinant avec soin les symptômes existants, et surtout en soumettant le malade à une investigation complète, qu'il sera possible de découvrir des plaques muqueuses dans le pharynx ou ailleurs, ou d'autres symptômes syphilitiques non douteux qui permettront d'asseoir le diagnostic différentiel des deux affections sur des bases certaines. Ajoutons que la manifestation dartreuse à l'oreille peut quelquefois coïncider avec une éruption syphilitique générale ou localisée. D'ailleurs l'otite syphilitique, étant une manifestation secondaire de la vérole, il est rare qu'on ne trouve pas quelque autre symptôme concomitant, par exemple l'iritis, les plaques muqueuses, les traces d'un chancre induré ou d'une blennorrhagie virulente.

Pronostic. Il est grave, non-seulement au point de vue de la surdité que cette otite rebelle peut entraîner à sa suite quand elle est négligée ou mal traitée, mais surtout comme étant l'expression symptomatique d'un état constitutionnel très-difficile à guérir et sujet à des récidives fréquentes.

Il y a cependant une distinction à faire : l'otite dartreuse, caractérisée par l'élément eczéma, est moins grave que celle causée par l'impétigo, l'herpès, la lèpre, le pemphygus, etc.; surtout la gravité augmente avec l'état plus ou moins invétéré de l'affection dartreuse et les tentatives infructueuses d'un traitement mal conçu et mal dirigé.

Complications. Les complications de l'otite dartreuse sont : 1° l'angine herpétique; 2° les éruptions dartreuses du nez; 3° des fosses nasales; 4° du cuir chevelu; 5° l'adénite sublobulaire mastoïdienne et sous-maxillaire; 6° la perforation de la membrane du tympan; 7° le catarrhe invétéré de l'oreille moyenne, etc.

Traitement. Il comprend : 1° le traitement général de la diathèse dartreuse; 2° de l'otite causée et entretenue par ce vice de la constitution; 3° le traitement des complications.

1° Traitement de la diathèse dartreuse; ici, l'arsenic et surtout ses préparations à base de soude et de fer sont le véritable spécifique de la dartre.

Les deux formules qui m'ont le mieux réussi sont les suivantes :

Eau distillée.	100 grammes.
Arséniate de fer	5 centigrammes.

Mêlez. Une cuillerée à café tous les matins dans une tasse de tisane amère, de houblon, saponaire, gentiane, pensée sauvage.

Sirop d'écorces d'oranges. . . .	150 grammes.
Arséniate de soude	10 centigrammes.

Mêlez. Une cuillerée à café le matin, avant le repas, dans une tasse de la même tisane. La dose doit être augmentée et diminuée successivement.

Ainsi, après avoir donné pendant huit à douze jours une simple cuillerée à café le matin, on en donnera une matin et soir dans une tasse de tisane, et toujours un peu avant le repas; puis, après une quinzaine de jours, on suspendra le médicament pendant une semaine, pour le reprendre ensuite à la dose de une cuillerée à café d'abord, puis de deux cuillerées, avec des temps de repos, jusqu'à ce qu'on ait tiré de cette médication tout le résultat possible.

2° Un purgatif salin devra être donné au moins une fois la semaine.

3° Si le malade est d'une constitution strumeuse, on pourra faire prendre, en même temps que les préparations arsenicales, l'huile de foie de morue, des tartines de beurre salé, des sardines à l'huile, au commencement du repas ou bien alterner; suspendre l'arsenic pendant l'administration de l'huile, etc.; reprendre la solution ou le sirop précédemment prescrit quand le patient ne prendra pas d'huile, et ainsi de suite pendant trois ou six mois, selon l'avis du médecin.

4° Les bains de sublimé sont également très-utiles : 10 grammes de sublimé dissous dans 100 grammes d'alcool pour un bain tiède ordinaire. Y rester une heure. Deux à trois bains par semaine suffisent le plus souvent.

5° Les cataplasmes de fécule sur l'oreille malade, quelques fumigations émollientes et astringentes sont extrêmement utiles.

5° Viennent ensuite les substitutifs : le goudron, l'huile de cade, celle de noix d'acajou, le cinabre en pommade, le sulfate de cuivre en soluté, et dont on badigeonnera l'oreille à l'aide

(1) Voir *Traité pratique* et *Leçons cliniques*.

d'un pinceau. Passer d'un moyen à l'autre; le quitter pour y revenir.

Le traitement des complications de l'otite doit être approprié à chacune d'elles : ainsi combattre le catarrhe, l'angine, calmer l'inflammation, l'adénite, chercher à prévenir la perforation de la cloison, la traiter quand elle est accomplie et par les moyens indiqués dans les leçons précédentes.

Régime. Lacté et ténu.

Eaux minérales. Les eaux de Vals et celles du Mont-Dore sont excellentes; elles assurent la guérison.

Récidives. Très-fréquentes. Insister sur le traitement général; visiter souvent l'oreille qui a été malade.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

Au sixième mois de la grossesse guérie par l'accouchement prématuré artificiel.

Par M. le Dr Geoffroy, chirurgien de l'hôpital de Lafère (Aisne).

Dans un des numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, celui du 17 janvier 1864, il est question d'un cas d'éclampsie puerpérale au septième mois, disparaissant après l'accouchement forcé, cas rapporté par M. le docteur Galicier (de Nantes). Je viens à mon tour présenter la relation d'un fait à peu près identique et dont le résultat a été aussi la guérison après un accouchement prématuré. Il n'est pas sans utilité, et ne fait que confirmer davantage l'heureux emploi de ce moyen extrême.

Le 27 décembre dernier, au matin, je suis appelé, conjointement avec le docteur Lefèvre, mon collègue, auprès de la dame X..., jeune femme de 25 ans, exerçant la profession de couturière, d'un embonpoint physique ordinaire, d'un tempérament essentiellement nerveux. Elle est atteinte d'attaques épileptiformes bien caractérisées, avec écume sanguinolente, convulsions, alternatives de coma et de perte de connaissance. Enfin elle est enceinte, pour la quatrième fois, de six à sept mois environ, et elle porte depuis une huitaine de jours un œdème très-prononcé de la face et des membres, mais plus fort à droite qu'à gauche. Les commémoratifs nous apprennent que Mme X... a eu autrefois des attaques de nerfs (peut-être même d'épilepsie) bien avant son mariage, et encore quelques mois après, mais jamais depuis lors : elle est toujours heureusement accouchée et à terme; seulement je dirais ici que l'aîné de ses enfants (un garçon de 5 ans) n'a pas tardé à être atteint, dès les premiers mois de sa naissance, de chorée généralisée, dont il n'est pas encore guéri; de plus, la mère de la malade a été sujette aussi, une fois, à des attaques d'éclampsie pendant l'une de ses couches, qui a eu lieu également vers le sixième mois de la grossesse.

Nous étions donc, mon collègue et moi, en présence d'un cas d'éclampsie puerpérale bien prononcée, compliquée ou plutôt amenée par un commencement d'anasarque, car il paraît que la malade accusait un mal de tête violent depuis quelques jours, avec étourdissements et défaillances. Nous étions appelés pour une première attaque, et nous jugeâmes prudent de pratiquer aussitôt une saignée copieuse, d'appliquer des révulsifs aux jambes et d'administrer des lavements irritants. Il n'y eût qu'un peu de répit; puis les attaques se succédèrent, sans interruption, presque tous les quarts d'heure. Une seconde saignée, pratiquée par la même ouverture, aidée par des lavements de décoction de valériane, parut mettre un terme aux secousses convulsives, mais il resta un coma stertoreux profond. Déjà, une première fois, j'avais pu à grand'peine pratiquer le toucher vaginal; je profitai de cet intervalle de calme pour le pratiquer de nouveau. Je constatai alors, et mon confrère aussi, un commencement de dilatation avec ramollissement du col utérin, et une présentation ordinaire du sommet de la tête.

Les moments étaient précieux : il fallait tirer la malade de cet état comateux complet, sous peine peut-être de la voir succomber sous l'influence de nouvelles attaques. Le seul moyen radical et expéditif nous parut être l'accouchement prématuré artificiel, que du reste la nature semblait demander. Nous tamponnâmes le vagin, ayant eu soin d'enduire préalablement un morceau d'éponge préparée d'un peu d'extrait de belladone, et de l'appliquer directement sur le col à peine entr'ouvert (il était alors 11 heures du soir). Le lendemain matin, vers 7 heures, nous trouvâmes la malade tirée en partie de son état comateux, mais encore sans connaissance et sans intelligence, s'agitant, se levant continuellement, accusant des douleurs dans les seins et des envies fréquentes d'uriner, mais n'ayant plus eu de nouvelle attaque. Des évacuations alvines involontaires ont eu lieu la nuit, et le lit est mouillé par une urine sanguinolente. Nous enlevons le tampon, et nous reconnaissons avec satisfaction que la dilatation du col est complète et que l'enfant est descendu dans l'excavation pelvienne inférieure.

La tête est encore recouverte de la poche des eaux, peu proéminente, et semble comme étranglée par le col de l'utérus. Il n'y a aucune contraction apparente de la matrice, et on ne voit aucun battement fœtal. Immédiatement je fais mettre la malade sur le bord de son lit, les jambes repliées, écartées et maintenues par des aides, puis j'incise la poche des eaux qui s'écoulent en bien petite quantité, et j'extrais sans difficulté un enfant mort-né, d'une conformation normale, mais très-petit, et indiquant à peine, par son aspect extérieur, cinq à six mois de vie intra-utérine. La délivrance se fait facilement quelques minutes après, sans grand écoulement de sang, et la femme est replacée dans son lit. Aussitôt la sortie de l'enfant, la malade sort de sa torpeur, redevient calme, et cherche à savoir ce qui s'est passé et ce qu'on lui a fait. Ce n'est que quelques heures plus tard, l'intelligence et la raison lui revenant un peu, qu'on parvient à lui faire comprendre qu'elle était accouchée.

Les suites de couche furent ordinaires; les lochies cessèrent au bout de neuf à dix jours. Une grande faiblesse, avec mouvements fébriles, sueurs profuses et brisement général des membres furent la conséquence presque inévitable de ces attaques d'éclampsie. La mémoire et l'intelligence furent un certain temps à revenir, et ne se manifestèrent que lentement. La malade fut mise aux toniques et à un régime éminemment analeptique dès que la sécrétion laiteuse, peu forte d'ailleurs, eût rapidement cédé aux purgatifs.

J'ajouterai que l'œdème disparut en deux jours de temps, et que les urines, qui présentaient un peu d'albumine dès les premiers moments, n'en montrèrent plus de trace quelques jours après. La malade aurait pu se lever dès le douzième ou quinzième jour, mais il lui restait à la partie externe du pied droit une brûlure occasionnée par l'application prolongée d'une bouteille d'eau bouillante, placée à ses pieds, pendant les attaques, et alors que la sensibilité était tout à fait éteinte; cette brûlure est maintenant guérie. J'ajouterai encore que la vue a été abolie dès le deuxième jour (jour de l'accouchement) et qu'elle n'est revenue que lentement, à mesure que les pupilles énormément dilatées reprirent leur ouverture normale. J'attribue, avec raison, ce symptôme à la dose assez élevée d'extrait de belladone employée, plutôt qu'au fait de l'anasarque ou de l'éclampsie, et cela, d'autant plus que Mme X... eût pendant deux ou quatre nuits de véritables hallucinations propres aux narcotiques de cette classe.

Pour nous, il est évident que l'accouchement prématuré artificiel a seul mis fin aux attaques d'éclampsie chez notre malade, et qu'il était d'autant plus urgent qu'un commencement de dilatation paraissait l'indiquer. C'est donc ce qui a pu sauver les jours de cette femme, car depuis aucun symptôme n'a reparu; et aujourd'hui (29 janvier) Mme X... va aussi bien que possible et a repris son travail.

Je ne conclue pas de ce fait que l'éclampsie puerpérale est constamment mortelle, que l'accouchement prématuré artificiel est le seul moyen tentable et curable, à l'exclusion de tout autre traitement actif; des faits nombreux et les auteurs classiques viennent prouver le contraire. Mais j'insiste, comme le docteur Galicier (de Nantes), sur l'utilité de ce remède extrême, en même temps que sur son opportunité.

FRACTURE PAR ÉCRASEMENT

des deuxième et troisième métacarpiens de la main droite. Irrigations continues. — Guérison.

Par M. le docteur E. Sonrier, médecin-major de 1re classe à Strasbourg.

T... (Lucien), âgé de vingt-neuf ans, tempérament nerveux sanguin, forte constitution, voiturier à Poussay (Vosges), a eu au mois de décembre 1856 la main droite broyée entre l'essieu et la roue de sa voiture fortement chargée.

On trouve une plaie qui s'étend obliquement du tiers inférieur du deuxième métacarpien (région dorsale) vers le milieu du carpe; chairs profondément dilacérées, saillie des tendons à travers leurs gaînes déchirées, fracture des deuxième et troisième métacarpiens dans leur partie médiane, avec dépression des extrémités fragmentées vers la face palmaire; pas de raccourcissement des doigts; l'espace interosseux est conservé. Engourdissement, immobilité, et perte de sensibilité de l'index et du médius. Si on opère sur eux une légère traction après les avoir fléchis, et si en même temps on exerce une pression dans le creux de la main au niveau de la fracture, on détermine une légère crépitation, en même temps qu'on redresse l'obliquité des métacarpiens.

Avec les débris des lambeaux attentivement examinés pour juger de leur degré de vitalité relative, nous recouvrons ces désordres; une compresse graduée est placée dans le creux de la main pour soulever les métacarpiens fracturés; puis le tout est maintenu par une bande modérément serrée, qui sert en même temps à fixer le membre sur une palette. Irrigations froides continues d'eau de fontaine additionnée d'un sixième d'eau chlorurée.

Les jours suivants, pas de réaction inflammatoire trop forte; la main reste fraîche, un peu d'insomnie, léger mouvement fébrile.

Arrivé au cinquième jour, le malade va mieux; quelques lambeaux de chairs se sphacèlent; suppuration abondante de bonne nature, sans odeur gangréneuse. On continue les irrigations fraîches avec un tiers de vin ordinaire.

Peu à peu la plaie se déterge, se régularise; les bourgeons charnus apparaissent sous les eschares, l'inflammation est réfrénée par les irrigations continuées pendant vingt jours, et tout semble marcher vers une guérison prochaine.

Sans vouloir faire ici l'historique complet de notre blessé, que du reste nous n'avons pu suivre, nous dirons que, malgré les pansements les mieux faits, au vin de quinquina et alcool camphré, la cicatrisation ne fut définitive qu'après cinq mois. D'après notre recommandation, on lui fit faire le plus tôt possible des mouvements de flexion et d'extension pour briser cette raideur des doigts produite par les adhérences du tissu connectif qui a envahi les gaînes tendineuses et les tissus voisins. Peu à peu, mais lentement, les mouvements sont revenus. Les frictions avec un liniment avec de la strychnine ont réveillé la sensibilité et la motilité endormies; l'exercice et le travail ont fait le reste.

Après huit années, nous avons voulu revoir cette intéressante lésion : la main droite est tout à fait semblable à l'autre, à part une énorme cicatrice adhérente qui a longtemps enchaîné les mouvements des doigts; pas d'atrophie, pas de déplacement; le travail est facile, sans fatigue. Cependant le membre, au dire du malade, se gonfle encore par le froid et se refroidit plus vite que l'autre.

DE LA FÈVE DE CALABAR CONTRE LA CHORÉE,

Par le docteur Harley.

La fève de Calabar, introduite depuis peu dans le domaine de la thérapeutique oculaire, a été expérimentée dans les affections nerveuses. C'est le docteur Harley, de l'University College Hospital, qui l'a essayée sur une jeune fille de onze ans, atteinte de chorée. Il lui donna la poudre de cette fève à la dose de 1 grain (0gr,05), puis il monta graduellement jusqu'à 3 grains trois fois par jour, puis à 4 1/2 grains, et enfin à 6 grains (0gr,30); mais, cette dernière dose, il ne la donna qu'une fois dans la journée. L'état de la malade s'améliora beaucoup par ce traitement. Les seuls inconvénients de l'emploi de cette fève furent quelques coliques et deux ou trois vomissements. Dans les premiers temps du traitement, la pupille fut contractée et le pouls s'accéléra de telle sorte qu'il battait 144 et une fois 160 par minute; mais ces phénomènes diminuèrent et finirent par disparaître. Dans l'expérience que le Dr Christison fit sur lui-même, les battements du cœur étaient fréquents et très-irréguliers. Il ne paraît pas que cette irrégularité du pouls ait été constatée dans le traitement de la jeune choréique du docteur Harley. La poudre de la fève n'a pas de goût. La dose pour les adultes est de 3 à 6 grains (0gr,15 à 0gr,30).

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 mars 1865. — Présidence de M. Forget.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Le programme du Congrès médical de Bordeaux;

2° Un numéro du journal l'*Hydrologie médicale*.

M. Aug. Voisin met sous les yeux de la Société un dessin représentant la moelle d'un homme mort en quarante-huit heures d'une méningo-myélite causée par l'immersion dans l'eau glacée; il fait la lecture d'une observation à l'appui des opinions émises dans son Mémoire sur la méningo-myélite *à frigore*.

Ce fait tend à infirmer la loi énoncée par M. Peter sur le rapport qui existerait entre l'élévation de la température locale et l'abolition de la sensibilité.

M. Peter donnera sur ses observations personnelles à cet égard des détails ultérieurs.

Discussion sur le goître exophthalmique (1).

M. Chausit. Les recherches de M. Peter me semblent dignes d'intérêt, et je n'ai pas l'intention d'en atténuer l'importance en soumettant à l'appréciation de la Société quelques réflexions critiques. Mais si je fais appel à l'histoire de certaines maladies de la peau, il existe, ce me semble, non pas un antagonisme, mais un rapport direct entre l'hyperesthésie cutanée et le développement de la température locale. Je veux parler des maladies essentiellement prurigineuses, l'urticaire, le prurigo et surtout le lichen.

Ici l'élément caractéristique et fondamental de la maladie est la lésion de la sensibilité, l'hyperesthésie qui précède l'apparition des plaques ortiées ou papuleuses, et persiste souvent alors que toute trace de l'éruption a disparu. Est-il possible d'admettre un abaissement de la température locale coïncidant avec le développement de phénomènes inflammatoires sur les surfaces primitivement hyperesthésiées?

J'ai vu d'ailleurs ces mêmes éruptions apparaître dans des circonstances exceptionnelles et dans des conditions qui me semblent inconciliables avec le principe d'antagonisme. Ainsi, j'ai eu occasion d'observer cinq ou six fois, à la suite d'attaques hystériques, l'hyperesthésie et l'anesthésie sur divers points de la surface cutanée. Là, où existait l'hyperesthésie, se développaient des plaques d'urticaire avec chaleur mordicante, prurit, sensibilité locale constatée, soit par le pincement de la peau, soit par la piqûre à l'aide d'une épingle; là où existait l'anesthésie, constatée à l'aide des mêmes moyens, le tégument n'offrait aucune trace de l'éruption.

Faudrait-il croire à l'existence d'un abaissement de la température locale au niveau des plaques ortiées et sensibles, et à une exagération de cette même température sur les surfaces voisines complétement anesthésiées et sans trace aucune d'éruption?

Je pourrais citer encore à l'appui de mon opinion un fait curieux de lichen que j'ai déjà rapporté dans les *Annales des maladies de la peau*, il y a une douzaine d'années; c'était un vieillard paraplégique chez lequel la paralysie du sentiment était intermittente et alternait souvent avec une diarrhée très-intense. Lorsque la diarrhée existait, toute trace de lichen disparaissait, l'analgésie était complète aussi; on pouvait impunément traverser la peau avec une épingle, un corps pointu et acéré; puis, la diarrhée cessant, la sensibilité reparaissait, et avec elle l'éruption papuleuse. Chaque retour et chaque disparition de l'hyperesthésie annonçait le retour et la disparition inévitables d'une inflammation locale.

En résumé, ces faits me semblent de nature à infirmer la proposition trop absolue formulée par M. Peter, ou du moins à lui assigner des limites plus restreintes. Je crois, d'ailleurs, que cette contradiction dans les résultats cliniques observés est plus apparente que réelle. La calorification locale doit être diversement influencée par la nature et l'expression du trouble survenu dans l'innervation elle-même. D'un côté, dans l'hyperesthésie étudiée par M. Peter, on ne signale aucune manifestation morbide de l'enveloppe cutanée; les malades redoutent tout contact des surfaces ainsi hyperesthésiées; d'un autre côté, dans l'hyperesthésie que j'appellerai dermatologique, il survient des phénomènes inflammatoires consécutifs; loin de redouter tout contact, les malades éprouvent, au contraire, un irrésistible besoin de pratiquer des frictions locales énergiques, et souvent à l'aide de corps durs et raboteux. Dès lors on peut conclure qu'à une telle différence dans l'expression phénoménique de l'innervation doit correspondre une influence corrélative sur l'état de la calorification, se traduisant ici par un abaissement; là, par une augmentation de la température locale.

M. Peter fait remarquer que les faits signalés par M. Chausit sont relatifs à des affections cutanées, et qu'à l'hyperesthésie se joignait un état inflammatoire qui explique l'élévation de la température.

M. Duchenne (de Boulogne). Suivant M. Peter, on observe dans les paralysies consécutives des centres nerveux une élévation de la température coïncidant à l'abolition de la sensibilité. Dans les paralysies traumatiques des nerfs, que j'ai été en demeure d'étudier depuis le premier septénaire de leur apparition jusqu'à une époque très-éloignée de leurs débuts, j'ai constaté une abolition presque absolue de la sensibilité avec une atrophie, dont la rapidité plus ou moins notable a été quelquefois extrême. Or, ces circonstances pathologiques se sont accompagnées d'un abaissement de température considérable, et qui a été très-prompt à se manifester.

Dans l'atrophie musculaire progressive également, on trouve du refroidissement en même temps que de l'anesthésie.

De même encore, les paralysies de l'enfance offrent toujours à constater, avec la diminution de la sensibilité, un abaissement de la tem-

(1) Voir le n° du 21 mars, séance du 17 février.

pérature, et le premier effet de la faradisation est de relever le degré de la chaleur.

A ce point de vue, M. Duchenne (de Boulogne) n'a pas porté sur les paralysies cérébrales un examen aussi complet; mais dans les paralysies traumatiques et dans les paralysies spinales, la corrélation entre l'abaissement de la température et l'abolition ou la diminution de la sensibilité lui a paru d'une constatation positive et facile.

M. PETER distingue l'élévation de la température objective de la subjective. Ses observations sont appuyées sur l'examen thermométrique.

Chez un homme atteint d'hémiplégie cérébrale, il a constaté deux degrés de différence en plus du côté anesthésié.

A la vérité, M. Peter n'a pas porté son investigation sur des cas de paralysie traumatique ou spinale; mais il ne croit pas qu'il y ait parité entre ces derniers faits et ceux qu'il a signalés, et qui portaient sur des cas de paralysies des centres nerveux.

M. DUCHENNE (de Boulogne) appelle l'attention sur les lésions dont le grand sympathique est probablement le siége, et sur l'intérêt qu'il y aurait à élucider ce point de la question.

— Sur la demande de M. Voisin, il est décidé que la Société prend désormais le titre de *Société de médecine de Paris*, son titre primitif.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

202. De l'albuminurie saturnine, par M. Descouture.
203. Quelques mots sur les vaisseaux galactophores, l'engorgement laiteux et la galactophorite, par M. Paupert.
204. De la glycosurie, par M. Zochios.
205. Essai d'une topographie médicale sur l'île de Zanzibar (côte orientale d'Afrique), par M. Semayne.
206. Des accidents du seigle ergoté et de l'application du forceps pendant l'accouchement, par M. Zancarol.
207. Des accidents qui nécessitent la délivrance artificielle, par M. Bayle.
208. De l'accouchement prématuré artificiel. — Procédé mixte à employer chez les primipares, par M. Rousselle.
209. Considérations sur le rhumatisme du cœur, par M. Tenneson.
210. Essai sur la môle hydatide du placenta, par M. Louvet-Lamarre.
211. Considérations générales sur le traitement des maladies héréditaires, par M. Raynouard.
212. De l'ascite, par M. Layraud.
213. Indications et contre-indications de l'ergot de seigle dans la pratique des accouchements, par M. Silbert.
214. Essai sur les paralysies rhumatismales, par M. Parmentier.
215. Des indications que présentent les luxations de l'astragale, par M. Dubreuil.
216. Des tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse normale et l'accouchement, par M. Perret.
217. Qu'est-ce que l'hydropisie enkystée du péritoine? par M. Huidiez.
218. Du pemphigus, par M. Baggod.
219. Quelques mots sur l'épidémie de fièvre jaune de 1862 à Véra-Cruz, par M. Legris.
220. Plaies des artères de l'avant-bras et de la paume de la main, par M. Le Guern.
221. De l'orchite blennorrhagique aiguë, par M. Poppesco.
222. Essai sur le tremblement, par M. Lafont.
223. De la carcinose miliaire aiguë, par M. Laporte.
224. Remarques sur un cas de péri-œsophagite, par M. Caulet.
225. De la fève de Calabar (physostigma venenosum), par M. Mathorel.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté en date du 8 avril 1865, le ministre de l'instruction publique a décidé que des concours seront ouverts :

1° *A la Faculté de médecine de Paris.*

Le 6 novembre 1865, pour 7 places d'agrégés stagiaires (section de médecine).

Le 5 mars 1866, pour 4 places d'agrégés stagiaires (section de chirurgie et accouchements).

Le 4 juin 1866, pour 3 places d'agrégés stagiaires, savoir: 2 (section des sciences anatomiques et physiologiques); 1 (section des sciences physiques).

2° *A la Faculté de médecine de Montpellier.*

Le 20 novembre 1865, pour 2 places d'agrégés stagiaires (section de médecine).

Le 22 janvier 1866, pour 2 places d'agrégés stagiaires (section de chirurgie et accouchements).

Le 19 mars 1866, pour 1 place d'agrégé stagiaire (section des sciences anatomiques et physiologiques).

3° *A la Faculté de médecine de Strasbourg.*

Le 20 novembre 1865, pour 1 place d'agrégé stagiaire (section de médecine).

Le 15 janvier 1866, pour 2 places d'agrégés stagiaires (section de chirurgie et accouchements).

Le 19 mars 1866, pour 2 places d'agrégés stagiaires, savoir : 1 (section des sciences anatomiques et physiologiques); 1 (section des sciences physiques).

— Le gouvernement, dit le *Moniteur* du 8 avril, s'est empressé de prendre des renseignements sur l'état sanitaire de Saint-Pétersbourg, où, d'après des bruits reproduits dans les journaux, il régnerait une épidémie d'une certaine gravité.

Il résulte de deux dépêches du 3 et du 6 avril, que l'état sanitaire de cette ville, très-fâcheux il y a quelques semaines, s'était sensiblement amélioré, et qu'il n'existe actuellement à Saint-Pétersbourg aucune épidémie en dehors des maladies ordinaires de la saison.

— On lit dans le *Times* :

« Un rapport en date du 5 avril, reçu de l'ambassadeur anglais à Saint-Pétersbourg, porte ce qui suit :

« Il y a ici une fièvre contagieuse qu'on appelle en français *fièvre à rechute*, en allemand *das recurirrende Fieber*, et en anglais *relapsing* ou *famine fever*. On l'appelle aussi *remittent fever*, *typhus recurrens*, ou « fièvre bilieuse typhoïde, » ou synocha, » ou « fièvre « miliaire, » ou « typhinia. » Elle était inconnue en Russie il y a huit mois. Le professeur Botkin appela alors l'attention publique sur cette maladie, disant ne l'avoir jamais rencontrée, quoiqu'elle ne fût pas inconnue à l'étranger. Il y a habituellement beaucoup de fièvres typhoïdes à Saint-Pétersbourg. Le *Journal officiel* dit que la fièvre typhoïde et la *febris recurrens* sont en voie de décroissance.

« Lord Napier annonce de Berlin, en date du 5 avril, qu'une maladie inconnue a paru dans la vallée de la Vistule, et surtout à Eibing. Il n'est pas à la connaissance du gouvernement prussien que cette maladie viennent de Saint-Pétersbourg.

« La *Gazette médicale* de Saint-Pétersbourg rend compte de l'influence épidémique qui règne dans cette ville. Pendant l'automne dernier, cette maladie s'est montrée simultanément dans le nord-est et dans le sud-ouest de l'empire russe.

« M. Yworling, médecin du gouvernement à Perm, annonce qu'il a vu quarante cas de cette maladie. Elle débute par un frisson suivi d'une grande chaleur sans transpiration, de coliques, de maux de tête, de délire et de faiblesse générale. Quelquefois il y a une hémorrhagie nasale. La crise dure cinq ou six jours, puis le malade recouvre l'appétit, tombe dans un profond sommeil et la fièvre le quitte; mais elle revient au bout de quelque temps, quelquefois à plusieurs reprises.

« La quinine à haute dose coupe la fièvre et guérit le délire, mais il n'a aucun effet décisif, et la maladie revient. Le docteur ajoute qu'en 1857 et 1858 il a vu plus de trois cents personnes ainsi affectées en Amérique, où l'on confondait la maladie avec la fièvre jaune. »

— Des concours seront ouverts :

Le 16 octobre 1865, à l'école d'Alfort, pour un emploi de chef de service attaché aux chaires d'anatomie, de physiologie et de zootechnie;

Le 23 octobre 1865, à l'école de Lyon, pour un emploi de chef de service attaché aux chaires d'anatomie, de physiologie et d'extérieur;

Le 6 novembre 1865, à l'école de Toulouse, pour un emploi de chef de service attaché aux chaires de physique, de chimie et de pharmacie, de botanique et d'hygiène;

Les chefs de service, dans les écoles vétérinaires, font partie du corps enseignant; ils sont chargés de préparer et de répéter les cours, d'interroger les élèves sur l'objet des leçons et de suppléer les professeurs en cas de maladie ou de congé.

Le traitement attribué au début à ces fonctionnaires est de 1,900 fr.

Le programme des concours est déposé à Paris, dans les bureaux du ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics (division du personnel) et au chef-lieu de chaque département, dans les bureaux de la préfecture, où les personnes qui désirent en prendre connaissance pourront se le procurer.

Les candidats devront déposer leur demande *vingt jours à l'avance*, soit au ministère (division du personnel), pour les trois écoles, soit dans les bureaux de la préfecture du département du Rhône, pour l'école de Lyon, ou dans ceux de la préfecture du département de la Haute-Garonne, pour l'école de Toulouse.

— Hier ont eu lieu les obsèques de M. B. Béraud, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. On remarquait parmi les personnes qui suivaient le convoi M. le professeur Robin, MM. Michon et A. Després, chirurgiens des hôpitaux, MM. Axenfeld, Hervieux, Potain, Lorain, Lallier, médecins des hôpitaux, M. Pean, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, M. Brochin, un grand nombre de membres de la Société de biologie et les internes de l'hôpital Saint-Antoine, etc.

M. A. Després, comme collègue de M. Béraud dans les hôpitaux, a prononcé quelques paroles d'adieu. M. Michon fils, au nom de la Société de biologie, a lu un discours où ont été rappelés le caractère, les travaux et les services de notre regretté confrère.

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Découverte de l'origine organique de l'intelligence, et construction, par cette découverte, d'un nouveau dogme scientifique, par César LEFORT, disciple d'Auguste Comte. Deuxième fascicule. In-8° de 400 pages. Prix : 2 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 44. — JEUDI 13 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 13 AVRIL 1865. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bouillaud a terminé dans la séance d'hier son argumentation sur le rapport de M. Lélut, ou plutôt sur la question soulevée dans ce rapport, — le rapporteur paraissant disposé à tenir l'engagement qu'il a pris de se soustraire à la discussion.

La question, on s'en souvient, est celle-ci :

M. Dax, l'auteur du mémoire dont M. Lélut a eu à rendre compte à l'Académie, soumet à l'Académie des observations tendant à prouver, suivant lui, la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau. Pourquoi l'hémisphère gauche plutôt que l'hémisphère droit, se demande M. Lélut? La question ne laisserait pas que d'être assez embarrassante, si l'on nous mettait en demeure d'y répondre. Mais il ne s'agit pas de rechercher pourquoi ou comment, il s'agit de savoir si le fait est. Or, de ce point M. Lélut ne s'en est pas préoccupé davantage. Que le fait soit ou ne soit pas, peu lui importe, et il n'a aucun intérêt à le savoir, ce fait n'ayant à ses yeux aucune valeur, alors même qu'il serait exact, ce qu'il conteste; et cela par la raison qu'il n'en est pas des rapports du cerveau aux actes de l'intelligence comme de ceux des autres organes à leurs fonctions respectives, et qu'on ne saurait admettre dans le cerveau, pour les diverses facultés morales et intellectuelles, des organes distincts, comme le sont, les uns des autres, les organes des autres fonctions. C'est en se fondant sur l'indétermination des facultés morales et intellectuelles, qu'il conclut *à priori* à l'impossibilité de rapporter chacune d'elles à un organe déterminé, comme l'ont fait Gall et ses partisans.

Là-dessus son siége est fait, et il déclare ne vouloir entrer dans aucune discussion contradictoire de faits, pas plus que de principes. Ce sont là, on se le rappelle, le sens et l'esprit du rapport de M. Lélut, sinon les termes formels.

Tout récemment encore un de nos savants confrères, M. Bousquet, opposait une fin de non-recevoir du même genre aux faits de syphilis vaccinale, se fondant aussi sur un principe, sur la loi de l'unité et de la spécificité des virus, pour contester la possibilité de la prétendue promiscuité des virus syphilitique et vaccinal.

Assurément on est bien fort quand on a devers soi un principe à opposer à des faits douteux, variables, mal observés ou controuvés; mais à une condition toutefois, c'est que ce soit un vrai principe, c'est-à-dire une de ces vérités premières établies sur la raison ou une proposition fondée sur un ensemble concordant de faits évidents et hors de toute contestation. Or, dans l'espèce, la proposition de l'indétermination des facultés morales et intellectuelles, formulée comme telle par M. Lélut, a-t-elle l'un ou l'autre de ces caractères? Il est permis tout au moins de poser la question; et dès lors ce qui est un principe aux yeux de M. Lélut pourrait bien n'avoir pas l'assentiment général et n'être pour d'autres qu'une proposition sans preuves, peut-être même sans fondement.

A ce principe d'ailleurs on peut en opposer un autre : celui de la détermination des facultés morales et intellectuelles, et de leurs rapports organiques avec certaines parties déterminées de l'organe encéphalique. Et si des expériences physiologiques bien faites, si des observations pathologiques rigoureuses, confirmées par la vérification nécroscopique, venaient à fournir un de ces ensembles de faits, sinon unanimes, prétention assez difficile à satisfaire en pathologie, du moins assez concordants pour permettre d'établir une relation évidente entre telle altération d'une fonction intellectuelle et la lésion de telle partie de l'encéphale, que deviendrait le principe de M. Lélut?

Il y avait là un champ d'argumentation qui ne pouvait manquer d'offrir un certain attrait à celui qui voudrait le parcourir, et peut-être même une assez abondante moisson. M. Bouillaud ne devait point résister à cet attrait. On a vu par la reproduction fidèle, quoique très-résumée, que nous avons donnée de son discours le parti qu'il a su prendre de sa position. Heureux dans beaucoup de ses objections à la doctrine de M. Lélut, l'a-t-il été toujours autant dans la démonstration de sa propre doctrine? C'est ce qu'il nous faudrait examiner maintenant. Mais l'espace nous manque aujourd'hui. Nous renvoyons cette deuxième partie de notre appréciation à l'un des numéros prochains.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. GRISOLLE.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale (1).

(Recueillie par M. le Dr Charles MAURIAC, médecin des hôpitaux.)

J'aime à penser qu'aucun de vous n'a fait entrer en ligne de compte, après avoir exploré la malade, l'hypothèse d'un kyste de l'ovaire. Je croirais faire injure à vos connaissances médicales en énumérant tous les motifs qui doivent faire rejeter une pareille supposition.

Le phénomène morbide le plus saisissant chez cette femme, celui qui s'empare le premier de l'attention, et qui est, il faut bien le dire, le plus important, c'est l'ascite. Mais l'ascite est-elle toute la maladie? Non, messieurs; vous savez bien que derrière l'ascite, quelle que soit sa nature, il y a toujours un état pathologique antérieur qui la produit, la domine, et dont elle n'est qu'une manifestation. Je n'ai jamais rencontré d'ascite essentielle. Je n'y ai cru qu'un moment; c'était à l'époque où j'étais médecin du Bureau central. Je fis entrer dans le service de Chomel une belle jeune fille dont la fraîcheur excluait toute idée d'une maladie grave. Elle était venue me consulter pour un gonflement énorme du ventre. Au premier abord, je la crus enceinte; mais il me fut facile de constater chez elle l'existence d'un épanchement ascitique considérable. Comme il n'y avait du côté des principaux appareils aucune lésion organique, aucun trouble fonctionnel, comme l'ascite diminua progressivement, je crus qu'elle était essentielle. Eh bien! cette jeune fille, quelques semaines après, mourait dans un autre service en proie aux phénomènes les plus ataxiques de la méningite tuberculeuse, et on trouvait à l'autopsie non-seulement les lésions de cette terrible affection, mais aussi celles d'une péritonite tuberculeuse caractérisées par des fausses membranes criblées de myriades de tubercules.

Défiez-vous donc de ces ascites qui paraissent essentielles. D'ailleurs, en existât-il, nous devrions en rejeter la possibilité dans le cas qui nous occupe à cause du dépérissement, de la longueur de la maladie et des troubles intestinaux.

Faut-il en chercher la cause dans le cœur ou dans les reins? Non. Car, outre que l'exploration ne fait constater dans ces viscères aucune lésion organique appréciable, l'hydropisie qu'elles produisent ne débute jamais exclusivement par le péritoine. Et puis, comme je vous le disais en commençant, l'ascite symptomatique d'une affection du cœur ou d'une maladie de Bright n'a pas cette forme ovoïde, ni cette rénitence, ni cette matité superficielle cachant derrière elle une sonorité intestinale que révèle facilement la percussion pratiquée profondément.

Il faut aussi mettre hors de cause la rate, car elle n'a jamais été malade, et ses dimensions ne rappellent en rien ces énormes gâteaux spléniques qu'on observe dans certaines cachexies paludéennes et leucocythémiques.

Il y a deux circonstances qui devaient nous faire songer au foie, sa diminution de volume et l'ictère qui s'est produit au début de la maladie. La cirrhose est en effet l'affection qui présente, à un certain moment, les plus grandes analogies symptomatiques avec la maladie que nous étudions. Mais chez notre malade vous devez encore rejeter cette hypothèse pour des raisons qui, je l'espère, vous paraîtront plausibles.

Remarquez bien, en effet, que le foie, quoique petit, n'offre pas ce ratatinement si remarquable qui caractérise une des phases organiques de la cirrhose. Et puis le sexe, l'absence d'abus alcooliques, l'existence d'un ictère si rare dans le cours de la cirrhose, dont la teinte cutanée sale, bistrée, ne rappelle que de loin la coloration jaune ou verte de l'ictère, les coliques, la diarrhée persistante, la presque intégrité des fonctions stomacales si souvent lésées dans la cirrhose, la forme et le caractère de l'ascite, la double pleurésie, l'état équivoque du sommet droit, les sueurs nocturnes, l'aspect général de la cachexie, toutes ces circonstances pathologiques que je vous ai longuement énumérées se groupent, se combinent de telle sorte qu'il nous est impossible d'admettre comme cause de l'ascite une affection cirrhotique du foie.

Vous m'objecterez peut-être qu'il est bien étonnant de ne trouver dans une péritonite chronique ni douleur à la pression ni vomissements. Eh bien! Messieurs, l'absence de ces deux symptômes ne prouve rien, et vous auriez tort de chercher dans l'état chronique deux phénomènes qui s'accusent d'une manière si frappante dans la péritonite aiguë. Je me rappelle qu'en 1862 je recevais dans mes salles un fort de la halle d'une constitution athlétique. Il avait une ascite tellement indolente qu'il se donnait de grands coups de poing sur le ventre pour nous prouver qu'il n'y ressentait aucune douleur. Il s'était livré à des excès alcooliques, et on aurait pu croire qu'il avait une ascite symptomatique d'une cirrhose; néanmoins plusieurs particularités de son état pathologique nous firent diagnostiquer une péritonite tuberculeuse dont l'existence fut confirmée par l'examen nécroscopique.

Ainsi, Messieurs, la diarrhée chronique, l'ascite à forme spéciale, l'amaigrissement, la cachexie, la tuberculisation probable des poumons, la double pleurésie, ne doivent nous laisser aucun doute sur l'existence d'une diathèse tuberculeuse, dont les premières manifestations se sont localisées sur les intestins et sur le péritoine. Il est probable que la maladie a débuté par les intestins, et qu'ils sont actuellement le siége d'ulcérations résultant de la fonte de tubercules sous-péritonéaux et sous-muqueux.

Quelquefois les péritonites tuberculeuses ont leur point de départ dans les pelvipéritonites de même nature, si bien décrites par MM. Bernutz et Goupil, et récemment par M. Brouardel dans sa thèse inaugurale. Ce n'est pas le cas chez notre malade; les culs-de-sac vaginaux participent de l'empâtement général de la cavité abdominale; mais ne présentent point les caractères qu'on rencontre habituellement dans les pelvipéritonites. D'ailleurs les antécédents ne révèlent aucune maladie localisée antérieurement sur l'utérus ou ses annexes. L'aménorrhée est la conséquence de l'état général.

Ne vous étonnez pas de ne rencontrer, même à une période avancée de la péritonite chronique, que des signes obscurs de tuberculisation pulmonaire. C'est la règle. Mais elle n'infirme pas la loi posée par M. Louis. On trouve toujours à l'autopsie, au sommet des poumons, des tubercules en plus ou moins grand nombre crus ou ramollis. Remarquez en outre comme le mouvement pathologique, qui a commencé sur le péritoine, se propage facilement vers les autres séreuses. Je vous citais tout à l'heure le cas de cette jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse, qui mourut d'une méningite tuberculeuse; ici, vous voyez que les deux plèvres ont été simultanément ou successivement envahies par une pleurésie, dont la cause peut être légitimement rapportée à la diathèse tuberculeuse.

Si vous suivez cette malade, vous observerez, à une époque que je ne puis préciser, une modification dans l'état de l'abdomen qui se produit neuf fois sur dix. Vous verrez son intumescence diminuer peu à peu, le liquide finira même par disparaître tout à fait, et en même temps la rénitence deviendra plus nette. Vous pourrez peut-être alors constater l'existence d'un frottement péritonéal; la palpation vous fera découvrir des bosselures irrégulières, de véritables tumeurs qui résultent de l'agglomération d'anses intestinales immobilisées dans un point du ventre par l'organisation des produits pseudo-membraneux. Il y a là des causes d'erreur qu'il serait difficile d'éviter, si on ne connaissait pas la marche de la maladie et les formes singulières que peut faire prendre aux viscères intestinaux le hasard des adhérences.

La diminution du volume du ventre ne doit pas vous inspirer une sécurité trompeuse. En général, la diarrhée persiste d'une façon désespérante, et le dépérissement continue. Toutes les grandes fonctions organiques se détériorent; les tubercules se généralisent; les malades tombent dans le dernier degré du marasme et succombent. Le pronostic de cette maladie est donc excessivement grave. Cependant il n'est pas fatalement mortel. La péritonite chronique est curable; pour ma part, j'ai guéri deux ou trois individus chez lesquels le diagnostic ne laissait aucun doute. Vous trouverez l'observation de l'un d'eux dans mon *Traité de pathologie interne*. La guérison de cet homme m'a paru complète, ainsi qu'à mon élève et ami M. le docteur Millard, qui l'avait observé en même temps que moi.

La première indication qui se présente, c'est de combattre la diarrhée. Je crois que nous aurons de la peine à l'arrêter chez notre malade à cause de son ancienneté et de l'existence probable d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin. Nous administrerons du bismuth à hautes doses et quelques préparations opiacées. Mais il faut compter sur le régime plus que sur les médicaments. Nous donnerons une alimentation de facile digestion, réparatrice et contenant aussi peu de résidus que possi-

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

ble; s'il est nécessaire, nous aurons aussi recours à l'usage de la viande crue hachée préconisée par le docteur Veisse dans les diarrhées rebelles.

Lorsque ces malades, par le rétablissement de leurs fonctions intestinales, sont devenus capables de digérer, d'absorber et d'assimiler, il faut donner des toniques, tels que l'huile de foie de morue, et un régime plus abondant et plus substantiel.

Nous avons l'habitude d'exciter les fonctions de la peau par des bains stimulants, et nous faisons appliquer sur la paroi antérieure de l'abdomen des vésicatoires volants, qui nous paraissent les révulsifs les plus propres à enrayer par une dérivation salutaire le travail morbide dont la cavité péritonéale est le siége.

Du reste, Messieurs, vous pourrez suivre cette malade; je vous tiendrai au courant des changements qui surviendront dans son état. Vous aurez de trop fréquentes occasions d'étudier sur elle ou sur d'autres la péritonite tuberculeuse. Je n'ai point voulu vous faire une histoire didactique et complète de cette maladie, mais seulement vous en dessiner d'après nature les principaux traits cliniques.

DE LA DOULEUR SPLÉNIQUE

Comme symptôme des fièvres pernicieuses intermittentes,

Par E. Meilhac, docteur en médecine à Argentat (Corrèze).

C'est avec raison, que les nosographes modernes ont banni de leurs traités sur les fièvres pernicieuses intermittentes la liste des noms multiples et bizarres que de grands observateurs augmentaient, à plaisir, depuis Morton et Torti. Cette complaisance était toute naturelle dans des esprits qui se sentaient en bonne voie et sur la piste des découvertes pathologiques les plus manifestement utiles à l'humanité. Elle n'a cessé qu'après Alibert au milieu des enthousiasmes pour l'unité et du mépris des spécificités, mis à la mode par une nouvelle école.

La nomenclature adoptée par les livres postérieurs, plus sobre et plus rigoureuse, est loin de suffire toujours pour classer toutes les étrangetés de quelques mois d'une épidémie un peu forte. Elle ne perd pas, à cause de cette insuffisance, son utilité pratique, car l'étude trop compendieuse des bizarreries conduit à un résultat tout autre que la précision du diagnostic.

C'est pourquoi l'étude d'un seul symptôme me semble plus importante que de nouveaux noms, quand on peut espérer que ce symptôme a assez de fréquence et un caractère assez particulier pour suppléer, en certains cas obscurs, l'absence ou l'insuffisance des grandes données du diagnostic.

La douleur dans la région de la rate est, selon ma faible expérience, un symptôme précieux parce qu'il remplit ces deux conditions :

1° *Par sa fréquence.* Il n'en est pas même question dans les livres plus préoccupés des variétés que des caractères communs aux maladies intermittentes. Mais cette fréquence a été reconnue et chiffrée par M. Piorry, que ses études et ses modes d'exploration amenaient naturellement à cette découverte. M. Piorry a rencontré la douleur splénique chez la moitié des fiévreux à peu près (82 fois sur 171). Ce chiffre semble exagéré à M. Grisolle et il est vrai qu'on sera loin de rencontrer ce symptôme aussi souvent, si on ne le cherche pas avec quelque zèle d'inventeur.

2° *Par son caractère particulier.* Quelle que soit l'opinion du praticien sur les théories de la localisation des maladies périodiques, il n'en est pas moins vrai qu'une douleur bien constatée dans la région de la rate d'un malade, éveillera dans son esprit, au moins par le seul souvenir de ces théories, l'idée de fièvre intermittente. C'est là l'influence particulière et décisive de ce symptôme, que M. Duboué a fait ressortir dans une série d'observations curieuses (*Moniteur des sciences médicales*, mars 1862).

Dès les premiers jours de ma pratique, un événement funeste grava dans ma mémoire ce que j'avais retenu des observations de M. Duboué :

Obs. I. — Je fus mandé, le 10 juillet 1863, pour la femme D..., du bourg de St P... à cinq heures de distance de mon domicile. Cette femme souffrait, me dit-on, depuis huit jours d'une otite avec écoulement. Le 9 juillet, bien portante, à part quelques douleurs de l'oreille, elle avait travaillé toute la journée, et vers cinq heures du soir elle avait senti le besoin de quitter le travail et de déposer en chemin un fardeau qu'elle ne pouvait porter. Une fois revenue à la maison, elle s'était couchée en se plaignant de la tête, de l'estomac et des jambes. Effrayés bientôt par les mots sans suite qu'elle prononçait et par sa prostration rapide, les parents avaient mandé le médecin ordinaire qui avait prescrit une prompte application de nombreuses sangsues à la tête, et il avait ajouté qu'il craignait *une propagation du mal de l'oreille au cerveau.*

L'application des sangsues amena la fin du délire; mais reconnaissant que ce soulagement n'était qu'une prostration plus grande, la famille se décida à faire venir deux autres médecins, l'estimable docteur Cisterne et moi. Au moment où commença notre consultation commune, la malade était sans voix et sans mouvements depuis cinq heures. La respiration était libre. Une sécrétion muqueuse très-faible avait séché dans l'oreille suspecte; pas de gonflement, de rougeur ni de douleur à la pression dans la région mastoïdienne. L'apparence pleinement robuste de la malade, le peu de durée de la maladie d'oreille, ce qu'on nous raconte de son peu d'influence sur la santé antérieure de la femme D... ne nous permettent pas d'adopter cette idée d'une otite interne ayant lésé les membranes cérébrales par voisinage. — Cependant tout le corps offre une insensibilité étrange, les piqûres multipliées sur les bras et les jambes amènent à peine quelques faibles mouvements, réflexes plutôt que perçus. — En criant fortement, on parvient à faire ouvrir les yeux à la malade pendant quelques secondes. Je me penche sur la malade pour chercher une autre cause de ce coma et explorer la rate, il me semble sentir son rebord sous les fausses côtes, j'appuie dans cette région le bord radial de ma main et quelle est ma surprise de voir tressaillir et s'agiter ce corps si tristement inerte. *Cinq ou six fois, je renouvelai l'expérience en appuyant comparativement ma main dans un autre endroit du corps, puis sur la rate.* — Chaque fois que j'appuyai sur la région splénique, j'obtins, ce qu'il était impossible d'avoir par toute autre excitation, une vive expression de souffrance sur la figure et enfin des mouvements prompts de tous les membres comme pour fuir la douleur. J'adoptai alors pleinement l'idée de fièvre pernicieuse déjà conçue par M. le Dr Cisterne. Des questions dirigées dans ce nouveau sens ramenèrent aux parents le souvenir de deux malaises antérieurs que la malade avait éprouvés deux et cinq jours auparavant à la même heure et dans l'un de ces malaises elle s'était positivement plainte d'un grand froid malgré la chaleur du jour. Ces quelques heures de souffrances antérieures devinrent, dans notre esprit, deux accès légers précurseurs de l'accès grave dont nous avions les effets sous les yeux.

Habitués à considérer un accès de fièvre et même une longue série d'accès comme une chose insignifiante, nos cultivateurs ne peuvent concevoir la relation entre ces accès et les maladies dangereuses qui en emportent un certain nombre chaque année. C'est pourquoi il m'arrive, chaque jour, beaucoup de difficultés pour bien établir un commémoratif aussi important que celui des fièvres graves.

La prescription fut pour cette malade, un gramme de sulfate de quinine par la bouche, un gramme en lavement. Malgré toute la diligence recommandée, il fallait attendre une heure pour avoir le médicament et je ne sais quand et comment il fut administré. La malade mourut dans la nuit.

J'abrége ma seconde observation qui donne le complément de la précédente, en montrant les effets d'un traitement plus prompt dans un cas ou la douleur de la rate était aussi vive que ci-dessus.

Obs. II. La femme E... attendait, pour la matinée du 10 septembre 1863, un accès de fièvre tierce assez forte et qui la tenait, depuis une semaine... Ayant pris la veille un gramme de sulfate de quinine, elle n'éprouva aucun malaise pendant ce jour du 10 septembre. Le 12 au soir, je vins m'assurer qu'elle était bien portante. Le 13 septembre à l'aurore, on vient me chercher pour elle et j'apprends qu'elle a eu, quelques secondes après mon départ, un sentiment de brisement général, quelques efforts de vomissements. On n'a pas remarqué de frisson, elle a déliré toute la nuit.

Au matin, elle est dans un état de coma qui me fait penser au sujet de l'observation I. Pouls fréquent, mais faible, pas de chaleur, sensibilité obtuse partout *excepté à la région splénique* et aux jambes. Celles-ci sont immobiles, pliées comme chez un malade qui a une tumeur blanche à chaque genou, et le moindre effort pour les étendre arrache des plaintes à la malade qui les ramène à leur position fléchie.

Vers la rate, l'attouchement d'un point névralgique sur les fausses côtes amène la même expression de douleur et les mêmes efforts que chez la femme citée. Il est impossible de faire parler la malade. Comme prescription : lavement avec une émulsion d'aloès; potion contenant 1 gramme de quinine à prendre rapidement.

A deux heures de l'après-midi, la potion a ramené l'intelligence; mais la faiblesse est excessive, les jambes toujours immobiles. Le résultat était si lent, le danger encore si grand, que j'avais grand'peur de me méprendre; mais la douleur splénique empêcha toute déviation de mon esprit. J'ordonnai un autre gramme de sulfate de quinine à prendre dans la soirée et six grandes cuillerées de café noir alcoolisé.

Le 15, la malade put se lever dans l'après-midi, et s'administrer elle-même l'extrait résineux de quinquina prescrit pour les jours suivants.

Obs. III. — Mandé en toute hâte près de G. P..., soldat en congé, je le trouve, dans la soirée du 24 juillet 1864, en proie au plus violent délire. Il se croit en Afrique, parle à une vision de camarades en marche, à un sergent imaginaire, veut se lever, et dans son agitation entraîne avec lui deux aides vigoureux qui peuvent à peine le maintenir sur son lit. Chaleur et fièvre vive. Quand je parviens à me faire comprendre un peu de lui, en parlant haut et ferme, P... me répond que rien ne lui fait mal, qu'il n'est pas malade et qu'il veut partir de la maison.

Les parents me disent qu'il était bien portant le matin; qu'en travaillant avec eux aux champs, il a eu vers midi un vomissement et une forte douleur de tête; qu'il a quitté son travail pour aller se coucher, et qu'il n'a pas eu de frisson à ce moment. Quand ils ont eu eux-mêmes fini leur journée, ils l'ont trouvé à leur retour à la maison dans l'état de délire que j'ai décrit.

Les parents et les voisins, fatigués eux-mêmes par la chaleur de ce jour, ne doutent pas que ce jeune homme ne soit atteint d'accidents cérébraux, et peut-être fou à tout jamais par un *effet d'insolation.* Ils me proposent de le saigner à outrance, et murmurent en me voyant apprêter, au lieu de lancette, une forte solution de sulfate de quinine que je porte sur moi.

Ils venaient de m'apprendre que ce jeune homme avait eu deux jours avant, à midi, un vomissement et une forte douleur de tête, après laquelle il avait dormi pendant deux heures au milieu des champs. Ils se souvenaient que le 18 juillet, vers trois heures, il avait eu un autre vomissement et un malaise analogue, mais ils attribuaient tous ces antécédents précieux pour moi à la fatigue d'une digestion troublée par la chaleur et le travail, et se refusaient à concevoir le moindre rapport entre ces accidents insignifiants et l'état alarmant qu'ils avaient sous les yeux. Il me fallait autre chose que des raisonnements pour les convaincre de la justesse de mon diagnostic. J'avais déjà reconnu un peu d'hyperesthésie vers la rate de ce malade; je me mets de nouveau à la recherche de ce point névralgique; je le retrouve, et, par une pression un peu forte en ce point, je fais souffrir le malade, si bien qu'au milieu même de son délire il crie sa douleur, et les parents me laissent libres d'agir, bien persuadés que je ne peux me tromper dans mon traitement après avoir mis ainsi le *doigt sur son mal.* Ils administrent consciencieusement 2 grammes de sulfate de quinine en lavement et par la bouche. A cinq heures du matin, le délire cesse. Le malade reste assoupi et grinçant parfois des dents jusqu'à neuf heures. Quand je le revois, l'intelligence est nette, quoique la parole soit lente et l'ouïe très-difficile. Il reste couché tout le jour du 25 à cause de cette stupeur et de sa faiblesse. Je prescris un autre gramme de sulfate de quinine en solution à prendre en deux jours.

La semaine suivante, le malade, déjà remis, a de nouveau trois petits accès de peu de durée, et quand il vient me le dire il souffre de battements de cœur, de manque d'appétit, de douleurs vagues et générales. Il est jaune, maigre, en proie à une cachexie paludéenne évidente. Malgré l'usage journalier du vin de quinquina et du tartrate ferrico-potassique, il a un peu d'anasarque pendant deux autres semaines.

Obs. IV. — Cette observation montrera que la douleur splénique peut être assez vive pour causer une erreur très-préjudiciable au malade si l'on n'est pas prévenu de l'intensité que peut prendre ce symptôme.

M. P..., de Saint-M..., avait eu pendant une semaine des accès de fièvre quotidienne. Son médecin ordinaire lui avait prescrit à diverses reprises des pilules de sulfate de quinine. M. P... était cependant toujours malade.

Le 8 octobre, la fièvre devient continue, et une douleur au côté gauche se manifeste. Trompé par une continuité apparente de la fièvre, par l'insuccès des pilules et des frictions quiniques, par les difficultés de la respiration, le médecin ordinaire prescrit un vésicatoire volant sur la partie latérale gauche du thorax, puis un autre.

Les 13 et 14, le malade a beaucoup plus de fièvre; à partir de midi, il a chaque jour un délire et une agitation qui durent toute la soirée et toute la nuit. On a souvent de la peine à le maintenir.

J'arrivais près de lui le 15 octobre, vers dix heures du matin; pouls fébrile, urines briquetées; l'intelligence, que l'on me dit revenue depuis une heure, est assez nette pour que le malade se plaigne spontanément à moi et très-vivement de la douleur de son côté gauche, et je le trouve sur les fausses côtes de ce côté un point douloureux vers l'extrémité cartilagineuse. La douleur a persisté, aiguë, bien localisée, malgré les vésicatoires : ceux-ci, promenés par les mouvements délirants du malade, ont fait de larges plaies.

L'absence de toux, le résultat négatif de l'auscultation, me firent renoncer à toute idée de maladie de poitrine. D'après les récits qu'on me faisait de l'agitation, de la chaleur de la nuit, il était évident pour moi que j'étais arrivé dans un moment de calme relatif, de rémission. La douleur de côté qui avait égaré mon confrère fut une raison pour moi de reprendre la médication quinique largement, promptement, car il était déjà onze heures, et ce qu'on me disait du phénomène de la veille me faisait croire que le moment de l'exaspération prochaine était midi.

Persuadé que l'insuccès des pilules venait d'une insuffisance dans la dose ou de l'inexactitude des parents à les donner, je ne quittai pas le malade qu'il n'eût absorbé 1 gramme de quinine par la bouche et un autre gramme en lavement. Malgré le peu de temps qui nous séparait de l'exacerbation, celle-ci ne reparut pas à midi, et quand je partis le malade était déjà étourdi par l'ivresse quinique, mais ne délirait pas et avait le pouls très-tranquille. Vers sept heures du soir, il y eut un petit frisson, une chaleur de quelques moments. Comme il arrive souvent dans les fièvres graves, le sulfate de quinine avait considérablement retardé et modéré l'accès suivant, sans pouvoir l'empêcher complétement.

Ce malade, n'ayant plus de fièvre les jours suivants, négligea mes conseils préventifs, et subit les effets débilitants d'une cachexie paludéenne légère.

Obs. V. — La femme N... avait habituellement un peu de toux et quelques légères douleurs hystériques, auxquelles on n'accordait aucune attention parce que son appétit, son activité, ses forces, ne faiblissaient pas.

Le 4 août 1863, à midi, elle était encore debout et bien portante; elle a une discussion avec son mari, se plaint de mal de tête, va se coucher, demande plusieurs fois à boire, et dit qu'elle a depuis quelques moments une autre douleur dans le côté gauche qui l'empêche de respirer.

Croyant qu'elle était seulement affectée par la discussion et habitués à la voir exagérer les suites de ces discussions à cause de son organisation susceptible, sa fille et son gendre ne s'alarment qu'au moment où le bruit de sa respiration, de plus en plus gênée, les avertit d'un danger réel. On vient me chercher à dix heures du soir.

Je trouve à cette femme une chaleur extraordinaire, elle ne peut ni se soutenir elle-même, ni parler pendant que j'écoute sa poitrine. A droite, à gauche, en haut, en bas, j'entends dans le thorax toute la collection de bruits pathologiques simultanés et difficiles à isoler, tels qu'on les entend dans la poitrine des vieillards qui vont mourir étouffés par l'hypersécrétion d'une bronchite chronique (râles sibilants, râles crépitants gros et fins). La malade ne tousse pas, ne crache pas, me comprend sans pouvoir parler et indique avec anxiété son gosier et son côté gauche. Le thorax est sonore, excepté vers la rate que sa matité permet de limiter exactement.

Il me paraît étrange que cette femme, brusquement, à son âge (42 ans), par une température très-douce, sans toux et sans crachats extraordinaires la veille, fut ainsi étouffée comme le sont beaucoup de vieilles gens, après de longues toux d'hiver et sans cet état de chaleur vive.

Nous étions en pleine épidémie de fièvre intermittente. Me fondant sur la brusquerie des accidents, l'état de chaleur, je ne vis *dans la douleur de côté qu'un effet du gonflement de la rate* et non un commencement de pneumonie comme le voulaient les parents. Cette douleur n'était pas un point névralgique, mais un endolorissement de toute la région. J'ordonnai un lavement d'un gramme de sulfate de quinine et une potion contenant un mélange d'extrait résineux de quinquina et de sirop d'ipéca à prendre par cuillerées dans la nuit.

Le lendemain, je trouvais la malade avec la peau et le pouls naturels. La chaleur, me dit-elle, était tombée vers cinq heures du matin. Quelques moments après cette cessation de la chaleur, elle avait éprouvé beaucoup de bien-être, elle avait pu cracher, vomir un peu et reprendre la parole. Elle m'avoua que je ne m'étais pas trompé en pensant à la fièvre intermittente, car deux et cinq jours auparavant elle était restée, vers quatre heures du soir, près de son feu, grelottante, puis malade pendant deux heures, malgré la chaleur du jour et malgré son état de santé apparente, qui revenait tout entière après ces quelques moments de malaise.

La poitrine, débarrassée de ses crachats, ne présentait plus que

quelques ronflements secs et les signes d'une bronchite légère en elle-même, mais de longue date. Elle continua à négliger cette bronchite comme par le passé, après avoir pris encore quelques pilules de quinquina et de quinine.

Je pourrais citer encore deux cas de fièvre dans lesquels le délire, la diarrhée, la continuité apparente de la maladie m'avaient fait croire à une fièvre typhoïde. La douleur splénique me fit changer d'idées, chercher une rémission, et les triomphes habituels du quinquina confirmèrent la justesse de mon changement de diagnostic.

Je ne parle pas de tous les cas où j'ai trouvé la douleur splénique, car souvent elle a beaucoup moins de valeur que dans les observations ci-dessus. Lorsqu'on la rencontre avec des signes d'intermittence beaucoup plus usuels, il est naturel de la négliger, et dans beaucoup de cas elle peut paraître une simple diffusion des douleurs qu'on trouve au début de beaucoup d'accès, sur l'estomac et les deux hypochondres.

Mais lorsqu'on trouve la douleur splénique comme je l'ai trouvée, souvent isolée et sans la confusion d'une cardialgie de toutes les régions sous-costales, ce symptôme est digne d'étude.

Cette douleur peut, dans ces derniers cas, avoir deux formes. Quelquefois elle est diffuse dans la région de la rate, assez indifférente à la pression. Malgré la mobilité des fausses côtes qui transmettent très-bien aux organes internes le poids de la main, elle ressemble alors par son indécision à ce que nous savons de la sensibilité paresseuse et vague des plexus du grand sympathique.

Ou bien cette douleur est, comme dans mes premières observations, localisée vers l'extrémité libre d'une fausse côte gauche, aiguë, exaspérée à la pression comme la douleur d'un point douloureux du système nerveux périphérique.

C'est surtout cette dernière forme que j'ai voulu étudier, non comme symptôme constant des fièvres graves intermittentes, mais comme symptôme très-précieux et très-prédominant dans certains cas.

Je termine par une autre observation curieuse, par la coïncidence de symptômes divers avec la douleur splénique.

Pneumonie rémittente. — Guérison par le sulfate de quinine.

Le 24 août 1864, à la fin d'une journée que j'avais employée à voir divers malades atteints, comme je venais de l'être moi-même, par une épidémie de fièvres intermittentes assez graves, je fus mandé pour voir le fils S..., vingt-six ans, soldat en congé. Il avait eu, ce jour même, à midi, un frisson et une douleur vague dans le côté gauche. Il avait une fièvre vive, la figure rouge, la peau chaude, beaucoup de toux et déjà cinq ou six crachats striés de sang sur les linges de son lit. L'épidémie régnante, la douleur du côté inférieur gauche de la poitrine firent passer dans mon esprit l'idée de fièvre intermittente à laquelle je renonçai, lorsque je trouvai sous l'aisselle gauche et vers l'angle de l'omoplate un bruit de souffle irrécusable, un peu de bronchophonie et de l'obscurité dans le son, phénomènes en relation directe avec la toux et les crachats sanglants. Six sangsues au côté, potion stibiée et opiacée.

Le 25 au matin, le malade est mieux; il n'a pas vomi, a dormi, n'a presque plus de douleur, pouls un peu fébrile. Mêmes phénomènes d'auscultation (cataplasmes, potion stibiée à continuer). Le soir, à six heures, on vient me dire que la potion vient de faire un mal terrible au malade. Il a eu depuis cinq heures du soir trois vomissements, le pouls est très-fréquent, les douleurs de côté ont reparu très-vives. Il y a de nouveaux crachats de sang. En écoutant la poitrine, j'entends avec le bruit de souffle plus étendu et plus fort des râles crépitants fins sous l'aisselle et en arrière. (Nouvelles sangsues, potion stibiée plus opiacée et plus fractionnée.) Les commencements de la nuit sont très-mauvais, le malade s'assied parfois sur son lit pour pouvoir respirer, puis il délire et vomit de la potion.

Le 26, je le trouve au matin dans un état aussi satisfaisant que dans la matinée de la veille. L'intelligence est nette, le pouls à peine fébrile, la chaleur modérée. Il n'y a plus que le souffle *et pas de râle crépitant*. Mais les crachats de la nuit sont colorés et consistants comme la classique gelée d'abricots. A la même heure du soir que la veille, une crise de vomissements, de toux, de douleurs et de fièvre qui recommencent, alarme encore les parents. Je puis, pour la première fois, bien limiter, ce soir-là, une matité marquée vers l'angle postérieur de l'omoplate, et tout autour de cette matité existent des râles crépitants fins comme dans une pneumonie grave par son accroissement rapide. Pour la première fois, le malade précise sa douleur, qui n'est plus répandue sur tout ce côté, mais concentrée à un point névralgique des fausses côtes gauches. Désireux de me débarrasser d'une cause d'erreur à laquelle je pouvais attribuer les vomissements et une partie des effets de ces crises singulières, je suspends toute médication stibiée.

Malgré cette suspension, la journée du 27 fut semblable à celle du 26. Le matin, après une nuit très-mauvaise, le malade est assez tranquille, les râles n'existent plus, la bronchophonie est assez faible pour inspirer des présages rassurants. Le soir, un vomissement annonce le moment où vont commencer la toux, les douleurs, le retentissement déchirant de la voix et de la toux dans l'auscultation. Le râle crépitant recommence sur une surface encore plus étendue que la veille. Le malade est accablé en pensant à ce que tous ces vomissements et cette toux lui préparent de douleurs pour la nuit. Il est de plus en plus faible, et son délire de la nuit se prolonge de plus en plus, surtout dans celle du 28 au 29.

Malgré l'absence de frissons au début de chaque redoublement, j'étais fixé sur la vraie nature du mal. Le 29, je prescris deux grammes de sulfate de quinine en poudre, et en plusieurs doses, dont les plus nombreuses doivent être prises le matin. La journée du 29 et celle du 30 furent, par leur calme, une vraie bénédiction pour le malade. Je ne sais ce qui devinrent la congestion pulmonaire, les crachats de sang, les râles crépitants et la douleur, car, à partir du 29, je ne pus parvenir à rien constater des traces de la pneumonie qu'un petit bruit de souffle pour lequel je prescrivis un vésicatoire, par pur amour de l'art.

Le malade mangea le 30 et n'offrait plus rien d'intéressant les jours suivants.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur GUILLABERT.

Le 6 février 1865, Mme X..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, après avoir éprouvé en sortant de table une contrariété des plus vives, s'empare furtivement de deux paquets de cent soixante allumettes en bois de sapin garnies de phosphore jaune; elle les fait macérer dans 200 grammes d'eau chaude, le premier pendant un quart d'heure, le second quelques minutes seulement, et se hâte de boire ce liquide, dont elle perçoit la saveur âcre et caustique.

Mais cet acte inconsidéré est à peine accompli qu'elle en redoute les funestes conséquences et s'empresse de le divulguer. L'un des assistants a la malencontreuse pensée de conseiller l'ingestion d'un verre d'huile d'olives, qui heureusement provoque immédiatement le vomissement d'une liqueur blanchâtre à odeur fortement phosphorée.

Arrivé chez la malade un quart d'heure à peine après l'accident, je trouve déjà auprès d'elle un verre d'eau magnésienne et de l'émétique en solution envoyés par le pharmacien de la famille. Je me hâte d'administrer rapidement l'eau magnésienne, ainsi qu'un litre d'eau émétisée à 10 centigrammes, et j'obtiens de suite des vomissements copieux de matières alimentaires dont l'odeur n'est pas sensiblement phosphorée.

Craignant cependant que l'estomac ne soit pas complétement vide, j'administre encore en quelques minutes un litre d'eau bicarbonatée à 10 grammes, ainsi que 10 centigrammes d'émétique dans 100 grammes d'eau tiède. Mais comme les vomissements n'arrivent pas assez vite à mon gré, j'ai recours à la titillation de la luette, manœuvre qui produit des vomissements aussi abondants et de même nature que les précédents.

Désormais plus tranquille, j'examine la malade, qui n'accuse aucune douleur épigastrique ou abdominale, mais qui éprouve des frissons intenses, une céphalalgie pénible, et se préoccupe des suites de son imprudence; les lèvres sont rouges et saignantes; il n'y a ni sécheresse de la bouche ni gêne dans le pharynx; le pouls est plein et lent (56 pulsations).

Une heure après, à dix heures du soir, réaction modérée, coloration de la face; pouls à 60 pulsations. — Eau bicarbonatée, compresses d'oxycrat sur le front, lavement salin, eau de Sedlitz à 40 grammes demain matin.

Le 7, la nuit a été assez calme, mais sans sommeil; le lavement salin a provoqué deux selles copieuses, et le purgatif quatre nouvelles évacuations. Céphalalgie toujours intense; sensation de gêne à la gorge; rougeur légère du pharynx; l'épithélium buccal s'est détaché sur plusieurs points; pouls à 64 pulsations; les fonctions des organes génito-urinaires n'ont pas été troublées. La malade a pris deux litres d'eau bicarbonatée.

Le 8, sommeil bon, plus de céphalalgie; muqueuse buccale rouge et douloureuse; gêne plus grande pendant la déglutition; voix rauque; pouls toujours lent et régulier (60 pulsations). — Potage maigre et sans huile, dont la saveur répugne à la malade depuis l'accident.

Du 8 au 14, rien de particulier à noter; pouls à 65, appétence marquée pour les aliments maigres et sans apprêt, irrégularité des fonctions digestives. Mme X... est dans une sécurité complète, que je ne puis encore partager, et cependant je reçois un congé heureusement tempéré par des remercîments chaleureux et sincères.

Le 23, néanmoins, huit jours après, une inquiétude bien légitime me fait hasarder une nouvelle visite, qui me révèle les symptômes suivants :

Raucité de la voix, sécheresse et arborisation prononcée de la muqueuse pharyngée; sensation générale de froid fort incommode alternant avec des douleurs vives dans l'abdomen; appétit assez vif, dégoût prononcé pour les aliments gras et huileux.

Enfin, le 1er avril, la fatigue suit toujours la progression; un travail modéré est à peine possible; des douleurs sourdes parcourent quelquefois l'abdomen sans cause appréciable. Mais comme le teint est vermeil, le sommeil calme et l'appétit normal, il y a lieu d'espérer que Mme X... ne tardera pas à recouvrer la plénitude de ses forces, aussi bien que l'intégrité de ses fonctions digestives.

FORMULES EMPLOYÉES

dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires,

Par M. le docteur BEYRAN.

Opiat sans magnésie.

Gomme en poudre	50 grammes.
Eau de canelle	Q. S.

Triturez et ajoutez :

Copahu	40 grammes.
Cubèbe en poudre	30 —
Craie lavée	} āā 4 —
Cachou pulvérisé	} āā 4 —

Mêlez.

On doit l'administrer à une dose plus forte que les autres préparations de copahu.

Opiat de cubèbe.

Cubèbe en poudre	120 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	10 —
Cachou pulvér.	2 —
Sirop	Q. S.

Mêlez.

Dose : de deux à cinq cuillerées à café dans les écoulements blennorrhagiques.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 avril 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre par laquelle l'administration demande l'avis de l'Académie sur l'opportunité de placer, conformément à la demande de l'inventeur, le spéculum laryngien de M. le docteur Labordette (de Lizieux) dans les boîtes de secours. (Commissaires : MM. Trousseau, Gosselin et Robin).

2° Des rapports d'épidémies de M. le docteur Danvin (de Saint-Pol).

3° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements des Alpes-Maritimes, de l'Aisne, de l'Ariége, de la Seine-Inférieure et du Pas-de-Calais. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Dorvault, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique;

2° Une note en italien sur le traitement et la guérison du cancer à l'aide du suc gastrique, par MM. les docteurs Lussana et Tansini, de Naples. (Commissaires : MM. Velpeau et Robin.)

— M. MICHEL LÉVY offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Chenu, un ouvrage en un fort in-4° intitulé : *Documents sur la guerre de Crimée.*

M. Michel Lévy présente en quelques mots une rapide analyse de cet ouvrage, dont il fait le plus grand éloge.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY dépose sur le bureau une brochure qu'il vient de publier sur la dissolution des couleurs d'aniline.

— M. VELPEAU présente :

1° Au nom de M. le docteur Namias (de Venise) une brochure sur les applications thérapeutiques de l'électricité;

2° Et au nom de M. le docteur Michaux (de Louvain) trois brochures sur le traitement chirurgical des polypes fibreux naso-pharyngiens, et un Mémoire manuscrit sur l'ablation de l'omoplate avec conservation du bras.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le siége du sens de la parole.

La parole est à M. Bouillaud pour continuer son argumentation.

Suite de la discussion sur le sens de la parole.

M. BOUILLAUD. Qu'oppose M. Lélut à cette doctrine? Deux arguments. Dans tout système phrénologique, dit-il, les facultés ne sauraient être qu'indéterminées comme les faits qu'elles représentent. Donc l'organologie phrénologique, avec ses organes déterminés pour des facultés qui ne peuvent l'être, ne saurait avoir aucune vérité. Cet argument serait victorieux assurément si la prémisse était aussi juste que la conclusion. Malheureusement pour M. Lélut il n'en est point ainsi. Rien n'est moins vrai que son assertion : c'est l'assertion contraire qui est juste. Dans tout système de psychologie bien établi, bien constitué, les facultés doivent être déterminées comme elles le sont réellement dans la nature.

Et d'abord, que la grande division des facultés de l'âme en générales et spéciales, si nettement formulée par Gall, soit toujours présente à notre esprit. Hors d'elle, en effet, point de solution possible du problème qui nous occupe. Sans doute un poëte, un musicien, un orateur, un mathématicien, un naturaliste, un jurisconsulte, sont tous obligés de se ressouvenir, de penser, de comparer, de juger, de raisonner, etc., toutes opérations d'ailleurs distinctes et très-clairement déterminées. Toutefois, malgré ces communautés, malgré ces ressemblances générales, un mécanicien n'est pas un poëte, un mathématicien n'est pas un orateur, un musicien n'est pas un jurisconsulte. Ce que je dis des facultés intellectuelles s'applique également aux facultés morales et aux sensations elles-mêmes.

Je m'étonne qu'un homme comme M. Lélut, qui depuis si longtemps se livre à l'étude des maladies mentales qui ont dû lui en fournir si souvent des exemples, n'admette point des vérités aussi bien démontrées. Il nie donc les monomanies. Je sais bien que quelques-uns de nos collègues sont assez disposés à les rayer des maladies mentales. Mais, rejetées de la science, elles se réfugieraient dans les lettres. Les poëtes et les romanciers ne nous en ont-ils pas tracé des types immortels?

Je crois donc avoir démontré que cette doctrine, impossible selon M. Lélut, est au contraire la seule possible, et qu'elle ne saurait par conséquent être fausse. Mais nous ne l'avons considérée jusqu'ici que dans son principe et d'une manière générale; il s'agit maintenant de l'examiner avec M. Lélut sous le point de vue de l'application, telle qu'elle a été formulée par Gall.

Si les facultés intellectuelles, les penchants, les sentiments moraux, etc., sont divers et déterminés, comment le cerveau, qui en est le siége, l'instrument, ne serait-il pas lui-même un ensemble d'organes divers, spéciaux, déterminés. Rien n'est plus faux, dit M. Lélut, que la doctrine de Gall sous ce nouveau point de vue. Elle est bien pis que fausse à ses yeux, elle est ridicule, et notre collègue exerce sa verve intarissable. On dirait que les lauriers d'Aristophane et de Kestbue, le compatriote et le dénigrateur de Gall, l'empêchent de dormir.

Après avoir répété sur tous les tons que l'organologie n'est pas vraie, que les faits sur lesquels Gall prétendait l'avoir établie sont faux, laissant ensuite à Gall ce qu'il appelle ses contradictions et ses mensonges, M. Lélut ajoute qu'il y a pourtant quelque chose de moins scientifique encore et de plus puéril que les preuves prises par Gall de la peinture et de la statuaire à l'appui de son système, ce sont celles qu'il est allé demander à la pantomime, à la mimique, etc. Enfin,

ajoute-t-il, comment se fait-il que ce système ne soit pas mort avec son fondateur? Les continuateurs de Gall sont-ils donc parvenus à démontrer la réalité de l'impossible? Auraient-ils trouvé en sa faveur des raisons nouvelles? C'est le contraire suivant lui qui a eu lieu.

Quel moment M. Lélut choisit-il pour lancer son manifeste contre la localisation des fonctions cérébrales? C'est après la mémorable discussion soulevée au sein de la Société anthropologique par M. le docteur Auburtin; après l'éclatante conversion de M. Paul Broca aux doctrines de Gall; après les brillantes leçons de M. Trousseau sur l'aphasie.

De tout ce qui précède il résulte donc que les faits les plus nombreux et les mieux observés ne permettent pas de douter que les facultés cérébrales sont multiples et que ces facultés spéciales, étudiées séparément comme Gall l'a fait, constituent dans leur ensemble le système encéphalique complet, sans que cela, bien entendu, porte nullement atteinte au grand principe de l'unité morale de l'homme.

Il s'agit maintenant d'appliquer ce principe de la pluralité des fonctions cérébrales et de rechercher le siége de chacune de ces facultés spéciales. Je dois me borner ici à la fonction de la parole qui est plus particulièrement en cause.

La parole est une faculté fondamentale, spéciale, déterminée et non pas indéterminée comme le veut M. Lélut. Il est facile de démontrer que c'est une faculté spéciale, il suffit pour cela de rappeler les faits qui nous montrent la parole tantôt conservée seule au milieu des autres facultés altérées ou abolies, tantôt détruite seule, les autres facultés restant intactes. La parole elle-même n'est pas une faculté simple, elle est complexe, on peut y reconnaître deux éléments distincts, un élément physique, matériel, un mouvement, et le sens proprement dit de la parole, ou la parole intérieure, le logos, le verbe. Il faut bien se garder de confondre cette faculté intérieure à l'aide de laquelle nous parlons intérieurement sans prononcer les mots et le mouvement ou l'articulation des mots. Il y a, en d'autres termes, une parole intérieure et une parole extérieure. La parole articulée n'est donc qu'un mode d'expression.

Il a fallu une bien grande hardiesse pour aller chercher dans le cerveau un organe spécial de la parole. Cette hardiesse, Gall l'a eue. On a bien dit que l'idée était antérieure à Gall, mais cela n'est pas exact; avant lui il n'y a rien eu de ce genre, et cette idée était tellement nouvelle que pour M. Lélut elle est fausse, impossible et ridicule. Or ce n'est pas là le fait d'un Cagliostro, mais d'un observateur profond, d'un homme de génie. Gall a fondé cette proposition sur des observations cliniques dont quelques-unes lui ont été fournies par Pinel et par Larrey. Mais il lui a manqué la démonstration anatomique.

C'est là la première phase ou la première époque de la découverte. Elle en est restée longtemps à ce point. La deuxième époque appartient à l'Académie, elle date de l'époque où je portai pour la première fois cette question devant elle. J'ai présenté successivement trois mémoires à l'Académie sur ce sujet. Lors de la présentation du premier mémoire on commençait à s'occuper beaucoup de recherches sur le système nerveux; toutes les fois qu'on trouvait des paralysies, soit générales, soit partielles, on en cherchait la cause organique dans le système nerveux. Je faisais des recherches de ce genre lorsqu'une observation faite en 1822 à l'hôpital Cochin me suggéra l'idée de rechercher le rapport qui pouvait exister entre l'altération de la parole et certaines lésions cérébrales. Il s'agissait d'une femme entrée à l'hôpital dans un état de stupeur et qui eut quelques jours avant sa mort une perte absolue de la parole. A l'autopsie on trouva une partie de l'hémisphère droit réduit à l'état de bouillie. On remarquera que la lésion était ici dans l'hémisphère droit, ce qui semble en contradiction avec les faits à l'aide desquels on a voulu établir que c'était dans l'hémisphère gauche que résidait le sens de la parole; mais je ferai remarquer que c'est très-exceptionnellement qu'on a trouvé dans les cas de ce genre une lésion à droite, c'est dans la très-grande majorité des cas à gauche, en effet, qu'on trouve la lésion. Peu de temps après, j'observai un fait semblable à Bicêtre. Ici c'était à gauche qu'existait la lésion. Un troisième fait m'a été fourni par M. Rostan. Je crus à cette époque pouvoir conclure de ces faits qu'il y avait dans les lobes antérieurs du cerveau un organe spécial de coordination des mouvements nécessaires à l'accomplissement de la parole, semblable à celui que M. Flourens avait découvert quelques années auparavant dans le cervelet pour les autres mouvements.

Ceci ne fut point accepté; je rencontrai partout des adversaires, et par une sorte de fatalité je vis ma proposition combattue par ceux-là même qui m'avaient fourni des observations, par MM. Rochoux et Lallemand, et même, j'ai regret de le dire, par nos collègues actuels MM. Cruveilhier et Andral. Cependant je ne perdis pas courage. Je lus en 1839 un deuxième mémoire pour répondre aux objections qui m'avaient été faites. Non-seulement j'y répondis de mon mieux, mais j'ajoutai même un grand nombre de faits nouveaux à ceux que contenait mon premier mémoire.

Ce deuxième mémoire fut combattu comme le premier. Il fallut revenir encore à la charge. Je lus en 1848 un troisième mémoire. M. Lélut avait déjà publié à cette époque sa réfutation de la doctrine de Gall. Ce troisième mémoire renfermait aussi de nouveaux faits. Je vous demande la permission d'en rappeler quelques-uns. (Ici M. Bouillaud donne lecture d'une observation détaillée qui vient à l'appui des faits précédents.) C'est là ce que j'appelle la deuxième période de l'histoire de la localisation du sens de la parole.

J'arrive enfin à la troisième période; celle-ci est toute récente. J'avais proposé un prix très-modeste de 500 fr. pour l'auteur qui présenterait des faits contraires à ceux que renfermaient mes trois mémoires. Personne ne se présenta. Mais, il y a deux ans, mon gendre, M. Auburtin, souleva cette question à la Société d'anthropologie, et la discussion qui s'en est suivie a eu ce résultat considérable d'amener la conversion de M. Paul Broca, qui jusque-là s'était moqué de la doctrine de Gall. Les faits qu'il a observés depuis lui-même l'ont conduit à localiser encore avec plus de précision le siége du sens de la parole, et j'ai été heureux dans cette circonstance de n'avoir pas accepté légèrement la circonscription de Gall qui se trouve contredite par les observations nouvelles et de m'en être tenu à dire que le siége de ce sens était dans les lobes antérieurs, sans spécifier davantage.

En résumé, on voit, d'après ces considérations, qu'il n'est plus possible aujourd'hui de contester qu'il y a des organes et des facultés multiples dans l'encéphale, et qu'il y a en particulier un organe pour la parole. Si cela n'est pas démontré, il faut déclarer alors qu'il n'y a rien de démontré en physiologie. (Très-bien; marques nombreuses d'approbation.)

Il est quatre heures et quart; l'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Poggiale sur les candidats au titre de correspondant national.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1864.

226. Climatologie des stations hivernales du midi de la France (Nice, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton), par M. de Valcourt.

227. De l'atrophie des nerfs et des papilles optiques dans ses rapports avec les maladies du cerveau, par M. Meunier.

228. Des luxations des cinq dernières vertèbres cervicales, par M. Bomby.

229. Sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie, par M. Cornil.

230. Étude sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albumineuse et à l'urémie, par M. Lévy.

231. Des lésions du système artériel périphérique, par M. Lemaire.

232. Des épanchements pleuraux au point de vue du traitement par la thoracentèse, par M. Geoffroy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 25 mars 1865 ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De Saint-Saturnin, à Aignan (Gers), M. Laffon, officier de santé.

Des pharmaciens du département de la Gironde, M. Besson, pharmacien.

Des vétérinaires du département de la Seine, M. Lecoq, inspecteur général des écoles impériales vétérinaires.

— Dans sa séance du 25 mars dernier, la Société impériale de médecine de Bordeaux a décerné à M. le docteur P. Berthier, médecin en chef des asiles d'aliénés de Bourg, sa première médaille d'argent (grand module) comme récompense du meilleur Mémoire couronné en 1864.

— M. le maire de Routot, chef-lieu de canton dans l'Eure, nous prie d'annoncer qu'une place de médecin est vacante dans sa commune par suite du décès du titulaire.

Cette commune, située dans une riche contrée, peut offrir une belle position.

— M. le docteur Triquet reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'oreille le lundi 17 avril, à onze heures du matin, à son dispensaire, impasse Larrey, 4.

Visite des malades à dix heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du suicide et de la folie suicide, par M. le docteur Brierre de Boismont; 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 785 pages. Prix : 7 fr.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1865, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques, publiés en 1864; et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un mémoire sur l'exercice forcé, dans le traitement de la glycosurie, par M. le professeur A. Bouchardat. 25e année. 1 vol. in-32 de 340 pages. Prix : 1 fr. 25.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, libr.-édit.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, des généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons, et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par M. le professeur A. Bouchardat, vice-président de l'Académie impériale de médecine, etc., etc.; 13e édition, corrigée, augmentée de formules nouvelles. 1 vol. in-18 de 600 pages. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1865, Germer Baillière, libr.-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 45. — SAMEDI 15 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 15 AVRIL 1865. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Nous avons à rendre compte aujourd'hui de l'état des maladies régnantes pour les deux derniers mois. Le rapport pour le mois de février, ainsi qu'il était aisé de le prévoir, ne constate aucun changement notable dans la constitution médicale des deux mois précédents. Ce sont toujours les phlegmasies pulmonaires et bronchiques qui se sont montrées prédominantes, ces dernières notamment avec leur caractère catarrhal et le plus souvent la forme grippale. Bien que cette dernière influence ait été beaucoup plus générale et plus accusée en ville que dans les hôpitaux, on se fera cependant une idée de son importance par le nombre relatif considérable de malades entrés dans les hôpitaux pour des bronchites, eu égard au petit nombre de ceux qui réclament habituellement leur admission pour les affections de cette nature. Il a été reçu en février, dans l'ensemble des hôpitaux, 335 sujets affectés de bronchites, et, sur ce nombre, 16 ont succombé. Bien que ces chiffres soient moins élevés que ceux du mois de janvier, on voit qu'ils sont encore considérables.

Les pneumonies, aussi fréquentes en février qu'en janvier, ont eu à peu près la même marche et montré la même bénignité, sauf toutefois chez les vieillards et chez les enfants. La plus grande gravité des pneumonies chez les vieillards n'a pas été constatée seulement dans les hospices spéciaux de la vieillesse, on l'a retrouvée aussi dans les hôpitaux communs. MM. Charcot et Vulpian ont continué à constater dans tous les cas mortels les lésions de la pneumonie lobaire granulée se présentant le plus souvent à l'état d'hépatisation grise.

Les pleurésies, moins nombreuses que les pneumonies, ont cependant augmenté de fréquence et de gravité. En janvier il y avait eu, pour l'ensemble des hôpitaux, 68 pleurésies, dont 66 guéries et 2 terminées par la mort. En février, on en a compté 78, dont 69 guéries et 9 suivies de décès. Dans quelques services, les médecins ont été frappés à la fois et du grand nombre de cas de pleurésie et de la ténacité de l'épanchement qui ne s'est résorbé qu'au bout d'un temps fort long, malgré l'énergie des moyens de traitement mis en usage.

Dans les services d'enfants, les phlegmasies des voies respiratoires ont prédominé comme dans les services d'adultes, mais on a eu à y signaler en outre quelques cas de coqueluche et de croup. M. J. Simon a remarqué particulièrement la longue persistance des coqueluches dans son service de l'hôpital des Enfants. Des malades atteints en janvier n'étaient pas encore guéris à la fin de février. Plusieurs cas se sont développés dans les salles.

Il y a eu à l'hôpital Sainte-Eugénie 19 cas de croup, dont 6 guéris et 13 suivis de mort, et à l'hôpital des Enfants 18 cas, 4 guérisons et 14 décès. Dans le service de M. H. Roger, la trachéotomie a été pratiquée 4 fois sans succès. M. J. Simon a eu sur 3 opérations un succès et deux échecs. M. Bergeron, à Sainte-Eugénie, a eu 3 décès sur 4 opérations.

M. J. Simon a vu 3 cas d'angine couenneuse commune terminés tous les trois favorablement sur trois jeunes sœurs âgées l'une de trois ans, l'autre de six et l'aînée de huit ans, qui avaient été atteintes dans leur famille.

La proportion des cas de rhumatisme n'a pas sensiblement varié. On trouve sur le relevé de l'administration 289 cas de rhumatisme, dont 286 guéris et 3 terminés par la mort. Ces rhumatismes peu graves, comme on peut le voir par la très-petite proportion des décès, ont eu en général une longue durée, et ils ont présenté de fréquentes complications viscérales. M. Empis, sur 11 cas, a vu survenir 11 fois des complications du côté du cœur. M. Grisolle a eu 1 cas d'endocardite sur 4. M. Roger a vu une fois le rhumatisme se compliquer d'une pleurésie double et d'endo-péricardite qui se sont très-heureusement terminées par la guérison. Enfin M. Gubler a vu un rhumatisant qui présentait en même temps une pleurésie double et une lésion cardiaque ancienne. M. Gubler, cherchant à déterminer l'origine de cette ancienne affection cardiaque, a appris qu'il y a quatre ans ce malade avait eu déjà une première attaque de rhumatisme et que deux ans auparavant, c'est-à-dire il y a six ans, il avait été affecté de péricardite. Notre confrère n'hésite pas à considérer cette péricardite comme ayant été de nature rhumatismale. Ce serait, pour lui, un nouvel exemple d'accidents cardiaques rhumatismaux survenant d'emblée et antérieurement à toute manifestation de la maladie sur les jointures.

Il a été signalé en février, comme dans le mois précédent, quelques exemples d'anasarque aiguë causée par l'impression du froid.

Plusieurs médecins ont remarqué que pendant le mois de février il y avait eu une tendance plus marquée que d'habitude aux hémorrhagies.

L'érysipèle figure dans ce mois, pour l'ensemble des hôpitaux, pour le chiffre de 71, sur lequel il y a eu 56 guérisons et 15 décès, chiffre beaucoup moins élevé qu'en janvier, mais avec une proportion de décès beaucoup plus considérable et une plus grande gravité généralement dans la marche et les caractères de la maladie. M. Béhier a vu dans un cas la mort survenir subitement sans que rien eut pu faire prévoir cette issue funeste. M. Fournier a vu, à Lariboisière, un érysipèle se développer à la suite de l'application d'un petit vésicatoire destiné à administrer la morphine par la méthode endermique. M. Woillez a vu à Cochin une phlébite d'une des veines jugulaires superficielles se développer pendant le cours d'un érysipèle. M. Vernois a vu dans son service de nourrices, à l'hôpital Necker, 5 enfants atteints d'érysipèle, dont 3 sont morts. 3 autres enfants érysipélateux ont eu des abcès multiples fort nombreux. Il est bon d'ajouter que la salle où étaient tous ces petits malades avait dû être fermée pendant quelques semaines auparavant à cause de la fréquence et de la gravité des accidents puerpéraux qui s'y étaient produits.

Les cas de rougeole et de scarlatine ont été peu nombreux pendant le cours de ce mois et n'ont rien offert de particulier à signaler.

La variole est restée stationnaire en février (147 cas, 128 guérisons et 19 décès pour l'ensemble des hôpitaux). Un grand nombre de ces varioleux ont contracté la maladie à l'hôpital.

Un malade atteint de varioloïde dans le service de M. Béhier, à la Charité, avait déjà eu la même maladie quinze ans auparavant. Il y a eu encore dans ce même mois de février un nouvel exemple de variole et de vaccine développées simultanément chez un enfant dans le service de M. Grisolle. L'éruption variolique est apparue le septième jour de la vaccination.

Il a été fait, enfin, des tentatives de vaccination à l'hôpital Saint-Antoine avec du virus pris sur une génisse. Sur une quinzaine de tentatives faites dans le service de M. Besnier par M. Lanoix, on n'a obtenu qu'un seul bouton douteux.

Le mois de mars a vu s'opérer une légère transformation dans le caractère des maladies régnantes. Cette transformation n'a commencé à être bien sensible que dans la deuxième quinzaine du mois seulement. Les phlegmasies pulmonaires, qui s'étaient jusque-là maintenues dans un état de prédominance marquée sur toutes les autres maladies depuis le mois de novembre, ont commencé à diminuer, et, à mesure qu'elles devenaient moins nombreuses, on a vu apparaître des affections typhoïdes. Déjà vers la fin de février, quelques cas de fièvres typhoïdes, qui jusque-là étaient restées à l'état de rare exception, avaient commencé à se montrer, mais ce n'est que vers le milieu de mars qu'on a pu constater une tendance manifeste au développement de cet état morbide. Dans un assez grand nombre de services de médecine on voyait déjà à cette époque 2, 3 ou 4 cas de fièvre typhoïde. Quant aux affections thoraciques, elles ont diminué dès cette même époque, pas assez rapidement encore pour qu'on n'en ait compté encore dans tout le mois de mars un très-grand nombre. Les pneumonies des vieillards, entre autres, ont continué à être presque tout aussi fréquentes en mars que dans les deux ou trois mois précédents.

Les croups ont continué aussi à être encore assez fréquents dans les hôpitaux d'enfants.

De même des rhumatismes qui ont été encore assez nombreux aussi, mais avec cette différence toutefois que les complications ont été plus rares et généralement peu graves.

Les fièvres éruptives ont été plus rares, les varioles ont diminué un peu. Il n'y a eu que dix décès par variole au lieu de dix-neuf qu'on avait compté en février. Les rougeoles ont été rares dans les hôpitaux; mais par contre quelques praticiens en ont observé en assez grand nombre en ville. M. Millard, en particulier, qui dit en avoir vu beaucoup dans la clientèle civile pendant le mois de mars, a eu l'occasion de constater un groupe de faits très-singulier. Dans la seule maison qu'il habite il a vu cinq cas de rougeole dans l'espace de quelques jours; et sur ces cinq cas, il en est trois qui ont eu lieu sur trois membres de la même famille, une jeune femme récemment mariée, sa jeune sœur et la mère, avec cette particularité bien digne de remarque que ces trois personnes avaient déjà eu la rougeole l'année auparavant.

M. Blache a rappelé, à cette occasion, qu'il avait observé assez souvent de ces cas de récidives de rougeole, et il en a cité quelques exemples, un notamment dans lequel les deux atteintes de rougeole n'ont été séparées que par un intervalle de six semaines.

Enfin, parmi quelques faits d'un intérêt particulier qui ont été signalés à l'occasion du dernier rapport, nous citerons un cas très-curieux, rapporté par M. Vulpian, de résorption d'une tumeur cancéreuse du sein, suivie quelque temps après du développement d'une pleurésie cancéreuse mortelle. Nous reviendrons plus tard sur les particularités principales de ce fait.

Abcès chroniques des os.

On connaît depuis longtemps les collections purulentes des os dans les cas de nécrose. On sait qu'il y a des séquestres invaginés, enfermés de toutes parts par du tissu osseux. Et au siècle dernier David, dans un mémoire couronné par l'Académie de chirurgie, s'occupait, comme d'un point de chirurgie courante, des abcès des os. On avait alors à l'esprit des cas de trépanation d'un os pour un abcès publiés par J. L. Petit et Ravaton. Depuis que l'histoire de la nécrose a été mieux faite l'on s'est médiocrement occupé des abcès des os.

Brodie, en 1846, appela de nouveau l'attention, non plus sur les abcès des os dans la nécrose, mais bien sur une variété d'abcès idiopathique. Ces faits ont eu un certain retentissement, et on s'est occupé en France et en Angleterre de cette question.

M. Édouard Cruveilhier vient de publier un mémoire sur ce sujet dont il a fait l'objet de sa thèse inaugurale.

Il a réuni les trente-neuf observations connues et sept pièces pathologiques démontrant qu'il y a dans les os des cavités closes tapissées par une fausse membrane, et contenant du pus ou de la sérosité. Bien que tous ces faits ne soient pas à proprement parler des abcès, M. Éd. Cruveilhier a cru devoir conserver le terme employé par Brodie, et il définit la maladie abcès douloureux des épiphyses et kystes purulents des épiphyses.

Voici en résumé les propositions soutenues par l'auteur.

Il y a dans les os des abcès chroniques développés spontanément et siégeant dans les épiphyses (cette proposition est nouvelle et elle est appuyée sur des mesures prises sur les os; les abcès des os ont été trouvés dans un point plus élevé que celui où s'arrête d'habitude le canal médullaire dans les os longs); ils ne sont pas en relation avec une ostéo-myélite. Leur siége de prédilection est dans les os longs, et c'est l'extrémité supérieure du tibia qui présente le plus souvent cette lésion.

On rencontre les abcès des os à l'état de collection unique. Leur volume n'est pas très-considérable, ils sont entourés de tissu osseux de nouvelle formation qui est le résultat d'une ostéite condensante. Les abcès des os peuvent se faire jour au dehors par une perforation de l'os.

Le début de cette maladie ne paraît pas être évidemment dû à une cause traumatique.

On reconnaît ces abcès à une douleur intermittente apparaissant d'abord par intervalles, puis devenant continue, et se compliquant d'exacerbations. La région est augmentée de volume et il est assez rare qu'il y ait des douleurs à la pression; elle présente une élévation de température, et il n'est pas exceptionnel qu'au moment de l'exacerbation de la douleur la peau se couvre de sueur au niveau de l'os malade.

La maladie a une durée extrêmement longue, vingt-cinq ans au plus, et la durée moyenne dans onze cas, où il a été pris des notes à ce sujet, a été de dix ans et sept mois.

Les complications des abcès des os sont les abcès circonvoisins et quelquefois une hydarthrose de l'articulation voisine.

Ces abcès ont été rencontrés dans la première moitié de l'âge adulte, et, en général, chez des sujets présentant les attributs de la diathèse scrofuleuse, et on les a rencontrés plusieurs fois à la suite d'un refroidissement.

Une maladie entre toutes peut être confondue avec l'abcès des os, c'est la nécrose centrale dans une épiphyse, mais dans cette maladie on a de bonne heure des abcès dans les parties molles et une fistule. Cette éventualité ne paraît pas être une règle dans les abcès chroniques des os.

M. Éd. Cruveilhier recommande le traitement suivant :

Le seul traitement curatif des abcès des os est un traitement chirurgical, l'ouverture de l'abcès au moyen de la trépanation. L'amputation et la résection doivent être réservées pour les cas où il y aurait une communication articulaire.

On doit se guider pour arriver dans l'abcès sur le changement de coloration des téguments quand il existe; une des faces de l'os faisant saillie devient un indice, la collection tend à s'ouvrir à l'extérieur de ce côté, en appliquant le trépan sur ce point on a presque la certitude de tomber sur le foyer. Par suite de l'épaisseur de la couche osseuse il faut faire saillir la couronne de trépan de plusieurs centimètres. On peut, s'il est nécessaire, placer plusieurs couronnes de trépan à côté l'une de l'autre.

Le temps qui s'écoule avant la guérison complète, c'est-à-dire la cicatrisation de la plaie, est assez court. Il a été de deux mois dans une récente observation du service de M. Nélaton, qui a été étudiée par M. Cruveilhier.

Le traitement médical doit consister dans l'emploi des préparations anti-scrofuleuses.

Les révulsifs cutanés, les pointes de feu, les incisions portées jusque sur l'os ou saignée des os, préconisées par M. Laugier, sont des traitements palliatifs, au même titre que les révulsifs, tels que les sinapismes et les vésicatoires. Il est rare qu'ils guérissent radicalement les malades.

Transmission d'accidents syphilitiques secondaires par une mère à son enfant.

Les exemples de transmission des accidents syphilitiques secondaires des mères-nourrices à leurs nourrissons, et réciproquement, sont aujourd'hui trop bien établis pour qu'il reste à cet égard le moindre doute dans les esprits. Il n'en est pas encore tout à fait de même pour les transmissions qui peuvent avoir lieu des mères aux enfants hors des conditions de l'allaitement. Le fait suivant, recueilli dans le service de M. Cazenave, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Chambay, externe du service, serait un exemple de ce genre. Nous le donnons toutefois sous toutes réserves.

Une jeune femme de vingt-cinq ans entre pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, dans le courant du mois de mai 1863, pour un écoulement vaginal intense avec des boutons sur les bras, le tronc et les cuisses; la paume des mains présentait aussi une éruption qui, d'après son souvenir, avait été qualifiée de psoriasis palmaire syphilitique.

Après six semaines de traitement par le proto-iodure de mercure, elle sort de l'hôpital n'ayant plus que quelques boutons aux bras et aux cuisses.

Quatre mois après, dans le courant de septembre, elle rentre à l'hôpital, dans le service de M. Cazenave, présentant à l'anus un condylome de la grosseur d'un œuf de poule, avec des végétations et des plaques muqueuses ulcérées qui remplissaient tout l'espace compris entre l'anus et la vulve, et laissaient échapper un liquide sanieux. Elle avait, en outre, sur le tronc et les membres une syphilide papulo-squameuse disséminée et une ulcération semi-lunaire spécifique de l'aile du nez. Pendant son séjour dans les salles, elle fut atteinte d'un onyxis syphilitique du pouce droit qui dura près d'un mois et demi. Elle fut d'abord soumise au traitement mercuriel, puis au traitement mixte.

Au bout de huit mois et neuf jours, elle sortit sans être complétement guérie; les végétations caractérisées avaient disparu, ainsi que l'éruption qu'elle portait sur le corps; les plaques muqueuses restaient toujours suintantes.

Le 13 décembre 1864, cette femme rentre de nouveau dans le service présentant à l'anus et au périnée des plaques muqueuses ulcérées qui ne l'ont pas abandonnée depuis dix mois. On voit aussi des papules humides sur le pourtour de la lèvre supérieure et sur les bords latéraux de la langue.

Avec elle, on a reçu son enfant, Clotilde, âgée de quatre ans. Cette petite fille n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a trois mois un abcès, qui atteignit la grosseur d'une noix, apparut sur la partie interne de la paupière inférieure, et se vida au bout de quinze jours par le point lacrymal, laissant après lui une éminence indurée de couleur rouge foncé dans la direction d'un pli de la paupière inférieure.

Un mois après, la mère aperçut aux lèvres de l'enfant des ulcérations qui ont été reconnues pour des plaques muqueuses, suivies quelques jours après d'une éruption aux parties génitales externes. Sur le bord interne des grandes lèvres, à leur point de contact, on trouve : à gauche, trois petites plaques muqueuses, dont deux sèches ont l'aspect tuberculeux et une inférieure commence à s'ulcérer; celles de la lèvre droite, plus petites, au nombre de quatre, ont aussi l'aspect et la consistance de tubercule; sur la joue droite, on remarque trois papules de couleur rouge cuivré, recouvertes d'une squamme blanche, disposées en cercle sur une base large environ comme une pièce de 2 fr. Les ganglions cervicaux sont engorgés, surtout à gauche, où l'on remarque un ganglion occupant la région sus-hyoïdienne, et qui, d'après le rapport de la mère, aurait apparu peu de temps après le développement de l'abcès de la paupière inférieure.

Il reste à se demander comment l'enfant a pu être infectée.

M. Chambay fait remarquer qu'il y a près de dix mois que la mère n'a eu de rapports sexuels; aucun homme n'est venu chez elle; elle ne couche point avec son enfant, qui est confié à la garde et aux soins vigilants de sa grand'mère. Celle-ci s'est servi, paraît-il, pour laver l'enfant d'une éponge dont la malade avait fait usage pendant près de six mois pour des soins de propreté.

Les parties génitales de l'enfant ont été examinées avec soin; elles n'ont jamais été soumises à aucune violence, et les plaques muqueuses qu'on y observe sont consécutives à l'abcès de l'œil et non à un chancre, dont on ne trouve de traces nulle part.

C'est donc pour cela, faute d'autre cause directe de contagion, que M. Chambay est porté à penser que l'éponge dont s'était servie la mère a été le seul véhicule du virus qui a infecté la petite Clotilde.

Un nouveau mode de suture.

On ne compte plus aujourd'hui tous les essais de suture qui ont été tentés. A la suture en surjet, aux sutures entortillée, enchevillée, en bourse, à points passés, à la suture métallique, on a ajouté la *suture à bandelette*, la *suture élastique*, la *suture à plaques latérales*, la suture à épingles latérales, et cette dernière suture a été publiée par M. Legros, d'Aubusson (*Gazette des Hôpitaux*, 1863, p. 104); nos lecteurs pourront en prendre connaissance.

M. Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit) nous envoie aujourd'hui l'exposé d'un nouveau mode de suture, dite suture à griffes à ressort en caoutchouc.

Voici en deux mots le procédé :

Une épingle est recourbée plusieurs fois de façon à produire une épingle double, au talon de laquelle il y a une double plicature en sens opposés, comme les plicatures des tubes de sûreté pour les expériences chimiques. On place de chaque côté de la plaie qu'on veut réunir une des griffes ainsi obtenues, et on les réunit par des liens de caoutchouc, qui prennent point d'appui sur les courbures du talon de la griffe.

Dans cette suture, on ne traverse pas la plaie, et la force réunissante prend ses points d'appui seulement sur les lèvres de la solution de continuité. Nous renvoyons le lecteur au procédé de M. Legros (d'Aubusson), où le même effet est obtenu en unissant les plaies au moyen d'épingles placées parallèlement et réunies par des fils de lin ou élastiques passant au-dessus de la solution de continuité.

M. Gaillard a aussi proposé une modification à la suture entortillée.

Une bande de caoutchouc percée et munie d'un œillet est engagée sous la tête ou sous la pointe de l'aiguille qui passent l'une à travers l'œillet et l'autre à travers la bande de caoutchouc. On fait ensuite la suture en 8 de chiffre avec un fil ordinaire par-dessus l'aiguille ainsi disposée.

Ce dernier procédé est très-ingénieux, mais on se rappellera que déjà l'on a placé une bande de diachylon non-seulement sous les têtes et les pointes des épingles à suture, mais encore que l'on a placé une plaque percée d'une fente à travers laquelle on passait la pointe et la tête de l'épingle, de sorte que la plaque de diachylon formait le moyen de contention de la suture.

Mais tous ces procédés sont-ils utiles? Voilà la question.

Pour les chirurgiens français, les réunions de plaies tentées dans le but d'en hâter la guérison et d'empêcher des cicatrices étendues n'ont besoin que d'être faites avec des bandelettes de diachylon ou des sutures entortillées.

Toutes les fistules opérées peuvent être réunies par la suture métallique à points passés. Pourvu que l'avivement soit large et que les points de suture soient rapprochés, la réunion est toujours assurée. Rendons ici justice à l'esprit pratique des américains; ils ont formulé et appliqué le mieux cette proposition, qui leur fera longtemps honneur.

DES RAPPORTS DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE et de la paralysie générale des aliénés,

Par M. le docteur Marius Carré (d'Avignon), ancien interne des hôpitaux de Lyon.

La première période de la paralysie générale des aliénés présente souvent une faiblesse ataxiforme, qui peut ressembler, quoiqu'elle en diffère essentiellement, à l'ataxie locomotrice progressive. Aussi quelques auteurs, trop faciles à conclure, ont-ils pensé que la coïncidence de ces deux maladies était chose commune; d'autres, trop sceptiques ou trop méfiants, croient qu'elle n'existe pas, ou du moins qu'elle n'est pas prouvée encore par l'observation. Les faits relatés plus loin témoignent que la réunion de ces deux maladies sur le même sujet, si elle est rare, a été déjà cependant signalée.

Cet état pathologique complexe se produit de deux manières différentes : tantôt la paralysie générale se développe primitivement, tantôt secondairement. Dans le premier cas, les symptômes paralytiques et cérébraux masquent et dominent ceux de l'ataxie locomotrice progressive qui reste inaperçue. Aussi je suis persuadé que, chez beaucoup de paralytiques généraux, on trouverait à l'autopsie, dans les cas anciens, une atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle épinière.

Au point de vue symptomatologique, il me paraît difficile de comprendre que les deux maladies puissent suivre parallèlement leur marche naturelle; car elles sont antagonistes par leurs manifestations, la paralysie motrice qui existe toujours dans la première manquant dans la seconde.

On remarque quelquefois, au début de la paralysie générale, la diplopie, la paralysie de la troisième et de la cinquième paire, l'inégalité des pupilles, l'impuissance (Esquirol, Lélut, Parchappe, Calmeil, Brière de Boismont, Baillarger). Mais y a-t-il là des raisons suffisantes pour admettre que les symptômes de la paralysie générale apparaissent le plus souvent dans la première période de l'ataxie locomotrice progressive? Le plus souvent, au contraire, d'après C. Westphall, Hoffmann, Steinthall, Türk, etc., la paralysie générale se montre à une période avancée de cette maladie (tabes dorsal). Nous admettons jusqu'à présent cette opinion qui est confirmée par les faits suivants, mais c'est à l'anatomie pathologique qu'il est réservé de décider définitivement quel est, de ces deux modes d'association, le plus fréquent.

Observation. — L..., 45 ans, entré dans le service des aliénés du docteur Westphall le 7 janvier 1858. Depuis plusieurs années, douleurs lancinantes dans les membres inférieurs. Il y a quatre ans et demi, strabisme qui disparut spontanément. Depuis deux ans, faiblesse de la vue, incertitude dans la marche, incontinence d'urine. Depuis quatre semaines, aliénation mentale (manie aiguë).

Le patient est grand, maigre. Pupille droite plus dilatée que la gauche. Tremblement des extrémités inférieures dans la station verticale quand les yeux sont fermés, le malade vacille fortement et finit par tomber. Il parle lentement; néanmoins, il n'y a pas d'hésitation dans la parole.

Autopsie, fin août 1859. Dégénérescence grise des faisceaux postérieurs de la moelle épinière dans toute leur hauteur jusqu'à la moelle allongée. Elle est exactement limitée par les cornes grises postérieures et plus prononcée à la périphérie. Les racines postérieures présentent également un aspect grisâtre.

A l'examen microscopique, on constate, avec les lésions ordinaires de l'ataxie, que la dégénérescence a un peu empiété sur les faisceaux latéraux et même sur les couches excentriques des cornes postérieures qui ont un aspect rayonné et sont très-pauvres en éléments nerveux.

Rien dans le reste de la moelle. Le cerveau n'est pas mentionné. (C. Westphall. *Tabes dorsalis. Grane degeneration der hinteresntraüge and paralysis universalis progressiva, Zeitschrift sur Psychiâtrie*, XX, 1863.)

En résumé, un homme qui, pendant plusieurs années, a des douleurs fulgurantes dans les membres, de l'incertitude dans la marche, des troubles de la vue, de l'incontinence d'urine, est pris subitement, au bout de quatre ans et demi, de manie aiguë. Ces symptômes cérébraux persistent pendant un an et demi. On trouve à l'autopsie une dégénérescence atrophique des faisceaux postérieurs de la moelle épinière. On ne peut pas plus nier dans ce cas la coïncidence de ces deux maladies que leur succession. Il est regrettable que l'état du cerveau n'ait pas été mentionné.

Dans l'observation suivante, dûe au même auteur, la démence paralytique survint quatre ans et demi après le début de l'ataxie locomotrice. On voit le mal se propager des extrémités inférieures aux supérieures, puis finalement gagner le cerveau. Cet organe est pâle, un peu ramolli, et si les adhérences de ses enveloppes ne sont pas signalées, c'est que probablement cette altération morbide n'avait pas eu le temps de s'organiser.

Observation. — L. K..., peintre, 38 ans. Le malade n'a eu d'autre maladie qu'une attaque de colique de plomb. Au mois de juillet 1858, il éprouvait depuis neuf semaines une diminution de la sensibilité qui, du pied gauche où elle avait commencé, avait gagné le pied droit; de l'incertitude dans la marche, de la difficulté dans la miction et la défécation; une sensation de constriction au niveau de l'épigastre. Depuis quinze jours, le malade éprouve des fourmillements continuels dans le petit doigt et l'annulaire de la main gauche.

En 1862, amaigrissement prononcé. Pupille gauche plus dilatée que la droite. Le malade est très-agité. Tremblements et incoordination dans les mouvements des jambes et des bras. Rétention d'urine. Démence paralytique.

Autopsie le 16 août 1862. La dure-mère et la pie-mère rachidienne sont injectées et adhérentes entre elles. Toute la moelle est ramollie. Les faisceaux postérieurs dans toute leur longueur sont gris, gélatineux, principalement dans les régions supérieures où la coloration morbide est uniforme, tandis qu'à la région dorsale elle est interrompue par des stries blanches. Dans les régions inférieures, la coloration devient plus blanchâtre.

La dégénérescence s'étend à la moelle allongée, mais surtout à la périphérie. Dans le plancher du quatrième ventricule, dans le voisinage des corps restiformes, on peut reconnaître encore une stratification grise, superficielle. Dans le cerveau, il n'y a rien de bien anormal. Sa consistance est diminuée, sa substance est très-pâle; le quatrième ventricule est dilaté. Les racines postérieures sont grises, dégénérées. Nous passerons sous silence l'examen microscopique qui révèle les mêmes altérations que dans le tabes dorsal.

(V. C. Westphall, L. cit.).

Des faits analogues ont été recueillis par d'autres auteurs allemands. Eisenmann nous apprend que Türk a observé deux fois la dégénérescence grise des faisceaux postérieurs de la moelle sur des individus qui avaient présenté pendant leur vie, outre les symptômes du tabes dorsal, une altération mentale très-prononcée (démence paralytique), et « on trouva à la mort une adhérence des membranes cérébrales avec la face supérieure du cerveau, comme on le voit dans la paralysie générale des aliénés. » (Eisenmann, *die Beveyungs-Ataxie*, p. 144). Hoffmann avait, en 1854, rapporté un fait analogue (un cas de maladie de la moelle épinière et de faiblesse d'esprit. *Zeitschrift sur Psychiâtrie*, XIII, p. 209). Steinthall considère la naïveté, la faiblesse d'esprit (geitesschwache), comme des symptômes constants, évidents du tabes dorsal.

Ces observations, et les auteurs que je viens de citer, affirment que la paralysie générale et l'ataxie locomotrice progressive s'associent, et que la première de ces deux maladies peut survenir à une période avancée de la seconde. La clinique a, de son côté, signalé cette complication. Comme on le verra dans l'observation suivante, dont je pourrais multiplier les

exemples, et qui prend une signification plus concluante en présence de la sanction fournie par l'anatomie pathologique.

Observation. — Homme d'environ 50 ans qui avait été atteint, quatre ou cinq ans auparavant, de diplopie, de strabisme, d'un commencement d'amaurose, de douleurs très-aiguës dans les jambes, se manifestant par accès, et consistant en des élancements rapides. Le désordre dans la marche était peu appréciable. Cependant, quand le malade se retournait un peu brusquement, il vacillait sur ses jambes. M. Duchenne, qui le vit à cette époque, diagnostiqua une ataxie locomotrice progressive à sa première période.

Il y a treize mois environ, la parole commença à s'embarrasser et la mémoire à s'affaiblir. Ces symptômes augmentèrent graduellement, et il est arrivé aujourd'hui à un degré avancé de paralysie générale.

La démence survint et fit de grands progrès. Cependant l'incoordination n'est pas appréciable, et l'on ne constate rien dans la marche que l'on ne voit dans les maladies simplement paralytiques.

(Dujardin-Baumetz, thèse 1862, p. 75, et *Gazette des Hôpitaux* 1861.)

On ne peut pas objecter que, dans les faits qui précèdent, il n'a existé que cette faiblesse ataxiforme que j'ai signalée en commençant. Le diagnostic est légitimé dans les deux premières observations par l'anatomie pathologique; dans la troisième, les symptômes de l'ataxie locomotrice progressive ont été dominés à un moment donné par ceux de la paralysie générale : *Duobis malis simul abortis, vehementiùs obscurat alterum.*

En résumé, la paralysie générale et l'ataxie locomotrice progressive peuvent s'associer. Quand la première débute ou quand ces deux maladies se développent parallèlement, les symptômes s'obscurcissent réciproquement, et il est difficile de démêler ce qui appartient en propre à l'une et à l'autre. Quand l'ataxie progressive est la première à se manifester, on voit la paralysie générale survenir graduellement, jusqu'au moment où elle domine et semble régner seule. Dans ce cas, elle paraît être la continuation, la seconde étape de l'ataxie progressive. Ce fait ne doit pas être perdu pour le pronostic.

La comparaison des lésions anatomiques explique cette solidarité. « En présence de ces lésions, ai-je dit ailleurs (*Gazette médicale de Lyon*, octobre 1864), n'est-on pas involontairement conduit à rapprocher l'ataxie locomotrice progressive de la paralysie générale des aliénés? Dans cette dernière maladie, on trouve en effet des altérations des enveloppes cérébrales amenant à leur suite une atrophie des éléments nerveux des couches corticales du cerveau. Les lésions se développent, comme dans l'ataxie progressive, avec une lenteur extrême, subissant de temps en temps des arrêts qui se traduisent par des rémissions dans les symptômes. Les deux maladies sont également progressives : l'une se traduit par l'ataxie de l'intelligence, l'autre par l'ataxie des mouvements. Enfin, ces deux maladies aboutissent également à un terme fatal. Un dernier point de rapprochement entre la méningo-encéphalite chronique des aliénés et la méningo-myélite chronique de l'ataxie, c'est la coïncidence de ces deux maladies. »

LUXATION DE L'ÉPAULE EN AVANT.

Luxation costo-claviculaire droite ancienne non réduite, irréductible. — Opération proposée.

Par M. le docteur Amédée Paris (d'Angoulême).

(Travail présenté à l'Académie de médecine le 13 septembre 1864.)

Le 24 mai 1862, M. le docteur Petitjean, de Belfort (Haut-Rhin), nous invita, M. le docteur Frétin, médecin-major au 86e de ligne, et moi, à lui donner notre avis sur l'opération qu'il serait convenable de pratiquer pour rendre au membre supérieur droit d'un homme qui le consultait les mouvements qu'il avait perdus par suite d'une luxation costo-claviculaire de la tête de l'humérus droit.

Cet homme, domestique dans une ferme des environs, est âgé de cinquante-trois ans; il est fort, sanguin.

Il nous raconte qu'il y a un an, il était monté sur une voiture, et se disposait à saisir une botte de paille que lui tendait son maître quand cette botte s'échappa de ses mains. Il voulut l'arrêter dans sa chute, perdit l'équilibre et tomba en dehors de la voiture; son coude droit toucha violemment le sol. Il resta étendu et pendant quelques instants sans connaissance.

Transporté au domicile de son maître, il revint à lui, et éprouva une douleur atroce à l'épaule, à l'aisselle droites, en avant et en haut du côté de la poitrine. On le déshabilla, et l'on reconnut que le membre inférieur droit avait diminué de beaucoup en longueur; que l'épaule était déformée, et qu'à droite, en avant et en haut, la poitrine présentait une tumeur oblongue, dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Les mouvements du membre étaient impossibles. Un médecin se livra, avec la coopération de quatre vigoureux garçons de ferme, à des tractions très-fortes, qui n'amenèrent que de nouvelles douleurs sans avantage pour la mobilité du membre; les tentatives furent répétées le lendemain sans produire des résultats plus satisfaisants. Désespérant d'obtenir la réduction de la luxation, le médecin prescrit d'appliquer sur l'épaule et la poitrine des compresses résolutives.

Pendant deux mois, le malade fut en proie aux douleurs les plus vives; les accidents inflammatoires furent violents, puis ils s'apaisèrent. Le membre continua d'être immobile, et le malheureux domestique demanda l'avis de plusieurs médecins; tous déclarèrent sa maladie incurable. C'est dans cet état qu'il se présenta à mon observation.

Le membre supérieur droit est raccourci; il mesure 8 centimètres de moins que son congénère. Il est amaigri et paralysé. Le pouls radial est lent et faible; la région deltoïdienne est creusée d'un sillon longitudinal. Le doigt rencontre la cavité glénoïde, l'apophyse coracoïde et l'acromion indépendants de la tête de l'humérus. L'aisselle est également déformée. L'angle axillaire a disparu, et à sa place on trouve une tumeur pyriforme, à grosse extrémité tournée en haut, couchée transversalement, et dirigée de haut en bas et d'avant en arrière. Cette tumeur présente à son bord inférieur un corps dur, arrondi, que l'on suit du doigt, qui se lie au corps de l'humérus, et se termine en avant et au-dessous du tiers moyen de la clavicule par une extrémité globuleuse. Elle est constituée par la tête de l'humérus.

Les vaisseaux et les nerfs axillaires ont été sans aucun doute contusionnés, peut-être même déchirés.

Il n'y a pas de tumeur anévrysmale.

Le malade n'accuse que quelques douleurs, qui semblent liées aux changements atmosphériques.

MM. Petitjean et Frétin proposent de tenter la réduction de la luxation. J'objecte :

1° L'ancienneté de cette luxation, difficile à réduire quand elle vient d'être produite;

2° La longueur du chemin à faire parcourir à la tête de l'humérus;

3° Les adhérences nombreuses et puissantes contractées par l'humérus, la résistance des pectoraux.

Cependant, il convient d'agir en vue des intérêts de cet homme et de la science.

Le bras droit sera privé de mouvements s'il reste dans l'état où il se trouve; il y a une luxation costo-claviculaire qui s'oppose aux mouvements du bras; cette luxation est irréductible.

Partant de ces données, je propose l'opération suivante :

1° Réséquer l'humérus;

2° Rapprocher la partie inférieure réséquée de cet os de la cavité glénoïde;

3° Rétablir l'articulation par les moyens ordinaires;

4° Laisser l'extrémité supérieure de l'humérus à la place qu'elle occupe, puisque son extraction ne serait d'aucune utilité pour l'usage des pectoraux et qu'elle ne donne lieu à aucune gêne. Cette opération serait faite ainsi :

Au niveau du creux axillaire et sur son bord inférieur, je pratiquerais une incision longitudinale parallèle au bord inférieur de l'humérus. Cette incision s'étendrait du bord externe du grand pectoral à 4 centimètres de distance en arrière; elle irait en profondeur jusqu'à l'os. Aux extrémités de cette première incision et perpendiculairement à celle-ci, je conduirais deux autres incisions de 4 centimètres de longueur et qui iraient également en profondeur jusqu'à l'humérus. Le lambeau disséqué et relevé permettrait d'atteindre l'humérus et de réséquer cet os à l'aide d'une scie à chaîne conduite par une aiguille courbe ou une aiguille de Deschamps, qui contournerait l'os sans léser les parties voisines. Le malade serait couché horizontalement, le membre supérieur droit placé sur un coussin garni d'une toile imperméable et disposé en gouttière à son angle inférieur externe, de manière que si la réaction était trop vive on pût la modérer par des ablutions froides sans être obligé de déplacer le bras. L'extrémité supérieure de l'humérus serait rapprochée de la cavité glénoïde et maintenue dans cette position par le décubitus. La plaie serait fermée par des bandelettes agglutinatives, qui laisseraient entre elles une ouverture par laquelle s'échapperaient les produits de la suppuration. Les mouvements de la nouvelle articulation seraient ensuite obtenus à l'aide des mêmes précautions que l'on prend après la résection ordinaire de la tête de l'humérus.

Le malade nous quitta, promettant de revenir. Nous l'attendîmes vainement.

L'opération que je proposai n'a donc pu être pratiquée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 avril 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Les *Archives générales de médecine.*

— M. Favre, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une pince dilatatrice à trois branches pour l'opération de la trachéotomie, construite sur le modèle de la pince du docteur Laborde, et heureusement modifiée.

— M. Larrey fait hommage à la Société d'une brochure de M. de Græfe, de Berlin, intitulée : *Note sur la guérison du glaucome au moyen d'un procédé opératoire.* — 1857.

— M. Richet dépose sur le bureau, au nom de M. Sirus-Pirondi, deux brochures intitulées : l'une *Quelques mots sur la vaccine et la vaccination*, l'autre *Quelques observations de chirurgie usuelle.*

Il présente une observation de M. Duboué sur un cas d'*hématocèle utéro-ovarienne intra-péritonéale.*

Cette observation sera publiée dans le bulletin.

A propos du procès-verbal :

M. Follin met sous les yeux de la Société deux nouvelles pièces depuis longtemps préparées d'*ossifications sous-choroïdiennes.*

Dans l'une de ces préparations, on peut voir des dépôts osseux placés tout à la fois en avant et au-dessous de la choroïde

M. Perrin. Je dirai d'abord, pour tenir la promesse que j'ai faite mercredi dernier, que le cristallin d'apparence osseuse que j'ai présenté dans la dernière séance, examiné au microscope, s'est montré composé uniquement de concrétions calcaires. Nulle part on n'y pouvait découvrir de corpuscules osseux.

Ce point élucidé, je demanderai à la Société la permission de lui faire voir une nouvelle pièce consistant en un œil dont toute la cavité est remplie par une masse colloïde, qui n'est autre chose que la choroïde considérablement hypertrophiée. L'examen microscopique a permis de constater là des globules sanguins altérés, et des granulations calcaires dans les points où se voyait à l'œil nu des plaques blanches disséminées. Le cristallin, entièrement noir, ne renferme cependant pas trace de pigment.

M. Blot. Je dirai, à propos de la présentation de M. Perrin, qu'il y a déjà bien longtemps, alors que je faisais répéter, à l'amphithéâtre de Clamart, les exercices de médecine opératoire, j'ai rencontré sur un cadavre deux cas de cataractes noires dans lesquels, contrairement au fait montré par M. Perrin, les cristallins, examinés au microscope par M. Robin et par moi, renfermaient une abondante matière noire, granulée, d'apparence pigmentaire. Chose assez singulière, tandis que ces cristallins étaient parsemés de pigment, la choroïde en était presque complétement dépourvue.

COMMUNICATION.

M. Leroy d'Étiolles, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, lit un travail intitulé : *De l'adhérence des calculs. — Des tumeurs fongueuses vésicales.*

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Trélat, Dolbeau et Panas.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. Bouvier. Il n'est pas inutile peut-être de rappeler que l'intéressante communication de M. Verneuil est le texte de cette discussion. D'accord avec mon savant collègue sur les points les plus essentiels, je commencerai cependant par deux petites critiques qui se sont déjà produites, mais auxquelles il ne s'est pas rendu.

1° Il m'a semblé que M. Verneuil voyait dans le spasme, non un simple effet de la coxalgie, mais un élément primitif, distinct, de la maladie. Le spasme, a-t-il dit, existe seul dans la coxalgie hystérique; il peut *ouvrir la marche* dans les autres formes.

Mais *coxalgie* se dit, par abréviation, pour *coxarthralgie*, ou, si l'on veut, pour *coxarthrite;* car cette affection est généralement une arthrite coxo-fémorale. Ce serait porter la confusion dans le langage que de donner le nom de *coxalgie* à une simple contracture hystérique, sans lésion articulaire. Cette première sorte de spasme n'a donc rien à faire avec la maladie qui nous occupe. Je ne comprendrais l'appellation de *coxalgie hystérique* que si on l'appliquait à une affection de l'articulation de la hanche, compliquée de symptômes hystériques.

Quant au spasme qui se lie à la vraie coxalgie, il n'est pour moi, comme pour tout le monde, ou à peu près, qu'une conséquence de la lésion articulaire, et il ne la précède dans aucun cas. Je sais bien qu'on a imaginé une *première période* de la coxalgie, purement *dynamique*, sans lésion organique, — quoique avec épanchement, — caractérisée par une lésion nerveuse primitive, produisant le spasme, et de plus, par la *paralysie des nerfs organiques;* mais cette doctrine n'a pas franchi, que je sache, les colonnes du journal dans lequel elle a été publiée, et je ne suppose pas qu'elle ait exercé quelque influence sur la manière de voir de M. Verneuil.

Peut-il arriver que l'affection articulaire, à son début, ne soit qu'une hydarthrose, sans aucun caractère inflammatoire? Je ne prétends pas que ce soit impossible; mais je n'en connais pas d'exemple clairement démontré.

2° M. Verneuil préfère, pour la coxalgie, à la division anatomique généralement adoptée, l'ancienne division appliquée par B. Bell aux tumeurs blanches en général; il distingue la coxalgie en rhumatismale et scrofuleuse; je fais abstraction, d'après ce que je viens de dire, de sa troisième espèce, la coxalgie hystérique. L'un de nos collègues, M. Richet, dans son excellent travail sur les *Tumeurs blanches*, couronné en 1851 par l'Académie de médecine, a déjà montré que cette division pêche, d'une part par son insuffisance, et en second lieu par le vague de son application.

Le reproche d'insuffisance a déjà été adressé à la classification de M. Verneuil. Outre les coxalgies typhiques et exanthématiques que l'on a rappelées, il y a encore d'autres espèces étiologiques, qui ne trouvent pas place dans cette classification. Telles sont les coxalgies *traumatiques*, que je serais peut-être en droit de mettre en tête dans l'ordre de fréquence. Qui ne connaît les remarquables observations de J.-L. Petit (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1722), de Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. V, 4°), et autres! Quel est le chirurgien d'hôpital qui n'ait encore vu, de nos jours, la coxalgie se montrer à la suite de la contusion ou de l'entorse de l'articulation de la hanche?

A part les cas, relativement peu nombreux, de maladie strumeuse évidente ou de rhumatisme manifeste, rien de plus vague que la détermination de la nature scrofuleuse ou rhumatismale de la coxalgie. Il ne suffit pas qu'elle affecte des enfants, qu'elle coïncide avec le tempérament lymphatique, pour prononcer que la maladie est scrofuleuse. Combien de fois n'arrive-t-il pas, suivant la juste remarque de M. Bauer, que l'on prend pour les attributs de la scrofule la pâleur, l'émaciation, la débilité générale, qui attestent les ravages, et non l'origine constitutionnelle d'une coxalgie plus ou moins ancienne! Mettez plusieurs praticiens en face de ce problème étiologique; vous en trouverez à peine deux qui soient d'accord sur la nature du mal. M. Verneuil nous a dit n'avoir presque traité que des coxalgies scrofuleuses. D'un autre côté, M. Gaillard (de Poitiers), dans une communication récente qu'il a faite à l'Académie de médecine, affirme n'avoir eu affaire qu'à des coxalgies rhumatismales. Or ce sont, en grande partie, des cas fort analogues, sinon identiques, que nos deux honorables confrères ont ainsi désignés chacun à sa manière.

Diagnostic de la coxalgie. — Tout le monde a été d'accord sur le défaut de signe pathognomonique de la coxalgie. Comme l'a fort bien dit M. Dolbeau, ce n'est que l'ensemble des symptômes qui peut établir sûrement le diagnostic. Cet ensemble se compose de cinq signes principaux, qui sont : l'attitude spéciale du corps, la rigidité de l'articulation, la claudication, la déformation, la douleur spontanée ou provoquée. La réunion même de ces signes ne conduit à la certitude qu'autant qu'on a recherché avec soin les signes négatifs des affections qui peuvent simuler la coxalgie.

C'est dans ses plus faibles degrés qu'il importerait le plus de reconnaître la coxalgie, comme lorsqu'elle est à son début, ou lorsque, après une certaine durée, elle a considérablement diminué d'intensité; car ce n'est qu'alors qu'on peut espérer une guérison radicale, c'est-à-dire telle que l'articulation revienne complétement à l'état normal. Mais c'est précisément dans cette forme légère que le diagnostic est le plus obscur. Au lieu des cinq caractères réunis que je rappelais il n'y a qu'un instant, c'est à peine si l'on trouve en pareil cas un ou deux signes manifestes, l'extension de la cuisse un peu moins étendue que du côté sain, une claudication passagère, qui ne se montre souvent qu'après une marche un peu prolongée et qui peut échapper à la première vue. C'est dans des conditions semblables que l'on peut tirer parti de ce signe *des maquignons*, que M. Marjolin nous a fait connaître, en *écoutant* le mouvement alternatif des membres inférieurs dans la marche.

Que faire dans ces cas douteux? Évidemment il faut se conduire comme s'il y avait coxalgie; car il n'y a pas d'inconvénient à prendre

des précautions superflues si l'on est dans l'erreur, et il y en aurait beaucoup à laisser le mal s'aggraver, s'il existait réellement.

Plus tard, tous les symptômes sont plus accusés, et certains d'entre eux surtout sont d'une grande utilité pour le diagnostic.

M. Verneuil accorde peu de valeur, sous ce rapport, à l'allongement et au raccourcissement apparent, parce qu'ils peuvent alterner, dit-il, d'un jour à l'autre. Je n'ai observé ces variations qu'au début de la maladie; mais, bientôt après, il s'établit une attitude fixe, qui ne change plus que par l'effet de causes toutes spéciales. Outre la flexion de la cuisse, qui est à peu près constante, la rotation en dehors ou en dedans, qui se lie ordinairement, l'une à l'abduction, l'autre à l'adduction permanente, ces deux dernières positions sont grandement à considérer, surtout à cause de leur influence sur la direction du bassin. Je regrette, à ce point de vue, que nous ne possédions pas d'autres expressions pour désigner l'agrandissement et la diminution de l'angle formé en dedans par le bassin et le fémur; car les noms d'*abduction* et d'*adduction* s'entendent principalement des mouvements latéraux exécutés par le membre inférieur lui-même, tandis que, dans la coxalgie, ces mouvements latéraux se passent bien plutôt dans le bassin, le membre inférieur devenant leur point fixe. Ce mouvement du bassin dans l'articulation affectée se combine alors avec des mouvements qui ont lieu dans l'articulation du côté sain, dans celles du bassin avec le rachis et des dernières vertèbres entre elles, et c'est ainsi que se produisent, sans que la tête et le pied cessent de rester en face l'un de l'autre, soit l'abaissement du bassin du côté malade, attitude de l'abduction articulaire, avec allongement apparent du membre, soit l'élévation du bassin, attitude de l'adduction, avec raccourcissement apparent.

De même que M. Marjolin, dont le procédé d'exploration, fondé sur la différence de niveau des deux genoux, fait bien reconnaître ces inclinaisons du bassin, je pense que les différences de longueur apparente des deux membres qu'elles produisent fournissent un signe précieux, qui, s'il peut tromper, met bien plus souvent sur la voie, au premier coup d'œil, dans la recherche du diagnostic de l'affection.

Je ne puis admettre avec M. Boinet que l'abaissement permanent du bassin se rencontre, comme dans la coxalgie, dans une foule d'autres affections douloureuses du membre inférieur. En général, dans ce dernier cas, cette attitude ne persiste pas dans la position couchée comme l'attitude de la coxalgie. M. Boinet, en ne tenant pas assez compte de ce caractère, n'aurait-il pas pris quelquefois de vraies coxalgies pour des sciatiques?

Suivant M. Verneuil, on verrait aussi souvent le raccourcissement apparent précéder l'allongement que le contraire avoir lieu. J'ai pu m'assurer, comme mon savant collègue, que la première période, dite d'*allongement*, autrefois admise, n'était rien moins que constante; mais j'ai trouvé l'abduction, par conséquent l'allongement apparent, plus fréquent que le raccourcissement dans les premières périodes de la coxalgie. L'allongement peut persister jusqu'à la fin de la maladie, et la période de raccourcissement n'est pas, sous ce rapport, plus réelle que la première, d'autant plus que, comme l'a dit M. Verneuil, le raccourcissement apparent peut se montrer de prime abord, suivi ou non d'allongement. Il est à regretter que MM. F. Martin et Collineau, dans leur ouvrage tout récent, n'aient presque rien dit du raccourcissement apparent, qui n'est guère moins commun que l'allongement.

La rigidité de l'articulation, dans la coxalgie, offre cela de remarquable qu'elle se fait sentir non-seulement dans le sens opposé à l'attitude du membre, mais encore dans les mouvements qui ne font qu'exagérer cette attitude. Ainsi, quoique le membre soit porté dans la flexion, on n'éprouve pas moins de résistance quand on veut augmenter cette flexion que lorsqu'on cherche à ramener le membre dans l'extension. C'est même là un signe de quelque valeur pour établir le diagnostic différentiel. De même, que le membre soit tourné en dedans ou en dehors, la rotation, comme l'a indiqué M. Guersant, est bornée à la fois dans l'un et l'autre sens. C'est par erreur que MM. F. Martin et Collineau ont fait dire à notre collègue que la rotation *en dedans* seule était difficile et douloureuse.

Ceci m'amène à répondre à la question de M. Verneuil touchant la difficulté de l'abduction. J'ai trouvé une gêne semblable dans les mouvements d'adduction et d'abduction; seulement celle de l'abduction est plus facile à constater; la recherche de ce signe est d'une grande simplicité, ce qui le rend plus utile dans l'exploration; mais la résistance du membre dans cette direction n'a rien de spécial, et se retrouve dans les autres mouvements de la jointure.

M. Verneuil a parlé des intermittences de la coxalgie commençante. Cette forme du début m'a paru si commune que j'en ferais volontiers une loi presque générale. Toutefois, cette cessation et ce retour alternatifs des symptômes ne sont, à proprement parler, que des rémittences. Il reste toujours quelques signes de la maladie dans les périodes décroissantes où elle semble guérie aux yeux d'observateurs superficiels ou peu exercés. Je n'en excepterai que les douleurs erratiques du rhumatisme vague, qui peut paraître et disparaître successivement dans la hanche, comme dans les autres jointures; mais cette affection ne constitue pas une véritable coxalgie. La marche de celle-ci est essentiellement continue, et ces rémissions, ces exacerbations, que l'on y observe, dépendent moins sans doute de la nature du mal que de l'influence successive du repos et du mouvement à laquelle les malades sont soumis. Il n'est pas question ici, bien entendu, du caractère intermittent des douleurs et du spasme, qui reviennent souvent, à la manière des névralgies, sous la forme d'accès irréguliers, surtout la nuit.

Il est un cas particulier qui peut embarrasser le diagnostic : c'est la réunion d'une coxalgie avec une luxation congénitale du fémur, coïncidence qui a été rencontrée par Boudet, par M. F. Martin et par moi. J'en citerai l'exemple suivant.

En août 1858, nous fûmes invités par Bonnet, MM. Ad. Richard, Guersant et moi, à assister, rue du Bouloi, à la réduction d'une coxalgie chez une jeune fille de onze ans, amenée de Thionville à Paris pour une affection des deux articulations coxo-fémorales, qui avait succédé, au mois de mars précédent, à une fièvre muqueuse suivie de rhumatisme articulaire; c'était une coxalgie double rhumatismale. Le bassin était fort relevé à gauche, par conséquent l'articulation correspondante dans l'attitude de l'adduction, la droite dans l'abduction. Le fémur gauche était luxé en haut et en dehors; une petite fistule existait à la cuisse droite. Consultés séparément, MM. Malgaigne, Nélaton et moi, nous avions déjà constaté ces faits.

Après trois quarts d'heure d'efforts sur les deux membres pendant le sommeil de l'éthérisation, après la section des adducteurs de la cuisse gauche, le bassin était droit, la longueur des deux membres égale; mais la luxation persistait à gauche. J'explorai la hanche droite et j'y trouvai tous les signes d'une luxation semblable à celle du côté opposé. Les deux coxalgies étaient entées sur deux luxations, qui devaient être congénitales. Nous avions été trompés, Bonnet, les autres consultants et moi, par un commémoratif inexact et par l'aspect tout différent que l'attitude opposée des deux membres donnait aux deux régions atteintes du même vice de conformation. Bonnet ne parait pas avoir reconnu la vérité; du moins il n'en dit rien dans l'observation qu'il publia peu de temps après. Les dernières nouvelles que l'on a eues de la malade ne vont pas plus loin que la fin d'octobre 1858; elle n'avait plus alors le bandage amidonné, et n'était contenue que par la gouttière de Bonnet; on lui avait fait faire quelques pas avec des tuteurs articulés, en la soutenant sous les bras; les deux membres avaient conservé leur rectitude; l'état général était satisfaisant.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à une place de membre titulaire.

M. Chassaignac, rapporteur, termine en proposant la liste suivante :

En 1re ligne, M. Tarnier;
En 2e ligne, M. Labbé;
En 3e ligne, *ex æquo*, MM. Després et Tillaux;
En 4e ligne, M. Leroy d'Étiolles.

A cinq heures et demie la séance est levée.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

1. De l'anthrax et de son traitement chirurgical, par M. Cougouleux.
2. Quelques considérations sur la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens, par M. Ferreira de Lemos.
3. De l'influence des déviations vertébrales sur les fonctions de la respiration et de la circulation, par M. Sottas.
4. De la méthode statico-dynamique ou des glonocomes du docteur Dauvergne dans le pansement des fractures des membres inférieurs, par M. Dauvergne fils.
5. De la narcéine, par M. Bouchardat.
6. Considérations thérapeutiques sur les composés ammoniacaux, par M. Érambert.
7. Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées, par M. Bernadet.
8. Nature et mode de généralisation des affections cancéreuses, par M. Chaillou.
9. La phthisie ou la fièvre typhoïde sont-elles plus rares dans les pays marécageux? par M. Lotte.
10. De la tuberculisation des organes génitaux de la femme, par M. Brouardel.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le 21 avril 1864.

Ordre du jour :

M. Gros : Rapport sur le Mémoire de M. Deville : *Mortalité du département de la Seine pendant vingt-quatre ans.*

M. Cavasse : Rapport sur le Mémoire de M. le docteur Marx : *Des accidents fébriles à formes intermittentes qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.*

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire (semestre d'été) le vendredi 21 avril, à quatre heures, amphithéâtre n° 8 de l'École pratique, pour le continuer les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Beyran commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 17 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants. Cette partie du cours sera consacrée aux affections de l'urèthre et du col de la vessie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 46. — MARDI 18 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 18 AVRIL 1865. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 AVRIL 1865.

Sur la discussion relative à la localisation du sens de la parole.

L'Académie des sciences nous laissant du loisir et de l'espace, nous en profiterons pour continuer notre appréciation de l'état de la question débattue en ce moment à l'Académie de médecine.

Nous avons dit dans le numéro de jeudi dernier quelle était la situation qui était faite aux contradicteurs de l'opinion de M. Lélut sur la question des rapports des actes de l intelligence avec les lésions générales ou partielles du cerveau. Cette situation, personne n'était mieux à même d'en profiter que M. Bouillaud. Quel parti en a-t-il tiré? c'est ce que nous allons examiner.

M. Bouillaud est un de ceux qui, suivant une expression de M. Lélut, ont essayé de porter les lumières de la physiologie dans les repaires de l'anatomie du système nerveux. Partisan de la doctrine de Gall, non pas de cette trop fameuse crânioscopie tombée depuis longtemps sous les coups répétés du ridicule, et qui n'a été qu'une application prématurée et maladroite d'un principe général d'organologie encéphalique, mais partisan de cette doctrine en tant qu'expression de ce principe même d'après lequel le cerveau serait un composé d'organes multiples et divers à chacun desquels serait dévolue une action physiologique spéciale, M. Bouillaud avait à la défendre contre l'arrêt sommaire de condamnation formulé dans le rapport de M. Lélut.

Dans cette défense, M. Bouillaud a dû faire la part du feu, et elle a été considérable; cette part faite, on sait, en effet, ce qui reste : une proposition, celle que nous venons de rappeler. Mais ce serait beaucoup déjà si cette proposition pouvait être vérifiée par les faits, ne fût-ce que sur un point seulement. C'est ce que M. Bouillaud s'est cru en mesure de faire. Conduit lui-même par des observations pathologiques multipliées à confirmer les idées de Gall sur un point particulier, celui de la localisation du sens de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, il avait donc à défendre, en même temps que les idées de son maître en phrénologie, les résultats de ses propres recherches.

Les premiers faits remontent déjà loin. Nous ne referons pas ici l'historique que M. Bouillaud a si bien exposé dans son argumentation. Aux faits nombreux qu'il a constatés lui-même sont venus s'ajouter successivement ceux de M. Dax, le père de l'auteur de la communication qui a fait le sujet du rapport, et qui a le premier localisé le siége de la parole dans l'hémisphère gauche du cerveau; ceux de MM. Auburtin et Broca qui ont servi de texte à la discussion de la Société d'anthropologie; ceux de M. Charcot; le fait de M. Trousseau rapporté dans ses leçons sur l'*aphasie;* ceux qu'a publiés récemment M. le docteur A. Voisin dans la *Gazette des Hôpitaux*; ceux enfin que renferme le travail de M. Dax fils, et d'autres encore venus de divers points.

On ne peut se dissimuler que cette masse de faits presque tous concordants ne constitue un ensemble imposant de témoignages en faveur de la proposition énoncée pour la première fois en 1825 par M. Bouillaud, et poursuivie depuis par lui et ses élèves avec tant de zèle et de persévérance.

Mais à côté de ces faits, il faut bien le dire, il en est d'autres qui viennent, soit par des témoignages négatifs, soit par des témoignages contraires, troubler la satisfaction des localisateurs et jeter le doute et l'incertitude dans l'esprit de tous ceux qui n'ont aucun parti pris d'avance dans la question.

Déjà en 1848, lorsque M. Bouillaud fit sa deuxième communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, on lui opposa un fait observé par Bérard, dans lequel il s'agissait d'un carrier qui eut les deux lobes antérieurs du cerveau atteints par un éclat de mine et qui conserva l'usage de la parole jusqu'à ses derniers moments. Plus tard le docteur Kemmerer publia une observation de lésion des lobes antérieurs du cerveau sans altération de la parole. On connaît le fait qu'a objecté M. Lélut d'un sujet épileptique chez lequel la réduction en bouillie de tout l'hémisphère cérébral gauche avait laissé jusqu'au dernier moment la parole intacte. Dans ces dernières années, M. Charcot, qui avait fourni déjà plusieurs faits à l'appui de ceux de M. Broca, a rencontré un cas d'abolition complète de la faculté de la parole sans lésion d'aucune des circonvolutions frontales, et un autre dans lequel la parole avait été conservée avec un ramollissement très-étendu de la face externe du lobe frontal du côté droit, avec atrophie presque complète des circonvolutions du même côté. Une observation du même genre avait été publiée à peu près à la même époque par M. Parrot. Enfin M. Hérard a cité l'exemple de deux malades ayant perdu la parole avec intégrité des lobes antérieurs du cerveau, la lésion siégeant dans le lobe moyen, et M. Delasiauve dit avoir vu plusieurs cas d'aphémie sans que la lésion cérébrale eût de siége précis.

Nous n'avons pas la prétention, en rappelant ces faits, de les considérer tous comme également probants et de les opposer *in globo* comme une fin de non-recevoir à la doctrine de la localisation. Et d'abord, il faudrait bien s'entendre sur les limites de cette localisation. Si l'on s'en tient à la détermination un peu vague et un peu élastique de M. Bouillaud, les lobes antérieurs, on se trouvera dans la nécessité d'admettre indistinctement tous les cas où il y aura ou une lésion de l'un ou de l'autre côté, une lésion superficielle ou une lésion profonde, et l'on s'enlèvera le droit de récuser certains faits, comme les deux premiers que nous avons cités par exemple, et dans lesquels les observateurs n'indiquent pas l'étendue des désordres constatés. Que si l'on circonscrit, avec M. M. Dax, la lésion de la fonction de la parole au côté gauche, ou si l'on admet la délimitation beaucoup plus précise et plus rigoureuse encore de M. Broca à la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté gauche, un plus grand nombre de ces faits échappera à la loi que l'on prétend établir, et quelques-uns d'entre eux perdront complétement la valeur ou la signification qu'on a cherché à leur donner.

Mais à quelque point de vue que l'on se place, et quelle que soit la circonscription qu'on adopte, il en est un, parmi ces faits, qui se soustrait à tout accommodement avec la doctrine, c'est le premier des deux faits de M. Charcot, celui où, après avoir bien manifestement constaté l'abolition de la parole, on n'a trouvé aucune trace d'altération dans le lobe antérieur gauche, pas plus dans la troisième circonvolution que dans les deux autres.

Nous aurions aimé à entendre M. Bouillaud discuter ces faits, au lieu de se borner à ne rappeler que ceux qui sont favorables à sa doctrine. Nous ne lui dirons pas, comme jadis M. Rochoux : eussiez-vous cent faits positifs à nous produire, du moment où il y a un fait négatif à vous opposer, vos faits positifs n'ont plus aucune valeur. Non; mais en présence de ce fait négatif, et il n'est malheureusement pas le seul, nous ne reconnaissons pas à M. Bouillaud le droit de proclamer que si la localisation du sens de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau n'est pas démontrée, il n'y a rien de démontré en physiologie. Nous dirions bien moins encore, il est vrai, avec M. Lélut, qu'il n'y a rien à faire, rien à chercher, rien à trouver, en fait de localisation des fonctions intellectuelles dans le cerveau. Nous croyons que nous serons beaucoup plus près de la vérité en disant : Des faits anatomo-pathologiques, déjà nombreux, tendent à faire considérer comme très-probable un rapport anatomo-pathologique entre l'abolition ou l'altération de la fonction de la parole et l'existeuce d'une lésion plus ou moins circonscrite dans l'un des points des hémisphères cérébraux, et plus présumablement dans l'hémisphère gauche. Mais il faut attendre encore des observations nouvelles, recueillies avec toute l'attention et tout le soin qui ont été apportés à l'étude des derniers faits, et soumises à la plus scrupuleuse analyse, avant de formuler cette proposition en termes affirmatifs.

M. Trousseau doit prendre la parole, dit-on, dans la prochaine séance. Nous verrons si ce qu'il a à dire sera de nature à modifier cette première impression. — Dr Brochin.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Des névroses,* par le docteur AXENFELD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux (1).

II. *De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux, etc.,* par le docteur Charles ISNARD, de Marseille (2).

I.

Depuis un quart de siècle environ, toute la pathologie du système nerveux se réédifie sur des bases qui reposent elles-mêmes sur les données de la physiologie expérimentale et de l'anatomie pathologique. MM. Claude Bernard et Longet sont en France les deux savants qui ont fourni la première et plus sérieuse impulsion à cette partie de la science, et tous les travaux qui depuis ont été entrepris se ressentent de l'esprit de méthode, de précision, de judicieuse observation qui a toujours guidé ces physiologistes dans leurs remarquables recherches.

Les travaux sur la névrologie sont nombreux, et, parmi eux, se rencontrent de très-remarquables monographies : nous n'avons qu'à citer la thèse d'agrégation de M. Laboulbène sur les *Névralgies viscérales,* les ouvrages de MM. Gros et Lanceraux sur les *Affections nerveuses syphilitiques,* de MM. Chomel, Nonat, Guipon sur les *Dyspepsies,* de M. P. Topinard, de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'*Ataxie locomotrice,* etc., etc., sans compter les nombreux mémoires présentés à l'Institut, à l'Académie de médecine, et dans les sociétés savantes. C'est surtout à cette source que les praticiens doivent puiser pour avoir une connaissance à peu près complète et exacte des maladies nerveuses.

Ces recherches, ces études sont longues et ne sont pas toujours possibles pour les praticiens, qui depuis longtemps réclamaient un traité nouveau et complet des névroses. Cette partie assurément est remarquablement faite dans l'ouvrage de Valleix; mais depuis sa mort la science a marché. Par sa position à la Faculté de médecine et dans les hôpitaux, M. Axenfeld se trouvait mieux que personne en demeure de faire ce livre, et il l'a fait.

On se rappelle qu'en 1843, MM. Nélaton et Requin entreprirent un traité complet de pathologie, traité qui eut le sort fâcheux d'être inachevé de part et d'autre. La mort prématurée de l'un, les exigences de la pratique de l'autre nécessitèrent l'intervention de collaborateurs. M. Axenfeld s'est trouvé modestement le collaborateur ou mieux le continuateur de Requin, et son *Traité des névroses* est la monographie de ces maladies qui formait la très-grande partie du tome IV de la *Pathologie médicale* de Requin. L'éditeur a cru bien faire — et il a réussi — en détachant cette partie qui forme un volume de 570 pages, ouvrage qui vient d'être apprécié par l'Académie de médecine, comme il le devait être, et qui a valu à son auteur une récompense fort honorable (1864).

Rappeler que ce livre a été ainsi jugé par l'Académie, c'est dire sa valeur intrinsèque; rappeler que l'auteur est bibliothécaire à la Faculté de médecine, c'est dire qu'il possède une érudition de bénédictin. Aussi rien ne lui a échappé de tout ce qui a été fait et écrit jusqu'à ce jour sur les névroses en France, en Angleterre et surtout en Allemagne, dont l'idiome lui est si familier. Chaque chapitre est précédé d'une bibliographie complète et précieuse pour ceux qui veulent se livrer à des recherches originales.

M. Axenfeld entre en matière par un très-intéressant chapitre de considérations générales sur le système nerveux qu'il appelle l'instrument des facultés intellectuelles et effectives, le conducteur et le réceptacle des sensations, le foyer et le conductenr de la motilité, etc. C'est le plus souvent par des troubles que se traduisent les symptômes des maladies.

Mais, si l'on va plus loin dans la science, on ne tarde pas à s'apercevoir que la nature des maladies nerveuses est ce que l'on connaît le moins; qu'on sait à peu près ce que ne sont pas les névroses, mais qu'en revanche on ignore à peu près aussi ce qu'elles sont en réalité.

C'est Cullen qui le premier les dégagea du cadre nosologique et qui créa ainsi le groupe des névroses.

M. Axenfeld a classé les névroses d'après la nature des fonctions nerveuses atteintes par la maladie. Il établit :

1° Des névroses de l'*intelligence,* ou vésanies qui sont décrites à part;

2° Des névroses de la *sensibilité,* qu'il divise en hyperesthésies et en anesthésies. Dans les premières sont les névralgies proprement dites et les viscéralgies, dans les secondes sont les paralysies du sens ou du sentiment;

3° Des névroses de la *motilité,* divisées en hypercinèses (convulsions, spasmes, etc.) et en acinèses (paralysies);

4° Des névroses *mixtes,* c'est-à-dire intéressant à la fois plusieurs de ces fonctions.

(1) Chez Germer-Baillière. 1864. 1 vol. in-8. Prix 7 fr.

(2) Chez Victor Masson. 1865. 1 vol. in-8. Prix 4 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NATALIS GUILLOT.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale.

(Recueillie par M. le docteur A. PROUST, chef de clinique de la Faculté.)

Messieurs,

Il est, je crois, fort utile, en commençant ces leçons, de savoir quel est le terrain que nous allons parcourir, de connaître les moyens dont on s'est servi pour en jalonner la surface. Chaque clinicien, en effet, n'a pu être que le reflet de l'époque à laquelle il a vécu, et le plus habile a été celui qui a le mieux su faire rejaillir autour de lui l'éclat emprunté aux sciences et aux hommes qui l'environnaient. Il s'en est donc suivi qu'à chaque époque l'enseignement clinique a eu un caractère tout particulier.

Nous nous rappelons, non sans surprise, les premières cliniques dont l'histoire transmet le récit. Dans les temps les plus reculés, la médecine, telle même que nous la voyons dans les écrits hippocratiques, ne nous paraît qu'un assemblage d'assertions et de formules qui nous semblent fort bizarres. On comprend, en les lisant, les malades portés dans les temples et dans les marchés pour y entendre l'arrêt ou le conseil du premier passant. Ce sont ces exemples cliniques que l'on inscrivait dans les temples de l'antiquité. A vrai dire, la première clinique s'est faite en plein air, et assurément par des gens dont les connaissances étaient tout à fait dénuées de précision. Aujourd'hui, après un intervalle de bien des siècles, l'étendue des connaissances qui concourent à la perfection de la clinique est bien éloignée du point de départ, et nous pouvons suivre avec des méthodes sûres beaucoup de chemins dont l'antiquité ne supposait pas l'existence. Les exemples ne manqueraient pas à l'appui de ce que j'avance. On les connaît tous. Parlons des connaissances physiques étrangères à l'antiquité. Ne nous arrêtons pas aux notions chimiques également inconnues des anciens, qui ne connaissaient pas encore la constitution du globe qu'ils habitaient, et l'immensité des cieux que le globe terrestre parcourt sans que nous nous en émotions. Sans aller si loin, vous savez tous l'exiguïté des connaissances anatomiques, la nullité complète des études physiologiques, et il faut arriver jusqu'à des époques rapprochées de nous pour trouver quelqu'une de ces belles découvertes sans lesquelles il nous serait impossible de faire la moindre analyse médicale.

Veuillez remarquer les singulières tendances de l'esprit humain pendant toute cette longue série de siècles qui commence à Hippocrate et qui finit à Harvey. La connaissance du ciel et des mouvements sidéraux manque à l'homme, mais il faut absolument que l'esprit humain l'invente, et il invente des erreurs. La connaissance de la matière et des mouvements qui en transforment les masses ne lui est pas encore permise que déjà l'esprit humain tente de créer de toute pièce une chimie et une physique que plus tard il détruira. Jusqu'à l'époque de Harvey, l'anatomie se développe lentement, les mouvements normaux du corps humain sont enveloppés d'une obscurité complète. On ne connaît pendant longtemps ni les vaisseaux chylifères ni les vaisseaux lymphatiques; on a bien une vague lueur du mouvement du sang dans les veines ou dans les artères, mais on ne sait comment le liquide nutritif passe des unes dans les autres; plus près de nous encore, les diverses actions des points variés du centre nerveux commencent à être discernées; les lois de la sensibilité et du mouvement éclairent de plus en plus la marche du médecin et le progrès de l'art. La physique se développe, l'instrumentation devient plus précise. On apprécie la qualité du solide et du liquide, la mobilité de la structure de l'un et de l'autre. Les sciences, développées parallèlement à la médecine, deviennent non pas, comme on le dit encore, des accessoires, mais des agents indispensables sans lesquels le médecin reste immobile et inutile, comme il eût été dans les temps passés.

Au milieu de toutes ces successions de travaux, de mouvements d'idées d'hommes, d'idées de personnes, il y a quelque chose qui frappe incessamment: c'est ce désir naturel à notre espèce de chercher une vérité, de connaître ce qui est vrai, d'arriver en un mot à ce qu'on appelle l'évidence, en quoi que ce soit. A toutes les époques, c'est le même esprit, c'est la même volonté qui guide le savant. Tous attaquent la même mine, cherchent le même filon, et chacun d'eux frappe avec l'outil que lui a donné l'époque dont il est le représentant. Quel que soit l'homme, quel que soit le temps, il est remarquable de voir le même but indiqué par le langage de chacun, et de retrouver dans les écrits les plus vieux de l'antiquité les mêmes mots, les mêmes phrases, que les mots, les expressions les plus récentes que vous prononcez encore.

Il me serait facile de citer à l'appui les définitions de la maladie empruntées à Hippocrate, Galien, Themison, Fernel, Boerrhave, Van Swieten, Stahl, Hoffmann, Brown, Broussais, Rasori, Bordeu, Barthez.

Ce que l'on voit dans ces définitions, c'est que le but, plus ou moins masqué par le langage, est cependant évident, et que ceux qui ont parlé les derniers n'en ont pas dit plus que les premiers. Cependant beaucoup de systèmes, d'aperçus erronés, de manières de voir fantastiques se sont ainsi succédé et ont arrêté l'esprit humain pendant bien des années, tantôt sous un nom, tantôt sous un autre nom; et ces systèmes, même les plus récents, n'ont jamais prouvé qu'une chose, à mon sens du moins, c'est qu'on pouvait les reconnaître comme des masques destinés à cacher de grandes lacunes. C'était là une théorie vraie que l'on croyait créée de toutes pièces, mais ce n'était pas l'évidence, la vérité: on méconnaissait la tradition. Il n'y avait pas un seul de ces systèmes qui fût capable de résister à l'influence d'une découverte qui naissait de siècle en siècle, précisément pour faire tomber ou disparaître la doctrine ou le système contemporain. Et ce sont ces sciences dont je parlais tout à l'heure qui, sans de grands efforts, ont fait oublier ce qu'il y avait de théorique et d'inconvenable dans la théorie des quatre éléments, dans le système du strictum et du laxum, dans toutes les rêveries plus ou moins contemporaines qu'on décore du nom de Stahl, Broussais, Brown. C'est précisément ce qui les a fait tomber, et, aujourd'hui, j'affirme que je ne serais pas compris d'un seul si j'osais dire, non pas seulement que j'enseigne, mais que je puis exercer la médecine avec une théorie des premiers siècles, du XV[e], et même du XIX[e]. — Nous sommes tout autres. — Invinciblement, nous suivons notre époque, et nous devons parler comme elle parle; nous cherchons dans l'homme sain et malade ce que nous pouvons y voir, ce que nous pouvons y découvrir, soit par l'œil, soit par l'oreille, etc., etc., soit par l'exercice d'une des sciences qui exprime si bien la hauteur de l'esprit de nos contemporains.

C'est sur ce terrain, ainsi préparé par les travaux de notre époque, que nous nous trouvons placés ensemble, c'est avec le langage de notre temps que je dois me faire comprendre.

Néanmoins, certaines choses vont nous gêner et semblent détourner un peu la médecine du grand courant scientifique que je viens de chercher à vous faire comprendre. L'homme sain ressemble quelque peu, en nombre de phénomènes, à un être qui n'aurait nullement conscience des phénomènes dérivés de lui. On pourrait peut-être dire que l'homme le plus sain est celui qui n'a conscience que de ses faits moraux ou sensitifs; il sait qu'il voit, qu'il pense, qu'il touche, goûte, mais au delà tout est muet pour lui. Il sait à peine qu'il digère, et il y a une foule de phénomènes qui échappent à sa conception. Dans les circonstances tout opposées et éloignées de l'état régulier, les sensations s'étendent; des impressions inattendues viennent agir sur son cerveau. Des mouvements non-seulement musculaires, mais moléculaires, inaperçus par lui quoique s'accomplissant sous ses yeux, viennent, dès qu'il souffre, donner au plus ignorant une démonstration du changement de la matière. Dans ces circonstances, l'antiquité n'a jamais vu que toutes ces modifications, qui la surprenaient à chaque instant, n'étaient que des variations des phénomènes ordinaires accomplis chaque jour dans le corps humain.

C'était précisément parce qu'elle n'était pas parvenue au terme auquel nous sommes arrivés que la conception de ces phénomènes était envisagée de la manière la plus vague, exprimée par les mots les moins précis qui durent encore et sur l'interprétation desquels on a tant disserté : le mot de maladie, par exemple. La maladie vient, naît, a une marche, a une terminaison, se propage. Tous ces termes montrent bien l'indécision, le vague de la conception des phénomènes qui nous frappent chaque jour. Si nous sommes logiques, que passionnés pour l'antiquité nous l'admirions, que nous voulions en parler le langage, il faudra dire et croire tout ce qu'elle a dit et cru, adopter les yeux fermés ses errements, ses méthodes de traitement, et continuer la marche très-lente des siècles qui nous ont précédés.

Si, au contraire, nous voulons bien nous rappeler que nous ne vivons plus au temps de Fernel et de Stahl, que la physique que nous possédons, la physiologie qu'on nous enseigne, l'anatomie qui fait la base de nos études, ne seraient pas comprises de ces hommes illustres, nous devons faire avec ces sciences de notre temps ce qu'ils faisaient avec des sciences imparfaites, et nous sentir plus solides sur un terrain bien étudié que sur le sable mouvant du doute et de l'hypothèse.

Tout ce que nous allons voir dans chacun des malades qui seront soumis à notre examen, vous représentera constamment un phénomène ou une série de phénomènes qui ne sera autre qu'une déviation d'un phénomène physiologique. Que vous considériez l'ensemble ou le détail, le point de départ de vos investigations sera anatomique ou physiologique. Faut-il des exemples? Le muscle se contracte avec régularité sous l'influence de la volonté, il pourra se contracter encore mais ne pas obéir en entier à l'influence de la volonté; il pourra ne plus se contracter du tout, toutes les nuances pouvant exister et vous représenter constamment le même fait. C'est bien là un fait morbide. La sensation transmet au centre nerveux le contact d'un corps sur les téguments, et la sensation devient obscure, la sensation est fausse, la sensation est exagérée; elle devient insupportable, la douleur commence, et chacun de ces degrés ne nous représente qu'un des fragments de l'échelle de la sensation troublée.

Nous retrouvons le même fait de trouble de la fonction, non pas seulement pour la sensation, mais pour le changement physique des molécules matérielles du corps, dans toutes les nuances, depuis l'accumulation du sang jusqu'au moment où le sang s'arrête et ne peut plus circuler. Tous ces phénomènes, dérivés de changements dans les conditions matérielles du corps, constitueront une de nos études. Mais il en est d'autres encore qui prouvent, comme les précédents, toutes les déviations possibles des phénomènes physiologiques désignés sous le nom de phénomènes morbides.

Au milieu de toutes les divergences qui séparent les unes des autres les opinions de nos prédécesseurs, il y a cependant une remarque qui ressort de leur étude : c'est que tous ont, en somme, recherché la connaissance du même but, c'est-à-dire l'appréciation de la lésion matérielle. Ils s'en sont éloignés dans les hypothèses et les systèmes, et cela en raison des difficultés attachées à la connaissance de détails que le développement ultérieur des sciences nous permet aujourd'hui seulement de mettre en évidence. En somme ce qui est pour nous, en nombre de cas, la certitude absolue, ne représentait pas même une hypothèse pendant une longue période séculaire. Le premier pas de la clinique à notre époque, après l'examen du phénomène, c'est la recherche de la lésion. Dans la condition où nous sommes quand nous prononçons le nom de maladie nous exprimons, non pas seulement un phénomène unique, mais un ensemble de phénomènes anormaux successifs ou naissant simultanément, se manifestant généralement avec une régularité qui nous frappe, ce qui a permis aux pathologistes de les décrire d'une manière générale, de les comparer et de les classer.

Les névroses mixtes ou complexes ne peuvent être considérées ni comme des altérations isolées de la sensibilité, ni comme intéressant exclusivement la motilité ou l'intelligence. Ici le système nerveux peut être troublé primitivement ou consécutivement. Ces névroses comprennent l'état nerveux proprement dit, que M. Bouchut a étudié spécialement sous le nom de *nervosisme*.

Tel est le programme qu'a suivi M. Axenfeld pour son *Traité des névroses*, qui est, pour ainsi dire, le bilan de la pathologie nerveuse en 1864, et qui deviendra un livre indispensable pour tous les médecins désireux de ne pas rester en arrière.

II.

Mais il n'est pas réservé aux médecins de Paris de construire seuls l'édifice de la science : nos confrères de la province veulent aussi apporter leur pierre au monument.

M. Charles Isnard (de Marseille) vient de publier un livre sur la pathologie du système nerveux; son livre est une étude sur la médication arsenicale appliquée au traitement des maladies nerveuses et des cachexies.

Laissons de côté l'introduction, quoiqu'elle contienne toutes les idées théoriques de l'auteur, — idées fort saines d'ailleurs sur l'innervation — pour n'envisager que la partie pratique du livre.

Depuis le si fameux procès Lafarge, l'arsenic est resté sous le coup d'une sorte de réprobation générale; on ne l'emploi qu'en tremblant. Cependant quelques médecins plus hardis n'ont pas craint de s'adresser à lui et s'en sont bien trouvés. M. Isnard est de ces derniers.

Son livre contient quatre-vingt-six observations : c'est sur cette série de faits que reposent ses déductions pratiques, déductions que nous allons résumer dans cette *Revue* en laissant à l'auteur toute la responsabilité de ses opinions.

L'état nerveux est, de toutes les maladies, celle qui met à contribution le plus grand nombre d'agents médicamenteux. De tous ces médicaments, l'arsenic est celui qui agit le plus sûrement; car il s'adresse à la fois à l'innervation générale et à la nutrition qui est presque toujours altérée primitivement ou consécutivement. Pour M. Isnard, l'arsenic est le spécifique de l'état nerveux, comme le fer l'est de la vraie chlorose. Ces préceptes sont appuyés sur vingt-trois observations de nervosisme consécutif à des affections aiguës, ou bien se manifestant pendant la grossesse, pendant l'allaitement, pendant et après la puberté. Dans ces cas, l'amélioration s'est souvent montrée quelques jours après l'administration du médicament. Pendant la grossesse, l'arsenic a toujours été donné avec une innocuité complète pour la mère et pour l'enfant.

Il y a une variété de nervosisme, le *nervosisme cérébral*, sorte de vertige qu'on a pu confondre avec la congestion apoplectique (1) et dont le point de départ est quelquefois dans l'estomac, quelquefois il est tout à fait inconnu. Dans ces vertiges, le sulfate de quinine et l'arsenic surtout ont toujours réussis à M. Isnard.

La *chlorose* est envisagée de deux manières : pour les uns, c'est une névrose; pour les autres, c'est une nosohémie. M. Isnard accepte la première opinion, et, selon nous, il a raison. C'est une maladie qui frappe l'innervation nutritive et, ce qui la rend si fréquente chez la jeune fille ou chez la jeune femme, c'est qu'à cette époque de la vie la grande fonction nutritive de la femme embrasse à la fois la rénovation materielle de l'organisme, — l'accroissement de l'individu, — le développement de la faculté procréatrice.

Tout s'enchaîne dans l'économie, et si la chlorose produit l'état nerveux, l'état nerveux à son tour produit la chlorose; car il y a solidarité entre les actes d'assimilation et ceux d'innervation. C'est là un cercle réellement vicieux.

Or, dans le traitement de la chlorose, on a employé l'arsenic et le fer. Quel est leur rôle respectif?

Pour M. Isnard, le fer et l'arsenic ne se comportent pas du tout de la même façon. L'arsenic est un tonique névrosthénique qui agit sur l'innervation *tout entière*, tandis que le fer n'agit que sur l'innervation nutritive, sur la sanguification. L'arsenic calme d'abord les névropathies, puis il relève les fonctions digestives; le fer, au contraire, agit d'abord sur la nutrition, puis ensuite sur l'innervation générale. Le fer sera donc surtout efficace dans la chlorose franche et récente, qui n'est pas encore compliquée de nervosisme. Cependant l'arsenic peut agir dans les mêmes circonstances.

L'arsenic a été également employé dans le traitement des névralgies et des névroses viscérales, et cela avec un succès tel que l'auteur le regarde comme supérieur aux autres médicaments fournis par la thérapeutique. Les névroses convulsives, l'ataxie, les cachexies ont été aussi heureusement combattues par la médication arsenicale.

C'est à l'acide arsenieux lui-même que s'adresse le médecin de Marseille : il l'emploie en solution aqueuse, à dose variable, selon la nature et l'ancienneté de la maladie. Les doses quotidiennes sont de 5 milligrammes à 2, 3, 4 centigrammes.

(1) En 1861, M. Lamarc-Picquot a publié un excellent mémoire sur l'emploi de l'acide arsenieux dans les congestions apoplectiques.

Notre rôle n'est plus ici celui du pathologiste, il est autre; l'action du pathologiste est la synthèse; l'action du clinicien c'est l'analyse et l'analyse constante. Le pathologiste embrasse tout d'un seul regard; au contraire, le clinicien ne voit que les détails individuels; les conceptions sont plus restreintes, elles ne s'appliquent généralement qu'à un seul malade. Dans les opérations que nous allons faire, soit que nous considérions un phénomène unique, soit que nous soyons placés vis-à-vis un ensemble de phénomènes étudiés par nous, soit isolément, soit simultanément, quelle route allons-nous suivre?

(*La fin au prochain numéro.*)

EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS.

Amanite bulbeuse verte. Agaricus bulbosus (Bulliard).

Par M. le docteur LOUSTALOT (de Dax).

(Observation communiquée à la Société des sciences médicales par M. le docteur Jules de SOYRE.)

On n'a pas oublié le cas d'empoisonnement par les champignons qui s'est passé à Luchat (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 23 février dernier). A peine cet événement venait-il d'être connu qu'un fait tout à fait semblable se passait à Dax.

« Le 23 octobre, lisait-on dans le *Moniteur*, un sergent de ville de Dax (Landes) avait cueilli lui-même dans les bois des champignons et il les mangea avec sa femme et ses enfants. Des symptômes d'empoisonnement se déclarèrent dans la soirée. Un médecin, appelé seulement le lendemain matin, trouva toute cette famille dans l'état le plus alarmant; cinq personnes se débattaient au milieu des douleurs les plus aiguës. Deux enfants ont succombé; l'état du père et celui de la mère est des plus inquiétants. »

J'ai adressé de suite une demande de renseignements à Dax. M. le docteur Loustalot, qui fut appelé dans ces tristes circonstances, a eu l'extrême obligeance de m'envoyer le champignon qui a empoisonné ses malades.

Ce n'était pas l'amanite bulbeuse blanche, mais bien l'amanite bulbeuse verte (Agaricus bulbosus de Bulliard). Nous l'avons examiné avec M. le docteur Cordier, mon maître en mycologie. A cet envoi, M. le docteur Loustalot a joint l'observation suivante :

Le sieur C..., âgé de trente-cinq ans, sergent de ville, occupé dans le bois de Saint-Vincent de Dax, cueille, le 21 octobre 1864, vers deux heures de l'après-midi, un panier de champignons qu'il porte chez lui. Le lendemain, 22 octobre, à neuf heures du matin, il fait cuire dans la graisse six de ces champignons dont il déjeune et qu'il trouve d'excellent goût. Puis, appelé à la surveillance du marché, qui a lieu ce jour-là, il s'y rend et s'y occupe comme d'habitude, et boit dans l'après-midi plusieurs verres de vin.

Sa femme, âgée de quarante et un ans, fait cuire à midi les autres champignons et les mange avec ses trois enfants, une petite fille de trois ans, un garçon de sept ans et une petite fille de neuf ans. Ils boivent de l'eau à leur repas, qui se compose uniquement des champignons, que du reste ils trouvent aussi fort bons.

A sept heures du soir le père rentre et toute la famille soupe de fort bon appétit et se couche. A neuf heures et demie du soir, la petite fille de trois ans est prise de vomissements et de diarrhée en même temps, et elle vomit des fragments de champignons.

A dix heures du soir la mère est prise des mêmes symptômes. Puis vient le tour du petit garçon vers dix heures un quart. Celui de la petite fille de neuf ans arrive vers minuit. Enfin celui du père vers quatre heures du matin. La mère, qui a cru d'abord à une indigestion, commence à s'inquiéter. Les vomissements sont incessants; les selles plus rares, mais encore fréquentes. A six heures du matin, le 23 octobre, le père vient lui-même me chercher; j'arrive une demi heure après, par conséquent vingt et une heures après le repas du père et seize heures après celui du reste de la famille. Je trouve ces pauvres gens dans un état identique : abattement extrême, refroidissement marqué, selles fréquentes, bilieuses; vomissements bilieux et glaireux plus fréquents encore, crampes d'estomac incessantes. Tous accusent des douleurs très-pénibles à la région épigastrique et dans la partie supérieure du ventre. Jugeant un émétique inutile en présence des vomissements qui se produisaient d'eux-mêmes à chaque instant, je donne quelques cuillerées d'huile de ricin émulsionnée, et plus tard des lavements d'eau de lin et d'huile, des solutions de tannin (2 grammes pour un litre d'eau) qui furent répétées plusieurs fois dans la journée, du sirop d'éther toutes les demi heures, des frictions sèches ou d'alcool camphrée sur les membres. Les symptômes continuent; toutes les boissons sont rejetées par tous les malades. Des crampes aux jambes apparaissent, la face devient hippocratique, la langue froide, les urines sont supprimées. La mère surtout, très-fortement atteinte, me rappelle le choléra asiatique, dont j'ai vu deux épidémies à l'Hôtel-Dieu et à Bordeaux. Le portrait est frappant, car les selles elles-mêmes sont devenues blanchâtres, chez elle. Un symptôme, qu'elle accuse seule, consiste dans des douleurs de reins atroces.

Le jour suivant, 24 octobre, il y a un peu de mieux en apparence chez tous les malades. La mère paraît toujours dans un état des plus graves. La potion de Rivière ne peut arrêter ses vomissements. On lui donne une potion tonique à l'extrait sec de quinquina rouge, mais elle ne peut la supporter. Elle renonce à toute espèce de boissons. Ce jour-là ses selles deviennent sanglantes; son refroidissement ne fait qu'augmenter et son état devient désespéré.

Dans l'après-midi la petite fille de trois ans et l'enfant de sept deviennent plus mal. La petite a de fréquentes convulsions et meurt dans une de ces convulsions vers sept heures du soir (cinquante-cinq heures après l'ingestion des champignons et après quarante-cinq heures et demie de souffrances).

Son frère (Jules) est pris à son tour de convulsions dans la nuit; son état s'aggrave sensiblement; il tombe dans un assoupissement marqué et s'éteint vers huit heures du matin, le 24 octobre (soixante-huit heures après le repas de champignons et après cinquante-huit heures de souffrances). Une demi heure avant il a eu un vomissement de sang.

La jeune fille de neuf ans, qui semblait assez bien jusque-là et qui avait peu mangé de ces champignons, devint plus mal dans la soirée du 25. Elle fut prise à son tour de convulsions, grinça des dents d'une façon hideuse, vomit du sang à plusieurs reprises, puis tomba dans le coma. Du sirop d'éther, des infusions de café très-chargées parurent l'aider à sortir de cet état, car le matin, 26 octobre, je la trouvai sensiblement mieux.

Ce jour-là, la mère put être un peu réchauffée; elle but, sans les vomir, un peu d'eau vinaigrée et de limonade crue. Elle supporta également bien un peu de bière qu'elle avait demandée.

Le 27 octobre, le mieux de la mère se dessinait; celui de l'enfant ne se démentait pas. Le 28, l'enfant jouait dans son lit. Le 29, elle essayait ses forces. Le 30, elle était levée et hors de danger.

L'état de la mère continua à s'améliorer. Le 1er novembre elle gardait encore le lit, mais n'inspirait plus d'inquiétude.

Quant au père, après avoir souffert comme les autres des vomissements, des selles abondantes, des crampes dans les membres, des douleurs d'estomac (mais beaucoup moins prononcées), il a vu rapidement son état s'améliorer, et le 28 octobre il se levait (septième jour de la maladie). Comme sa femme, ses selles ont offert du sang le troisième et le quatrième jour; mais cette hémorrhagie a été beaucoup plus forte chez lui et s'est répétée à deux ou trois reprises. Il n'a du reste inspiré jamais des inquiétudes sérieuses comme le reste de sa famille. Peut-on attibuer cette immunité relative aux libations fréquentes qu'il a faites le jour même de l'ingestion des champignons? Il a pourtant offert un moment des signes d'exaltation cérébrale prononcés, et c'est le seul dans le troisième jour; encore ce symptôme a-t-il été fugace.

Le 1er novembre, ces trois malades ne paraissaient pas offrir de désordres de l'estomac. L'enfant et le père mangaient fort bien. La mère seule était encore accablée et incapable de manger des aliments solides.

Le mieux de la mère a été accompagné du retour de la sécrétion urinaire, qui avait été suspendue pendant trois jours.

Si l'on en croit Paulet (*Traité des champignons*), ce champignon ne produit ordinairement aucun effet sensible avant dix ou douze heures, soit sur les hommes, soit sur les animaux.

L'observation qui précède est d'accord avec le résultat des observations et des expériences de Paulet, car dans l'empoisonnement de Dax les premiers symptômes se manifestent chez la petite fille de trois ans neuf heures et demie après l'ingestion des champignons; chez la mère (âgée de quarante et un ans), dix heures après le repas fatal; chez le petit garçon de sept ans, dix heures et demie après le repas; chez la petite fille de neuf ans, douze heures après le repas; enfin chez le père (âgé de trente-cinq ans), dix-neuf heures après le repas.

Le docteur Loustalot a observé chez la mère des symptômes identiques au choléra asiatique, c'est ce que Paulet constatait le 14 septembre 1774 (1re observation) chez un fabriquant de gazes du faubourg Saint-Denis qui éprouva un véritable *choléra*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 mars 1865. — Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de la Société médicale de Clermont-Ferrand;*

2° Le *Compte-rendu de l'Académie du Gard*, année 1864;

3° Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

4° Le *Bulletin de la Société médicale du département de la Loire-Inférieure;*

5° Le *Bulletin de la Société impériale de médecine de Toulouse;*

6° Le *Bulletin de la Société médicale du Nord de la France.*

RAPPORT.

M. VERRIER lit un rapport sur l'accouchement précipité et l'accouchement forcé *post mortem* par le docteur Perrin.

La Société remercie M. Verrier et décide que ce rapport sera honorablement déposé dans ses archives.

COMMUNICATIONS.

Insertion vicieuse du placenta. Six hémorrhagies. Accouchement forcé. Forceps; succès pour la mère. — M. VERRIER. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, devenue enceinte pendant l'allaitement de son premier enfant, vers le milieu de janvier 1864, et qui eut quatre hémorrhagies en juillet, plus une cinquième le 7 août. M. Verrier, ayant diagnostiqué une insertion vicieuse du placenta, avait pu prévenir la famille de ces pertes successives. Le col était effacé, on sentait à travers l'orifice interne un corps inégal qui était le placenta; le segment inférieur était plus consistant, le ballottement ne put être produit. Bien qu'il n'y eut eu aucune contraction, un commencement de travail était évident.

Le 12 août, nouvelle hémorrhagie considérable, dilatation du col de cinq centimètres; l'accouchement ne pouvait plus être différé. Les principes en vertu desquels l'accoucheur a dû se conduire et le résultat obtenu, donnent à ce document une importance telle qu'il devra être reproduit en entier dans ces colonnes. Toutefois, voici les conclusions qui en découlent :

1° La possibilité d'une grossesse, la femme nourrissant, et la difficulté d'en préciser l'époque en l'absence des règles;

2° Une certaine prédisposition, chez la même femme, à ce que l'ovule vienne se greffer pendant plusieurs grossesses dans la partie inférieure de l'utérus;

3° L'impossibilité de dire si le placenta est inséré plus d'un côté du col que de l'autre, lorsque, toutefois, il recouvre complétement le col;

4° L'absence du ballottement. Cependant M. Depaul dit l'avoir constaté une fois en pareil cas;

5° La difficulté de faire une version à travers un placenta décollé en partie;

6° La rapidité d'une application de forceps, même au détroit supérieur. La préférence à donner à cette opération est tellement évidente, que M. Verrier croit pouvoir dire que s'il avait débuté par elle, il eût eu un enfant vivant, même en admettant le placenta inséré davantage du côté gauche que du côté droit de l'utérus;

7° Enfin, l'avantage obtenu par la dilatation graduée du col au moyen des doigts (procédé des anciens), avant que la femme soit trop épuisée par la perte.

Du catarrhe vésical. — M. MALLEZ. Après avoir fait l'historique de cette affection, M. Mallez s'attache à démontrer :

1° Que la perte de transparence des urines, que l'on considère comme le signe principal du catarrhe vésical, est extrêmement vague puisqu'il est commun à toutes les affections du rein, de la vessie et de l'urèthre, et qu'il a fait confondre sous une même dénomination les états les plus dissemblables;

Voilà pour l'arsenic de bien beaux états de services, capables de faire oublier d'assez mauvais antécédents. M. Isnard l'a défendu avec conviction : il a pris comme témoins à décharge quatre-vingt-six observations, toutes tirées de sa pratique personnelle. Il ne nous dit pas : « On rapporte... ; » il dit : « J'ai vu, » et il expose les faits.

M. Isnard a oublié, pour la défense de sa cause, de consulter un excellent dossier, la monographie de M. Cahen, sur les *névroses vaso-motrices et leur traitement*, monographie qui a valu l'an dernier à son auteur un prix à l'Institut.

Mais si la médication arsenicale a des partisans, elle a aussi quelques adversaires. M. Isnard n'a jamais observé d'accident; il le dit, il l'affirme; nous le croyons. Mais d'autres en ont vu. La *Gazette des Hôpitaux* en a rapporté quelques-uns (2 février 1865). Il ne suffit pas d'introduire de l'arsenic dans l'estomac, il faut encore que cet arsenic soit éliminé. On sait bien quand se fait cette élimination chez l'animal, mais quand se fait-elle chez l'homme? C'est ce qu'on ne sait pas encore. D'ailleurs notre confrère administre son médicament pendant un, deux, trois mois au plus.

Toutefois, ce qu'on n'ignore pas, c'est que le sang est l'agent porteur du poison; c'est que le foie et les reins en sont les organes éliminateurs, c'est qu'il peut en résulter des maladies de ces organes, et qu'on observe un ictère produit par l'intoxication phosphorique, plombique, alcoolique, etc.

Ce sont des faits rares à la vérité, mais qu'il ne faut pas perdre de vue dans la médication arsenicale, faits sur lesquels M. Isnard n'a rien dit, puisqu'il ne les a pas rencontrés. Nous comprenons donc son silence à cet égard.

Le mérite du livre de M. Ch. Isnard, — et il est considérable, — c'est d'être entièrement de lui; c'est de n'avoir pas été fait avec d'autres livres, mais avec des observations que l'auteur a recueillies lui-même; c'est enfin d'ouvrir une plus large voie à la médication arsenicale.

Dr A. CORLIEU.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, par M. A. TROUSSEAU, 2e édition, revue et augmentée; t. III. — Paris, 1865, chez J. B. Baillière et fils.

Nous avons déjà annoncé ce volume en publiant un extrait de la dernière leçon qu'il renferme. Mais cela ne nous dispense pas de l'obligation, à laquelle nous n'avons d'ailleurs nulle envie de nous soustraire, d'exposer en quelques mots ce qu'il renferme.

Nous ne reviendrons pas sur l'appréciation générale que nous avons déjà faite, à l'occasion des deux premiers volumes, du caractère de cette œuvre et de l'esprit qui y a présidé. On retrouvera dans cette dernière série de leçons toutes les qualités que nous avons signalées dans les précédentes. Il nous suffira donc ici d'en énoncer les sujets.

Ce tome III débute par une étude clinique sur le *vertigo à stomacho læso*. Vient ensuite la dyspepsie, que M. Trousseau considère avec raison bien moins comme une maladie que comme un phénomène commun à un grand nombre de maladies. Il étudie ensuite la gastrite chronique, l'ulcère chronique simple de l'estomac, la diarrhée, le choléra infantile, l'allaitement, la première dentition des enfants, le sevrage, la dyssenterie, la constipation, la fissure à l'anus, les occlusions intestinales, les coliques hépatiques, les calculs biliaires, les kystes hydatiques, l'ictère grave, la syphilis des enfants nouveau-nés, la goutte, le rhumatisme noueux, le rhumatisme articulaire aigu, l'endocardite ulcéreuse, les fièvres palustres (intermittentes), le rachitis, la chlorose vraie et les fausses chloroses, la cirrhose, la maladie d'Addison, la leucocythémie, l'adénite, l'aménorrhée, la fièvre ménorrhagique, l'hématocèle pelvienne, l'injection pelvienne, l'infection purulente puerpérale, la *phlegmatia alba dolens*, les abcès périnéphriques, péri-hystériques.

Il apprend ensuite à reconnaître et à traiter l'anasarque due à la rétention d'urine, explique la fréquence de la mobilité des reins, propose un traitement constrictif et protecteur de ces organes, parle ensuite du relâchement des symphyses du bassin, et termine par la leçon sur la percussion, dont nous avons récemment publié un extrait.

Nos lecteurs reconnaîtront à la plupart de ces titres des leçons qui ont été déjà publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*. Nous trouverons l'occasion de revenir sur quelques points du petit nombre de celles qui étaient inédites.

Dr B...

2° Qu'en prenant le catarrhe vésical dans son sens le plus restreint et en l'appliquant seulement à l'ensemble des phénomènes qui accompagnent l'atonie vésicale des vieillards, les caractères tirés des urines et sur lesquels on a trop insisté, sont secondaires, et que c'est au degré de contractilité de la vessie qu'il convient d'attacher le plus d'importance, attendu que la mesure de cette contractilité permet de juger de l'état même de l'organe et de sa fonction. On sait, en effet, que le développement du tissu connectif entre les fibres musculaires de la vessie a pour effet d'emprisonner ces dernières, d'en empêcher les contractions et d'augmenter l'épaisseur des parois vésicales, contrairement à ce que l'on avait pensé que l'atonie coïncidait avec leur amincissement.

M. Mallez lit, à l'appui de ces propositions, des observations dans lesquelles, en prenant note exacte à la vue ou par un instrument (dynamomètre vésical) de la force de projection de la vessie et du retour plus ou moins rapide des contractions sous l'influence d'excitants divers, eau froide, électricité, injections, il a pu pronostiquer avec la plus grande exactitude le degré de curabilité des catarrhes par atonie vésicale.

M. Mallez insiste pour qu'il soit toujours tenu note de cet élément important, la force de contraction, dans les observations où l'on voudra comparer l'efficacité d'un traitement.

M. GUERSANT demande à M. Mallez si, dès qu'il a reconnu l'existence d'un certain état de faiblesse de contractilité de la vessie, il se décide d'emblée à pratiquer des injections d'eau froide.

M. MALLEZ. Je ne suis pas entré dans les détails de cette indication à laquelle je préfère, dans certains cas, les douches ou les lotions froides le long du dos, et leur utilité me paraît incontestable. Avec mon dynamomètre vésical je mesure plutôt la fonction de l'organe que l'organe lui-même.

M. BENI-BARDE. Tout en félicitant M. Mallez sur le mérite de son travail et sur la valeur de ses opinions, je diffère cependant avec lui sur les explications qu'il a données de la contractilité de la vessie. On sait que cet organe est innervé par des racines de la sensibilité et par des racines motrices. Les premières n'ont qu'une seule voie, elles partent du plexus hypogastrique anastomosé avec le grand sympathique, et des cordons postérieurs des nerfs lombaires; les deuxièmes ont deux voies. Pour l'une, les fibres partent des pédoncules cérébraux, suivent les cordons antérieurs de la moelle épinière, s'arrêtent au troisième ou quatrième nerf sacré, pour de là aller innerver le col de la vessie et y transmettre des mouvements volontaires. Pour la deuxième, elles partent de ce que l'on appelle le centre nerveux génito-spinal de Budge, qui se trouve vers la quatrième et la cinquième vertèbre lombaire, et du plexus hypogastrique, pour aller innerver les muscles expulseurs de la vessie. Donc le col reçoit des nerfs qui dépendent de la volonté, et le corps des nerfs qui n'obéissent nullement à notre volonté.

De là je conclus qu'il doit y avoir deux sortes d'expressions catarrhales, deux sortes de catarrhes que l'on ne saurait englober ensemble.

Le col et le corps de la vessie peuvent très-bien être l'un et l'autre affectés séparément et présenter des symptômes tout différents au point de vue de la force contractile mesurée ou non au dynamomètre vésical.

Si c'est le col et qu'il se convulse totalement, il empêche la miction, on sonde le malade et tout est dit; mais si, au contraire, il n'est convulsé qu'à moitié, il reste toujours dans la vessie une portion d'urine qui devient souvent l'unique cause du catarrhe.

J'ai observé le catarrhe chez les hystériques où il trouve sa cause la plus importante dans l'inertie du corps de la vessie dont la question de contractilité n'est pas encore tranchée, car il y a des médecins qui ne l'admettent pas complétement.

Comment la fibre vésicale peut-elle perdre sa contractilité, son excitabilité? Nous trouvons trois conditions d'excitabilité vésicale :

1° Il faut que le nerf moteur soit en communication avec les centres nerveux;

2° Que ces mêmes nerfs moteurs soient en rapport normal avec le liquide sanguin; car elle peut survenir par suite d'anémie et aussi par suite de congestion;

3° Qu'il y ait intermittence de l'excitation dans la mise en jeu de la fonction.

M. MALLEZ. Il va sans dire que dès qu'il y a diminution ou empêchement de la contractilité, il y a interruption dans l'acte moteur; mais ces phénomènes dépendent rarement directement de l'affection nerveuse, c'est dans le tissu vésical que se passent les phénomènes morbides qui constituent la maladie catarrhale.

M. LEGRAND DU SAULLE. En prenant part au débat qu'a soulevé le travail original de M. Mallez, mon intention n'est point de suivre les honorables préopinants sur le terrain de la mécanique et de la physiologie; je veux, au contraire, développer brièvement quelques considérations pratiques sur le catarrhe vésical et son étiologie.

J'entends dire partout que le catarrhe vésical n'est que le symptôme d'états pathologiques divers de la vessie ou de l'urèthre; eh bien, c'est là une opinion manifestement exagérée. Je n'ignore pas que le catarrhe vésical est occasionné et entretenu *le plus souvent* par un état névralgique de l'urèthre et du col vésical, par des rétrécissements organiques de l'urèthre, par des affections de la prostate, des maladies antécédentes des organes génitaux, des tumeurs fongueuses de la vessie, par des calculs et par le défaut de contractilité des parois vésicales, comme l'indiquait si bien M. Mallez tout à l'heure; mais ce que je sais aussi, c'est que la cystite chronique se développe dans maintes occasions en dehors de toute lésion des voies urinaires.

Je peux citer plusieurs exemples :

1° Un individu bien portant, âgé de quarante-cinq ans, passe l'hiver dans une villa sur les bords du lac d'Enghien; il devient catarrheux, part pour Nice et l'Italie et guérit. L'année suivante, la cystite chronique reparait avec plus d'intensité à Enghien; il se rend aux eaux et guérit. Il passe maintenant ses hivers à Paris et n'est plus malade.

2° Un conducteur de diligence est fortement mouillé pendant une nuit très-pluvieuse; le lendemain, il a une cystite aiguë; six semaines après, il a une cystite chronique. Il a guéri à Contrexéville.

3° Un individu de cinquante-cinq ans est à la chasse; il est surpris par un orage terrible, rentre chez lui tout mouillé, est pris de rétention d'urine et consécutivement de catarrhe vésical : il va aux eaux et guérit.

Si l'influence du froid et de l'humidité est si peu contestable, je dirai que l'action des causes directes, des violences extérieures, doit également être admise. Je me souviens d'un maréchal-ferrant du département de l'Aube qui, après avoir reçu un coup violent dans la région hypogastrique, devint catarrheux au premier chef. Il a guéri.

J'ai vu l'abus des diurétiques amener l'inflammation de la vessie, et j'ai vu aussi des cystites chroniques provenir de métastases. Je n'oublierai jamais le cas suivant :

Un ancien négociant de Paris, âgé de soixante ans, atteint de bronchorrée depuis dix-huit ans, rendait tous les matins des flots de mucus. Un jour, il cessa d'expectorer, mais il s'aperçut bientôt que des troubles sérieux étaient survenus chez lui dans la sécrétion urinaire. Il alla aux eaux et guérit de son catarrhe vésical, mais au bout de quelque temps il mourut d'une bronchite suffocante.

Ma conclusion est celle-ci : le catarrhe de vessie est très-souvent un symptôme, mais il est aussi quelquefois une maladie essentielle. Dans le premier cas, l'intervention chirurgicale est éminemment secourable; dans le second, la médication par les balsamiques et les eaux minérales suffit d'ordinaire pour amener la guérison.

M. MALLEZ. J'ai parlé seulement du mode de contractilité de la vessie et de ses conséquences. J'ai admis deux sortes de catarrhes : celui de la muqueuse et celui de la musculeuse, sans être exclusif de tout autre.

Dans les faits qui me sont opposés, a-t-on su seulement s'il y avait de l'albumine dans l'urine, comme cela se voit passagèrement quand on se jette dans l'eau froide, etc.? Les envies fréquentes d'uriner ne s'observent-elles pas dans la fièvre, et cependant il n'existe pas d'affection catarrhale de la vessie.

M. CARON. En examinant les différents troubles de synergie de la vessie et de la miction, M. Mallez n'a pas parlé du rhumatisme qui altère momentanément la contractilité de l'organe, et modifie ou empêche le jet de l'urine sans que pour cela il existe une affection catarrhale nécessaire. Ces phénomènes nerveux et fonctionnels éphémères ne s'observent-ils pas dans une foule d'impressions morales? J'ai donné des soins à un homme âgé de cinquante-huit ans, qui par profession était exposé à vivre dans un milieu atmosphérique très-élevé. Il contracta une diathèse rhumatismale, et fut, à la suite d'une sueur qui s'était brusquement supprimée, atteint de catarrhe vésical *métastatique*. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines, mais bien du pus. L'emploi des sudorifiques amena le rétablissement de ce malade; mais quatre ans plus tard, il survint une rechute très-grave. Je l'envoyai alors à Contrexéville, mais notre collègue M. Legrand du Saulle porta aussitôt un pronostic très-peu rassurant. Le malade mourut effectivement deux ou trois mois après.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr Dupuy.

M. Giraldès commencera des conférences cliniques, chirurgicales et ophthalmologiques le jeudi 20 avril à l'hôpital des Enfants malades, et les continuera tous les jeudis.

La prochaine séance de la Société d'observation aura lieu le vendredi 21 courant à la Faculté de Médecine (cabinet du doyen), à 8 heures du soir.

Ordre du jour :

1. Observation de M. Ball.
2. Lectures de MM. Verliac et Menjaud.
3. Rapports de MM. Voisin et Cornil.

Traité d'anatomie descriptive, par J. Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. 4e édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Avec la collaboration de MM. les docteurs Marc Sée, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Cruveilhier fils, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. La première partie du tome deuxième, contenant la Splanchnologie (520 pages avec 358 figures intercalées), vient de paraître. Prix : 9 fr. — Le tome I complet, contenant l'Ostéologie, l'Arthrologie et la Myologie. 870 pages avec 542 figures. Prix : 15 fr. broché, et cartonné à l'anglaise, 16 fr. — Paris, P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Nota. Cette quatrième édition se composera de 3 forts vol. gr. in-8° qui seront publiés par parties et qui se vendront séparément.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 47. — JEUDI 20 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 20 AVRIL 1865. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La discussion sur la localisation du sens de la parole a continué hier. M. Trousseau est entré dans la lice, à la suite de M. Bouillaud; mais, au lieu de se mettre avec lui à la poursuite d'un adversaire qui, comme certains héros d'Homère, se soustrait aux coups de ses ennemis derrière un nuage protecteur, il a laissé de côté le rapporteur et son œuvre, pour ne s'occuper que de la description symptomatique de l'affection, dont il a fait, sous le nom d'*aphasie*, l'histoire si curieuse et si pittoresque que tout le monde connaît. Et bien que tout ce qu'il a dit hier à la tribune ne fût, à peu de chose près, que la reproduction des faits exposés dans ses leçons de l'Hôtel-Dieu, il a su avec ces faits, déjà connus pour la plupart, intéresser son auditoire au point de le tenir une heure durant sous le charme de sa parole. Le temps lui ayant manqué pour terminer cette attachante exposition, le bureau lui a réservé la parole pour la séance prochaine.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à l'élection d'un correspondant national. M. le professeur Blondlot (de Nancy), depuis longtemps connu par ses belles expériences physiologiques sur la digestion, a été élu à la presque unanimité des suffrages.

Avant cette élection, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. le Dr Guinier, agrégé à la faculté de médecine de Montpellier, sur la thoracentèse chez les enfants. Nous reviendrons sur ce travail dont nous faisons connaître les conclusions principales dans le compte-rendu.

On trouvera dans la correspondance quelques renseignements sur l'épidémie de Saint-Pétersbourg, complétés par le document officiel ci-dessous. — Dr Brochin.

L'épidémie de Saint-Pétersbourg.

M. P. Doubowitski, président de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, nous communique une pièce importante qui résume l'état actuel de l'épidémie signalée en Russie. Ce document est la réponse faite officiellement aux questions posées par l'ambassade anglaise.

La mortalité n'a pas été grande; l'épidémie est en voie de décroissance; fort peu de médecins ont succombé sous l'influence de l'épidémie. Notre très-honorable correspondant nous promet quelques détails sur la marche de cette maladie; nous serons heureux de pouvoir les placer sous les yeux de nos lecteurs.

Voici la réponse faite par le gouvernement russe à l'ambassade anglaise.

PREMIÈRE QUESTION.

« Quels sont les noms, en français et en allemand, par lesquels les médecins des hôpitaux et les professeurs de médecine à Saint-Pétersbourg désignent la maladie? »

RÉPONSE.

L'épidémie ne présente à l'observation rien de nouveau, rien d'inconnu à la science; point de forme unique, mais bien le genre typhoïde avec diverses modifications connues : ainsi, *fièvre typhoïde, typhus pétéchial, fièvre typhoïde bilieuse* (*biblœses typhoïd* des Allemands), *fièvre récurrente* (*febris recurrens, recurrirendes fieber* des Allemands, *relapsing fever* des Anglais (1).

Le typhus et la fièvre typhoïde sévissent à Saint-Pétersbourg presque chaque année, en automne, et s'affaiblissent vers le mois de novembre, époque à laquelle un grand nombre d'ouvriers quittent la capitale; vers le mois de mars et d'avril suivants, époque du grand carême, de la fonte des glaces et de la rentrée des ouvriers nomades dans la capitale, ces fièvres reparaissent, et toujours sans présenter des particularités inconnues à la science médicale.

(1) C'est surtout aux médecins anglais MM. Kennedy, Jenner, Christison, Dundas, Bennet, qui ont observé ce dernier genre de fièvre typhoïde, particulièrement au professeur Bennet, qui l'a étudiée en 1846 et 1847 en Écosse, que l'on doit d'en connaître tous les caractères.

Le professeur Griesinger de Zurich, de son côté, qui a observé une épidémie en Égypte, a également beaucoup contribué à déterminer le caractère de ce genre d'affection typhoïdale.

Le typhus qui sévit aujourd'hui ne diffère des fièvres dont nous venons de parler que par une plus grande extension et une plus grande intensité des symptômes qui le caractérisent; pourtant d'autres maladies, qui appartiennent au même genre de maladies typhoïdes, viennent de se montrer pour la première fois à Saint-Pétersbourg, et le nombre de cas constatés l'a emporté sur celui des fièvres typhoïdes pendant les mois de novembre, décembre 1864, janvier, février et mars de cette année. Ce sont la *fièvre typhoïde bilieuse* et tout particulièrement la *fièvre récurrente*.

DEUXIÈME QUESTION.

« Est-ce que la maladie était connue auparavant en Russie, soit dans la capitale, soit ailleurs, et dans ce cas, jusqu'à quel point s'est-elle développée? »

RÉPONSE.

Bien que la fièvre récurrente n'ait jamais été observée à Saint-Pétersbourg, elle l'a pourtant été avant ce jour en Russie, dans quelques localités.

En 1840, cette maladie sévit très-sérieusement à Moscou, sous la forme bilieuse tout particulièrement (1), et en 1857-58 à Novo-Archangelsk (Amérique russe), où elle fut étudiée par le docteur Govorlivoy, et l'année dernière elle se montra à Odessa.

Aujourd'hui, en même temps qu'elle règne dans la capitale, elle se montre encore dans plusieurs districts du gouvernement de Saint-Pétersbourg (Novaïa-Ladoga, Gdow, Péterhof et Tsarskoé-Sélo) et sur quelques points du gouvernement de Novgorod, particulièrement sur la ligne ferrée, où elle paraît être apportée de la capitale. Mais c'est surtout le *typhus pétéchial* qui a sévi dans ce dernier gouvernement, ainsi que dans les gouvernements de Penza, de Tauride et de Kharkow; dans quelques autres gouvernements (Astrakhan, Vitebsk, Minsk, Volhynie, Vladimir, Kalouga, Kiew, Koursk et Toula), l'épidémie de la fièvre typhoïde n'a pris qu'un développement peu considérable et ne donne qu'une mortalité peu élevée. A l'exception de l'épidémie de 1840 à Moscou, à laquelle a succédé la fièvre typhoïde simple, nulle part en Russie l'épidémie de la fièvre récurrente et bilieuse n'a présenté un développement considérable.

TROISIÈME QUESTION.

« Dans l'opinion des meilleures autorités, est-ce qu'il y a eu des cas dans les hôpitaux de Saint-Pétersbourg, ou ailleurs, où la maladie s'est communiquée par le toucher? »

RÉPONSE.

La *fièvre récurrente, simple et bilieuse*, s'est montrée contagieuse, comme le typhus en général.

Quelques médecins, chirurgiens, infirmiers et gardes-malades ont été atteints de la maladie dans les salles des hôpitaux; on ne compte, jusqu'à présent, que deux cas de mort parmi les médecins atteints et quelques cas parmi les infirmiers et gardes-malades.

C'est surtout, comme dans toutes les épidémies, dans les logements des ouvriers, des classes pauvres, que la contagion se propage par l'air vicié et par le contact immédiat et des vêtements.

QUATRIÈME QUESTION.

« Que sait-on de l'origine, de la nature et du progrès de la maladie, des symptômes par lesquels elle se déclare, et du meilleur traitement à suivre pour effectuer une guérison? »

RÉPONSE.

L'origine de cette épidémie peut être attribuée à des conditions mauvaises d'hygiène, d'une part;

A la consommation de légumes (de choux et de pommes de terre particulièrement) mûris et poussés dans des conditions climatériques défavorables, ce qui a produit sur toutes les denrées alimentaires saines un renchérissement considérable;

A l'usage immodéré de l'eau-de-vie de grain par les ouvriers et le bas peuple;

A une agglomération inaccoutumée d'ouvriers dans la capitale vers l'automne dernier, ce qui a occasionné un encombrement considérable dans leurs logements, encombrement très-nuisible à une bonne hygiène (surtout dans le climat de la Russie);

A ces causes accidentelles il convient d'ajouter encore, comme pour toutes les épidémies, les variations atmosphériques si fréquentes, surtout si prononcées sur les bords du golfe de Finlande, et qui produisent ce que les médecins nomment *genius morborum epidemicus*.

La *fièvre récurrente*, qui se montra vers la fin du mois d'août dernier, par cinq ou six cas constatés par jour, s'est progressivement développée; dès le mois de novembre suivant, on comptait déjà cinq cents cas de maladie observés dans les hôpitaux civils; vers la fin de janvier et au commencement de février, l'épidémie avait atteint son apogée, de sorte qu'à certains jours on comptait 150 réceptions dans les hôpitaux civils; et si l'on comprend les cas de typhus ordinaire et d'autres maladies aiguës, le nombre s'en est élevé jusqu'à 250 et même 300 par jour.

Nous ferons cependant observer que ce dernier chiffre ne donne pas encore le nombre exact des malades, attendu que pendant plusieurs jours, le temps nécessaire pour l'installation d'hôpitaux provisoires, un certain nombre de malades sont restés à leur domicile.

(1) Cette maladie fut observée avec beaucoup de soin et décrite par les docteurs Pelikan père, Heimann et Levestamm.

Aujourd'hui, pendant cette dernière semaine, le nombre de cas de *fièvre récurrente* a sensiblement diminué, et le *typhus pétéchial*, la *fièvre typhoïde*, — genre dans lequel se transforme aussi la fièvre récurrente à son second paroxysme, prennent la place de la fièvre récurrente.

Aujourd'hui donc, le total général des réceptions aux hôpitaux civils est de 100 à 150 par jour, y compris le typhus pétéchial ou la fièvre typhoïde et les autres maladies aiguës.

Quant aux symptômes, la *fièvre récurrente* s'est montrée sous deux formes : forme simple et forme bilieuse; elle débute toujours par des prodrômes; les personnes atteintes sont prises de frissons, tantôt par deux accès à court intervalle, tantôt par un accès continu.

Les frissons passés, le malade reste très-abattu, il se plaint de maux de tête, il a soif, mal au cœur et manque d'appétit; quelquefois il s'est produit des vomissements; le malade est le plus souvent constipé; puis son abattement augmente, il est pris de douleurs particulières aux extrémités; pourtant, ces derniers symptômes pourraient manquer ou disparaître après peu de temps, ils ne sont ni permanents, ni constants.

Ordinairement, cette période d'incubation n'est pas de longue durée; souvent, après vingt-quatre heures seulement, la maladie se manifeste d'une manière très-claire.

Le visage est altéré, les traits en sont déprimés, la couleur de la face rouge chez les uns et gris-jaunâtre chez d'autres, parfois ictérique; la peau est chaude et sèche, la tête lourde et brûlante.

Si l'on place un thermomètre sous l'aisselle du malade, on compte 39°, 40°, 41° de Celse, et cette température est presque la même dans les différentes régions du corps.

La langue est ordinairement humide, jamais toute sèche; rouge aux bords et à la pointe, elle est chargée à sa base.

Dans le plus grand nombre de cas la respiration est tout à fait libre, tandis que dans quelques autres le malade tousse un peu, sans rendre beaucoup de glaires.

L'abdomen n'est point gonflé, et pourtant il est sensible au toucher, il paraît l'être particulièrement sous la pression de l'hypocondre gauche. Le foie est beaucoup plus grand que dans l'état naturel, car souvent il se développe jusqu'à l'ombilic et occupe entièrement la région hypocondriaque gauche; la rate présente constamment un état de gonflement très-prononcé.

Le malade ne mange pas et manifeste même du dégoût pour chaque genre de nourriture, mais il a une très-grande soif; il va aisément à la garde-robe et les selles ne présentent rien d'extraordinaire, elles sont plutôt liquides que consistantes; les urines, rendues sans difficulté, sont légèrement acides, quelquefois albumineuses.

Le malade, très-abattu, est pris de vertiges et ne peut se tenir debout.

Le pouls est faible, peu accéléré; de 100 pulsations au début, il arrive à 130, 140 battements par minute. Le délire ne se montre que très-rarement.

L'état que nous venons de décrire dure quatre, sept et même dix jours, ensuite le malade commence à transpirer abondamment, et cette transpiration, accompagnée d'un affaiblissement très-notable de tous les symptômes, se continue quelquefois de douze à trente-six heures; mais l'abattement ne diminue pas et les tiraillements des muscles continuent aussi.

Cet état de bien-être se prolonge pendant plusieurs jours, puis tout à coup un nouvel accès de froid a lieu, les frissons se produisent, et à la suite tous les symptômes mentionnés se renouvellent et tourmentent le patient pendant plusieurs jours encore.

Cependant, en général, ce second accès est moins fort et moins long que le premier, et le malade entre en convalescence. La marche de la convalescence est très-lente. Assez souvent encore la personne atteinte subit une et même deux rechutes, apparemment moins fortes que la première, mais laissant le malade dans un abattement extrême.

Dans quelques cas rares, la mort survient pendant le premier paroxysme, c'est-à-dire avant le second accès de froid, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale ou pulmonaire, ou par une inflammation des méninges, ou par une paralysie du cœur (docteur Hermann, à l'hôpital d'Aboukhoff); plus tard, le malade meurt ou d'une inflammation des poumons, ou d'abcès dans la rate et les reins, de catarrhes intestinaux, d'hydropisie.

A l'hôpital des ouvriers, on a aussi observé des phlegmons très-répandus du tronc et des extrémités, des inflammations avec suppuration des parotides et des glandes inguinales, assez souvent occasionnant la mort. Dans le dernier temps on a observé souvent (comme nous avons déjà dit plus haut) le passage de la *fièvre récurrente* de son second paroxysme au *typhus* ou à la *fièvre typhoïde*.

La seconde forme de la maladie, la *fièvre récurrente bilieuse*, peut provenir de la première, dont on vient de parler; parfois elle apparaît franchement dès le début.

Dès le premier jour, le malade présente l'état ictérique, des vomissements bilieux ont lieu et des douleurs insupportables de tête se font sentir. Le malade délire et reste dans une prostration extrême.

Cet état, très-dangereux, n'amène pas toujours la mort, mais la convalescence marche toujours lentement.

L'autopsie a toujours constaté le siége de cette maladie dans les organes de l'abdomen, particulièrement dans la rate et le foie, qui sont toujours très-volumineux et complétement changés (inflammation parenchymateuse); quelquefois les reins sont également atteints de cette

inflammation; on remarque aussi l'affection catarrhale de la muqueuse de l'estomac et des intestins, qui se propage quelquefois jusqu'à la membrane muqueuse des conduits biliaires et occasionne les phénomènes ictériques pendant la vie. En outre, dans les cas de complication, on trouve les suites de l'inflammation des poumons, la péricardite suppurative et les foyers hémorrhagiques dans le tissu de la rate, avec la rupture même de cet organe.

Les hommes sont plus sujets à la maladie que les femmes. Les ouvriers adonnés à la boisson ont été surtout plus particulièrement atteints du mal.

On n'a pas encore trouvé un traitement qui convînt à chaque cas; le médecin portant son attention sur la fièvre et sur l'état des organes abdominaux, réussit le mieux.

Ce sont toujours les acides minéraux (élixir acide de Haller) et le chlore que l'on emploie de préférence. Les traitements symptomatiques et palliatifs appropriés à des complications locales trouvent toujours leur indication (ainsi les laxatifs, l'huile de ricin, le calomel, les compresses échauffantes, les opiacés, etc., selon les circonstances). Le sulfate de quinine, recommandé par quelques-uns, n'a pas toujours produit de bons effets. Mais son utilité était plutôt reconnue comme moyen palliatif soulageant les sensations de douleur, et comme un remède fortifiant dans la période de convalescence, où il a été quelquefois employé avec les préparations de fer et la diète nutritive, surtout quand il y avait à combattre une anémie des convalescents.

(Pour plus de détails, nous renverrons à l'article du docteur Herrmann, contenant la description de cette maladie, ainsi qu'au compte-rendu anatomico-pathologique du docteur Küttner, insérés dans les deux premiers cahiers de *St-Petersburger medicinische Zeitschrift* de cette année.)

Le gouvernement n'a rien négligé pour soulager le sort des malades : ainsi l'on compte près de 3,500 lits temporaires. De son côté, le conseil de salubrité de Saint-Pétersbourg, sous la présidence du gouverneur général prince Souvorow, a pris toutes les mesures nécessaires pour arrêter autant que possible le développement de la maladie. Une caserne d'infanterie et une manufacture impériale ont été converties en hôpitaux provisoires en quelques jours.

Des commissions spéciales ont été nommées pour aller visiter les demeures des ouvriers; le physicat de la capitale a reçu l'ordre d'inspecter les marchés avec le plus grand soin.

Des *règles à suivre*, rédigées en langage usuel, courtes et précises, ont été affichées sur toutes les places.

Une souscription, provoquée par le conseil, pour venir en aide aux malades convalescents, par des secours en nature et en argent, a rencontré la plus vive sympathie dans toutes les classes de la société.

On peut penser que c'est à ces utiles mesures qu'est due la diminution aussi subite qu'importante que l'on constate aujourd'hui dans les cas de maladie.

CINQUIÈME QUESTION.

« Quelle a été la proportion entre la population de Saint-Pétersbourg et le nombre journalier des personnes atteintes de la maladie? »

RÉPONSE.

Si nous admettons le chiffre approximatif de 500,000 habitants, d'après le nombre des cas par jour relaté plus haut, nous avons pour le maximum, pendant quelques semaines seulement du mois de février, 300 cas par jour, *fièvre récurrente, typhus et autres maladies* y comprises; la proportion approximative ressort de ces deux chiffres.

Nous ajoutons :

Le nombre des réceptions aux hôpitaux, dans les derniers mois de 1864, présentait, sur celui des entrées des mêmes mois de 1863, une augmentation de 30 à 40 pour 100; au mois de janvier 1865, elle surpassait à peu près de 50 pour 100 le nombre de réceptions de janvier 1864, et le nombre de réceptions de février 1865 surpassait celui de 1864 de plus de 100 pour 100.

SIXIÈME QUESTION.

« Quelle a été la proportion entre les cas de maladie et celui des morts? »

RÉPONSE.

Ce n'est pas à la *fièvre récurrente* que l'on doit attribuer le plus grand nombre de cas de mort, mais au *typhus pétéchial* et à la *fièvre typhoïde*.

Ainsi, au début de l'épidémie, la fièvre récurrente donnait la proportion de (1 : 20) 1 mort sur 20 malades soignés dans les hôpitaux; dans son plus grand développement, elle donnait de (1 : 12 et 10) 1 mort sur 12 et 10 malades, et même au-dessous dans quelques hôpitaux.

Le typhus pétéchial donnait toujours des proportions beaucoup plus défavorables : (1 : 5 et même 1 : 4) 1 mort sur 5 ou même 4 malades dans quelques hôpitaux.

En général, le nombre des morts pendant les six derniers mois de 1864 et janvier de 1865 a dépassé celui des mêmes mois en 1863 à peu près de 2,000. La mortalité relative dans les hôpitaux a également beaucoup augmenté, surtout pendant les premiers mois de l'année 1865.

Si donc l'on compare le mois de janvier 1864 au mois de janvier 1865, nous trouvons :

Pour le premier (1 : 17) 1 mort sur 17 malades traités, et pour le second (1 : 11), 1 mort sur 11 malades, toutes les maladies aiguës et chroniques y comprises.

Il reste évident que si l'on ne comprend que la maladie *fièvre récurrente* et *typhus*, la proportion sera encore plus défavorable.

SEPTIÈME QUESTION.

« Quelle a été la plus grande mortalité dans un seul jour à Saint-Pétersbourg? »

RÉPONSE.

La mortalité journalière due aux maladies épidémiques dans les hôpitaux, *typhus* et *fièvre récurrente*, ne s'est pas élevée au maximum à plus de 60 par jour, et comme moyenne elle a été de 25 à 30 par jour.

Tels sont les documents officiels auxquels fait allusion la lettre communiquée à l'Académie de médecine par M. le docteur Pelikan.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NATALIS GUILLOT.

Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale (1).

(Recueillie par M. le docteur A. PROUST, chef de clinique de la Faculté.)

Le malade ne se présente pas toujours à nous sous le même aspect.

Quel que soit l'homme que nous examinions, que cherchons-nous à découvrir? D'une part, c'est le phénomène lui-même, c'est l'expression du phénomène ou l'une des expressions du phénomène que l'on désigne sous le nom de symptôme, c'est-à-dire, dans le langage précis de l'antiquité, ce qui est placé sous nos sens, σύν τίθημ, symptôme, dérivant ou de la sensibilité, ou du trouble des mouvements, des fonctions considérées d'une manière générale ou considérées en détail.

En nous arrêtant là, nous avons l'immense terrain de la médecine de l'antiquité, terrain largement fécondé, et que nous sommes obligés de parcourir avec plus de ressources qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Mais remarquons-le, quand ces symptômes apparaissent à nos yeux, ils nous représentent un détail varié d'une fonction troublée ou abolie, et nous nous trouvons vis-à-vis de ce symptôme dans la position où nous serions placés vis-à-vis d'un homme dont les fonctions seraient régulières. Nous allons au delà du symptôme, et nous voulons savoir en quoi et comment il correspond à l'état de la matière qui le produit, soit que la matière d'un organe soit saine, soit qu'elle ait subi des changements. Les exemples ne manqueraient pas pour développer cette idée. Le murmure doux et régulier de la respiration perçu par l'oreille, le nombre constant des mouvements respiratoires ne s'élevant pas au-dessus de dix-huit par minute, représentent la qualité fonctionnelle du poumon, l'état sain de cet organe, concordent avec lui tout aussi bien que l'accélération des mouvements respiratoires, le bruit que fait l'air en entrant, en sortant de la poitrine, que fait la voix en y retentissant viennent à concorder avec les diverses conditions matérielles du poumon dont la structure est changée, et mettent assurément les lésions à découvert. C'est ce travail, qui est la répétition du travail physiologique, que nous allons faire incessamment. C'est là la route du clinicien, c'est celle qu'il suit à son insu même; c'est la voie la plus sûre, c'est celle qui conduit à observer, à découvrir et à reconnaître le second terme dont l'antiquité ne connaissait que le premier; le second terme est la lésion.

Les anciens observateurs en avaient évidemment le sentiment, ils l'ont indiqué, je vous l'ai dit. C'est véritablement à cette connaissance des lésions qu'est due la supériorité de l'époque à laquelle nous vivons. La recherche des détails qu'elle présente est incessante et les hommes se sont multipliés pour l'entreprendre; il m'est impossible de ne pas vous rappeler ceux d'entre eux dont les travaux et les découvertes ont agrandi nos connaissances. Les uns, comme Valsalva, Morgagni, Prost, comme Laënnec, ont disparu laissant un nom vénéré. Les autres, comme mon illustre maître et ami M. Rostan, comme l'éminent clinicien de la Charité, M. Bouillaud, dont vous applaudissiez ces jours derniers les leçons aussi brillantes que solides, nous montrent encore aujourd'hui avec une ardeur toute juvénile tout ce que cette connaissance donne d'ampleur à la médecine et de précision à l'enseignement. C'est aussi à cette étude que s'est voué le professeur dont j'occupe ici la chaire, M. Piorry.

Dans cette recherche du rapport du phénomène produit avec la lésion qui le détermine, réside la grande part du clinicien. Il n'y a en cela rien qui dépasse la limite de la puissance humaine, l'homme agit en la recherchant avec tout ce qu'il y a de plus puissant en lui, avec son intelligence qui voit, touche et sent avec précision. Le brillant de l'imagination, si cher aux anciens, ne resplendit plus, il est vrai, de cet éclat trompeur qui a séduit quelques écoles passées. Mais aussi une utilité réelle apparaît dès qu'on a touché le but; l'intelligence est forcée de le reconnaître. Et il faudrait reculer de près d'un demi-siècle pour accepter les paroles du dernier systématique que nous avons vu : « A quoi sert l'anatomie pathologique? A quoi sert l'étude du tissu malade et des organes malades? »

Ces deux termes de la question clinique, étude des symptômes, étude des lésions, rapports des uns et des autres, pourraient servir seuls dans un nombre considérable de cas. Mais il est évident qu'un troisième terme doit être recherché et qu'en le possédant nous ne devrions acquérir la connaissance la plus complète d'un phénomène quel qu'il soit, ou physiologique, ou pathologique; ce troisième terme de la question obscure qui nous frappe toujours pendant la durée de notre existence, c'est la cause.

En examinant les conditions physiologiques auxquelles nous sommes soumis, nous exprimons bien les deux termes : organes et fonctions, organisation constituée d'une certaine manière régulière quoique mobile, fonction produite d'une certaine manière régulière également quoique mobile. Le troisième terme nous l'appelons force, vie, vita, et nous ne savons d'où il dérive. En cherchant de même au milieu des phénomènes pathologiques, fussions-nous éclairés par la connaissance des désordres, nous arrivons également vis-à-vis ce troisième terme : la vie, la force, l'impulsion première, et nous sommes contraints de nous arrêter avec les mêmes incertitudes devant les mêmes obscurités. Mais, entre cette force première, entre les changements organiques et les phénomènes produits, il y a d'autres actions au-delà desquelles nous ne pouvons plus aller et que notre langage désigne sous le nom de causes. Ces causes sont en réalité la dernière limite que notre esprit puisse atteindre au milieu de nos connaissances. Nous ne pouvons pas la dépasser. Sont-elles des effets, sont-elles spontanées? Nous l'ignorons et nous sommes forcés de nous taire. Cependant, ce que nous appelons cause ou phénomène initial doit entrer dans la considération déterminante du clinicien. En nombre de cas, ce point de départ vient l'éclairer, assure notre jugement et détermine avec précision la route à suivre, car alors nous avons la connaissance la plus complète que nous puissions posséder de la connaissance d'un ensemble morbide. Choisissons des exemples. Un homme souffre dans la continuité des os, le périoste est tuméfié, les ganglions cervicaux sont indurés, des élévations papuleuses sont disséminées sur le cuir chevelu, l'amaigrissement devient général, l'action du centre nerveux cesse d'être évidente; ni les mouvements, ni la sensibilité ne répondent à la volonté ou au contact. Nous voyons les phénomènes d'expression, nous connaissons les lésions, mais dans ce cas nous ne sommes réellement et suffisamment éclairés que par le phénomène initial, que nous appelons cause, et dès que nous connaissons l'action d'une matière particulière et la pénétration de cette matière dans l'intérieur du corps, nous avons la réalité, la notion la plus évidente que nous puissions posséder de la maladie.

En maintes circonstances vous apprécierez toute la puissance que donnent à nos moyens de curation cette connaissance complète, vous verrez ce qu'elle donne au diagnostic des paralysies, ce qu'elle donne à la curation des paralysies, ce qu'elle fournit également au pronostic de ces diverses maladies lorsque l'on peut envisager comme causes les transformations organiques des vaisseaux perdant leur élasticité, du cœur gagnant du volume avec l'âge, des conditions de l'existence de l'individu malade soumis à l'action du froid, à l'action des substances qui l'entourent ou dont il se nourrit.

Malheureusement cette triple connaissance de la cause, de la lésion et des phénomènes produits qui représenteraient la perfection de l'art médical, n'est qu'incomplétement possédée par nous. C'est sur elle que tend invinciblement notre esprit, mais il n'a point atteint le but, et nous ne savons que vaguement les choses. Ainsi, nombre de maladies ne nous apparaissent et ne nous laissent voir, soit que l'un, soit que deux termes de cette immense question. Quelques-unes ne nous permettent de voir que des phénomènes produits, des symptômes comme on le dit. Nous sommes forcément placés, jusqu'à ce que nos lumières soient plus grandes, dans les mêmes conditions où se sont trouvés nos devanciers.

Nous ne connaissons ni la lésion, ni la cause. Rappelez vos souvenirs, représentez-vous ce groupe immense de phénomènes si complexes, si bizarres, que l'on désigne sous le nom de névroses. Là les phénomènes sont évidents; où sont les lésions, où est la cause? Donnez ces phénomènes à l'antiquité, elle vous rendra une masse énorme d'hypothèses, de théories et de doctrines; donnez-les à l'époque présente, chacun vous répondra : j'ignore et je cherche. Mais nul n'a trouvé le secret.

Dans d'autres cas, nous connaissons la cause, nous connaissons les phénomènes, et c'est encore la lésion qui nous échappe, quelquefois pour toujours, d'autrefois elle nous apparaît incertaine et fugace. Nous connaissons la cause de la rage, nous savons bien que c'est une matière qui pénètre l'homme et qui l'empoisonne. Le symptôme ne saurait nous échapper. Mais la lésion nous est inconnue. Nous connaissons bien la cause de l'intoxication paludéenne, nous en connaissons les symptômes, mais nous en savons si imparfaitement les lésions qu'elles ne ne sauraient nous conduire à une méthode de traitement. Je pourrais multiplier les exemples. Ils ne serviraient qu'à vous démontrer la même assertion avec des nuances diverses.

Néanmoins, malgré toutes ces difficultés, ces impossibilités dont la solution nous donnerait une force complète, nous sommes obligés de marcher et d'être utiles, de chercher sur chacun des malades que nous examinerons la somme la plus considérable de connaissances que nous puissions avoir, les causes de toute nature qui produisent les lésions et les phénomènes, et alors d'en apprécier l'intensité et l'action. Dans le milieu où vit l'homme, les causes sont multipliées, tantôt agissant sur un individu, tantôt sur une masse d'individus soumis à la même influence. Quand nous trouvons ces causes, nous constatons constamment ou à peu près la production de phénomènes semblables, non-seulement dans l'action directe, mais encore dans l'action consécutive. Les exemples sont nombreux. Prenons les poisons morbides, les virus, et la succession des phénomènes qui en dérivent; la cause ayant été produite, nous en connaissons le phénomène, et de plus, en connaissant le phénomène, nous en déduisons les lésions; et, prenant la question sur les deux extrêmes, la cause et le phénomène, nous pouvons, la cause connue, dire le phénomène, et, le phénomène connu, en indiquer la cause. Prenons l'action du froid, ou plutôt de la variation de température, nous en déduisons ces phénomènes constants, variés et produits partout où il existe du tissu fibreux, nous en déduisons ce qu'on appelle rhumatisme, nous en déduisons comme action consécutive, et parfois très-éloignée, tous les phénomènes consécutifs aux changements du tissu fibreux et de la fibrine elle-même.

Examinons encore l'action du froid, ou l'action du milieu donnant à toutes les maladies produites par l'influence du milieu

---

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

un caractère particulier, caractère exprimé par le nom assez vague de constitution médicale. Là, l'influence de la cause qui siége dans la qualité du milieu où nous vivons est encore appréciable, non-seulement dès le début des phénomènes, mais encore dans la continuité des phénomènes déjà bien éloignés de la cause, et cette connaissance sert assurément à la direction à donner aux divers traitements, même avant que la modification des phénomènes ait été appréciée, parce qu'on sait qu'elle existera.

Nous n'avons considéré jusqu'à présent l'homme malade que d'une manière abstraite, comme si cet homme était constamment ainsi au même âge, comme s'il dérivait de la même lignée, comme s'il était pendant la durée de son existence soumis à des influences parfaitement semblables, soit qu'elles vinssent de lui-même, soit qu'elles dérivassent des conditions qui l'entourent; le pathologiste peut et doit assurément considérer les choses de cette façon, mais le clinicien ne saurait le faire. A l'un appartient l'ensemble, à nous reviennent les détails; mais à une condition, c'est que le détail ne tuera pas l'intelligence, et que notre intelligence étendra toujours ces recherches. Si nous considérions à un autre point de vue les maladies que nous allons voir, nous découvririons une longue série de nuances qui modifient les phénomènes, qui modifient même les lésions, qui changent tous les mouvements physiques et les symptômes d'expression d'une maladie lorsqu'on examine l'homme aux différents âges de la vie. Nous verrons alors quelle utilité pratique il y a de suivre, soit l'influence de la cause, soit la lésion, soit le phénomène, chez l'enfant, aux divers âges de l'enfance, chez l'adulte et chez le vieillard. Vous auriez beau connaître le fait brut : pneumonie; le fait brut : convulsions, chez l'adulte, que, voulant asseoir une opinion médicale et établir un traitement, vous ne seriez nullement éclairés sur la plupart des caractères exprimés par la lésion, non plus que sur les phénomènes qui en dérivent, encore moins peut-être, et tout aussi peu, cela est certain, sur les différentes actions que vous pourrez produire, que vous pourrez déterminer. Une clinique complète, et il n'en existe pas, devrait donc placer sous les yeux de l'élève non pas seulement un ordre de malades, mais plusieurs ordres de malades, plusieurs séries dont l'étude nous permettrait incessamment de comparer les divers âges de la vie de l'homme souffrant et les différents caractères que revêtent les lésions et les phénomènes qui les indiquent.

Ce n'est pas seulement à la recherche des causes, des phénomènes, des lésions et de l'âge que doit s'adresser l'étude. L'homme n'arrive au monde que précédé par une lignée, c'est-à-dire par une série d'ascendants qui ont déjà subi les diverses conditions de la vie. L'aïeul, le père, la mère préparent l'enfant et le rendent apte à l'avance, dès le début de la vie, à subir telle influence plutôt que telle autre; ils lui transmettent même l'action des influences qu'ils ont eux-mêmes subies; ils lui transmettent même l'aptitude à être impressionné par différentes conditions; ils lui transmettent la condition morbide en même temps qu'ils lui ont légué la diathèse pathologique. S'occuper de l'homme malade sans faire attention à ces conditions d'hérédité, ce serait se condamner à rétrécir le champ de la médecine et à détourner l'intelligence humaine.

C'est en ne perdant pas le souvenir de tout ce que je viens de vous dire, de tout ce qui prépare l'esprit du médecin, que l'on peut aborder la clinique. Faute de le faire, on pourra être brillant ou heureux en certains points, mais on sera toujours vis-à-vis ce grand mouvement, qui constitue l'édifice médical, comme l'homme qui n'aurait vu que le détail d'un édifice et n'en comprendrait pas la grandeur.

Je suppose que vous envisagiez l'ensemble de la clinique comme je viens de le faire, et que vous soyez prêts à marcher dans la route que je m'en vais tenter de suivre, vous pourrez être conduits à penser que jusqu'ici je n'ai envisagé la clinique que comme une grande étude de physiologie pathologique. Il est un autre but cependant dans la clinique, ce n'est pas seulement de connaître et d'apprécier, c'est de chercher à diminuer les souffrances humaines et à préparer le retour des conditions régulières de la physiologie. Se présente alors à l'esprit cet horizon délimité d'une manière incertaine, désigné sous le nom de champ de la thérapeutique, et de chercher à y trouver une série de moyens, une règle de conduite à l'aide desquelles telle lésion peut être modifiée, tel phénomène, telle souffrance peuvent être amoindris. Là est assurément le plus difficile de la clinique : l'application du remède est un écueil contre lequel nous nous brisons souvent. Chose étrange, le point de départ de la médecine a été la recherche du remède, avant même qu'on n'eût pensé au reste, et assurément ceux qui ont découvert le quinquina, l'iode, le mercure, étaient bien incapables de se faire une idée des lésions auxquelles ils cherchaient à porter remède. L'antiquité nous a laissé des monceaux de remèdes, et la thérapeutique actuelle est malheureusement souvent le reflet de l'antiquité. Au milieu de l'accumulation de matériaux thérapeutiques dont nous avons la connaissance, nous avons été forcés de choisir, et, plus sévères que leurs devanciers, les thérapeutistes et les cliniciens de nos jours marchent avec une prudence d'expérimentation qui a dû vous frapper plus d'une fois. Il n'est pas possible de conserver l'esprit de l'époque où nous vivons sans être conduit à l'imprudence thérapeutique, de ne pas restreindre cette thérapeutique au lieu de l'étendre, de ne pas vouloir lui donner ce qu'il serait déraisonnable et ce qui a toujours été déraisonnable de lui demander, de ne pas chercher, en un mot, à vous représenter aussi complétement que possible les vues médicales de notre temps, et rien de plus. L'avenir est encore loin, il réserve de nouvelles découvertes, il nous donnera probablement des puissances que nous ne connaissons pas encore. Nous n'en pouvons pas pénétrer l'obscurité. Et, jusque-là notre rôle serait encore bien beau si, à l'aide des moyens que nous possédons, nous pouvions activer votre intelligence, même la développer, et contribuer à faire de chacun de vous un médecin au niveau des connaissances de l'époque où nous vivons.

SUR L'IMPORTANCE

et la possibilité physiologique et pratique de la sélection en ce qui concerne l'espèce humaine,

Par M. le Dr Caron.

Je ne veux certes pas pour l'instant me porter parti pour ou contre la consanguinité matrimoniale; mais un fait tout particulier m'a frappé dans l'appréciation de la *Gazette des Hôpitaux* sur les travaux de MM. de Ranse et Félix Voisin; c'est la circonstance de sélection, qui, dit-elle, joue un si grand rôle en zootechnie.

A cette occasion, me permettra-t-on quelques réflexions sur son importance et sa possibilité physiologique et pratique en ce qui concerne l'espèce humaine?

Si, chez certains animaux en complète liberté, dans l'état primitif, ce choix, cette préférence instinctive, conduit les individus à n'accomplir le vœu de la nature que sous l'empire de certaines conditions physiologiques spéciales que nous ne saurions rigoureusement déterminer, à coup sûr dans la domesticité, où nous pouvons les observer, dans les centres agricoles, la question du libre arbitre et de sélection intuitive ne saurait être mise en cause. Tous les médecins savent aussi bien que moi que, dans ces circonstances, il faut, bon gré mal gré, que les fonctions, les appétits génésiques des individus, se satisfassent suivant les moyens qui sont à la disposition des propriétaires.

Or, on n'ignore pas non plus qu'il est beaucoup de petits hameaux et de localités où le nombre des étalons est singulièrement limité, à tel point que le même est condamné à satisfaire aux exigeances d'une ou de plusieurs populations équines, bovines, et tant d'autres de même. Paraîtrait-il donc plus logique aujourd'hui d'appliquer à l'espèce humaine ces données essentiellement empiriques?

Pour édifier à ce sujet les observateurs, il nous suffira de leur rappeler les conditions toutes spéciales dans lesquelles se réalisent les contrats matrimoniaux dans presque toutes les classes de la société. Et personne n'hésitera à reconnaître quel est dans notre civilisation du dix-neuvième siècle le plus puissant mobile de sélection conjugale!

Les individus qui aspirent à s'associer, à s'unir dans les liens du mariage, à constituer une nouvelle famille, se préoccupent moins des conditions physiques, anatomiques et physiologiques qui peuvent les conduire au but, à la fin naturelle de ce grand acte qu'aux avantages pécuniers que doit leur procurer la famille à laquelle ils désirent s'allier. Si la fortune de la fiancée répond aux aspirations, aux besoins de la position commerciale, professionnelle des prétendants, peu importe le caractère, la santé, la constitution, les chances de l'hérédité physiologique ou pathologique. Et pour répondre à nos objections médicales, on ajoutera : La fortune qu'ils posséderont les mettra en position de faire de brillantes affaires; la sympathie, l'amitié, l'amour, cela viendra toujours; ils sont jeunes, leurs caractères finiront par s'harmoniser!

Où est dans de semblables conditions la liberté de conscience, ce sentiment intuitif, ce principe de sélection qu'ont invoqué nos confrères? Mais le plus simple raisonnement ne nous conduit-il pas directement à démontrer que les individus ne sont jamais ou presque jamais en position de juger, d'apprécier philosophiquement la question. Quels sont ceux qui cherchent à s'éclairer, à agir en connaissance de cause en souscrivant à la formule qui les engage réciproquement!

Le jeune homme et la jeune fille, élevés chacun dans leurs sphères, mais aussi dans l'ignorance la plus absolue des lois physiologiques qui les portent à s'unir, à s'associer, obéissent le plus ordinairement à des appétits, à des instincts, que dissimule leur ingénuité, et qu'ils se préparent à satisfaire avec le prestige d'illusions trop éphémères.

Aussi, pour ne pas attribuer spéculativement à la consanguinité plus d'influence qu'elle n'en mérite en matière de reproduction et de conservation des espèces, nous prendrons toujours en considération les observations pratiques qui justifieront sa participation bonne ou mauvaise, pour en déduire les conclusions philosophiques et pratiques que nous réservons; sauf à mettre en ligne de compte les procédés d'éducation physique que l'on applique aujourd'hui trop communément et presque exclusivement à notre espèce, et cela dans le but d'exonérer un peu la consanguinité des trop nombreuses altérations organiques qu'on lui impute.

Qui n'a pu se convaincre, en effet, des conditions antiphysiologiques suivant lesquelles s'exécute, se pratique journellement la première éducation de l'homme! Il suffit de la comparer à celle des animaux, même les plus inférieurs, pour saisir la différence.

Quel est l'agriculteur, l'éleveur, qui essayerait de condamner un jeune veau, une génisse, un poulain, à manger du foin, de la paille, de l'avoine, alors que leur estomac est incapable de les digérer? Avec quel soin, avec quelle sollicitude, au contraire, on s'applique à ne leur donner qu'une ration d'aliment proportionnée à leur aptitude physiologique, et surtout à distancer mathématiquement les heures des repas!

L'homme, par un entraînement que rien ne saurait justifier, si jeune qu'il soit, si frêle, si délicats que puissent être ses appareils digestifs, son estomac, il faut de toute nécessité le contraindre de bonne heure, le jour même de sa naissance, à digérer toutes espèces de substances alimentaires; il faut surtout lui en donner en grande quantité et à toute heure pour l'habituer, dit-on, à supporter les caprices de ses père et mère, et l'exercer prématurément aux actes, aux fonctions physiologiques pour lesquels ses organes ne sont pas encore constitués. Que les médecins physiologistes veuillent bien y regarder d'un peu plus près, et peut-être trouveront-ils dans ces nouvelles études plus sérieusement faites de la puériculture la source d'une foule de maladies, de transformations anatomiques et physiologiques, de prédispositions aux maladies contagieuses et épidémiques qui jusqu'à ce jour ont pu être attribuées à la consanguinité. Ces ingénieuses hypothèses ont servi de base à des théories médicales qui, pour cause, se sont promptement trouvé infirmées par de sérieuses et légitimes observations.

DES PRÉPARATIONS A BASE DE MALT ET DE PEPSINE

dans le traitement des maladies de l'estomac,

Par M. le docteur Salmon.

On sait que dans l'acte de la digestion les aliments sont décomposés par les liquides digestifs, qui agissent sur eux soit par voie de dissolution, soit par voie de réaction chimique. Les deux principaux de ces liquides sont la salive et le suc gastrique. Le premier contient une substance azotée, appelée ptyaline par Berzélius et diastase par M. Mialhe; le second renferme une matière organique, la pepsine, découverte par Schwann. L'une et l'autre agissent à la manière des ferments, c'est-à-dire par une action de contact ou de dialyse, mais avec cette différence que, tandis que la salive rend soluble les aliments féculents en les transformant en dextrine, puis en glucose, comme le fait la diastase végétale ou malt extraite de l'orge germée et employée dans la fabrication de la bière, la pepsine n'opère que sur les substances albuminoïdes.

Le défaut ou l'insuffisance de l'un de ces deux ferments doit nécessairement amener des troubles dans les fonctions digestives, troubles qui sont très-fréquemment le point de départ de certaines affections de l'estomac.

Depuis plusieurs années, la pepsine est employée contre ces divers états pathologiques avec des résultats qui n'ont pas toujours été couronnés de succès. Il ne pouvait en être autrement, la pepsine n'exerçant, comme nous venons de le dire, son action que sur l'albumine. Pour en faire un *suc digestif stomacal complet*, il aurait donc fallu lui adjoindre le malt ou diastase. Un pharmacien distingué, M. Chassaing, vient de mettre cette heureuse idée à exécution, et dans une de ses dernières séances l'Académie de médecine a déclaré qu'il n'y avait dans cette association aucune incompatibilité chimique. En homme de science et de pratique, M. Chassaing a encore ajouté à ces préparations, présentées sous forme de vin et de sirop, deux autres substances, l'écorce d'oranges amères et la lupuline; la première destinée surtout à masquer la saveur désagréable de la pepsine, la seconde à cause de ses propriétés sédatives et pour calmer les douleurs dont l'estomac est si souvent le siége dans ces affections.

Nous avons déjà fait l'essai sur un certain nombre de malades du sirop et du vin digestifs de M. Chassaing, et nous sommes heureux de constater combien ils ont été efficaces. Après avoir été administrés pendant quelques jours, les digestions se sont régularisées et l'assimilation est devenue parfaite. Ces nouveaux médicaments rendront très-certainement de grands services à la thérapeutique, et à ce titre nous les recommandons à nos confrères.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 avril 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Ollivier, de Barcelonette, et Morère, de Palaiseau;

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Savoie (Commission des épidémies);

3° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Miers (Lot), par M. le docteur Lagasquie; de Saint-Christian (Basses-Pyrénées), par M. le docteur Tillot; de Bains (Vosges), par M. le docteur Bailly (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. Pelikan, directeur du département médical du ministère de l'intérieur à Saint-Pétersbourg, accompagnant l'envoi d'un numéro du *Journal de Saint-Pétersbourg*, qui renferme des documents officiels sur l'épidémie régnante en Russie.

L'épidémie ne présente à l'observation rien de nouveau, rien d'inconnu à la science, point de forme unique, mais bien le genre typhoïde avec diverses modifications connues : fièvre typhoïde, typhus pétéchial, fièvre typhoïde bilieuse, fièvre récurrente, etc.

La fièvre récurrente, simple et bilieuse, s'est montrée contagieuse comme le typhus en général. L'origine de cette épidémie, qui a frappé surtout les classes pauvres, peut être attribuée à des conditions mau-

vaises d'hygiène, à la consommation de légumes mûrs et poussés dans des conditions climatériques défavorables, à l'usage immodéré de l'eau-de-vie de grain, à une agglomération inaccoutumée d'ouvriers dans la capitale, à des variations atmosphériques, etc.

La proportion maximum de sujets atteints par cette épidémie a été de 300 cas par jour pendant quelques semaines seulement du mois de février. Aujourd'hui (12 avril) le total général des réceptions aux hôpitaux civils est de 100 à 150 par jour, y compris le typhus pétéchial ou la fièvre typhoïde et les autres maladies aiguës.

Ce n'est pas à la fièvre récurrente que l'on doit attribuer le plus grand nombre des cas de mort, mais au typhus pétéchial et à la fièvre typhoïde. Ainsi, au début de l'épidémie, la fièvre récurrente donnait la proportion de 1 mort sur 20 malades soignés dans les hôpitaux; dans son plus grand développement, 1 sur 12 ou sur 10. Le typhus pétéchial donnait toujours 1 sur 5 et même 1 sur 4.

La mortalité journalière due aux maladies épidémiques dans les hôpitaux (typhus et fièvre récurrente) ne s'est pas élevée, au maximum, à plus de 60 par jour; et comme moyenne elle a été de 25 à 30 par our.

— La correspondance manuscrite comprend en outre une note de M. le docteur Germe (d'Arras) sur un nouveau plessimètre de son invention, qu'il nomme *plessimètre à fenêtres cloisonnées*, construit par M. Guéride, fabricant d'instruments de chirurgie.

H. GUÉRIDE A PARIS.
DÉPOSÉ.

Tous les jours on apprécie davantage, dit l'autleur, valeur et l'importance du plessimètre qui a donné de si beaux résultats pratiques entre les mains de M. le professeur Piorry; mais les difficultés qu'il faut vaincre avant de parvenir à employer avec succès ce mode d'exploration m'ont engagé à modifier le plessimètre ordinaire, de manière à rendre son usage plus facile.

M. le professeur Trousseau, parlant de la percussion et de ses avantages, faisait remarquer que la percussion sur le plessimètre ordinaire a l'inconvénient de donner des sons mixtes, et qu'il est très-difficile de limiter leur intersection.

L'idéal de la percussion est donc de percuter sur la plus petite surface possible, de telle sorte que, à quelques millimètres de distance, les points non percutés n'entrent pas en vibrations. Ce sont ces diverses raisons qui m'ont déterminé à faire la modification que je soumets aujourd'hui à l'Académie.

Avec ce plessimètre j'obtiens des sons nets et précis de la seule partie percutée.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Bonnafont, une brochure sur l'opportunité de créer un asile d'aliénés en Algérie; et, au nom de M. le docteur Périer, un rapport sur l'état sanitaire de la province d'Alger en 1862.

— **M. J. CLOQUET** met sous les yeux de l'Académie, au nom de M. le docteur Mallez, un album de planches photographiques représentant les principales lésions des voies urinaires.

LECTURE.

Thoracentèse chez les enfants. — M. le docteur **GUINIER**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur l'opération de la thoracentèse chez les enfants.*

Ces recherches portent sur 31 observations. L'opération a été pratiquée le plus souvent entre six et neuf ans, plus souvent sur des garçons que sur des filles. L'opération a eu six fois plus de succès que d'insuccès. L'auteur l'a pratiquée une fois avec succès sur un enfant à la mamelle.

Dans aucun de ces 31 cas, l'opération n'a paru nuisible, et elle ne peut être accusée d'avoir contribué en quoi que ce soit à la mort chez les cinq individus qui ont succombé. Dans les 26 cas de guérison, tout autorise à conclure que l'opération a empêché la mort des malades.

Lorsque chez un jeune enfant, dit l'auteur, un épanchement pleurétique aigu ne présente après quelques jours aucune tendance à la résolution, il doit être immédiatement ponctionné si l'on veut éviter la présence du pus dans la plèvre.

Le lieu d'élection de la ponction et le manuel opératoire sont les mêmes chez les enfants que chez les adultes.

(Commissaires : MM. Trousseau et Roger.)

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national.

La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Blondlot (de Nancy);

En deuxième ligne, M. Marchand (de Fécamp);

En troisième ligne, M. Béchamp (de Montpellier).

Au premier tour de scrutin, M. Blondlot a obtenu la majorité des suffrages et a été déclaré élu.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Trousseau.

Suite de la discussion sur le sens de la parole.

M. TROUSSEAU commence un discours que le manque de temps ne lui permet pas de terminer et dont la suite est renvoyée à la séance prochaine. Nous résumerons ce discours lorsqu'il aura été terminé.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Dans la séance précédente, M. le docteur Guillon a adressé à l'Académie une lettre dont le bureau n'a pas jugé à propos de donner connaissance au public et qui ne figure point dans les pièces de la correspondance.

Comme cette lettre renferme un appel aux chirurgiens de l'Académie et une proposition qu'il est utile de faire connaître, nous lui donnerons ici la publicité que le bureau de l'Académie a cru devoir lui refuser.

« Comme le bien de l'humanité, le progrès de la science et celui de l'art de guérir est ce que nous voulons tous, je viens, Monsieur le président, faire un dernier appel à MM. les chirurgiens des hôpitaux, vos collègues à l'Académie de médecine.

« Entre l'Académie et moi, la lutte est engagée sur le terrain scientifique, et même devant la justice; je propose d'y faire trêve sans rien sacrifier de nos prétentions et de nos droits respectifs.

« J'ai foi, et personne n'en doute :

« 1° Que l'uréthrotomie externe, préconisée pour remédier à la difficulté et à l'impossibilité d'uriner produites par des rétrécissements uréthraux fibreux réputés infranchissables, est un moyen dangereux, très-souvent meurtrier, qui après son emploi laisse l'opéré dans un état maladif habituel;

« 2° Que mon procédé de cathétérisme, pratiqué avec des bougies convenables, évite cette opération, ainsi que la ponction de la vessie, en permettant de franchir les rétrécissements qui ne peuvent être vaincus par les procédés et les instruments généralement en usage dans la pratique chirurgicale, et que par ma méthode de stricturotomio, qui n'est ni périlleuse ni douloureuse, on obtient la guérison complète des rétrécissements de l'urèthre réputés incurables, lors même que les malades ont dépassé soixante ans;

« 3° Qu'il ne manque à mon procédé de cathétérisme et à ma méthode de stricturotomie, pour être appréciés et généralement adoptés, que d'avoir été par moi pratiqués en présence des chirurgiens qui sont jusqu'ici restés incrédules.

« En conséquence, et comme à mon âge, Monsieur le président, il ne faut pas ajourner l'occasion de faire le bien, je viens simplement et de bonne foi, en dehors de toute discussion judiciaire ou autre, abstraction faite de toute récompense et de toute controverse, offrir mes services gratuits à MM. les académiciens chirurgiens des hôpitaux.

« Jaloux de leur prouver l'efficacité de mon procédé de cathétérisme et de ma méthode de stricturotomie, j'offre formellement d'opérer devant eux tel nombre de malades qu'ils désigneront affectés de rétrécissements uréthraux de nature fibreuse, considérés comme nécessitant l'uréthrotomie externe, ou la ponction de la vessie, ou réputés infranchissables, lors même que ces malades auront non-seulement atteint la soixantaine, mais encore dépassé soixante-dix ans.

« Je me crois d'autant plus fondé à faire cette proposition que dans la *Gazette des Hôpitaux* du 13 juin 1863, au procès-verbal de la Société de chirurgie, on trouve ces déclarations navrantes :

« Le registre d'opérations de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1862 et le « commencement de 1863 mentionne 4 morts sur 38 uréthrotomies.

« Dans les registres de la Pitié, vous trouvez 16 morts sur 71 opérés, « plus de 22 pour 100.

« Le relevé donné par M. Tillaux, dans sa thèse sur l'uréthrotomie, « donne 13 morts sur 47 opérations.

« A l'Hôtel-Dieu, les malades qui ont dépassé soixante ans donnent « plus de morts que de guérisons. »

« Comme j'ai employé la stricturotomie sur plus de 1,500 malades sans en perdre un seul des suites de cette opération, la responsabilité de MM. les académiciens qui accepteront ma proposition ne peut être nullement compromise. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour les emplois de pharmacien élève à l'École impériale du service de santé militaire de Strasbourg aura lieu au mois de septembre prochain, à Paris, à Strasbourg, à Lyon, à Montpellier, à Toulouse et à Bordeaux. Pour être admis à ce concours, les candidats devront être pourvus du diplôme de bachelier ès-sciences et avoir eu moins de vingt et un ans le 1er janvier 1865.

Les élèves ayant des inscriptions sont admis au concours jusqu'à l'âge de vingt-trois ans.

Les trois années de stage dans une pharmacie civile exigées par la loi sont remplacées, pour les élèves militaires, par trois années de service à l'École du Val-de-Grâce et dans les hôpitaux.

Des bourses, des demi-bourses et des trousseaux peuvent être accordés aux élèves. Les frais d'inscriptions, d'examens, etc., sont payés par le ministre de la guerre.

(Voir le *Moniteur universel* du 9 avril 1865 pour les formalités préliminaires, la forme et la nature des épreuves, la concession de places gratuites, etc.)

— La Société médicale du sixième arrondissement tiendra sa prochaine séance le lundi 24 avril.

Ordre du jour :

1° Rapport lu par M. le docteur Duchenne;

2° Analyse d'un ouvrage d'hygiène, par M. Dequevauviller;

3° Observation de bronchite pseudo-membraneuse (docteur Moreau);

4° Observations de maladie de Brigth (docteur Monceau);

5° Observation d'affection peu fréquente des paupières (docteur Ed. Meyer).

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 48. — SAMEDI 22 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 22 AVRIL 1865. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Deux nouveaux exemples de chorée compliquée de délire maniaque et d'hallucinations.

On connaît les rapports de succession qui ont été établis entre le rhumatisme et la chorée d'une part, la chorée et le délire d'autre part. Cette dernière filiation surtout, qui n'avait pas échappé aux anciens observateurs, a été l'objet dans ces derniers temps d'une étude particulière de la part de notre si regrettable confrère le docteur Marcé. Il avait reconnu que, dans les deux tiers des cas de chorée environ, les fonctions cérébrales étaient plus ou moins notablement altérées. Les observations rapportées à l'appui de cette proposition montraient, en effet, tantôt de simples modifications de la sensibilité morale et de l'intelligence, tantôt des lésions beaucoup plus accentuées et tout à fait semblables aux éléments pathologiques de la folie, c'est-à-dire les hallucinations, le délire maniaque. Quelques faits publiés depuis sont venus confirmer à cet égard la thèse de M. Marcé. Nous rappellerons entre autres l'observation recueillie dans le service de M. Bergeron et publiée par M. Duchesne (*Gazette des Hôpitaux* du 7 mars 1861), les faits rapportés dans une de ses *Leçons cliniques* par M. Trousseau (*Ibid.*, 28 juin 1864) et l'observation de chorée compliquée de délire maniaque avec hallucinations, recueillie par M. Lelion dans le service de M. Fremy à l'hôpital Beaujon et que nous avons publiée à la fin de l'année dernière. (V. le n° du 13 décembre 1864.)

A ces faits, il faut ajouter deux nouvelles observations très-intéressantes que M. le docteur Thore (de Sceaux) a communiquées récemment à la Société médico-psychologique, et qui viennent d'être publiées dans le dernier fascicule du recueil qui rend compte des travaux de cette Société (les *Annales médico-psychologiques*, n° de mars).

Une jeune fille de quatorze ans, ayant déjà eu une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de cinq ans, éprouve une deuxième atteinte de la même maladie dans le courant de mai 1863. Elle commence à souffrir dans l'articulation du coude pied droit, puis dans celle du coude pied gauche; les jours suivants les deux genoux se prennent et huit jours après les jointures des membres supérieurs deviennent douloureuses à leur tour. L'affection rhumatismale se complique bientôt d'une double pleurésie.

Les douleurs articulaires avaient presque complétement cessé, et la pleurésie avait également cédé en grande partie à l'emploi de larges vésicatoires et de la digitale, lorsque le 10 juin apparaissent quelques mouvements choréiques au membre supérieur gauche d'abord, puis dans le membre supérieur droit et à la face. Deux jours après l'apparition de ces convulsions la jeune malade a des hallucinations : elle voit et *sent* un peloton de fil qui lui serre le cou, et cherche sans cesse à s'en débarrasser. Elle voit des bêtes de toutes formes qui la menacent; elle entend des cris, des plaintes, des bruits d'instruments, etc. Pendant trois jours consécutifs les mêmes hallucinations se reproduisent vers le soir. Les mouvements choréiques vont diminuant pendant ce temps-là.

Les hallucinations reparaissent encore presque tous les soirs et persistent ainsi jusque dans les premiers jours de juillet. A cette époque la petite malade est complétement rétablie, elle n'a plus ni douleurs articulaires, ni mouvements choréiques, ni hallucinations.

Le traitement, indépendamment des moyens mis en usage pour combattre la pleurésie, a consisté dans l'emploi du sulfate de quinine et de la valériane, et en dernier lieu de l'huile de foie de morue comme moyen reconstituant, la malade ayant été plongée vers la fin de ses accidents dans un état de faiblesse et d'émaciation extrême.

Dans le second fait, il s'agit aussi d'une jeune fille de dix-sept ans. Celle-ci a eu à l'âge de onze ans une fièvre typhoïde grave et compliquée d'accidents cérébraux qui ont laissé à leur suite une tendance à la mélancolie. A la suite d'un refroidissement très-prononcé pendant son époque menstruelle, ses règles se supprimèrent brusquement.

Au bout de quelques jours, des mouvements choréiques commencent à se manifester dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs; les mouvements convulsifs existent principalement du côté gauche; ils atteignent rapidement un degré très-grand d'intensité. Elle reste ainsi pendant six semaines en proie à une agitation extrême, se roulant par terre, retroussant ses jupons, déchirant ses vêtements.

Au moment où l'affection convulsive avait atteint son paroxysme, apparaissent des hallucinations de la vue et de l'ouïe dans lesquelles les idées de mort prédominent. La nuit, elle voit des fantômes qui viennent la chercher; elle entend parler à travers le mur, ou frapper à la porte, ou s'entend appeler du dehors, toujours pour le même motif. Enfin, un matin, elle quitte le lit, ouvre la fenêtre et enjambe la barre d'appui, quand une personne, que le hasard amène à propos sur les lieux, la saisit et l'empêche de se précipiter dans la rue.

Au bout de six semaines, il survient une grande amélioration. Les mouvements étaient plus modérés, la malade pouvait marcher sans trop gesticuler et faire des promenades assez longues. Les idées de mort et de suicide avaient presque complétement disparu, ainsi que les hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le rétablissement ne tarda pas à être complet.

Le traitement a surtout consisté dans l'emploi de la valériane, des ferrugineux et des toniques. Les bains avec une forte infusion de valériane, et prolongés pendant deux ou trois heures, ont eu, dans l'opinion de M. Thore, une efficacité incontestable.

Dans le premier fait, on trouve un exemple de la double succession pathologique dont nous parlions au commencement de cet article : de la succession de la chorée au rhumatisme, d'après la loi de coïncidence établie par M. Sée, et de la succession du délire maniaque à la chorée, d'après la loi formulée par Marcé. De même que cet habile observateur, M. Thore a constaté chez cette malade que les troubles sensoriaux débutaient toujours le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, et se prolongeaient jusqu'au milieu de la nuit.

Dans le deuxième fait, le rhumatisme n'est plus en cause comme dans le cas précédent. La malade n'avait jamais éprouvé de douleurs articulaires ou autres. Mais une fièvre typhoïde grave et compliquée d'accidents cérébraux constituait une prédisposition sérieuse aux troubles de l'intelligence. On a vu, en effet, qu'un état habituel de lypémanie succédant à la fièvre typhoïde avait dû naturellement préparer le délire hallucinatoire. Ici s'est présentée une circonstance qui n'a été que très-rarement signalée, si même elle l'a été, chez les choréiques, c'est la tentative de suicide.

Maintenant, dans quelle mesure la chorée est-elle intervenue dans ces deux cas comme cause de l'aliénation mentale? C'est ce que se demande M. Thore. Sans nier que la chorée ait pu avoir une part dans la production de ces troubles de l'intelligence, il incline toutefois à atténuer beaucoup cette influence, en considérant, d'une part, que dans l'affection rhumatismale compliquée dans le premier cas, et l'état de mélancolie dans le second cas, doivent être pris en très-grande considération dans la part à faire aux influences pathologiques qui ont amené ces troubles psychiques.

Cette manière d'interpréter les faits a pour elle l'opinion de M. Blache, qui, en analysant les faits rapportés dans le Mémoire précité de Marcé, a fait remarquer qu'il y avait dans tous ces faits, à côté de la chorée, des circonstances concomitantes, telles que l'hystérie, les troubles de la menstruation, et d'autres perturbations fonctionnelles, qui avaient dû exercer leur part d'influence sur la production des troubles intellectuels; elle semblerait, enfin, mieux concorder que toute autre avec cette circonstance que la chorée simple et exempte de toute complication du genre de celles dont on vient de voir des exemples, est rarement accompagnée de délire.

Quoi qu'il en soit, les deux faits rapportés par M. Thore sont très-dignes d'intérêt, comme éléments d'un problème de pathogénie ou de complication pathologique très-délicat.

Des tubercules des organes génitaux de la femme.

En 1831, disait Ch. Dufour, si prématurément enlevé à la science il y a quelques années, M. Reynaud présentait la première observation bien étudiée de tubercules de l'utérus et des trompes. Depuis ce moment, la riche collection des bulletins de la Société anatomique a enregistré de nouveaux faits, et on commença en France à s'occuper des tubercules de l'utérus; çà et là quelques observations ont été publiées. Pendant que les faits s'accumulaient ainsi chez nous, les étrangers, marchant dans la voie tracée à Paris, publiaient à leur tour des observations.

Mais, auparavant 1831, déjà Lisfranc avait signalé la possibilité de l'existence de tubercules du corps et du col de l'utérus, la possibilité de leur diagnostic d'après un écoulement caséeux par le col de l'utérus en dehors de tout autre signe de cancer utérin; et, en 1834, M. Pégot présentait à la Société anatomique une observation où ce fait était vérifié. Ceux de nos lecteurs qui lisent les publications étrangères se rappellent sous quels noms anglais et allemands ces propositions nous sont revenues comme des nouveautés.

Ceci dit, revenons à notre sujet. Il y avait un livre à faire sur les tubercules des organes génitaux. M. Brouardel, interne distingué des hôpitaux, vient de tracer l'histoire des tubercules des organes génitaux de la femme, avec les observations connues jusqu'à ce jour. Il résulte de ce travail que les tubercules de l'utérus et de ses annexes et de l'ovaire se développent dans deux conditions : chez une femme atteinte de tubercules généralisés, et chez une femme saine d'ailleurs, ou, en s'exprimant autrement, que les tubercules, en se généralisant, atteignent les organes génitaux urinaires, et que d'autres fois ils se montrent d'emblée sans avoir été précédés de tuberculisation pulmonaire.

On peut se demander comment ces faits ont pu passer inaperçus en considérant leur fréquence aujourd'hui, il suffira de rappeler que l'on comptait autrefois un bon nombre de péritonites tuberculeuses primitives ou consécutives. Dans les observations qui ont trait à ces maladies, on retrouve une grande quantité de fois des descriptions qui se rapprochent de celles qui ont été données pour des tuberculisations des ovaires et de l'utérus; l'épanchement séro-purulent du petit bassin; les dépôts de tubercules sur les ligaments larges étaient constatés dans la majorité des cas.

Les symptômes des tubercules des organes génitaux sont soupçonnés quand, en même temps que des signes de tuberculisation du poumon existent, il y a des douleurs vives dans le bas-ventre. Aran avait trouvé un signe dans une altération du visage, mais c'est là un signe non défini. Les troubles de la menstruation, quelquefois des hémorrhagies utérines, ont accompagné brusquement le début des tubercules des organes génitaux. Quand à l'impossibilité des rapports sexuels, aux démangeaisons vulvaires, et à l'entérite glaireuse signalée par M. Nonat, ils n'ont qu'une valeur peu marquée; ce sont là des résultats des complications de la maladie première. L'épanchement abdominal, la péritonite circonscrite du petit bassin, aujourd'hui la pelvi-péritonite, est un meilleur signe, il indique qu'il y a une péritonite chronique autour du point primitivement atteint de tuberculisation.

M. Brouardel s'occupe de la valeur des écoulements; tout en reconnaissant que ces signes sont fugaces, qu'ils indiquent une métrite, il rappelle cependant le fait de M. Pégot qui, dans le service de A. Bérard, a vu une malade qui rendait par le vagin une matière blanche et comme purulente. Rapprochée des propositions antérieures de Lisfranc, d'une observation récente de M. Tomlinson, l'histoire rapportée par M. Pégot montre ce que peut signifier pour le diagnostic les écoulements utérins. S'il y a des tubercules de la face interne de l'utérus et dans les trompes, un écoulement d'une matière caséeuse est un excellent signe diagnostique; mais il n'est pas absolument vrai que les tubercules des pavillons des trompes et des ovaires sont éliminés à l'état de tubercules en voie de ramollissement, il est plus vrai que ces tubercules se convertissent en des abcès, et qu'ils s'éliminent sous forme de pus; et, dans ce cas, ce pus ne diffère pas beaucoup du pus leucorrhéique.

M. Brouardel pense que le toucher vaginal fournit de plus précieux renseignements. On sent, dit-il, que le col a augmenté de volume, les culs-de-sacs du vagin autour de l'utérus sont plus ou moins déprimés; on sent des brides, des petites bosselures dures, arrondies, variant du volume d'un haricot à celui d'une noix.

Le toucher rectal permet de bien préciser le siége, la forme et le volume des bosselures; on peut ainsi explorer même jusqu'au voisinage des ovaires. Aran est arrivé ainsi à un diagnostic précis. Il va sans dire que chez les femmes vierges l'exploration par le rectum est souvent commandée.

L'examen au spéculum permettrait tout au plus de reconnaître les tubercules nés sur le col et de juger des caractères de l'écoulement au moment où les liquides sortent du col. Mais ce moyen de diagnostic n'est point certain. Cependant si, comme cela arrive quelquefois, il y a des abcès tuberculeux sur le col ou dans le vagin, si le col présente des cavernes tuberculeuses, l'examen direct est sans contredit le meilleur, et le spéculum trouve bien là son emploi.

Lorsque les tubercules se développent hors l'état de tuberculisation pulmonaire, l'irrégularité des menstrues, qui sont plus ou moins abondantes et toujours douloureuses, puis l'exis-

tence de tumeurs dans le voisinage de l'utérus et les symptômes d'une métrite chronique, sont les meilleurs signes diagnostiques.

Parmi les faits exceptionnels cités par M. Brouardel, nous devons mentionner ici un cas dans lequel des tubercules s'étaient développés sur l'utérus d'une femme enceinte, et chez laquelle le placenta même avait été atteint de tubercules.

Le traitement des tubercules des organes génitaux est impuissant lorsque les malades sont phthisiques.

Mais, dans les cas où les tubercules pulmonaires sont peu avancés, dans les cas où les tubercules se développent d'emblée dans les organes génitaux et paraissent être une sorte d'inflammation, voici le traitement auquel M. Brouardel se rallie :

Le traitement de la pelvi-péritonite bien appliqué est quelquefois suffisant pour arrêter la marche de la maladie ; il atténue au moins les phénomènes inflammatoires qui compliquent la présence des tubercules.

Dans l'intervalle des inflammations « les toniques et les préparations anti-scrofuleuses devront être essayés et variés suivant les susceptibilités individuelles. L'huile de foie de morue, les préparations iodiques et ferrugineuses tiennent ici le premier rang. Mais, ce que nous ne saurions trop préconiser, c'est l'emploi des moyens extérieurs : bains sulfureux, douches froides, enveloppement avec le drap mouillé dès que l'état de la poitrine permettra d'essayer cette précieuse ressource thérapeutique. » Enfin, M. Brouardel croit à l'heureuse influence des eaux sulfureuses.

Pour ce qui a trait aux complications, on traitera l'épanchement séreux péritonéal par la ponction, les péritonites généralisées et les entérites par les moyens appropriés.

NÉCROSE DE LA PORTION MOYENNE

de la clavicule gauche. — Résection partielle de l'os. — Guérison sans difformité.

Par le Dr Widal, médecin-major.

Dans le courant du mois d'août 1863, je fus appelé auprès de Mme V... qui habite les environs de Milianah (Algérie) et qui, me disait-on, était atteinte depuis quelque temps d'une fracture de la clavicule.

Cette dame, âgée de trente-six ans, pâle, amaigrie, d'un tempérament lymphatique, a toujours été réglée irrégulièrement et n'a jamais eu d'enfants. Elle porte au niveau de la clavicule gauche et vers la partie moyenne de l'os une plaie à bords rouges et calleux, large de près de 6 centimètres, au milieu de laquelle on aperçoit complétement à nu une portion de la clavicule séparée en deux par une fente perpendiculaire à l'axe de l'os. La portion dénudée de la clavicule mesure 5 à 6 centimètres et présente une coloration brune et un état spongieux très-marqué. Comme les deux fragments nécrosés arcboutent sans jouer l'un sur l'autre, le point d'appui de l'épaule est encore assez solide pour permettre au bras des mouvements d'une certaine étendue et pour laisser à la malade la faculté de faire de menus ouvrages.

La plaie sécrète un peu de pus sanieux et devient le siége, pendant la nuit surtout, de douleurs sourdes qui privent la malade de sommeil et la plongent dans la tristesse.

Le mal dont la clavicule est le siége a débuté, au dire de Mme V..., six mois auparavant, par une plaque rouge et douloureuse qui s'est ulcérée peu à peu jusqu'au niveau de l'os. Cette ulcération a suivi de près la disparition d'une dartre ancienne qui avait siégé au front, où il existe en effet des cicatrices semblables à celles qui résultent des syphilides tuberculeuses. Les réponses de Mme V... et les renseignements fournis par son mari nous laissent dans le doute le plus complet sur ses antécédents et sur la nature de son mal.

La malade s'était soumise à un traitement à l'iodure de fer, avait appliqué un vésicatoire sur le bras gauche et pansé la plaie avec des onguents excitants. Malgré cela, le mal n'avait pas cessé de progresser, et, deux mois avant de me consulter, à la suite d'un mouvement brusque du bras gauche, la malade avait perçu au niveau de la clavicule un craquement qui fut suivi de la fracture de l'os.

Convaincu par l'examen des parties malades que la nécrose ne s'étendait pas à plus de 2 ou 3 centimètres au delà des bords de la plaie, et jugeant par l'immobilité des séquestres que leur élimination ne pourrait s'opérer qu'au prix d'une suppuration longue et douloureuse, je résolus de pratiquer la résection partielle de la clavicule, sauf à enlever l'os dans sa totalité, si les circonstances l'exigeaient.

Mme V... accepta l'opération. En attendant, je la soumis à un traitement à l'iodure de potassium à dose élevée et progressive.

Une inflammation assez vive de la plaie, survenue dans l'intervalle, me força à remettre l'opération au 22 octobre. A cette époque, une partie de l'os dénudé s'était exfoliée, et les deux fragments de la clavicule chevauchaient l'un sur l'autre, l'interne ayant passé en avant de l'externe. Les mouvements du bras sont douloureux et difficiles, la main ne pouvait être portée à la tête ni au dos, l'avant-bras seul exécutait quelques mouvements peu étendus. La malade, habituée jusque-là à une vie active et laborieuse, et condamnée maintenant à l'inaction, était en proie à une tristesse extrême.

Opération. — M. le docteur Boëll, médecin aide-major, m'assiste dans l'opération. La malade couchée sur un lit bas et l'épaule étant rendue saillante à l'aide d'un coussin, on procède à la chloroformisation, qui est interrompue par des vomissements et demeure incomplète jusqu'à la fin de l'opération.

Une incision de près de 5 centimètres ayant été pratiquée à partir du bord de la plaie et le long du fragment interne de la clavicule, mon confrère soulève ce fragment à l'aide d'un davier pendant que je le détache assez péniblement de ses attaches musculaires qui se trouvent converties en un tissu dur, lardacé et presque cartilagineux; après avoir engagé une plaque de carton entre la clavicule et les parties molles, je fais la section de l'os à l'aide d'une scie à crête de coq, à quelques millimètres en dehors de la partie nécrosée dont la limite se reconnaît à une rainure qui la sépare des parties saines. La clavicule est d'ailleurs éburnée dans presque toute son étendue, et la scie ne s'y engage que difficilement et en criant comme sur un os sec. Une deuxième incision un peu plus étendue que la première est pratiquée ensuite dans la direction du fragment externe, lequel est placé bien plus profondément que le premier et adhère par sa face postérieure aux tissus sous-jacents ou plutôt à une espèce d'enveloppe lardacée développée autour des parties nécrosées. Le fragment séparé de ses attaches avec précaution, de manière à éviter la lésion des vaisseaux sous-jacents, est scié ensuite en biseau de dehors en dedans, afin d'éviter l'ulcération ultérieure de la peau. Quatre points de suture entortillée réunissent les lèvres des deux incisions, et après avoir enlevé à l'aide des ciseaux les rebords calleux de la plaie primitive, on la remplit de bourdonnets de charpie et on panse à plat.

Un coussinet de charpie en forme de cône ayant été placé sous l'aisselle, on fixe l'avant-bras sur la poitrine au moyen d'un bandage de Mayor sur lequel on applique des bandes horizontales et obliques imprégnées d'amidon, afin d'immobiliser le bras et l'épaule et de maintenir celle-ci dans sa position naturelle. On prescrit à la malade de rester couchée sur le dos pendant quelques jours.

Il n'y eut point de fièvre de réaction, à peine un peu de lassitude et d'inappétence pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'opération.

La plaie, fort profonde, qui était résultée de la résection de l'os, se recouvre au bout de quelques jours de bourgeons charnus de bonne nature, et le 28 octobre les extrémités des deux fragments claviculaires, jusqu'alors visibles dans la plaie, ont disparu totalement, et les portions de la plaie qu'on avait réunies par première intention sont parfaitement soudées.

Dès ce moment la cicatrisation marche à grands pas, et le 10 novembre je trouve la partie moyenne de la plaie convertie en une cicatrice extrêmement dure. Cependant, les deux angles de la plaie continuent à suppurer par des fistules correspondant aux deux extrémités sciées de la clavicule. Quelques jours plus tard, l'extrémité du fragment externe redevient visible et présente une coloration brune inquiétante.

L'exploration de la fistule externe à l'aide du stylet, me confirme dans l'idée que le travail de la mortification continue en ce point, soit que la section de l'os ait été pratiquée en deçà des limites du mal, soit qu'une portion de périoste ait été enlevée pendant l'opération, soit enfin qu'un vice constitutionnel entretienne le travail morbide local. Trois jours plus tard, je pus me convaincre que l'extrémité du fragment interne se nécrosait à son tour.

En vain, pour détruire le mal, j'eus recours aux cautérisations, aux injections de teinture d'iode, etc.; la suppuration continua et le fragment externe de la clavicule devint de plus en plus visible.

Le 15 novembre, je ruginai à l'aide d'une lime les deux extrémités claviculaires, mais l'instrument, mordant difficilement sur un os imprégné de pus et de sang, je n'obtins aucun résultat satisfaisant.

Ne voulant pas recourir à une nouvelle opération, que Mme V... repoussait d'ailleurs de toutes ses forces, je me bornai à agir contre la constitution de la malade au moyen de doses élevées d'iodure de potassium (6 grammes par jour), et je résolus d'attendre des efforts de la nature l'élimination des nouvelles esquilles qui me paraissaient être excessivement petites.

Les deux fistules continuent à suppurer jusque dans les premiers jours de février. Le 6 de ce mois, une petite esquille plate, de forme semi-lunaire et de près de 2 millimètres d'épaisseur, s'élimine à travers la fistule externe, laquelle se trouve complétement cicatrisée au bout de deux jours. Le 8 février, une esquille en forme de rondelle, un peu plus épaisse que la première, s'échappe par la fistule interne; et, le 12 février, cette plaie, qui suppurait depuis un an, est enfin fermée et remplacée par une cicatrice extrêmement dure dans laquelle s'enclavent, comme dans un nouvel os, les deux fragments de la clavicule. Le même jour, je débarrassai la malade du bandage qui immobilisait son bras depuis trois mois, pour le remplacer par une simple écharpe.

Le 25 février, quatre mois après l'opération, Mme V... se servait de son bras presque avec la même facilité qu'avant son accident, et pouvait vaquer à tous les soins du ménage et à ses travaux rustiques; à cette époque, elle portait parfaitement la main au front, à l'épaule opposée et au dos. Les mouvements de circonvolution seuls s'exécutaient encore avec quelque difficulté.

Le moignon de l'épaule gauche n'a subi aucun affaissement, le fragment externe de la clavicule étant parfaitement soutenu par une cicatrice presque cartilagineuse, qui fait en quelque sorte office de sternum. Les deux acromions sont exactement à la même distance du cou. Bref, il n'existe pas la moindre déformation.

J'ai revu le 25 octobre dernier (1864) Mme V... que j'avais perdue de vue depuis six mois. Son état est des plus satisfaisant. Elle a retrouvé l'usage complet de son bras et de son épaule, dont tous les mouvements s'exécutent avec la plus grande facilité. Sous l'influence de l'iodure de potassium dont l'usage a été continué pendant plusieurs mois, cette dame a pris un certain embonpoint, un teint fleuri et une vigueur qu'elle n'avait pas ressentie depuis longtemps.

Ce qu'il y a de remarquable, à notre avis, dans le cas que nous venons de rapporter, c'est que l'épaule, bien qu'elle ne soit plus soutenue que par le tiers externe de la clavicule, n'a pas subi la moindre déformation, qu'elle ne s'est ni affaissée ni rapprochée du tronc, et qu'enfin elle a conservé tous ses mouvements. Cela tient sans doute à ce que la portion restante de l'os est encore soutenue en partie par les muscles trapèze, deltoïde et grand pectoral, et aussi à ce qu'à l'aide d'un bandage approprié, nous avons eu soin de maintenir l'épaule dans une position parfaitement symétrique avec celle du côté opposé. Cette précaution a permis à l'extrémité de la clavicule de rester à sa place et de trouver un point d'appui dans la cicatrice solide et dure qui a remplacé l'os réséqué. On peut donc, sans inconvénient, réséquer une grande partie de la clavicule et rendre au bras tous ses mouvements, pourvu que la cicatrisation de la plaie soit surveillée avec soin et que l'épaule soit fixée pendant longtemps dans une position convenable. L'heureux résultat que nous avons obtenu, et qu'une fracture simple de la clavicule ne donne pas toujours, n'est-il pas de nature à faire tenter plus souvent une opération que les rapports dangereux de la clavicule rendent d'ailleurs très-délicate ?

COQUILLAGE DANS LA BRONCHE DROITE.

Trachéotomie, guérison,

Par M. J. Hutchinson.

Un petit garçon, âgé de quatre ans, fut amené à London Hospital le 10 juillet 1864. Il avait, disait-il, ramassé sur la rue et avalé par mégarde un coquillage lisse. Il y avait de la dyspnée, et à chaque inspiration on entendait dans la trachée un claquement particulier, analogue au bruit d'une soupape. L'auscultation montrait l'absence de mouvements et de bruit respiratoires dans le poumon droit. On suspendit l'enfant par les pieds en lui imprimant en même temps des secousses; on répéta la même manœuvre après administration de chloroforme. Les tentatives parurent amener le déplacement du corps étranger de la bronche droite dans la bronche gauche. La dyspnée devenant plus forte, M. Hutchinson fit la trachéotomie, et retira un petit coquillage (*cowrie*, porcelaine). La plaie fut fermée par la suture métallique; l'opération fut suivie d'une pneumonie légère qui guérit après une quinzaine de jours. (*Med. Times and Gaz.* et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 avril 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical;*

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

M. le docteur Dubreuil adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse : *Des indications que présentent les luxations de l'astragale.*

M. Bouvier fait hommage de son discours à l'Académie : *Sur la Transmission de la syphilis par la vaccine.*

M. Verneuil offre à la Société, au nom de M. Michaux (de Louvain), trois brochures : *Sur l'opération applicable aux polypes naso-pharyngiens.*

M. Larrey présente une observation d'opération césarienne pratiquée, dans le département de la Haute-Vienne, par M. Brun-Séchaud (de Limoges), candidat au titre de correspondant.

A propos de la correspondance, M. Larrey donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. le docteur Bétancès (de l'île de Porto Rico), avec la photographie d'un nègre atteint d'un énorme éléphantiasis du scrotum.

« Ce malade, dit M. Bétancès, opéré d'après les règles énoncées dans le Mémoire qui fut présenté, le 5 octobre 1864, à la Société de chirurgie, aurait servi, je crois, à les confirmer, si nous n'avions eu le malheur de le voir mourir entre nos mains, par l'effet du chloroforme, au moment où l'opération se terminait sans aucun accident. L'opération a été faite sans l'aide des écraseurs linéaires, et il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

« J'espère, ajoute M. Bétancès, pouvoir encore vous envoyer des reproductions d'autres opérés plus heureux, en comptant toujours sur votre bienveillance pour les présenter à la Société de chirurgie. »

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un membre titulaire.

Sur 29 votants :

M. Tarnier obtient 21 voix;

M. Labbé 7;

M. Després 1.

En conséquence, M. Tarnier est nommé membre titulaire de la Société.

DISCUSSION.

Suite de la discussion sur la coxalgie. — M. BOUVIER. Le traitement de la coxalgie est difficile, parce que les indications sont multiples, parce que, suivant la juste remarque de M. Lefort, elles sont parfois contraires, qu'il faut ou les concilier ou sacrifier l'une d'elles pour obéir à la nécessité la plus impérieuse; parce qu'enfin les mêmes problèmes se représentent, dans chaque cas, avec des données diverses et doivent recevoir une solution différente selon les circonstances.

Ce traitement se compose de quatre parties, qui répondent à quatre indications principales, savoir :

1° Le traitement interne ou médical; on en a parlé suffisamment, je n'y reviens pas.

2° Le traitement externe, local, qui est aujourd'hui fort réduit. La discussion a montré qu'on abandonne de plus en plus l'emploi des cautérisations profondes du derme. Je constate avec plaisir ce progrès; car il n'y a pas plus de douze ans que nous n'étions guère que trois, MM. Malgaigne, Chassaignac et moi, à rejeter ces cautérisations dans le traitement de la coxalgie et dans celui des tumeurs blanches en général.

3° Le traitement fonctionnel, ou relatif à la fonction de l'articulation malade. Il faut d'abord suspendre cette fonction par le repos, par l'immobilité de la jointure, ensuite s'efforcer de conserver ou de rétablir les mouvements. Le principe de l'immobilisation dans les arthrites, est maintenant accepté de tout le monde; il ne l'était pas encore en 1850, alors que M. Richet le soutenait avec conviction contre d'opiniâtres adversaires.

Ce repos de l'articulation est obtenu à divers degrés, par le décubitus horizontal avec ou sans liens contentifs, par la position assise, ou à l'aide de supports, béquilles, appareils mécaniques dans la station et la marche.

On convient unanimement que la position couchée est la seule qui procure un repos complet de l'articulation; c'est la seule qui, comme l'a dit M. Lefort, fasse cesser complétement la pression du poids du tronc sur les surfaces articulaires malades.

4° Le traitement mécanique. Outre qu'il concourt, comme on vient de le voir, à immobiliser l'articulation, il a pour but d'assurer au membre une attitude convenable.

Bonnet s'attachait à porter la cuisse dans l'extension et à l'y maintenir. M. Verneuil adopte également la position rectiligne. MM. F. Martin et Collineau la rejettent au contraire; ils placent, pendant le traitement, la cuisse et la jambe dans la demi-flexion, comme le faisaient Pott et Dupuytren dans les fractures du fémur. Ils ne cherchent à obtenir qu'une flexion modérée, qui, jointe à un peu d'abduction, est, selon eux, l'attitude la plus favorable aux fonctions du membre en cas de rigidité permanente.

On connaît les inconvénients de la flexion permanente, même modérée; mais trop d'extension nuit aussi, quand la flexion est impossible. Quoique le redressement pèche bien plus souvent par défaut que par excès, j'ai vu deux fois la flexion trop bien effacée, et les malades plus gênés par l'extention permanente, surtout lorsqu'ils voulaient s'asseoir, qu'ils ne l'eussent été par un peu de flexion. M. Busch (de Bonn), a eu occasion de pratiquer le *brisement forcé* chez deux montagnards qui avaient conservé, après leur guérison, une cuisse trop droite et rigide.

Le traitement mécanique doit donc tendre, non à produire une rectitude absolue, mais à ramener le membre à un léger degré de flexion, en lui donnant dans les autres sens une situation droite, moyenne entre les mouvements opposés.

Je distinguerai cinq cas pour l'application de ces principes généraux.

Premier cas. La coxalgie est commençante; il n'y a pas encore d'attitude vicieuse fixe. Aucun appareil n'est alors nécessaire; la position horizontale suffit. Le décubitus sera continuel, afin de couper court immédiatement à la maladie. On veillera d'ailleurs sur la position du corps, et on emploiera au besoin quelque léger bandage préventif, tel que l'interposition d'un simple coussin entre les deux membres, auxquels on le fixe, de manière que le membre sain serve d'attelle à l'autre. L'action musculaire volontaire peut elle-même être utilisée pour maintenir une bonne attitude du corps.

Deuxième cas. Il existe une attitude vicieuse; mais la maladie n'est pas très-ancienne, et la résistance au redressement ne paraît pas considérable. Il convient, à mon avis, dans cette circonstance, de tenter le redressement graduel, sans chloroforme, par des manipulations douces et par l'action continue, progressive, des appareils. On parvient assez souvent, par cette méthode, à corriger les attitudes vicieuses de la coxalgie chez les enfants, sans employer le redressement forcé.

M. Verneuil n'approuve pas le procédé du redressement graduel, qu'il déclare *insuffisant, infidèle*. Il considère comme « plus sûr, plus expéditif et d'une utilité plus générale le procédé manuel brusque, rendu facile par l'anesthésie. » Notre collègue ajoute : « Celle-ci (l'anesthésie) a *si peu d'inconvénients* chez les enfants que je n'hésite point à l'employer dès qu'il y a la moindre résistance à surmonter. »

M. Verneuil a-t-il bien pesé les expressions de cette dernière phrase? Ne serait-elle pas dangereuse, prise à la lettre, en inspirant trop de sécurité, dans l'emploi de l'anesthésie, à la génération chirurgicale naissante? Je dirai, moi, aux jeunes chirurgiens : Méfiez-vous du chloroforme, même chez les enfants.

Quant au redressement sans chloroforme, par les mains ou les appareils, les bons effets que j'en ai obtenus ne me permettent pas de partager l'opinion un peu exclusive de mon honorable collègue. Je trouve dans son propre discours des arguments en faveur de ce procédé. En effet : 1° M. Verneuil a pu lui-même, deux fois, redresser le membre et appliquer l'appareil inamovible sans chloroforme; 2° après un redressement forcé, qui n'a pu être complet, il *consentirait volontiers* à employer l'action lente des appareils à extension, s'il avait des machines qui lui convinssent; c'est reconnaître la possibilité du redressement graduel; 3° enfin, *plus d'une fois*, notre collègue a trouvé, dans ce cas, après six semaines ou deux mois de contention à l'aide de l'appareil inamovible, les obstacles musculaires ou autres *beaucoup moins résistants*; cela seul montrerait le pouvoir de l'action graduelle des appareils. J'ajouterai que l'on voit aussi assez souvent cette action de l'appareil compléter un redressement que l'on avait été obligé de laisser incomplet.

Troisième cas. — La résistance au redressement est trop grande pour céder aux efforts graduels, ou ceux-ci sont trop douloureux. Il faut alors avoir recours au redressement forcé pendant l'anesthésie chloroformique.

Cette méthode est une des gloires de Bonnet, qui l'a systématisée le premier, qui en a démontré le premier tous les avantages, et qui, à lui seul, l'a vulgarisée parmi nous. C'est un vice de l'ouvrage de MM. F. Martin et Collineau d'avoir, en 1865, repoussé cette méthode par un blâme absolu et de ne l'avoir pas même fait connaître.

Cependant, le procédé de Bonnet n'est pas resté tout à fait ce qu'il était entre ses mains; on en a adouci et restreint l'application. L'expérience, éclairée par quelques accidents, a tracé les limites qu'on pouvait atteindre, mais qu'il ne fallait pas dépasser. Je m'associe complétement, sous ce rapport, aux sages conseils donnés par M. Verneuil sur la réserve qu'il faut apporter dans l'emploi de cette méthode et dans la pratique des manipulations en particulier.

Après le redressement vient la contention à l'aide des appareils. Lequel doit être préféré? Bonnet en mettait deux, l'appareil amidonné d'abord, puis sa grande gouttière double, dans laquelle il plaçait le malade, déjà enveloppé et maintenu par le bandage inamovible. On s'est partagé depuis dans la pratique. Les uns s'en sont tenus au bandage, les autres à la gouttière. M. Verneuil, partisan du premier, quoiqu'il n'ait déguisé ni ses inconvénients, ni certains avantages de la gouttière, reproche à celle-ci de ne pas assez bien immobiliser le malade, de ne pas s'opposer efficacement au retour des déviations.

L'appareil de Bonnet me paraît supérieur à ceux qui l'ont précédé, tels que les mouchoirs ou serviettes de Mayor, les draps extenseur et contre-extenseur de Blandin, et même l'appareil de M. F. Martin. Seulement il est bon que l'on sache que l'appareil Bonnet n'est pas toujours livré complet par les fabricants, parce que les premiers modèles qu'on en a construits à Paris étaient incomplets. Il y manquait et il y manque encore parfois les pièces servant à l'extension et à la contre-extension. La contention peut alors se trouver insuffisante. L'emploi de ces liens, qui ne sont pas toujours nécessaires, a besoin d'ailleurs d'être surveillé, sans quoi il peut arriver que le bassin, qu'ils tendent à faire basculer latéralement, s'incline dans un sens opposé à celui dans lequel il était primitivement dévié, et qu'on substitue ainsi le raccourcissement apparent à l'allongement, ou réciproquement. Ce ne sont pas là des inconvénients inhérents à l'appareil lui-même.

Un défaut plus réel, j'en conviens, c'est la mobilité que le bassin conserve dans le sens antéro-postérieur. La flexion de l'articulation malade, et l'ensellure lombaire qui en dépend peuvent ainsi se reproduire dans certains cas, au moins en partie. Mais ce défaut est commun à presque tous les appareils mécaniques, ainsi qu'aux bandages inamovibles. On ne peut empêcher le bassin de s'incliner en avant que par une forte pression sur les épines iliaques, et les pelotes rembourrées, employées dans ce but, sont rarement supportables. Au reste, on peut au besoin donner un peu plus de fixité au bassin dans la gouttière Bonnet, comme dans les autres appareils, au moyen de coussins épais, adaptés, vis-à-vis des épines iliaques, à une des bandes qui assujettissent le tronc.

La gouttière Bonnet a des succédanés dont le principal avantage est la facilité de leur construction. Tels sont les appareils de nos collègues MM. Gosselin, Guersant, Marjolin. Le dernier appareil de M. Marjolin, en particulier, fonctionne parfaitement et peut rendre de grands services dans les hôpitaux et dans les familles pauvres.

J'ai employé, comme M. Verneuil, les appareils inamovibles; les inconvénients qu'il a lui-même signalés me les ont fait à peu près abandonner.

Au surplus, tout en donnant, en général, la préférence à la gouttière Bonnet et aux appareils analogues, je pense que tous les bandages, même les plus simples, ont leur degré d'utilité, qui rend chacun d'eux applicable à des conditions diverses de la maladie.

Une difficulté sérieuse dans l'emploi d'un appareil quelconque, chez les petits enfants atteints de coxalgie, c'est leur malpropreté, qui souille incessamment d'urine ou de matière fécale une partie de l'appareil, et les expose à des excoriations, outre qu'elle nécessite des déplacements continuels du corps, qui nuisent à la contention et renouvellent les douleurs. On n'a encore rien fait, que je sache, de véritablement efficace pour remédier à ce grave inconvénient.

Combien de temps doit durer la contention du membre? A quels signes reconnaît-on que l'on peut, sans danger, discontinuer l'usage de l'appareil? M. Verneuil a répondu à ces questions, tout en nous les posant. Mais il voudrait un *criterium* plus sûr qui indiquât le moment où l'on peut rendre au malade sa liberté. Je n'en connais pas d'autres que ceux qu'il a indiqués. Ainsi que notre collègue, j'attends, pour permettre des mouvements, qu'ils ne soient plus accompagnés ou suivis de douleurs; je n'ai pour guide, dans la suppression graduelle de l'immobilisation, que la cessation graduelle des symptômes. Je ne saurais trop approuver les règles de prudence tracées à cet égard par M. Verneuil; ce n'est que sous forme d'essais progressifs et avec une sage lenteur que l'on doit procéder à la suppression des moyens contentifs.

Il est un autre point sur lequel nous ne sommes pas dans un aussi parfait accord : c'est la question du décubitus prolongé.

D'après Bonnet, après le redressement et l'application de son double appareil, « le malade doit garder le lit pendant *huit à quinze* jours. Au bout de ce temps, si aucune opération accessoire n'a été nécessaire, il peut *se lever et marcher* avec des béquilles. Le traitement se borne ensuite à conserver le bandage amidonné pendant quatre à six semaines. » Bonnet remplaçait plus tard ce bandage par un appareil à tuteurs.

M. Verneuil, comme Bonnet, fait marcher les malades avec un bandage inamovible; il les fait même lever encore plutôt, au bout de trois, quatre ou cinq jours. M. Lefort procède de la même manière.

Jusqu'ici, je l'avoue, j'ai suivi une autre marche; je prolonge le séjour au lit plus longtemps que Bonnet, et cela par les mêmes raisons que M. Verneuil a si bien fait valoir en faveur d'une longue contention. L'immobilisation, le repos de l'articulation sont toujours imparfaits dans la station, dans la marche, dans l'attitude assise elle-même; l'appareil dextriné, même avec les perfectionnements dus à M. Verneuil, me paraît dans la plupart des cas insuffisant pour prévenir le mauvais effet de ces attitudes et des mouvements de locomotion, pour mettre sûrement à l'abri contre le retour des douleurs et des déviations. La flexion de la cuisse, en particulier, a souvent une telle tendance à se reproduire d'une manière permanente qu'elle devient alors presque inévitable.

Quant aux reproches adressés à la méthode du repos prolongé, je ne les comprendrais que si l'on abusait de cette méthode, si l'on condamnait les malades, par exemple, pendant six mois ou un an, sans nécessité, à une immobilité complète, sans même leur procurer des mouvements passifs, sans les exposer à l'air libre, sans les laisser jamais dégourdir leurs membres sur le plan qui les supporte. Ce n'est qu'à un pareil abus du coucher que pourrait s'appliquer le jugement plus que sévère porté sur cette méthode par M. Lefort, et surtout par les auteurs qu'il a cités. Ce ne serait également que dans de semblables circonstances que l'on aurait quelque droit d'accuser l'appareil Bonnet, comme l'a fait M. Lefort, de favoriser l'ankylose, qui, lorsqu'elle se produit, est généralement un effet de la maladie, et non du traitement qu'on lui oppose. On a vu d'ailleurs plus haut la méprise des auteurs américains au sujet de la méthode de Bonnet, qui n'était nullement celle du décubitus prolongé.

De même que pour la durée totale de la contention, on ne peut fixer d'une manière précise le temps que les malades doivent passer dans la position horizontale, parce qu'il est subordonné à la marche et à l'intensité des symptômes. En moyenne, ce n'est guère qu'après trois à cinq mois de repos que je leur permets les premiers essais de marche avec les béquilles ou les appareils de soutien. Mais je commence bien plus tôt à leur accorder chaque jour quelques moments de liberté, en supprimant les liens ou même tout l'appareil, en les laissant s'asseoir, se retourner, se mouvoir à leur gré. On doit observer, à l'égard du lever et de la locomotion active, la même gradation lente que dans l'abandon définitif de la contention, en se réglant sur les effets produits à chaque nouvelle tentative. J'ai eu quelquefois à me repentir de m'être trop hâté dans cette progression graduelle des exercices de locomotion, jamais d'avoir trop tardé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 mars. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Labbé fait hommage, à l'appui de sa candidature au titre de membre résident, de divers ouvrages dont il est l'auteur, savoir :

1° Sa thèse inaugurale intitulée : *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme par la méthode française* ;

2° Sa thèse pour le concours d'agrégation intitulée : *De la coxalgie* ;

3° Un exemplaire d'un livre ayant pour titre : *Leçons sur les hernies abdominales*, faites à la Faculté de médecine de Paris par le professeur Gosselin, recueillies et rédigées par le docteur Léon Labbé.

M. Labbé lit un Mémoire manuscrit sur un cas de tumeur adénoïde ulcérée, ou *adénome ulcéré* du sein.

Une Commission, composée de MM. Richelot, Gros et Collineau, rapporteur, est chargée de rendre compte à la Société des divers travaux de M. Labbé.

COMMUNICATION.

Climatologie. — M. DE PIETRA-SANTA. Au premier moment de la publication de mon *Essai de climatologie théorique et pratique*, je me suis empressé de le déposer sur le bureau de la Société; je lui devais cette marque de déférence, car vous avez toujours accueilli avec une bienveillance toute spéciale les communications que j'ai eu le plaisir de vous faire à la suite de mes diverses missions scientifiques.

Les intéressantes discussions de vos séances des mois de décembre et de janvier derniers ne m'ayant pas permis de prendre la parole pour vous donner connaissance de l'idée générale qui a présidé à la rédaction de mon livre, je vous demande la permission d'y consacrer aujourd'hui quelques minutes.

Et tout d'abord, deux mots sur sa raison d'être et sur son opportunité.

Si la marche des idées peut se déterminer et par les progrès des institutions qu'elles font naître, et par le mouvement que ces dernières impriment à la science, il me suffira de rappeler la naissance et les rapides progrès de l'association scientifique pour l'avancement de l'astronomie, de la physique du globe et de la météorologie.

Pour ce qui vous concerne, en proclamant la nécessité d'étudier les constitutions médicales, en favorisant ces intéressantes études de climatologie, vous avez, obéissant à ces impulsions de positivisme qui dominent malgré nous la société moderne, vous avez, dis-je, reconnu leurs applications journalières à l'hygiène et à la médecine.

Si cet essai a une raison d'être, il s'agit de vous en démontrer l'opportunité.

En 1858, le gouvernement m'avait confié, sur ma demande, la mission gratuite d'étudier l'influence du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine.

S'il fallait en juger par les encouragements et les félicitations de la Société sur le rapport de notre excellent et digne collègue le docteur Duparcques, j'aurais été assez heureux pour déterminer d'une manière logique les ressources que peut offrir aux valétudinaires ce Madère de la France; mais, comme le complément de ces premières recherches exigeait la comparaison du climat d'Alger avec celui des principales stations de la France, je procédai à cette étude.

En vous rendant compte de mon premier rapport au ministre sur les climats du midi de la France, j'avais appelé votre attention sur les deux formes principales que le médecin philosophe entrevoit dans les affections qui minent notre organisme, soit qu'elles se traduisent par des altérations des voies respiratoires, soit qu'elles présentent les diverses nuances des troubles de l'innervation.

La forme *torpide, passive, atonique*, greffée sur une constitution lymphatique et scrofuleuse, représentant l'alanguissement, la dénutrition, et la forme *éréthique, active*, animée par l'élément subinflammatoire avec les réactions de l'élément nerveux et de l'excitation.

Vous concevez parfaitement que le même climat ne puisse être raisonnablement conseillé dans chacune de ces manières d'être de la maladie; maintenant l'expérience bien interprétée démontre que les affections de la première catégorie sont amendées par l'air sec, vif, tonique, stimulant, qui se trouve à proximité de la mer dans la zone marine ou du littoral, à Alger, Cannes, Nice, Menton, Ajaccio; que les affections de la deuxième catégorie réclament l'air sédatif, tempéré, imprégné d'une certaine humidité que l'on rencontre de préférence en s'internant dans la zone dite des collines, Pise, Pau, Venise et Madère.

Pardonnez-moi, Messieurs, de répéter si souvent ces mêmes idées; mais plus mon observation médicale des climats et des affections de poitrine se multiplie et se généralise, et plus aussi je constate la vérité et l'utilité de ces principes que j'ai le premier formulés d'une manière scientifique.

Je puis réclamer devant vous ce mérite, car il est incontestable.

Les auteurs qui ont publié les travaux les plus récents sur la matière se divisent en deux camps.

Les uns, impartiaux et bienveillants, ont adopté mes idées, et reconnu la part que j'avais prise dans la vulgarisation de ces importants principes. Je citerai, entre autres, des praticiens du premier ordre, les docteurs Farini, Buttara, Bottini.

Les autres, aux allures plus cavalières, ont exprimé à peu près dans les mêmes termes les distinctions que je cherchais à faire prévaloir. En les adoptant comme monnaie courante dans l'état actuel de nos connaissances climatologiques, ils se sont naturellement dispensés de faire mention de mon nom.

Je ne me plaindrai pas outre mesure de cet oubli; mais, dans cette manière même d'apprécier les choses, je trouve une confirmation éclatante de la justesse des principes en question.

Au point de vue scientifique, c'est là le fait important.

Les taquineries mesquines ont une existence éphémère, mais les faits pratiques soigneusement constatés survivent aux appréciations personnelles.

Un essai de climatologie avait donc une raison d'être, et une opportunité d'autant plus grande qu'il s'agissait de vulgariser les notions climatologiques acquises à la science moderne, en évitant à nos confrères de longues et de patientes recherches, en leur facilitant la solution de nombreuses et intéressantes questions.

L'idée-mère de ce livre se retrouve dans ces vœux du savant helléniste M. Littré :

« Le *Traité des airs, des eaux et des lieux* d'Hippocrate, composé pour un horizon bien limité, devrait être refait aujourd'hui sur de plus grandes dimensions, et donner par conséquent des résultats plus variés et plus compréhensifs. »

C'est pour réunir en un seul faisceau les notions du passé et les

acquisitions du présent que j'ai entrepris la tâche ardue de publier une climatologie théorique.

Le plan de mon travail était tracé d'avance par Hippocrate ; j'avais à étudier le sol et les lieux dans les différences de leur constitution, les eaux dans les conditions de leur existence, et l'air dans toutes les modifications qu'il subit.

Les éléments numériques, renfermant les statistiques, les constitutions médicales et les épidémies, devaient former le contrôle naturel de l'influence des éléments qui précèdent.

Ceci me conduit à vous donner ma définition du climat d'Hippocrate :

« C'est l'influence positive que l'air, les eaux et les lieux exercent sur l'homme en tant qu'individu, et sur les hommes réunis en grande masse et habitant un même point circonscrit et déterminé du globe. »

Cette définition me paraît avoir l'avantage de rappeler des notions relatives à l'action même de tout climat, alors qu'il se manifeste par la santé générale et par la mortalité.

Partant de là, au lieu de considérer avec les auteurs de l'*Annuaire de météorologie* Beriguy et Hueghens, « la climatologie comme l'une des principales branches de la météorologie, étude à laquelle se rattachent des travaux dont les perfectionnements exercent une puissante influence sur le bien-être de l'humanité, » j'ai cru devoir définir la climatologie en ces termes :

« La science qui s'occupe de l'étude des climats, » en ajoutant que pour atteindre ce but elle s'appuie successivement sur la géographie physique, la géologie, l'hydrologie, la météorologie, les épidémies et la statistique.

La partie de mon Essai consacrée à la climatologie théorique comprend en conséquence quatre chapitres :

1° Les lieux (cosmographie et physique du globe, géologie, topographie, productions du sol) ;

2° Les eaux (généralités, eaux douces, eaux salées, eaux minérales) ;

3° L'air (atmosphère, pression barométrique, température, hydrométéores, vents, ozone, électricité, magnétisme) ;

4° Les éléments numériques (statistique, constitutions médicales. endémies, épidémies).

La seconde partie, climatologie pratique, se trouve nécessairement consacrée à toutes les notions indispensables pour étudier les lieux, analyser les variétés des eaux, connaître et enregistrer les divers agents atmosphériques.

Si, comme je crois l'avoir démontré précédemment à la Société, il n'existe nulle part d'observations météorologiques soigneusement faites, il faut avant tout faire appel au zèle et à l'intelligence d'un grand nombre d'observateurs en leur donnant les moyens :

1° De se procurer des instruments simples, précis, comparables ;

2° D'apprendre à les lire et à les interpréter ;

3° D'enregistrer les résultats obtenus ;

4° De les faire concourir à un travail d'ensemble.

Comme les conditions essentielles de pareils travaux se résument dans leur *perfectibilité*, je vous prierai, Messieurs, de me continuer votre bienveillante attention, fermement décidé, comme je l'ai dit dans quelques mots de préface, à profiter des encouragements des uns, des critiques des autres, des observations de tous.

M. SALES-GIRONS rappelle qu'en 1859 il présenta à l'Académie de médecine un travail intitulé : *De la diète respiratoire*.

D'après Lavoisier, un homme à jeun et assis dépense 24 litres d'oxygène ; après le repas et assis, il en dépense 44 litres ; après le repas et pendant un travail actif, il en dépense 94 litres dans le même laps de temps. Donc, absence d'aliments dans l'estomac, abstention d'efforts musculaires, telles sont les conditions de la diète respiratoire.

Donc, un homme atteint d'une affection organique du poumon et consommant le moins d'oxygène possible se trouve placé dans les conditions les plus favorables de repos pour l'organisme. M. Jourdanet a rapporté qu'au Mexique, aux altitudes extrêmes, les affections pulmonaires étaient enrayées avec une facilité remarquable. A Mexico, où la pression atmosphérique a été évaluée à 58 centimètres, le chiffre des décès, par suite de phthisie pulmonaire, se réduit presque à zéro. C'est quelque temps après cette communication que les salles pour la respiration de l'eau pulvérisée furent instituées. Là, outre la présence d'un médicament approprié à l'affection qu'il s'agissait de combattre, s'offraient les garanties de la diète respiratoire.

Il y a douze ans environ des recherches sur le rôle des fumigations de goudron dans le traitement de la phthisie m'ont amené à la vérification expérimentale de ce fait : le phosphore placé dans un des tubes de l'appareil destiné à l'analyse de l'air n'est pas attaqué par l'oxygène, même au bout de plusieurs heures.

Depuis lors, plusieurs travaux se sont produits pour démontrer que sur les hauteurs où la pression atmosphérique est faible et où la proportion d'oxygène est moindre, il s'exerce sur les affections de poitrine une influence avantageuse.

LECTURE.

M. CHAUSIT lit une observation d'*acne sebacea syphilitique*. (Cette observation sera publiée prochainement.)

M. LAGNEAU. L'acne sebacea ne figure pas, en effet, généralement au nombre des syphilides ; cependant M. Pietro Gamberini remarque que l'individu qui, affecté héréditairement d'acne sebacea, se trouve atteint de syphilis constitutionnelle, obtient, par un traitement antisyphilitique, un amendement, mais non pas une guérison (1).

M. Dieterich (2) parle d'une autre dermatose très-différente de l'acne sebacea de la face, mais cependant siégeant également dans les follicules sébacés. Elle aurait été décrite en Allemagne au commencement de ce siècle, d'abord par Fritze (de Berlin), sous le nom de *syphilitische Porzellan-Tuberkeln*, puis par Hauck sous celui de *subkutanen condylomen*. Elle consiste en petits corpuscules durs, présentant à leur sommet une dépression ponctuée, se montrant à la face interne des cuisses et au bas-ventre, principalement chez les personnes ayant des condylomes. Pressés entre les doigts, ces corpuscules laisseraient sortir par leur sommet une matière adipeuse blanchâtre, puis une petite excroissance adhérente à la peau. J'ajouterai que mon père a signalé aussi certaines pustules lenticulaires qui se détachent par une sorte d'énucléation, en laissant de petites cavités cutanées (3).

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CORRESPONDANCE.

Nous sommes invités à reproduire la lettre suivante :

Paris, le 22 mars 1865.

A Monsieur le docteur REVEIL, *professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École supérieure de pharmacie.*

Nous soussignés, éditeurs-propriétaires du livre de M. S. Piesse : *Des odeurs, des parfums et des cosmétiques*, déclarons que dans le chapitre XXV : HYGIÈNE DES PARFUMS ET DES COSMÉTIQUES, pages 456 à 494, rédigé par M. Reveil, nous avons cru pouvoir faire intercaler çà et là quelques fragments des articles publiés par M. le docteur Constantin James dans le *Grand journal*.

L'ensemble de ces fragments représente environ trois pages disséminées dans le chapitre.

Les changements apportés à la rédaction ont seuls empêché de guillemeter le passage. Cependant M. le docteur C. James a été cité page 464.

Nous déclarons que M. le docteur Reveil n'a pas participé à ce travail d'addition et d'intercalation.

J. B. BAILLIÈRE et fils.

(1) *Trattato teorico-pratico delle malattie veneree*. Bologna, 1864, t. I, p. 394.

(2) *Die Kiankheitz-Familie syphilis*. Landshut, 1842, t. II, p. 161.

(3) *Traité pratique des maladies syphilitiques*. 6e édit., 1828, t. I, p. 337.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1865.

11. De la contagion dans l'érysipèle, par M. Martin.
12. Quelques considérations physiologiques sur la femme, par M. Seux.
13. De l'emphysème pulmonaire et spécialement de sa pathogénie, par M. Carle-Lacoste.
14. De la fièvre purulente, par M. Taillard.
15. De la procidence du cordon ombilical pendant l'accouchement, par M. Mall.
16. De l'emploi thérapeutique du bromure de potassium, par M. Dumont.
17. Étude sur les injections narcotiques sous-cutanées, par M. Piedvache.
18. De l'inflammation du cœcum et de son appendice, par M. Le Dantec.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 19 avril 1865 ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier, M. Liandon, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier, MM. Aze, chirurgien de première classe de la marine ; Watrin, vétérinaire en premier.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Longet, professeur titulaire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant le deuxième semestre de l'année classique 1864-1865, par M. Sée, agrégé près ladite Faculté.

M. le docteur Foltz, professeur adjoint pour la chaire d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur d'anatomie et physiologie à ladite école, en remplacement de M. le docteur Richard, décédé.

M. le docteur Chauvin, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur adjoint pour la même chaire, en remplacement de M. le docteur Foltz, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Woillez reprendra mardi prochain 25 avril ses conférences cliniques sur les maladies des organes respiratoires, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mardis et samedis suivants.

— M. le docteur Jules Falret commencera un cours public sur les maladies mentales le mardi 25 avril 1865, dans l'amphithéâtre no 1 de l'École pratique, à quatre heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur E. Verrier commencera un cours public de médecine opératoire des accouchements le mardi 2 mai 1865, à 2 heures, à l'amphithéâtre no 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

MM. les élèves seront spécialement exercés aux opérations.

— M. le docteur Gourdin commencera son cours sur les affections des poumons le lundi 24 avril 1865, amphithéâtre no 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 49. — MARDI 25 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 25 AVRIL 1865. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences va nous fournir enfin de nouveaux documents pour la science médicale. Nous nous sommes si longtemps plaint de la stérilité de ses séances, que nous sommes heureux de signaler aujourd'hui plusieurs communications importantes. En premier lieu, un travail important de M. Demarquay. Ses recherches sur la rapidité d'absorption de l'hydrogène sulfuré, et de son élimination de l'économie par les bronches, méritent d'être reproduites en entier ; c'est ce que nous ferons au premier jour.

Le temps est aux épidémies. Après les bruits qui avaient couru sur celle de Russie et que nos lecteurs peuvent juger aujourd'hui en pleine connaissance de cause, voici une épidémie signalée en Savoie. Cette épidémie, qui semble due à l'emploi des poêles en fonte, a été l'objet d'une discussion que nous reproduisons au compte rendu.

A côté de cette intéressante communication de M. Carret (de Chambéry), il est bon de citer le travail de M. Houzeau : de l'influence des saisons sur les propriétés de l'air atmosphérique. M. Houzeau habite Rouen ; il a sur ce théâtre étudié pendant quatre ans la météorologie, et il arrive à cette conclusion que la fréquence de l'activité chimique de l'air atteint son maximum au printemps. Au médecin à rechercher quelle influence peut avoir sur la pathogénie cette étude climatérique.

M. Velpeau a présenté encore dans cette séance une note de M. Michaux sur une opération fort grave. Il s'agit de l'ablation totale de l'omoplate en conservant le reste du membre supérieur. M. Michaux a, pour la troisième fois, obtenu un succès complet. Le vieux proverbe : *Audaces fortuna juvat,* reçoit ici une nouvelle et brillante confirmation. — Dr E. Le Sourd.

HOTEL-DIEU. — M. N. GUENEAU DE MUSSY.

De certains signes de la péricardite.

(Leçon recueillie par M. ROBERTET.)

La constitution saisonnière qui règne en ce moment et qui reconnaît pour cause principale l'extrême variabilité des conditions atmosphériques a rempli nos salles d'affections rhumatismales ; vous y avez observé un grand nombre de malades atteints de rhumatismes articulaires, de sciatiques, de lumbagos. Dans le premier cas, des complications de péricardite et de pleurésie sont venues très-souvent s'ajouter à l'arthrite. L'inflammation simultanée de la plèvre et du péricarde s'est montrée chez deux autres malades indépendante de toute lésion articulaire, et cependant il nous est difficile, à cause même de cet envahissement simultané des deux séreuses et des circonstances dans lesquelles il a eu lieu, de ne pas y voir une dépendance du rhumatisme ; ce serait un rhumatisme viscéral que rattacheraient au rhumatisme articulaire ces faits intermédiaires, dans lesquels la séreuse péricardique ou pleurale est atteinte par la fluxion rhumatismale avant les articulations. Vous en avez vu, il y a quelque temps, un exemple remarquable dans la salle Sainte-Monique.

En réunissant ces deux ordres de faits, nous avons en ce moment dans notre service sept ou huit cas de péricardite, et je profite de cette circonstance pour vous parler de cette affection. Bien entendu, je ne vous ferai pas ici l'histoire de la péricardite ; je me suis très-longuement étendu sur ce sujet à la fin de l'année dernière. Je vous rappellerai seulement certains signes, que je vous ai fait constater au lit du malade, qui me paraissent avoir une grande importance pour le diagnostic, et qui ne sont pas tous suffisamment connus.

En premier lieu, la douleur de côté n'a pas pour siége habituel la région précordiale ; c'est le point pleurétique qui se localise vers le mamelon. Dans la péricardite, la douleur se montre habituellement à l'épigastre, et si elle ne s'y développe pas spontanément, il est rare que la pression exercée sur cette région n'y éveille pas une sensation douloureuse.

Les modifications de sonorité constatées par la percussion offrent un caractère tout spécial ; si, comme cela existe le plus souvent, l'inflammation a provoqué un épanchement, le son, d'abord obscur au niveau du troisième ou même du deuxième espace intercostal, devient de plus en plus mat à mesure qu'on s'approche de la partie inférieure de la région précordiale, et, de plus, c'est là un signe d'une grande valeur, la matité peut dépasser en bas le point de la paroi thoracique où on sent battre la pointe du cœur. Le refoulement du diaphragme vers la cavité abdominale explique ce phénomène.

On ne confondra pas cette matité due à l'ampliation du péricarde avec celle qui résulterait d'un développement morbide du lobe gauche du foie.

Transversalement, c'est au niveau du mamelon que la matité offrira son maximum ; mais elle déborde à gauche et à droite la région mammaire, et se prolonge dans ce dernier sens derrière la moitié gauche du sternum.

En percutant la partie postérieure gauche du thorax, dans la région qui correspond au péricarde, on trouve un son tympanique, c'est-à-dire un son qui se rapproche par son timbre du son abdominal, et qui offre une intensité plus grande et surtout une tonalité plus aiguë que celles qui appartiennent au son thoracique.

La première fois que j'ai observé ce phénomène, j'ignorais qu'il eût été signalé par Graves ; seulement Graves dit l'avoir rencontré une fois, et je le crois constant dans le cas d'épanchement péricardique. Il m'est arrivé de diagnostiquer une péricardite chez un rhumatisant sur ce seul signe et avant l'examen de la région précordiale.

Quand une pleurésie coïncide avec la péricardite, les résultats fournis par la percussion ne pourraient conduire au diagnostic de cette double affection lorsque l'épanchement occupe toute la cavité de la plèvre ; mais ils donnent des renseignements plus précis quand l'épanchement est limité, et nous en avons un exemple chez un de nos malades : la matité du péricarde et celle qui appartient à la plèvre sont séparées par une zone sonore, au niveau de laquelle on retrouve le bruit respiratoire.

Lorsque le malade est dans une position horizontale, les bruits morbides qui appartiennent à la péricardite, bruits dont je vous ai décrit précédemment toutes les variétés et toutes les variations, peuvent être masqués ou affaiblis par l'épanchement. Si on fait asseoir le malade, souvent ces bruits deviennent plus forts et plus superficiels vers la base du cœur. L'épanchement, quand il n'est pas très-abondant, s'accumule vers les points déclives ; alors, abandonnant la partie supérieure du péricarde, il y permet le contact et le frottement des deux feuillets séreux, si fréquemment revêtus de néoplasmes. Il y a bien des années que j'ai observé et enseigné ce signe, auquel j'attache une grande valeur. Je l'ai trouvé indiqué dans une des observations du docteur Stokes. Alors, si on applique l'oreille au niveau de la pointe du cœur, il peut se faire qu'on n'entende aucun bruit, ou que les bruits paraissent très-éloignés ; ils deviennent plus intenses et plus superficiels à mesure qu'on s'élève vers la base de l'organe : phénomène analogue aux modifications du bruit respiratoire qu'on observe dans les épanchements pleurétiques ; si au lieu de faire asseoir le malade on le fait coucher sur le côté gauche, on peut quelquefois constater une intensité plus grande des bruits de frottement péricardique au niveau du sternum.

J'ai également constaté des variations dans l'intensité et l'étendue de la matité suivant les positions qu'on faisait prendre au malade.

Je terminerai par un symptôme qui est plutôt une curiosité physiologique qu'un élément de diagnostic : chez plusieurs de nos malades, en exerçant une pression dans l'intervalle des deux attaches inférieures des muscles sterno-cléido-mastoïdiens, j'ai éveillé d'un côté une vive sensibilité, et, chose remarquable, chez deux de nos malades c'était du côté où les bruits morbides étaient plus accentués, vers le bord droit du cœur ; dans un cas, nous avons pu constater après la mort que de ce côté les lésions avaient leur maximum de développement. Il y a plus de dix années que j'ai observé et signalé ce phénomène. Je l'ai expliqué par les rapports anatomiques du péricarde et des nerfs diaphragmatiques ; on comprend que le travail congestif puisse s'étendre par voisinage du sac fibro-séreux au nerf phrénique, comme enchâssé dans ses parois. Seulement il faut admettre que la sensibilité morbide peut suivre une marche centripète, ce qui est admis aujourd'hui, mais ce qui à cette époque me fit accuser par Bérard d'hérésie physiologique. Je dois ajouter que ce symptôme, presque constant dans la pleurésie diaphragmatique, manque souvent dans la péricardite.

NOUVELLES ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS (ARDÈCHE),

Par M. le Dr CHABANNES, médecin inspecteur.

Nous détachons quelques pages d'un consciencieux travail sur les eaux de Vals, par M. le docteur Chabannes. Ces pages,

---

RAPPORT AU CONSEIL DE SANTÉ DES ARMÉES

sur les résultats du service médico-chirurgical aux ambulances de Crimée et aux hôpitaux militaires français en Turquie pendant la campagne d'Orient, par M. CHENU.

Il y a dix ans, nous étions en Orient pour une des entreprises militaires les plus hardies et les plus difficiles que la France ait tentées. A quelque point de vue qu'un écrivain nous rappelle cette héroïque expédition, il peut compter d'avance qu'il excitera l'intérêt que fait toujours naître le récit d'événements gigantesques. Sous le titre de *Rapport,* titre un peu trop modeste peut-être, eu égard à l'importance et à l'ampleur de son travail, M. Chenu vient de retracer dans une statistique aussi fidèle et aussi complète que possible les résultats du service médico-chirurgical de l'armée française observés pendant la campagne de Crimée. Grâce à la nature et à l'abondance des incomparables matériaux qu'il a eus à sa disposition, l'auteur a pu dans cette relation tout embrasser, tout exposer avec netteté et sans lâcher prise jusqu'au dernier détail. Dans les tableaux qu'il a dressés, il a mis particulièrement en saillie les faits qui se rattachent à la chirurgie. Gardant scrupuleusement son rôle de simple narrateur, M. Chenu raconte et ne discute pas ; mais avec de l'histoire ainsi faite, il montre quelques points litigieux de pratique recevant l'arrêt de l'expérience.

Je n'ai pas l'intention d'analyser cette partie de l'ouvrage ; j'en laisse volontiers le soin à celui qui désirerait donner surtout une idée exacte des résultats et des avantages de la chirurgie conservatrice.

Je viens de parler d'héroïsme ; c'est en effet de ce nom qu'il faut décorer cette courageuse résignation avec laquelle une armée de 300,000 hommes, agissant à 800 lieues de la mère-patrie, a supporté pendant deux ans les attaques de l'ennemi, les influences d'un climat d'airain, des fatigues inouïes et le contact des fléaux les plus redoutables. Malgré ce stoïcisme préservateur que l'on croit exclusivement départi à d'autres races que la nôtre, près du tiers de l'armée française périt tant par le fer de l'ennemi (21,000) que par la maladie (74,000). Le premier et le principal agent de cette destruction a été le choléra : en partant, nous l'emmenions avec nous ; il fut de tous nos voyages. Il nous menaçait d'un anéantissement total, lorsque des mesures sanitaires, merveilles d'à-propos et d'efficacité, vinrent enfin atténuer la cruelle épreuve à laquelle nous étions soumis. C'est avec raison que M. Lévy a pu dire qu'il ne faut parfois que telle ou telle de ces mesures pour prévenir, pour corriger un désastre, et que l'hygiène admise dans les conseils du commandement est le moyen certain de réduire le déchet silencieux et journalier d'une armée en campagne.

Le typhus fut notre seconde affliction, multipliant ses ravages sous la tente, dans les hôpitaux, partout où régnait le méphitisme et l'encombrement ; on pourrait dire sans beaucoup d'exagération que peu d'hommes échappèrent à cette inexorable calamité.

Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

Parmi ses nombreuses victimes, nous comptons 58 de nos courageux collègues anéantis obscurément par le souffle de la contagion.

On ne se fait point généralement une idée assez exacte des chances de mort ou de blessures que courent les médecins associés à une armée agissante. Ce qui distingue le médecin militaire du combattant, c'est, dit M. Chenu, qu'il ne rend pas les coups qu'il reçoit. A l'ambulance, à l'hôpital, le danger devant lequel il est sans cesse en présence ne prête rien de brillant à son courage ; c'est dans des luttes ignorées que s'exerce son énergie. L'ennemi qui l'entoure est invisible ; il ne peut et ne songe même pas à s'en défendre, tout occupé qu'il est de conserver son calme et sa lucidité pour l'accomplissement de ses devoirs.

La statistique montre qu'en temps de guerre il meurt plus de médecins que d'officiers. Ainsi, pendant la guerre d'Orient, l'armée a perdu 779 officiers de tous grades et de toutes armes, c'est-à-dire 14 0/0 de l'effectif total. La mortalité a été pour le corps des officiers de santé militaires de 82, c'est-à-dire 18 0/0. Cette prédominance proportionnelle de décès pour les médecins de l'armée se retrouve, mais plus élevée encore, dans la campagne du Mexique. En effet, à la date du 12 janvier 1864, le corps expéditionnaire français avait perdu 45 officiers sur un effectif de 1,100 : 4 0/0 ; et le corps de santé 10 médecins, dont un tué à l'ennemi, sur un effectif de 51 : 20 0/0.

Ces trouées que la mort pratique dans nos rangs réduisent naturellement le personnel médical des ambulances et des hôpitaux ; l'usure et la fatigue contribuent en outre à le rendre numériquement insuffisant le jour ou le lendemain d'une bataille meurtrière. Dans le der-

dans la pensée de l'écrivain, ont pour objet de faire cesser des erreurs propagées par des auteurs de bonne foi, qui n'ont fait que se répéter, si bien que de plume en plume, ces erreurs consignées dans des traités sérieux, émanant de personnes recommandables, sont acceptées pour des vérités.

I.

Les sources de Vals forment trois groupes bien distincts : d'abord les sources *faiblement* minéralisées; la source *Marie*, eau hygiénique, agréable à boire, ne contenant pas un gramme de bicarbonate de soude; puis la *Saint-Jean*. Son analyse, exécutée au sein de l'Académie de médecine, la range parmi les bicarbonatées mixtes. On ne peut se défendre d'un certain étonnement en voyant combien est grande sa proportion de principes calcaires (0,430). Sans doute la soude domine encore (1,480), mais elle est fortement tempérée par la présence des sels calciques magnésiens.

Cette circonstance n'a pas un but de simple curiosité, elle nous a servi dans un grand nombre de circonstances et a dirigé notre traitement dans bien des cas où nous avons obtenu un succès complet.

On sait combien sont supportées avec facilité les eaux calcaires. Eh bien, la composition que je puis appeler mixte de la *Saint-Jean* la rend également plus supportable que les autres sources dans quelques cas déterminés. Cette propriété tient sans nul doute à la grande proportion du bicarbonate calcaire qu'elle contient. Mais hâtons-nous d'ajouter que toutes les sources de Vals sont riches en bicarbonate de chaux, et que c'est là un de leurs principaux avantages sur d'autres eaux alcalines bien connues.

La *Saint-Jean*, dont ses propriétés physiques se rapprochent des autres sources ses voisines, est fort agréable au goût et supporte très-bien le transport. Sa faible minéralisation et les proportions heureuses qui la distinguent en font une eau médicinale fort usitée. Dans un très-grand nombre de cas, j'ai constaté qu'elle était mieux supportée que les autres dans ces états morbides où une certaine susceptibilité des intestins expose à des alternatives de diarrhées et de constipations fréquentes.

On le voit, la station de Vals possède la précieuse faculté de commencer le traitement des eaux bicarbonatées avec des sources très-faiblement minéralisées; aussi notre étonnement a été grand en lisant ce qui suit dans un auteur dont les ouvrages en hydrologie sont cités, auteur recommandable et dont l'erreur est assurément de bonne foi.

« Les eaux de Vals sont certainement les plus riches que l'on connaisse en bicarbonate de soude; elles ne le sont pas moins en acide carbonique.

« Les eaux de Vals sont remarquables par leur composition, qui les rapproche de celles de Vichy et assure à ces deux stations une place à part parmi les bicarbonatées sodiques.

« La minéralisation des eaux de Vals a beaucoup d'importance; peut-être même sa richesse ne serait-elle pas sans inconvénient dans beaucoup de cas où les eaux bicarbonatées sodiques se trouvent indiquées. Nous inclinons d'autant plus à le penser que *les eaux de Vichy nous ont paru, dans plus d'une circonstance, trop minéralisées elles-mêmes.* »

Ces citations sont prises de l'ouvrage de M. Durand-Fardel, (*Traité thérapeutique des eaux minérales*, page 165 et article Vals.)

Nul n'était plus compétent que l'auteur pour faire valoir l'analogie qui, suivant lui, assimile les eaux de Vals à celles de Vichy; cette similitude, on le voit, est complète dans son esprit, puisqu'elles méritent dans la haute appréciation du savant hydrologue, non-seulement les mêmes éloges, mais aussi la même critique.

Certainement les eaux de Vals n'auraient qu'à se prévaloir d'un pareil témoignage toutes les fois qu'elles voudraient se recommander aux malades et aux médecins.

1° Les eaux de Vals sont les plus riches de leur espèce;

2° Les sources de Vals et celles de Vichy ont une place à part parmi les bicarbonatées sodiques;

3° Les eaux de Vals peuvent avoir, comme celles de Vichy, une minéralisation trop abondante pour certains cas.

Si notre désir se bornait à appeler la faveur des malades sur les sources de Vals, nous passerions volontiers sur un reproche qu'elles héritent en commun avec celles de Vichy; mais nous parlons au corps médical, et nous avons des réserves de faits trop importantes à présenter contre ce reproche, si bien tempéré du reste par M. Durand-Fardel, pour ne pas éclairer les praticiens sur les réserves que nous entendons faire.

L'une de ces réserves est que l'aveu, le regret qu'exprime M. Durand-Fardel sur l'absence de sources faiblement minéralisées à Vichy, ne peut être adressé à Vals, qui possède deux sources bicarbonatées sodiques minéralisées par un et par deux grammes de principes fixes par litre, parmi d'autres sources *autant* et *plus* richement dotées que celles de Vichy.

Il nous sera permis de compléter la pensée de cet aveu, de ce regret, dont Vichy est l'objet; en effet, très-souvent, certaines eaux sont très-minéralisées au début des traitements, en général, et, pour quelques malades, pendant toute la durée du traitement. En sorte que si c'est un avantage considérable pour Vals d'avoir deux sources faiblement minéralisées, il n'est pas juste, il n'est pas équitable de leur adresser le reproche qu'à bon droit on peut faire à Vichy.

Les deux sources, *Marie* et *Saint-Jean*, d'une minéralisation faible, forment un groupe.

« Un autre groupe est formé des sources bi-carbonatées sodiques types. Ces sources sont nombreuses, puissantes, riches, nous citerons notamment la *Rigolette*, la *Précieuse*, la *Marquise*, la *Désirée*, la *Victorine*, la *Chloé*, la *Magdeleine*, etc., etc., dont la minéralisation, identique au fond, varie quant aux proportions pour chacune d'elles, depuis trois grammes de bicarbonate de soude jusqu'à sept grammes, en passant par tous les degrés intermédiaires, et même jusqu'à plus de sept grammes un quart que possède la *Magdeleine*. En sorte que les sources de ces deux groupes forment une gamme pouvant produire toutes les variations médicales, depuis la plus anodine jusqu'à la plus énergique, car, remarquons ici que si c'est un avantage considérable sur Vichy que de posséder des sources faiblement minéralisées, c'est un avantage qui n'est pas moindre d'en posséder de plus fortement minéralisées pour certaines idiosyncrasies. Les malades qui se rendent aux eaux ne sont pas, en effet, différents des autres; il en est qui sont vivement excités par un centigramme de belladone; il en est qui pour être heureusement influencés doivent en prendre 5, 10 et même jusqu'à 20 centigrammes. Ce qui est vrai de la belladone est vrai de tous les médicaments, vrai par conséquent des eaux minérales qui sont une des médications les plus puissantes.

« Dans les eaux bicarbonatées de Vals, la richesse des substances toniques y est en proportion avec le bicarbonate de soude. Les sels de chaux, de magnésie, de fer, de manganèse, sont toujours en notable quantité. Ces eaux sont essentiellement toniques; dans les eaux sodiques, ce point est capital; qu'on en juge :

« Dans les eaux de Vals, la richesse des substances toniques prévient la formation de la diathèse alcaline que détermine l'usage prolongé des eaux alcalines pauvres en sels ferriques. En effet, dans cette condition, non-seulement la diathèse alcaline s'oppose à la guérison de beaucoup de malades, mais encore aggrave leur état d'une affection nouvelle qui met le praticien en présence d'une complication redoutable.

« Cette complication est à craindre, surtout lorsque l'affection, qui doit être traitée avec les alcalins, se trouve liée à un état chlorotique, anémique, etc., etc. Dans ces cas, il faut, pour ainsi parler, que l'action désobstruante, dégorgeante d'une eau alcaline, pauvre en sels ferriques, se produise à jour fixe, car sous l'influence d'un usage, même peu prolongé, il s'en suivra une débilité générale des organes digestifs. L'assimilation ne se fait plus. On est enfermé dans un cercle vicieux. Plus l'usage des alcalins est indiqué, moins on peut en faire emploi. La richesse des principes toniques et reconstituants dans une eau alcaline est donc capitale, car, grâce à l'association des sels ferro-manganiques et calciques magnésiens unis à l'élément sodique, son action en est heureusement modifiée. En effet, sous l'influence des substances toniques, les organes des voies digestives se reconstituent avec une rapidité si surprenante que le savant Dupasquier disait qu'elle tenait du merveilleux, et plus on fait usage d'une eau bicarbonatée riche en sels ferriques, plus on peut en faire usage.

« C'est là un des principaux avantages que les deux groupes des eaux bicarbonatées de Vals présentent sur les sources analogues qui soient connues en France. »

Ces lignes, résultat d'une longue expérience, de près de quarante ans, sont dues à la plume d'un savant et modeste confrère, M. le docteur Tourrette; elles viennent confirmer ce que nous-mêmes avons dit ailleurs en traitant de ce sujet.

Le troisième groupe des sources de Vals est fourni par la *Dominique*.

Si les deux premiers groupes tendent à faire considérer Vals comme station minérale type par les qualités chimiques et thérapeutiques de ses eaux bi-carbonatées sodiques, la source *Dominique* tend, au contraire, à la faire figurer dans une classe à part, sans ressemblance, sans affinité avec aucune autre station minérale connue.

Chose étrange, en effet, c'est au milieu des sources bicarbonatées sodiques de France les plus riches, c'est à quelques mètres à peine des sources alcalines qui sourdent les eaux de la *Dominique*, différant complétement de composition avec elles. Elle sort cependant du même terrain feldspatique et granitique, mais sous un point où l'aspect en est plus rougeâtre et plus pyriteux.

Les sels de fer qu'elle contient sont des arséniates, des phosphates, des silicates et des sulfates; alors que ce métal est combiné dans les autres sources avec l'acide carbonique, ici c'est à un excès d'acide sulfurique, ce qui fait de la *Dominique* une véritable limonade sulfurique, si je puis m'exprimer ainsi, tandis que ces voisines tiennent un excès d'acide carbonique.

Remarquons que l'acide sulfurique libre n'y est point en proportion insensible : l'analyse en décèle plus d'un gramme par litre, vingt gouttes environ, dose considérable et que l'on atteint rarement en formulant la limonade officinale.

L'analyse en a été faite officiellement par l'Académie de médecine, la proportion de l'*arsenic* y entre pour 0,031 par litre d'eau. C'est une proportion considérable qui explique les remarquables effets qu'on obtient de son emploi.

Sa saveur est douceâtre au palais, elle laisse un arrière-goût styptique agréable. Elle est bue avec plaisir, surtout par les femmes.

Son action est complexe. Sur le système nerveux et respiratoire, elle est sédative. Elle est tonique, fortifiante, reconstituante.

Toutes les cachexies, toutes les affections qui ont pour conséquence une débilité chronique plus ou moins prononcée, toutes celles qui ont pour cause un épuisement quelconque, les maladies de la peau, la scrofule, la syphilis, la chlorose, l'anémie, etc., etc., sont traitées avec succès par cette eau. Des fièvres rebelles portant le cachet de la cachexie paludéenne, intoxications, empoisonnements miasmatiques à manifestations intermittentes, plus ou moins prolongées et qui avaient résisté pendant longtemps à la médication rationnelle de l'acide arsénieux, ont été guéris en quelques semaines par l'usage de la *Dominique*.

L'illustre Thénars n'hésitait pas à attribuer l'action curative des eaux du Mont-Dore, de Plombières et de Luxeuil à la dose d'*un* milligramme d'arsenic par litre que contiennent ces eaux. Si l'on veut bien se souvenir que l'analyse de la *Dominique* indique *trois* milligrammes, nos confrères comprendront les effets qu'on constate chaque jour de l'usage de cette eau.

En résumé, les eaux de Vals ne sont point identiques entre elles; quoique groupées dans un périmètre fort restreint, les différences de composition qu'elles présentent sont fort grandes. Ces différences donnent la clef des résultats thérapeutiques surprenants observés sur l'universalité des malades. En un mot, on trouve réuni à Vals ce qu'on trouve à peine dans trois stations isolées. C'est cette variété, cette graduation de miné-

---

nier chapitre de son ouvrage, chapitre rempli de détails extrêmement curieux, M. Chenu a mis de nouveau en pleine évidence ce fait et ses fâcheuses conséquences tant pour les malades que pour les blessés, et, plein de sympathie pour les généreuses victimes de la guerre, notre excellent collègue a cherché par quels moyens on pourrait leur assurer tous les soins dont elles ont besoin et qui leur sont si impérieusement dus.

On sait que cette question, objet de préoccupations déjà anciennes, a été récemment déférée à un Congrès international convoqué pour la résoudre d'après les vues qui lui furent soumises par M. Dunant, l'auteur d'*Un souvenir de Solférino*.

M. Dunant a fait la campagne d'Italie en simple touriste : il y a été témoin de scènes lamentables qui paraissent avoir profondément ému son cœur et surexcité son imagination. Ce sont ces impressions qu'il raconte, au courant de la plume, sans aucunes prétentions, dit-il, et uniquement pour répondre aux demandes qui lui en avaient été faites. Ayant à mettre les nations européennes en goût de réformes dans le service médical des champs de bataille, M. Dunant s'est souvenu du précepte d'Horace; il a cherché à attendrir ses lecteurs pour les mieux subjuguer : et je dois dire que dans cette entreprise, il s'est montré ingénieur dramatique d'une rare habileté.

Le livre commence par le récit de carnages auxquels rien de l'histoire des peuples civilisés ne saurait se comparer. Il s'agit d'un premier choc entre les Autrichiens et les Français, au pied des collines de Solférino : « Des colonnes serrées se jettent les unes sur les autres avec l'impétuosité d'un torrent dévastateur; les ennemis s'assomment à coups de crosse, se brisent le crâne, s'éventrent à la baïonnette; c'est une boucherie, un combat de bêtes féroces furieuses, ivres de sang; celui qui n'a plus d'armes saisit son adversaire à la gorge, qu'il déchire avec ses dents. Les zouaves se précipitent, bondissent comme des bêtes fauves, et poussent des cris farouches. Les turcos, dont les chefs ne peuvent calmer la férocité, se ruent dans la mêlée avec des rugissements sauvages. La cavalerie, prenant le galop, écrase les morts, les mourants et les blessés. Les chevaux, excités par la fureur, se jettent sur les chevaux ennemis, qu'ils mordent avec rage, tandis que leurs cavaliers se sabrent et se pourfendent. Une chèvre elle-même, compagne d'un voltigeur, monte impunément à l'assaut au milieu des balles et de la mitraille. L'artillerie, lancée à fond de train, se fraye une route à travers les blessés gisants sur le sol; alors les cervelles jaillissent, les membres sont brisés, broyés, les poitrines enfoncées, et la plaine se jonche de débris humains. Ailleurs les blessés, au regard hébété, les yeux hagards, fous de douleur, demandent qu'on les achève, et se tordent dans les dernières étreintes de l'agonie, etc., etc. »

Les hommes ont leurs propriétés à peu près comme les herbes. Celle de M. Dunant serait d'inspirer aux princes l'amour de la paix, en mettant sous leurs yeux le hideux tableau de la guerre.

Après les horreurs de la bataille le désastre se continue souvent dans les ambulances. L'encombrement des blessés en Crimée était quelquefois tel, dit M. Chenu, qu'il fallait les grouper autour des baraques en attendant qu'un chirurgien fût disponible pour les opérer ou les panser.

Au rapport de M. Dunant, l'insuffisance des médecins et de leurs aides à Solférino se fit aussi cruellement sentir. « Les blessures envenimées par la chaleur et la poussière, par le manque d'eau et de soins, sont devenues plus douloureuses. Sur les dalles des hôpitaux ou des églises de Castiglione ont été déposés, côte à côte, des hommes de toutes les nations. Quelques-uns de ces infortunés couverts de sang, harcelés par des mouches noires, rongés par les vers, portent de tous côtés des regards éperdus qui n'obtiennent aucune réponse, et se plaignent qu'on les abandonne, qu'on les laisse mourir misérablement. Alors des cris, des jurements, des blasphèmes retentissent sous les voûtes des sanctuaires. Parmi ces malheureux ainsi délaissés, l'un répand sa cervelle sur le pavé de l'église. Si l'on m'avait pansé plus tôt, s'écrie un autre, j'aurais pu vivre, tandis que ce soir je serai mort. Le soir, il était mort! Un chasseur d'Afrique, qui a reçu trois blessures, est depuis trois jours couché sur la paille, dégoûtant de boue séchée et de grumeaux de sang. Un Hongrois, qui a eu les reins sillonnés par la mitraille, et dont le corps enflé est noir, verdâtre, réclame en vain, avec un accent déchirant, les soins d'un chirurgien. »

A Brescia, la situation est plus déplorable encore qu'à Castiglione. « Il y eut tant de membres à couper, tant de pansements à faire, que deux chirurgiens épuisés par la fatigue et l'insomnie s'évanouirent, tandis qu'un troisième était obligé, pour pouvoir continuer son office, de se faire soutenir les bras par deux soldats. »

Cette deuxième partie du récit, où abondent en foule les descriptions lugubres, est fort habilement conduite comme démonstration de

ralisation, cette gamme médicale qui fait de Vals, sous le rapport des ressources thérapeutiques qu'elle offre, non-seulement la première station de France, mais d'Europe.

En effet, deux sources faiblement minéralisées viennent combler à Vals cette lacune qui est regrettée à Vichy. D'autres sources nombreuses sont *autant* et *plus* minéralisées que les sources de Vichy, et enfin Vals offre ce qu'aucune autre station ne possède, une source ferro-arsenicale sulfureuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Discussion sur la coxalgie (1).

M. BOUVIER. — M. Lefort nous a exposé une méthode un peu différente, celle des Américains.

Nous devons savoir gré à notre honorable collègue de nous avoir fait connaître ces nouveaux procédés; je le remercie sincèrement, pour ma part, de m'avoir fourni les moyens de les étudier. Mais ne s'est-il pas quelque peu exagéré leur valeur?

M. Lefort a dit ceci : « Une connaissance plus parfaite des lésions anatomiques qui caractérisent la coxalgie devait donner naissance à cette méthode thérapeutique. La luxation spontanée est considérée encore aujourd'hui par la plupart des chirurgiens *français* comme la conséquence de la marche naturelle de la maladie abandonnée à elle-même ou imparfaitement traitée. »

J'en demande pardon à mon savant collègue, mais ce n'est pas là de l'histoire contemporaine; tout ce passage de son discours est un anachronisme. Est-ce que nous sommes encore au temps où Larrey, seul contre l'école de Desault, contre mon maître Boyer, niait la luxation comme *conséquence naturelle* de la coxalgie? Depuis plus de trente ans, une suite de travaux est venue donner raison à Larrey. La connaissance plus précise des lésions anatomiques de la coxalgie nous appartient. Il y a au moins dix ans qu'elle est devenue vulgaire chez nous, et la jeune Amérique n'a fait ici, comme en tant d'autres occasions, que puiser dans les enseignements de la vieille Europe.

Oui, il faut pourtant le reconnaître, il est un cas où l'on regarde encore la luxation comme une conséquence de la marche naturelle de la coxalgie. C'est lorsque la cuisse est entraînée irrésistiblement dans une flexion, une adduction et une rotation en dedans toujours croissantes, qui, finissant par dépasser leurs limites physiologiques, amènent la tête fémorale sur le bord du cotyle, qu'elle ne tarde pas à franchir quand la résistance des ligaments a été vaincue par leur longue distension. Bonnet a le mérite d'avoir bien démontré ce phénomène, et d'en avoir en même temps donné le remède, qui consiste à corriger l'attitude vicieuse qui le produit. Mais il est évident que ce n'est là qu'un fait particulier dans l'histoire de la maladie.

Que sont, en réalité, les appareils américains décrits par M. Lefort? Ce sont des attelles à extension calquées sur celle de Desault pour la fracture du col du fémur, déjà employée en Angleterre dans la coxalgie. M. Sayre y a ajouté, comme dans l'attelle de Boyer, un mécanisme destiné à allonger l'attelle lorsqu'elle est en place. De plus, dans le dernier appareil du même auteur, l'attelle ne descend pas jusqu'au pied, et ne prend son point d'appui qu'au-dessus du genou.

Ce qui caractérise la méthode des Américains, c'est que leurs attelles sont appliquées non dans la position horizontale, comme celles de Desault et de Boyer, mais dans la station et pendant la marche. Ils les remplacent la nuit par le poids à poulie de Brodie. Sous ce rapport, leurs appareils sont fort analogues aux tuteurs de Bonnet, montés sur une ceinture à sous-cuisses, et surtout à l'appareil de M. Mathieu, qui supporte également l'ischion au moyen de son *cornet* ou cuissard, préférable à certains égards au lacs-sous-cuisse de Desault et des Américains.

Ces derniers ont édifié toute une théorie sur l'effet de leurs attelles. En 1860, une discussion sur la coxalgie eut lieu à l'Académie de médecine de New-York. « Le principal objet de cette discussion, dit le *Medical Times*, a été l'abandon du traitement par le simple repos, et la préférence à donner, dans toutes les périodes de la maladie, au traitement *par l'extension et la contre-extension*. A cet effet, des attelles ont été imaginées par les docteurs Davis et Sayre. »

Le but de cette extension, suivant ces auteurs, est de soustraire la tête du fémur et la cavité cotyloïde à leur pression réciproque, de faire cesser la pression des surfaces enflammées, *to remove the pressure of the enflamed surfaces*, comme le dit M. Sayre, d'obtenir l'écartement, *the separation*, de ces surfaces, suivant l'expression du docteur Smith, cité par M. Edwards.

D'après M. Lefort, l'extension n'aurait été employée, avant les Américains, que dans des intentions différentes des leurs; M. F. Martin, en particulier, aurait eu en la pratiquant un tout autre but que MM. Davis, Sayre, etc. Voici le texte de MM. F. Martin et Collineau :

« Quelles sont, disent ces auteurs, pour une jointure malade les conditions du repos? C'est l'immobilité dans une position telle que toutes les parties constituantes de la jointure soient à l'abri de tractions et *compressions*... Pour *annuler les pressions* que subit la voûte cotyloïdienne, il faut deux puissances agissant en sens contraire; il faut que l'une — puissance extensive — abaisse la tête fémorale; que l'autre — puissance contre-extensive — élève la partie correspondante du bassin. »

Ces idées diffèrent-elles beaucoup de celles des chirurgiens de New-York?

Au surplus, les unes et les autres sont-elles, en effet, réalisées dans la pratique? Pour ne parler que des appareils américains, n'est-ce pas une prétention exorbitante que de soutenir qu'un poids à extension, la nuit, avec le poids du corps pour seul agent de contre-extension, *supprime la pression* des surfaces coxo-fémorales? Que, *dans la station*, une attelle appuyée sur le bas de la cuisse, soulevant un lacs appliqué au périnée, va exercer une véritable extension, alors qu'un pareil bandage n'empêche même qu'imparfaitement le poids du tronc de porter sur la tête du fémur? Il suffit, ce me semble, de se rappeler les expériences des frères Weber sur le cadavre, l'augmentation de pression due à la présence des muscles pendant la vie, pour faire justice de semblables assertions.

Tout ce qu'il est possible d'accorder *à priori* aux chirurgiens américains, c'est que leurs appareils puissent aussi bien que les nôtres soutenir l'articulation dans la marche, maintenir son attitude normale et borner ses mouvements, lorsque la position horizontale n'est pas la première condition de la guérison.

Mais on invoque les faits; on affirme que l'usage de ces appareils met fin aux douleurs. Je n'ai pas trouvé d'observations dans lesquelles cela soit manifeste. M. Barwell, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Charing-Cross, à Londres, nous apprend même, dans ses *Leçons* sur la coxalgie, que les malades ne peuvent pas supporter l'attelle à extension quand le lacs n'est pas élastique. Cette élasticité du sous-cuisse, qui existe aussi dans l'appareil de M. Sayre, réduit encore son action.

Ce dernier chirurgien a publié, en 1860, un premier mémoire, que je n'ai pu me procurer; j'ignore s'il contient des faits probants touchant les avantages de son attelle. Ses deux autres mémoires, que M. Lefort a bien voulu me communiquer, ne contiennent que des cas de myotomie suivie de quinze jours de repos horizontal sur des enfants de six et de huit ans, qui ont ensuite marché avec l'attelle, et qu'on a perdu de vue au bout de trois ou quatre mois.

M. Edwards, que M. Lefort a cité, a bien donné la figure de l'attelle américaine, mais il ne l'a employée qu'une fois et seulement dans la position horizontale; aussi se demande-t-il si le soulagement obtenu n'est pas simplement l'effet du repos.

Il pense, d'après les expériences de MM. Weber, que cette extension serait sans influence sur la pression du fémur et de l'os iliaque à l'état sain, mais qu'il en est peut-être autrement pour des os malades.

M. Barwell, partisan des appareils américains, a rapporté quelques observations relatives à leur emploi; mais il y joint le décubitus et il recommande de ne commencer à lever le malade que lorsque l'inflammation et les douleurs sont apaisées.

Un autre procédé américain, la ponction de l'articulation, dont M. Verneuil a dit un mot, mérite d'être mentionné avec quelque détail. M. Bauer, de Brooklyn, dans un mémoire publié en 1859, dit cette opération indiquée lorsqu'un épanchement abondant donne lieu à de vives douleurs et à une attitude très-défectueuse. Il assure qu'aussitôt après l'évacuation du liquide, le membre peut être aisément porté dans tous les sens. Il s'est servi, pour cette ponction, tantôt d'un ténotome pointu, tantôt d'un petit trocart; mais il préfère ce dernier instrument. On l'enfonce obliquement dans le point où la fluctuation est le plus sensible; c'est ordinairement à un peu moins d'un pouce au-dessus et en arrière du grand trochanter. M. Bauer a pratiqué cette opération une cinquantaine de fois; il lui associe la myotomie quand les muscles sont contracturés.

M. Sayre conseille aussi la ponction de l'articulation, mais il n'en dit qu'un mot, et ne paraît pas l'avoir pratiquée. M. Barwell en parle plus longuement et confirme les avantages de cette pratique.

Que devons-nous en penser? A défaut d'observations personnelles, le plus sage, je crois, est de suspendre son jugement et de se livrer à de nouvelles recherches sur ce point.

Le traitement mécanique, institué par Bonnet, est-il, comme il l'admettait, un moyen prompt de soulagement dans la coxalgie? Oui, si l'on ne tient compte que de l'immobilisation; non, si l'on a égard aux suites immédiates du redressement forcé, cause à peu près constante d'irritation, de douleurs quelquefois légères, ordinairement de courte durée, mais, dans certains cas, plus prolongées et pouvant alors aggraver le mal. Je voudrais pouvoir dire avec M. Verneuil que cette méthode a transformé le pronostic. Sans doute elle prévient des luxations, des difformités graves; elle place le malade dans les conditions les plus favorables à la guérison; mais elle ne le guérit pas par elle-même; elle ne peut rien contre le fond du mal. Aussi voyons-nous, comme autrefois, des cas fort graves, même mortels, soit par l'intensité d'action de la cause, soit par l'influence des diathèses, ou bien par suite d'une lésion profonde, primitive ou consécutive du tissu osseux. Le redressement lui-même n'est pas toujours conservé; on peut se trouver dans la nécessité de renoncer à la contention, tantôt parce qu'il survient des accidents de suppuration; tantôt à cause de la violence des douleurs; en raison de ce dernier fait, M. Verneuil a peut-être établi d'une manière trop générale que plus les symptômes sont aigus, plus le redressement a de chances de succès.

Quatrième cas. La coxalgie a atteint une période avancée; elle se complique de détérioration de la constitution, de luxation, d'abcès. J'applaudis à la réserve recommandée dans ce cas par M. Verneuil au point de vue du traitement mécanique, qui n'est alors indiqué qu'exceptionnellement. Le cas malheureux, rapporté dans l'excellent et consciencieux travail de M. Busch, est attribué par l'auteur, non-seulement, comme l'a déjà dit M. Verneuil, au peu d'intervalle qui a existé entre les deux redressements, mais encore, et surtout, au mauvais état général de la malade; il se déclara au-dedans et au-dehors de l'articulation un énorme phlegmon qui l'emporta.

Je m'abstiens, en général, de tentatives de redressement brusque, lorsqu'il existe un ou plusieurs abcès, ouverts ou non. Tout ce qu'on peut faire alors, c'est de tâcher d'arrêter le progrès des déviations à l'aide de bandages aussi simples et aussi doux que possible. Cependant il est des indications particulières qui justifient et même prescrivent le redressement. Ainsi, chez une jeune fille, que je voyais avec un de nos honorables collègues pour une coxalgie rhumatismale suppurée, la gêne des mouvements était telle que la pauvre malade ne pouvait garder le lit un seul instant, clouée sur un fauteuil où elle avait à peine quelques moments de sommeil. Nous nous décidâmes à redresser le membre pendant l'anesthésie et à placer la gouttière de Bonnet. Le calme ne tarda pas à renaître; l'état général en fut amélioré; la malade put être transportée dans son pays et, quoique la terminaison ait été fatale, le redressement n'en avait pas moins été utile.

Ce n'est que dans des circonstances très-favorables que je voudrais tenter la réduction d'une luxation coxalgique complète pendant la durée de l'affection articulaire; mais la luxation incomplète ou en voie de formation est le triomphe de la méthode de Bonnet. J'ai vu plusieurs fois, chez les enfants, comme dans le cas observé par M. Verneuil, la tête du fémur très-saillante à la fesse par suite d'une attitude vicieuse fort exagérée, rentrer dans la cavité cotyloïde sous l'influence d'efforts peu énergiques, en faisant entendre ce claquement particulier qui est l'indice de la réduction.

Cinquième cas. La coxalgie est guérie, mais elle a laissé à sa suite une attitude vicieuse ou une luxation, ou bien une ankylose.

De même que M. Verneuil, je considère ici les indications du traitement mécanique comme très-limitées. Une gêne considérable de la marche peut seule autoriser des tentatives de réduction ou de redressement forcé. Lorsque, malgré la claudication, les mouvements sont assurés, lorsque le sujet fait aisément plusieurs lieues à pied, il vaut mieux laisser subsister la difformité que de s'exposer à reproduire les accidents, surtout si la maladie a présenté de graves péripéties.

Dans la luxation, on réussit quelquefois à corriger une attitude gênante du membre sans remédier au déplacement. M. J. Pravaz vient de publier un succès de ce genre obtenu par le redressement *graduel*.

M. VELPEAU. Je ne veux pas entrer dans cette discussion, qui me paraît épuisée; je veux seulement dire qu'il y a été beaucoup question de l'*extension* et de la *contre-extension*, et que j'ai été étonné d'en voir parler comme d'une chose nouvelle qu'on attribue aux Américains. Or, il y a plus de vingt ans que je la préconise dans mes leçons cliniques et que je l'applique dans mon service. Plusieurs des membres de cette Société, qui ont été mes internes, l'ont employée sous ma direction.

C'est un excellent moyen par lequel je me propose d'empêcher les surfaces articulaires de presser l'une contre l'autre.

Pour atteindre ce but, j'ai construit bien des appareils plus ou moins défectueux, et celui auquel je me suis arrêté consiste en trois pièces principales :

1° Une sorte de *croupière* qui embrasse l'aine et la fesse, et dont les chefs vont se fixer à la partie supérieure du lit;

2° Un *étrier* qui entoure les malléoles et est attaché en bas;

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

ce fait, que les armées en campagne sont incomplétement pourvues de médecins, d'officiers d'administration et d'infirmiers nécessaires pour les opérations et les pansements, l'enlèvement et le transport des blessés, le soin des inhumations, etc. Pour ceux qui auraient l'oreille un peu dure, M. Dunant va jusqu'à donner à entendre que « plus d'un vivant aura été enterré avec les morts. »

M. Dunant, faisant appel aux « hommes doués d'humanité et de philanthrophie, » les adjure de chercher avec lui les moyens de prévenir, pour les temps futurs, « les scènes de douleur et de désolation dont il a été témoin. » L'un de ces moyens, et le meilleur suivant lui, serait la création d'infirmiers volontaires recrutés parmi les personnes charitables et susceptibles de dévouement.

L'idée d'une assistance supplémentaire sur les champs de bataille est en soi une idée excellente, mais impraticable. M. Chenu le démontre par des arguments décisifs, et, sans repousser absolument le concours des gens de bonne volonté, il indique très-bien les limites dans lesquelles il pourrait être accepté.

Sans y prendre garde, M. Dunant a ruiné d'avance lui-même la base de ses projets; il nous fait douter du succès de son programme. A Castiglione, dit-il, parmi nos infirmiers volontaires improvisés, un abbé italien, trois ou quatre touristes, un journaliste de Paris nous prêtent d'abord leur assistance, mais bientôt ils se retirent successivement, incapables de supporter plus longtemps l'aspect de tant de souffrances. Un jeune voyageur français, oppressé par la vue de ces débris vivants, éclate soudainement en sanglots; on est obligé de calmer l'exaltation compatissante d'un Belge, montée à un tel degré qu'on craignait qu'il ne fût pris d'un accès de fièvre chaude. Il y eut en Italie des femmes courageuses dont la patience et la persévérance ne se lassèrent point, mais, hélas! on finit par pouvoir facilement les compter.

M. Dunant a soin de nous instruire des nombreux services qu'il a rendus dans ces mémorables circonstances; jouant des coudes à droite et à gauche, il s'est porté partout où il pouvait être utile; il a été d'un dévouement inépuisable, d'une charité vraiment prodigue; mais M. Dunant n'est point une légion.

Nous avons vu nous-même bien des curieux aborder nos ambulances, sous couleur d'humanité, et, novices aux scènes de la chirurgie, lâcher pied, préférant retourner badiner avec les... violons de l'orchestre.

M. Dunant a tout ce qu'il faut pour mettre une idée en crédit; il sait être persuasif et pathétique, trop pathétique même, car il est impossible de lire vingt pages de son livre sans s'arrêter haletant d'émotion. Que l'auteur d'un *Souvenir de Solférino* veuille bien ne point s'offenser d'un doute; est-il bien sûr d'avoir vu tout ce qu'il décrit, et ne s'en est-il pas laissé imposer par quelque conteur de bivouac? ou bien a-t-il pris de toutes mains les informations qu'il a pu se procurer, les acceptant comme on reçoit tous les jours de la monnaie, sans en examiner ni le poids, ni le titre? La stricte vérité était bien suffisante, je crois, pour toucher les cœurs. Nous tous qui avons été mêlés de près aux événements de la guerre d'Italie, nous trouvons un peu forcées les couleurs sous lesquelles ils ont été représentés; ce qui fait que je ne serais pas surpris de voir paraître un jour un *anti-Dunant*.

Je reviens à M. Chenu pour le féliciter, en terminant, de l'entreprise et de la bonne ordonnance de son ouvrage. Dans ce livre, en effet, où sont accumulés d'immenses matériaux scientifiques, rien ne déborde, tout est à sa place et ressort avec la netteté d'une bonne classification. L'effet qu'il a produit jusqu'ici, les témoignages d'estime qui se sont déjà manifestés nous prouvent que l'auteur n'aura pas que ses sueurs pour récompense.

CHAMPOUILLON.

Du plaisir et de la douleur, par Francisque BOUILLIER, inspecteur général de l'Université, correspondant de l'Institut. 1 vol in-18 de 160 pages faisant partie de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Prix : 2 fr. 50.

Traité des champignons, au point de vue botanique, alimentaire et toxicologique, par M. L. F. MOREL, curé-doyen, ancien professeur de sciences physiques et naturelles. 1 vol. in-18 de 300 pages et plus de 100 figures noires. Prix : 4 fr. — Moulins, 1864. — Ces deux ouvrages sont en vente chez Germer Baillière, libr.-édit.

Essai sur l'éléphantiasis des Arabes, observé en Algérie, par M. le docteur J. F. G. MESTRE, médecin-major de 1re classe, avec 6 planches lithographiées. 1 vol. in-8° de 105 pages. Prix : 3 fr. 50. — Montpellier, 1864.

Notes et observations sur les causes de l'épidémie qui a sévi contre les habitants de Tunis pendant l'été de 1863, par le même. 1 brochure in-8° de 85 pages. Prix : 1 fr. 50. — Bône, 1864. — Ces deux ouvrages sont en vente chez Germer Baillière, libr.-édit.

3° Enfin des *alèzes* pliées en cravates dont le plein passe en travers sur la partie moyenne du membre, et dont les extrémités sont attachées de chaque côté du lit, le malade étant ainsi maintenu dans le décubitus dorsal.

M. LEFORT. Je tiens à faire remarquer qu'avant de citer les Américains, j'avais dit que M. Velpeau avait depuis longtemps employé l'*extension* et la *contre-extension*.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, Hipp. Blot.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 avril 1865. — Présidence de M. Decaisne.

De l'influence des saisons sur les propriétés de l'air atmosphérique. — M. HOUZEAU a noté, à Rouen, depuis quatre ans, le matin, entre huit et neuf heures, la température maxima et minima, la pression barométrique, les indications de l'humidité atmosphérique, l'état du ciel, la direction et l'intensité des vents, et, par-dessus tout, la manière d'agir de l'air sur des papiers réactifs (tournesol vineux mi-ioduré) exposés à l'abri du soleil et de la pluie.

Il résulte de ses observations, qui sont certaines pour la station météorologique de Rouen, que la fréquence de l'activité chimique de l'air atteint son maximum au printemps (mai et juin), pour diminuer sensiblement en été et beaucoup en automne; elle tend, au contraire, à reparaître à la fin de l'hiver, où elle devient surtout appréciable au mois de mars.

Si l'examen de l'air, restreint ainsi à une seule localité, n'autorise pas à généraliser de suite les conclusions qu'on en déduit relativement à l'influence que les saisons semblent exercer sur les propriétés de l'atmosphère, au moins rend-il cette influence assez probable pour que les météorologistes songent sérieusement à la vérifier dans d'autres stations.

Dans tous les cas, la coïncidence de l'exaltation chimique de l'air avec ce qu'on a appelé le *réveil de la nature* ne saurait pas plus échapper aux médecins qu'aux agronomes, qui trouveront sans doute dans cette étude une source de nouvelles observations, profitables autant à l'hygiène qu'à l'agriculture. Il sera même intéressant de voir quelle part il revient au soleil ou aux astéroïdes dans ces grands changements atmosphériques.

Sur l'apparition d'une nouvelle espèce d'épidémie en Savoie. — M. VELPEAU lit, au nom de M. Carret, une note dont voici les conclusions :

« Cette maladie ne prend naissance qu'en hiver, mais se prolonge quelquefois jusqu'en été. Si l'hiver est rigoureux et précoce, elle est plus meurtrière et plus répandue. Elle frappe de préférence les habitants des montagnes. Les localités réputées salubres, où règnent l'aisance et la propreté, ne sont pas épargnées. Les personnes sédentaires sont les premières atteintes. Celles que leurs travaux appellent au dehors sont ordinairement préservées. Elle n'est nullement contagieuse.

« D'après des observations multipliées et puisées aux sources les plus sûres, cette maladie n'a pris naissance en Savoie qu'avec l'usage des poêles en fonte. A mesure que cet emploi s'est étendu, elle est devenue plus fréquente, et aujourd'hui que cet usage est presque universel, elle s'est fort généralisée.

« Serait-elle due à ce mode de chauffage? Tout porte à le croire; car dans les communes, rares aujourd'hui, où il n'est pas employé, elle est complétement inconnue; dans celles où ces poêles sont peu répandus, elle n'apparaît que par cas isolés, et sur 2,600 individus atteints de cette maladie que l'auteur a soignés, il n'en a pas trouvé un seul qui n'eût pas été récemment sous l'influence d'un de ces poêles. Enfin il pense qu'on pourrait l'attribuer à la production du gaz oxyde de carbone. »

DISCUSSION.

M. FAYE, à l'occasion de l'importante présentation de M. Velpeau, fait remarquer que si, dans des circonstances sans doute fort exceptionnelles, l'influence des appareils de chauffage sur le développement de certaines maladies peut devenir si grave, la question qui vient d'être soulevée intéresse tous les établissements d'instruction où l'on emploie des moyens de chauffage plus ou moins semblables. Il demande donc que la Commission des arts insalubres ne borne pas son examen aux appareils et aux matériaux employés en Savoie, mais qu'elle veuille bien l'étendre aux fontes françaises de toute provenance.

M. REGNAULT. La prétendue insalubrité des poêles en fonte est souvent attribuée au carbone combiné avec le fer; on dit : Ce carbone brûlant à l'air dégage de l'oxyde de carbone, et c'est à l'action toxique de ce gaz délètère qu'il faut attribuer les mauvais effets de ces poêles. Je crois qu'il est utile de rectifier les idées sur ce point.

Le carbone de la fonte brûlant au contact de l'air, à la surface rougie du poêle, se change en acide carbonique et non en oxyde de carbone. La fonte de fer ne contient que 3 ou 4 centièmes de carbone; après un service de plusieurs années, un poêle en fonte n'a perdu qu'une très-faible portion de son carbone. Il est donc évident que la quantité d'acide carbonique ou d'oxyde de carbone qu'un poêle en fonte peut dégager par ce fait, en vingt-quatre heures, est absolument insignifiante, et qu'elle est infiniment petite par rapport à celle que produit le combustible intérieur.

La cause de l'insalubrité du chauffage par les poêles doit être cherchée ailleurs; elle provient toujours de l'absence de ventilation. Une bonne ventilation est surtout nécessaire quand on emploie des poêles en fonte ou en fer, dont les parois extérieures s'échauffent souvent jusqu'au rouge : les poussières organiques, les exhalaisons animales, les miasmes, etc., de la chambre se décomposent incomplétement au contact, ou à une petite distance des parois chaudes, et donnent naissance à des produits volatils, ou gazeux, qui restent dans la chambre et exercent une influence fâcheuse sur la santé de ses habitants.

A mon avis, on fait disparaître tous ces inconvénients par une bonne ventilation, et celle-ci est facile à obtenir partout, presque sans frais.

M. CHEVREUL partage l'opinion de M. Regnault. Il croit devoir ajouter que l'on n'a donné aucune preuve que la maladie signalée fût produite par l'oxyde de carbone provenant de l'action de l'oxygène atmosphérique sur le carbone de la fonte; car on sait, d'après les expériences d'Ebelmen, que le gaz oxygène, en s'unissant directement au carbone, surtout à une température élevée, produit du gaz acide carbonique, et que celui-ci ne passe à l'état d'oxyde de carbone qu'à la condition de se trouver en contact avec du carbone convenablement chaud. Or, le carbone est en si petite proportion dans la fonte, qu'il s'y trouve excessivement disséminé; dès lors, comment comprendre la conversion de l'acide carbonique, d'abord produit à la surface de la fonte par l'oxygène atmosphérique, en oxyde de carbone? M. Chevreul rappelle l'objection qu'il a faite autrefois à la théorie d'affinage de la fonte, lorsqu'on se bornait à dire que l'oxygène atmosphérique l'opérait en enlevant le carbone au fer. Il a fait remarquer que, dans cette circonstance, la surface du fer étant considérable par rapport au carbone, et, à la température où l'affinage s'opère, le fer étant aussi combustible que le carbone, il fallait admettre que les deux combustibles brûlaient en même temps.

De l'ablation totale de l'omoplate en conservant le reste du membre supérieur. — M. VELPEAU présente, au nom de M. Michaux, une note sur ce sujet.

Cette grave opération, pratiquée pour la première fois en 1855 par Langenbeck, puis en 1856 par Syme (d'Édimbourg), a été faite pour la troisième fois par l'auteur et avec un plein succès. Il termine son mémoire par la description détaillée du procédé opératoire qu'il a adopté et qui lui est propre. (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

M. Velpeau présente, au nom de M. Michaux, trois brochures sur les polypes naso-pharyngiens, et au nom de M. Mallez, un album d'anatomie pathologique dans lequel l'auteur a représenté, à l'aide de la photographie, les cas de maladies des voies urinaires qui se sont présentés à son observation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 15 avril 1865, M. le docteur Édouard Meyer a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— L'assemblée générale de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu, lundi 3 avril, à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Collas. M. Am. Vée, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux du Conseil d'administration pendant l'année 1864. Les élections ont terminé la séance.

Cent quatre-vingt-un sociétaires ont pris part au vote. Ont été nommés à une très-grande majorité :

Vice-président : M. Massignon;

Conseillers : MM. Collas, Ferrand, Boucher, Caroz, Desnoix.

Le Conseil d'administration, pour l'année 1865-1866, est ainsi composé :

MM. Ém. Genevoix, président, Massignon, vice-président; Am. Vée, secrétaire général; Leprat, secrétaire adjoint; Buirat, trésorier.

MM. Bourières, Naudinat, Jobert, Boutereau, Mallard, Collas, Ferrand, Boucher, Caroz, Desnoix, conseillers.

Dans la première partie de la séance, la distribution annuelle des prix aux élèves stagiaires a eu lieu, à la suite du rapport présenté par M. Naudinat, dans l'ordre ci-dessous :

Première division (quatre années de stage et plus). — Rappel de prix. — MM. Collens et Teissèdre.

Premier prix. — MM. Chaumezière et Pitron.

Deuxième prix. — MM. Aillet et Bernard.

Première mention, avec livres. — M. Desaux.

Deuxième mention, avec livres. — MM. Plaze et Gillet.

Deuxième division (trois années de stage). — Premier prix. — MM. Boisserand et Legrand.

Deuxième prix. — MM. Mounod et Blot.

Mention avec livres. — MM. Robin et Pellier.

Troisième division (deux années de stage). — Premier prix. — MM. Duquesnel et Pasqueron de Pontmervault.

Deuxième prix. — M. Eudes.

Troisième prix. — M. Pairone.

Mention honorable, avec livres. — MM. Hu et Dangreau.

— Les sciences naturelles viennent d'être frappées de nouveau bien cruellement par la mort de M. Valenciennes, professeur de zoologie au Muséum, et de M. Léon Dufour, dont le nom est lié à tant de travaux sur les divers points de la science.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 50. — JEUDI 27 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 27 AVRIL 1865. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU. Affection organique du rachis. — Hernie étranglée. — Eaux de Vals. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

PARIS, LE 26 AVRIL 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance presque tout entière a été occupée par la discussion de l'aphasie. M. Trousseau a occupé seul la tribune durant une heure et demie, à la plus grande satisfaction de l'auditoire. Dans la première partie de son argumentation, il s'était borné à l'exposé des faits, ce qu'il a appelé lui-même la partie la plus facile de sa tâche et ce que nous appellerons, nous, la partie la plus brillante. C'est dans ce genre descriptif si bien approprié à son talent d'artiste, dans ces peintures vives, animées, où la mimique et l'expression de la physionomie ajoutent si puissamment au pittoresque même de la parole, qu'excelle, comme tout le monde le sait, M. Trousseau; et il a peut-être plus excellé encore que jamais, si l'on veut bien nous passer cette sorte de pléonasme.

Dans la deuxième partie, il a abordé le côté sérieux de la question, nous ne dirons pas le plus ingrat, mais à coup sûr le moins favorable au développement de ses qualités familières. Le point de vue anatomo-pathologique est, en effet, loin de prêter autant que la symptomatologie aux effets oratoires; et cependant il s'y est montré encore très-attachant. Mais, la première impression passée, on se demandera peut-être ce que cette partie de la dissertation a jeté de lumières nouvelles sur la question.

Le dénombrement fait des observations confirmatives et des observations infirmatives de la localisation du sens de la parole dans tel lobe ou dans telle partie des lobes antérieurs du cerveau, il nous reste ceci : que les observations qui disent *oui* sont plus nombreuses que celles qui disent *non*. Mais quelle est la signification réelle des unes et des autres? Quelle est la valeur des faits négatifs, si vous en accordez une sérieuse aux faits positifs? Que signifient ces exceptions, si vous admettez que ces derniers constituent la règle? Voilà ce que nous aurions été curieux de connaître et ce que nous ne savons pas mieux après le discours de M. Trousseau que nous ne le savions avant.

Nous nous trompons, il y a une chose qui ressort de son discours, et il l'a réservée pour la fin ; s'il l'eut dit tout d'abord, il se serait peut-être épargné quelques-unes des perplexités où il a entretenu longtemps l'esprit de ses auditeurs et où il paraissait plongé lui-même; c'est que la plupart des aphasiques n'ont pas perdu seulement la faculté du langage, mais bien une grande partie de l'ensemble de leurs facultés intellectuelles; ce qui ne laisse pas, sinon de changer, du moins d'atténuer sensiblement les termes dans lesquels a été formulée la question par les partisans de la localisation.

Nous n'avons pas le loisir d'insister en ce moment sur ce point de vue, que nous ne faisons que signaler; nous y reviendrons plus tard. Nous aurons aussi à exposer prochainement quelques faits nouveaux, relatifs à ce sujet, qui nous ont été communiqués tout récemment. L'Académie, avant la reprise de la discussion, a entendu une courte communication de M. Blondlot, le correspondant nouvellement élu, sur le phosphore noir.

M. le docteur Heyfelder a transmis un rapport sur l'épidémie de Saint-Petersbourg, qui ne nous a paru rien ajouter de nouveau aux faits que nous avons déjà exposés. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. PIORRY.

Affection organique du rachis avec compression des nerfs qui sortent des trous intervertébraux; emploi du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium. Guérison.

(Observation recueillie par M. Léonce Souligoux, élève du service.)

X..., d'une constitution robuste, âgée de vingt-neuf ans, naturellement sensible, nerveuse, anémique, et éprouvée par de grands chagrins, a ressenti pour la première fois, il y a six mois, dans la région des reins, des engourdissements et des picotements ; les jambes, surtout la gauche, lui parurent plus pesantes qu'à l'ordinaire. La marche devint difficile, et, à part le dernier mois où il semble qu'il y ait eu un peu d'amélioration, le mal empira sensiblement. X... fut, depuis l'invasion, presque toujours obligée de rester au lit. L'excitabilité nerveuse devint excessive, et la moindre impression morale est suivie de petits accès répétés de suffocation, de mouvements saccadés et involontaires parfois accompagnés de la sensation d'étranglement au cou.

Dans l'examen que M. le professeur Piorry a fait des organes, son attention s'est particulièrement fixée sur le système nerveux, sur la colonne rachidienne et sur la région ovarique.

Et d'abord l'utérus, mesuré en avant et en arrière au moyen du plessimétrisme, a donné les dimensions de l'état normal, n'a fourni au toucher aucun signe de souffrances. A peine existe-t-il quelques fleurs blanches. La région ovarique n'est pas sensible à la pression, de sorte que, tout en croyant que le symptôme étranglement est dû à quelque névropathie provenant de l'ovaire, il n'est pas le moins du monde prouvé qu'il s'agisse exclusivement ici de phénomènes hystériques dont la malade n'a point éprouvé d'attaques régulières.

L'inspection du rachis fait constater vers la deuxième et la troisième vertèbre lombaire une saillie assez apparente des apophyses épineuses, tandis que les épines au-dessus et au-dessous ne présentent pas d'apparence semblable. Le plessimétrisme, pratiqué exactement sur le point correspondant, y trouve une matité et un défaut d'élasticité plus évident que dans les parties supérieures et inférieures des vertèbres. M. Piorry, ayant dessiné avec un soin extrême, à l'aide de la médio-percussion, le rachis au niveau de cette région, il a été possible de constater que les points où les apophyses épineuses faisaient saillie présentaient une largeur de près de 1 centimètre de plus qu'au-dessus et qu'au-dessous de ces parties. Les autres vertèbres ne présentaient aucune augmentation de volume. Or, précisément sur la partie du rachis dont il s'agit, il y avait au palper et au plessimétrisme, et cela dans l'étendue de 6 à 7 centimètres, une augmentation marquée dans la sensibilité et une douleur assez vive. Quand on percutait directement sur cet espace, il se manifestait des mouvements spasmodiques qui, suivant la malade, la faisaient *sauter*, surtout dans les extrémités inférieures et principalement à gauche.

Les jambes étaient très-faibles. A peine la malade pouvait-elle exécuter quelques pas et était incapable de se soutenir. C'était surtout à gauche que cette faiblesse était grande; là aussi il y avait moins de sensibilité de la peau, même au chatouillement, qu'à droite. La pression des espaces intervertébraux, correspondant aux nerfs qui naissent de la moelle, était au-dessous et au niveau de la partie malade très-douloureuse, tandis qu'au-dessus il n'y avait, par la même méthode d'examen, aucune sensation pénible. La tête, les nerfs des diverses parties du corps ne donnaient lieu à aucun symptôme en rapport avec une lésion de ces parties.

Les autres organes étaient exempts de toute lésion appréciable.

Il résulte manifestement, dit M. Piorry, de ce qui précède, qu'il ne s'agit pas ici d'une affection dite nerveuse, d'une névrose; mais bien *d'une lésion de quelques vertèbres lombaires avec compression des nerfs qui sortent des trous intervertébraux*. Cette lésion est la cause de tous les phénomènes observés et ils sont d'autant plus accentués qu'elle existe chez une femme névropathique et ayant éprouvé de grands chagrins.

Le traitement que M. Piorry prescrivit fut le suivant :

1° Laisser coucher la malade sur son lit ordinaire la plus grande partie du jour. Cependant de temps en temps la faire lever, lui faire faire quelques pas, la faire coucher de nouveau aussitôt qu'il surviendrait quelque fatigue. Éviter les mouvements qui peuvent donner lieu à des douleurs ;

2° Lui faire prendre, trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, un gramme d'iodure de potassium dissous dans un demi-verre d'eau;

3° A chaque repas, entre deux couches de potage ou mélangés avec du riz au lait, lui donner cinq grammes de phosphate de chaux réduit en poudre impalpable ;

4° Des frictions tous les soirs sur la partie malade (la région des reins) avec la flanelle imbibée d'huile d'amandes douces;

5° Des douches chaque matin, avec l'eau fraîche, sur les points douloureux ;

6° Un régime composé de viandes grillées et rôties fut également prescrit, et il fut ordonné, en outre, par M. Piorry, contre l'anémie, l'usage journalier de l'élixir au citro-lactate de fer du docteur Thermes, à la dose de deux cuillerées à bouche.

Après quinze jours de traitement, tous les symptômes se dissipèrent peu à peu, et au bout de deux mois tous les accidents éprouvés par la malade disparurent.

Cette observation nous paraît présenter un grand intérêt. Elle se rapporte à l'un de ces cas difficiles dans lesquels l'on réussissait bien rarement, et un autre point non moins remarquable, c'est l'efficacité prompte avec laquelle a agi l'emploi du phosphate de chaux, aidé des autres moyens ci-dessus indiqués.

Il serait donc à désirer que, dans des faits analogues, on employât le moyen de diagnostic indiqué précédemment pour rechercher la cause de ces souffrances vagues du rachis, et qu'on fit usage alors du phosphate de chaux, qui a rendu depuis plusieurs années des services signalés à la pratique.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT. — M. FLEURY.

Hernie crurale étranglée masquée par une tumeur au pli de l'aine. — Constriction d'un segment d'intestin grêle — Opération. — Guérison.

(Observation recueillie par M. Fouilhoux, interne.)

La nommée Louise Rancon habite un village des environs de Clermont; elle est âgée de trente-six ans, mariée depuis longtemps, mais n'a jamais eu d'enfants.

Il y a un an, nous dit-elle, qu'une tumeur du volume d'une noix s'est montrée à la région inguino-crurale du côté gauche; mais, comme elle n'en a jamais éprouvé la moindre gêne, elle n'y a pas attaché d'importance.

Cette grosseur avait, lorsqu'elle l'a remarquée, le même volume qu'avant l'accident qui l'a conduite à l'hôpital; il lui serait donc assez difficile d'assigner une date plus précise à son origine; sa santé, du reste, a toujours été excellente.

Le volume de la tumeur n'a jamais varié, quelle que fut la position qu'ait prise la malade, ce qui exclut l'idée d'une hernie réductible; l'absence de coliques doit faire présumer que les organes situés dans la cavité abdominale ne sont jamais entrés dans sa composition. Aurait-elle été facile à réduire dans le principe à l'insu de la malade? Serait-elle formée, comme on l'observe si souvent, par une portion d'épiploon qui plus tard aurait contracté des adhérences avec le pourtour de l'anneau? Cela serait encore possible. La suite a prouvé cependant que la malade avait vu et dit juste.

Dans la journée du 10 décembre, à la suite d'un effort qu'elle fit pour soulever un fardeau, la tumeur devint plus volumineuse qu'à l'ordinaire; la malade fut prise de nausées et de vomissements, les selles se supprimèrent, le ventre devint douloureux; on ne pouvait donc méconnaître les symptômes d'une maladie grave.

Ce ne fut cependant qu'au bout de trois jours que l'on se décida à faire appeler un médecin.

Celui-ci fit quelques tentatives de taxis qui restèrent infructueuses, prescrivit des frictions avec de la pommade de belladone qui n'eurent pas plus d'effet; mais, comme les accidents persistaient, il conseilla aux parents de la malade de la faire transporter à l'hôpital de Clermont.

Une journée se passa encore en pourparlers; elle y arriva seulement dans la soirée du 14, quatre jours par conséquent après le début des accidents.

A son entrée, le pouls est faible et petit, les extrémités sont froides, la peau est sèche, la langue blanche à son centre et rouge sur ses bords, le ventre est ballonné et un peu douloureux à la pression, l'ingestion de la plus petite quantité de liquide détermine des vomissements.

On observe à la région inguino-crurale du côté gauche une tumeur qui a le volume d'un petit œuf de poule; elle est à peine sensible à la pression et ne présente qu'une légère tension. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur et glisse librement au-devant d'elle, mais ce qui est le plus étonnant, c'est sa mobilité et le peu de rapports qui existent entre l'état local et les symptômes généraux.

On réchauffe la malade à laquelle on prescrit quelques pilules d'opium, et le lendemain matin on prépare tout ce qui est nécessaire à l'opération qu'elle doit subir.

La nuit n'a pas été trop mauvaise.

Le 15 décembre une incision de 7 à 8 centimètres est pratiquée à la tumeur dans la direction de son plus grand diamètre qui correspond à une ligne tirée de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles à l'épine du pubis; une seconde incision dirigée perpendiculairement la convertit en T. La peau, le tissu cellulaire, le fascia superficialis sont successivement divisés. Une grosseur du volume d'une noix est alors mise à nu; elle est formée par un tissu cellulo-graisseux qui simule assez bien la couche adipeuse qui recouvre le sac; on l'incise couche par couche, tantôt avec le bistouri porté en dédolant, tantôt avec des ciseaux courbes, et on arrive sur une seconde tumeur qui a le volume d'une noisette et dont la couleur est légèrement violacée. La première est divisée en deux valves que l'on sépare comme les deux coquilles d'une noix; elle a la consistance d'un ganglion lymphatique plutôt hypertrophié qu'enflammé. La seconde a un pédicule étroit qui s'engage dans l'anneau crural et que l'on contourne facilement avec le doigt.

En l'incisant couche par couche avec des ciseaux courbes on met à nu une surface rougeâtre que des adhérences récentes unissent à la membrane qui l'entoure. Une sonde cannelée l'isole des parties environnantes; on reconnaît alors un segment d'intestin grêle qui est pincé par l'anneau dans une petite partie de sa circonférence. Un bistouri boutonné lève l'étranglement, ce qui permet d'opérer immédiatement la réduction.

Il eût été imprudent dans la circonstance actuelle de l'attirer à l'extérieur pour juger des effets de la constriction, on se serait exposé à produire des déchirures dont le moindre inconvénient eût été de rendre nécessaire l'établissement d'un anus contre nature. Le doigt glissé dans l'abdomen reconnaît la liberté des anses intestinales. (Pansement simple, limonade sucrée pour boisson, toutes les deux heures une pilule de 3 centigrammes d'extrait thébaïque si la douleur persiste. Lavement dans la soirée.)

Trois selles ont eu lieu dans la journée, ce qui dénote que l'opération sera suivie de succès ; à dater de ce moment, en effet, le ventre s'assouplit, les symptômes ci-dessus signalés disparaissent, et tout doit nous faire espérer une prompte guérison.

Pendant quelques jours, la suppuration entretenue par des portions de tissu cellulaire sphacélé a été assez abondante; mais, après leur élimination, la plaie a marché franchement à la guérison, et la malade a pu successivement manger des soupes, le quart et la demi-portion.

Le 4 janvier elle quittait l'hôpital pour retourner dans son village.

Aurait-on pu dans la circonstance actuelle considérer la tumeur comme formée uniquement par un ganglion, et attribuer les symptômes d'étranglement qui sont survenus à son inflammation ?

Dans les traités de chirurgie, ce fait est généralement énoncé; mais il arrive bien souvent que les auteurs copient leurs devanciers, et que des erreurs se propagent ainsi au grand préjudice des malades pour lesquels l'expectation serait on ne peut plus funeste.

M. Fleury, qui est à la tête d'un service important de chirurgie et de vénériens, a donc pu voir dans le même hôpital des bubons enflammés et des hernies étranglées. Jamais il n'a observé un seul cas où les deux affections aient pu être confondues, mais en revanche il a été souvent appelé auprès de malades qu'on croyait affectés d'engorgements ganglionnaires et qui avaient des hernies ou plutôt d'individus chez lesquels la hernie était masquée par un engorgement ganglionnaire.

Il est inutile d'insister sur les conséquences funestes que peut entraîner une pareille erreur. Les antécédents pourront, dit-on, éclairer le diagnostic. Oui, si l'on avait à traiter des malades intelligents, attentifs aux malaises qu'ils ressentent. Mais demandez aux gens du peuple, aux habitants de la campagne s'ils ont remarqué depuis longtemps une tumeur dans les régions où l'on observe le plus souvent des hernies, vous verrez ce qu'ils vous répondront. Parfois même les médecins qui sont appelés ne leur adressent pas la moindre question qui soit de nature à les mettre sur la voie, et les traitent, de la meilleure foi du monde, les uns pour des entérites, les autres pour des péritonites, sans explorer les régions où existent les ouvertures qui donnent le plus souvent passage aux viscères contenus dans la cavité abdominale.

I. Une femme, âgée de soixante-deux ans, habite un village du département du Puy-de-Dôme, elle n'a jamais eu à la région inguino-crurale la moindre trace de tumeur.

Le 13 mai 1856 elle se plaint d'éprouver une douleur assez vive au pli de l'aine droite. Elle vomit, de la constipation se manifeste; bientôt elle est forcée de garder le lit; mais ce n'est que le surlendemain qu'elle se décide à faire appeler un médecin. Celui-ci constate l'existence d'une grosseur, fait quelques tentatives de réduction qui demeurent infructueuses et pense, vu le peu de gravité des accidents, que la tumeur peut être formée par un ganglion engorgé. Il prescrit un bain, une application de sangsues et envoie chercher M. Fleury qui ne voit la malade que le 16 mai.

Le facies est excellent, le ventre souple et indolent, le pouls est assez fort. Un engorgement phlegmoneux existe à l'aine droite, la peau a conservé sa couleur, mais elle glisse difficilement sur les tissus sous-jacents; les selles n'ont pas reparu, mais il n'y a plus eu de vomissements. Le chirurgien soupçonne un épiplocèle, car un étranglement intestinal aurait déterminé des désordres bien plus sérieux.

L'opération est pratiquée de suite.

La peau, le tissu cellulaire sous-cutané forment à la tumeur une enveloppe assez épaisse; le sac est recouvert d'une couche graisseuse, mais en la raclant légèrement on découvre l'enveloppe péritonéale; une légère piqûre donne issue à de la sérosité sanguinolente; l'incision est agrandie avec des ciseaux, et on découvre une cavité dans laquelle existe de la lymphe plastique récemment formée. Au fond du sac on remarque une espèce de petit champignon rougeâtre qui se prolonge par un pédicule cylindrique jusqu'à l'anneau crural. Sa nature est assez difficile à déterminer. Est-ce l'appendice du cœcum, l'épiploon ou une portion d'intestin? Le ligament de Fallope est incisé. Dès que l'étranglement est levé, on peut attirer à l'extérieur cette production fongueuse, et on reconnait un ovaire qui tient au ligament large correspondant. La réduction en a été facile.

Rien assurément dans les antécédents n'aurait fait soupçonner une hernie de l'ovaire. Il était plus naturel de croire à l'existence d'un ganglion enflammé, si l'on adoptait l'opinion des auteurs classiques.

II. Au 1er août 1859, M. Fleury reçoit dans son service une fille de trente-deux ans, domestique à Clermont, qui depuis la veille au soir se plaint d'éprouver une douleur vive au pli de l'aine droite ; il y existe un engorgement inflammatoire assez bien circonscrit.

Cette tumeur, nous dit-elle, a été précédée par quelques coliques qu'ont bientôt suivi des nausées et des vomissements.

Est-ce là un de ces engorgements ganglionnaires qui simulent une hernie ? On pourrait le croire en ayant égard à l'apparence extérieure de la tumeur, qui est tendue, douloureuse à la pression, facile à circonscrire, comme dans le phlegmon. Ce n'est pas l'opinion du chef de service, qui opère immédiatement.

Après avoir divisé une couche assez épaisse de tissu cellulaire condensé par l'inflammation et infiltré de lymphe plastique, on découvre un petit segment d'intestin grêle, qui est rouge et enflammé ; il est réduit après un léger débridement de l'arcade crurale.

Malgré l'opération, l'engorgement phlegmoneux a gagné la couche de tissu cellulaire qui double le péritoine, et il s'est formé, au-dessus et au-dedans de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, un abcès qui a dû être ouvert, mais qui a fourni longtemps une suppuration abondante. Chez cette dernière malade la tumeur herniaire était évidemment masquée par un phlegmon. Pouvait-il expliquer les nausées et les vomissements, évidemment non.

III. Dans les premiers jours du mois de mars 1863, une femme, âgée de cinquante-six ans, se plaignit, en revenant du marché, d'éprouver quelques coliques; les selles se supprimèrent et en même temps apparut au pli de l'aine droite une tumeur assez dure, mais indolente à la pression; jamais elle n'en avait observé dans cette région.

Les premiers jours, la malade s'en préoccupa peu ; mais, voyant que le mal avait plutôt de la tendance à augmenter qu'à diminuer, elle se décida à faire appeler un médecin.

Celui-ci reconnut bien l'existence d'une tumeur, mais comme la malade, qu'il a soignée dans d'autres circonstances, ne lui en avait jamais parlé, il la crut de date récente et se borna à prescrire un lavement purgatif qui détermina une selle abondante.

Malgré l'absence de vomissements et de tension à l'abdomen, la tumeur lui parut constituée par une hernie, et, comme la réduction ne put pas être opérée, il parla à la malade d'une opération. Celle-ci, épouvantée par cette proposition, fit appeler un second médecin, qui ne trouva rien d'urgent et qui pensa qu'on pouvait encore attendre sans inconvénients.

Vingt-quatre heures se passèrent ainsi; l'état de la malade restait stationnaire; on finit par se décider à faire venir M. Fleury.

La hernie est étranglée depuis six jours, lui écrivait-on, il n'y a pas de temps à perdre. Il partit le jour même, qui était le 3 mars, bien convaincu que si la hernie était intestinale et étranglée depuis six jours, l'opération serait probablement inutile. Mais ses appréhensions ne tardent pas à se dissiper. La figure de la malade était bonne, sa voix n'avait rien d'altéré, le pouls était un peu dur, mais sans fréquence; le ventre légèrement ballonné, mais indolent à la pression; il n'y avait pas eu de vomissements, et un lavement administré la veille avait procuré une selle; on sentait cependant à la région crurale une tumeur dure, mais complétement indolente. Comme elle offrait un léger degré de mobilité et que l'on trouvait dans la région inguino-crurale du côté opposé un ganglion lymphatique engorgé, elle pouvait bien être formée par un engorgement ganglionnaire. Mais existait-il seul? N'y avait-il pas derrière lui un autre organe? Dans le doute, l'opération était indiquée. Elle fut pratiquée.

Une incision cruciale divisa la peau et mit à découvert une tumeur du volume d'une noisette, de couleur rouge, offrant la consistance et la structure d'un ganglion enflammé. Excisée avec des ciseaux courbes et enlevée par tranches, on découvrit derrière elle une seconde tumeur pyriforme qui paraissait s'échapper de l'anneau crural. Un sac très-mince l'enveloppait dans toute son étendue.

Cette petite tumeur n'offrait ni la forme, ni la résistance d'un segment d'intestin; elle ne ressemblait pas davantage à l'épiploon. Un léger débridement pratiqué à l'arcade crurale permit de l'attirer à l'extérieur et d'en reconnaître la nature; c'était un appendice adipeux du gros intestin ou de l'épiploon. En glissant le doigt dans l'abdomen, on sentait à nu les anses de l'intestin grêle.

Que serait-il advenu si l'opération n'eut pas été pratiquée ? Peut-être rien de fâcheux, mais peut-être aussi une péritonite qui eût pu faire périr la malade.

Ces faits, quoiqu'en petit nombre, viennent à l'appui de la proposition émise plus haut, et doivent amener à cette conclusion :

1° Qu'un engorgement ganglionnaire enflammé ne suffit pas pour déterminer des symptômes d'étranglement ;

2° Que toutes les fois que ceux-ci ont été observés la tumeur formée par le ganglion masquait la présence d'une hernie.

NOUVELLES ÉTUDES SUR LES EAUX MINÉRALES DE VALS

(ARDÈCHE) (1),

Par M. le Dr CHABANNES, médecin inspecteur.

II.

Il n'est pas un de mes confrères qui ne constate chaque jour, soit dans le service hospitalier, soit dans la pratique de la ville, que dans les affections des voies digestives la médication, pour produire un effet favorable, a besoin d'être graduée, alors surtout qu'il y a une grande atonie des organes. De même que dans une convalescence, les chances de rechutes seront éloignées si l'alimentation progressive est observée.

Ce qui est vrai de la médication par les produits officinaux est vrai aussi de la médication par l'eau minérale, qui est un médicament naturel. Médication qui a pris une si grande place dans la pratique usuelle, qu'il nous a paru intéressant de faire connaître à nos confrères ce que notre propre expérience nous a appris, touchant les propriétés physiologiques et thérapeutiques d'une station qui offre l'avantage unique, croyons-nous, de pouvoir commencer le traitement hydro-minéral par des sources faiblement minéralisées, pour passer ensuite à des sources types, de mêmes compositions, les plus riches de France en bicarbonates de soude. Ces diverses sources présentent dans leur ensemble une gamme médicale, qui évidemment sera d'une utilité première dans les effets thérapeutiques qu'on voudra obtenir.

Combien de malades, chaque année, reviennent des stations les plus célèbres dans le même état parce qu'ils n'ont pu supporter les doses les plus faibles des eaux qu'ils étaient allés prendre. Ces eaux, trop fortement minéralisées, n'ont pu passer ni seules ni coupées avec du lait, du bouillon de poulet, etc. Cette lacune fait défaut à la plupart des stations thermales d'Europe.

Il y a à Vals, avons-nous dit, trois sources d'eaux minérales bicarbonatées sodiques faiblement minéralisées. Nous prendrons pour type la source Saint-Jean, qui est la plus employée en France dans la pratique médicale de la ville.

Les eaux de la Saint-Jean, ingérées dans l'estomac, donnent lieu à des retours agréables de gaz, que les malades comparent aux rapports occasionnés par le vin de Champagne.

Les lèvres, la langue, la gorge, ne sont point irritées par elles, comme elles le sont quelquefois par le passage des eaux des sources plus richement minéralisées.

C'est aux premières verrées que l'effet stimulant ou sédatif se produit le plus souvent. Je dis stimulant ou sédatif, parce que dans cet ordre d'affections nerveuses : dyspepsie, gastralgie, flatuosité, etc., tel malade accusera, par exemple, de la paresse de l'estomac, de l'inappétence *sans douleur* ; tel autre, au contraire, se plaindra d'éprouver de l'agitation après l'ingestion des aliments, de la *douleur épigastrique*, des nausées, etc. Eh bien! très-souvent ces états, opposés en apparence, se trouvent également bien de l'usage de ces eaux légères de la Saint-Jean.

Ce réveil de l'estomac ou cette sédation, cette digestibilité inhérente à la présence de l'acide carbonique et des sels sodiques et ferriques qui constituent l'eau minérale de Vals en général, ne sont pourtant pas absolus. Dans plus d'une circonstance, nous avons vu les eaux plus fortement minéralisées être mieux tolérées ; ainsi l'action de ces eaux sur le tube digestif varie suivant les tempéraments.

Leur premier effet est la constipation ; mais hâtons-nous d'ajouter que bien des malades, après un ou deux jours de leur usage, éprouvent une légère purgation, ou du moins le retour de selles régulières.

On comprend aisément qu'un malade, atteint de constipation liée à une mauvaise élaboration des aliments, doit voir cesser cette incommodité, si le traitement réussit à déterminer une assimilation normale des aliments.

Ce que nous recherchons le plus souvent par l'usage des eaux de Vals, c'est le retour de l'appétit et le moyen de le conserver. Ces malades, en effet, souffrent en très-grande proportion du côté du tube digestif et de ses annexes ; de là l'indication naturelle de rétablir les fonctions de cet organe.

En thèse générale, le malade se trouve bien de débuter par la Saint-Jean; cette eau, prise à table ou à sa source, a la propriété spéciale de réveiller les estomacs assoupis ; elle réveille leur vitalité, et bientôt une assimilation plus normale et plus abondante intervenant améliore l'état général, et fournit à l'organisme des forces pour se suffire à lui-même et supporter les sources plus fortement minéralisées, si on doit y avoir recours.

Telle est la marche que suivent les principaux phénomènes opérés sur les malades excitables, pour user des sources fortes dès le début du traitement.

Que devient un peu d'embarras du côté des voies biliaires, un peu d'empâtement hépatique, d'obstruction abdominale caractérisés par une langue habituellement sale, flatuosités intestinales, borborygmes suivis ou non de selles liquides, teint pâle, jaunâtre, vertiges, etc., que deviennent ces divers états morbides quand on a pu par de l'eau prise agréablement à table ranimer les forces digestives?

Cette paresse des organes sous-diaphragmatiques ne disparaît-elle pas naturellement en présence du mouvement imprimé partout par le jeu normal de l'estomac ? Une bonne digestion, n'est-ce pas un estomac, un intestin, un foie, un pancréas, etc., qui fonctionnent normalement?

La sensation qui précède tous les jeux complémentaires d'organes, leur synergie, c'est l'appétit. Aussi le médecin doit-il s'appliquer à réveiller cette sensation, parce que la possibilité de digérer la suit; presque toujours, et quand le malade tout fier de son nouvel état vient nous dire qu'il a bien mangé et digéré sans fatigue, nous ne craignons pas de lui prédire une guérison assurée.

Au milieu des désordres les plus grands de l'économie, le jeu normal du tube digestif arrête ou suspend tout mal. Le phthisique qui n'a qu'un bourbier dans la poitrine, qui crache chaque jour le poids du peu de poumons qui lui reste, survit cependant; il déjoue parfois longtemps nos fâcheux pronostics pourvu que son estomac fonctionne.

Il est admis que les eaux de Vichy, ou celles des sources de Vals, qui sont richement minéralisées, ne doivent pas être administrées dans les inflammations même légères du tube digestif. Les eaux faiblement minéralisées de Vals, notamment celle de la source Saint-Jean que nous prenons pour type, méritent une exception.

J'administre souvent cette eau dans les convalescences des fièvres graves, quand la maladie a duré un certain temps, et que les fonctions digestives tardent à se réveiller. Quoique le pouls reste vif, fréquent, que la sensibilité persiste dans l'abdomen, quoiqu'il existe, en un mot, des signes manifestes de sub-inflammation, je ne crains pas d'administrer des doses modérées de la Saint-Jean. Je la fais essayer pure et froide; c'est sous ces deux états qu'elle plaît le plus aux malades. Ils trouvent cette boisson fort agréable, et je n'ai jamais vu résulter le moindre accident de son administration.

L'action la plus évidente de cette eau, la plus prompte, réside certainement dans le développement de l'appétit. Ce développement si rapide est même un écueil à surveiller. Il est prudent, en effet, d'attendre, pour se livrer entièrement à son penchant, qu'il y ait harmonie entre la tâche et la puissance de l'organe qui doit la remplir; aussi ne faut-il point se lasser de prêcher la modération à nos faméliques malades.

Les eaux des sources légèrement minéralisées sont la première étape du tributaire des eaux de Vals. Elles sont notre pierre de touche pour découvrir la réceptivité alcaline de chaque organisme.

En stimulant légèrement la muqueuse gastrique, elles préviennent ces ballonnements fréquents de l'hypochondre droit qui découragent les malades au début de leur traitement et qui forceraient à le suspendre sans cette précieuse ressource. Elles permettent de familiariser l'économie avec un agent qu'elle

(1) Voir le précédent numéro.

doit connaître plus tard dans toute sa force, de graduer, en un mot, l'énergie du traitement : d'*une dose faible d'une source faible*, d'arriver à *une dose forte d'une source forte*.

Les sources richement minéralisées à Vals sont nombreuses et puissantes; elles contiennent depuis 5 gr. de bi-carbonate de soude jusqu'à 7 gr. en passant par les degrés intermédiaires.

L'action des sources les plus richement minéralisées en substances sodiques et toniques de Vals sur l'appareil digestif a été trop bien décrite par Dupasquier et Patissier, pour que je ne laisse pas la parole à ces deux éminents auteurs.

« L'influence, dit Dupasquier, que les eaux de Vals exercent sur les fonctions digestives, dès qu'on commence à en faire usage, est des plus remarquables, et ses effets sont si prompts, qu'on pourrait dire sans exagération qu'ils présentent quelque chose de *merveilleux*. Dès les premiers jours qu'on en boit, elle provoque, le plus souvent, un accroissement considérable de l'appétit. Le malade, qui depuis longtemps ne connaissait plus le sentiment de la faim, se trouve tout surpris d'éprouver ce besoin à un degré prononcé, et s'étonne bien plus encore de pouvoir le satisfaire impunément, grâce à l'action de ces eaux bienfaisantes. Sous leur influence, en effet, l'estomac semble réagir sur les substances alimentaires avec une activité toute nouvelle. Les digestions précédemment difficiles, languissantes, s'opèrent désormais avec une facilité vraiment merveilleuse. »

En 1854, dans son rapport à l'Académie de médecine, Patissier s'exprimait de la manière suivante sur les eaux richement minéralisées de Vals : « Dans l'état de santé, l'eau de Vals, prise en boisson, augmente l'appétit, rend la digestion plus facile, régularise les évacuations alvines et produit parfois un effet purgatif. La circulation devient plus active, la peau plus chaude. Il se manifeste un sentiment de force et de bien-être inaccoutumé. Quelques verrées de ces eaux suffisent pour rendre alcalines les sueurs et les urines qui sont naturellement acides. »

Nous ne saurions mieux dire; nous n'avons qu'à nous ranger du côté de pareilles déclarations que l'expérience, mille fois répétée, chaque année, est venu confirmer. Nous ajouterons, en outre, que l'usage des eaux fortes de Vals peut être indéfiniment prolongé.

En effet, l'expérience prouve que non-seulement l'économie peut contracter, à l'égard des eaux alcalines de Vals, une tolérance vraiment surprenante, mais encore que l'usage à l'ordinaire de ces eaux est reconstituant, fortifiant. Ainsi, un grand nombre de personnes peu aisées de la ville de Vals consomment, toute l'année durant, l'eau de la source Saint-Jean à table exclusivement à toute autre, et n'en sont nullement incommodées. Je tiens de leur bouche que l'usage de cette eau les fortifie plus que l'eau douce ordinaire et *rend moins sensible la privation du vin*.

Voici un autre fait qui à lui seul suffirait à réfuter ceux qui redoutent la cachexie alcaline.

Je connais un ménage composé de six personnes adultes qui font un usage continuel des sources les plus minéralisées de Vals; il y a également deux enfants dans la maison qui suivent le même régime. Grands et petits s'y portent bien.

Une jeune fille de 28 à 30 ans, qui, il y a une dizaine d'années, fut atteinte d'accidents chlorotiques, se porte aujourd'hui fort bien et peut présider aux embarras d'une grande maison d'exploitation. Tous les jours, depuis dix ans, elle prend l'eau de Vals comme eau ordinaire.

Sa mère, décédée dans un âge avancé, femme catarrheuse s'il en fut, éprouvait chaque hiver une recrudescence dans son état. L'usage des sources les plus riches ne paraissait influencer en rien la marche de cette affection chronique.

Dans cette même maison, se trouve une jeune femme, mère de trois beaux enfants qu'elle a nourris de son propre lait. Cette personne, entrée dans la famille en qualité de bru, aime l'eau minérale plus que l'eau douce. Quoique arrivée là sans être habituée à son usage, elle en a consommé en grande quantité sans aucun accident.

J'insiste sur cette particularité qui se trouve contredire certain fait publié dans la *Gazette des Hôpitaux*. Ce fait concernait des vaches qui, ayant contracté l'habitude d'aller se désaltérer à une source d'eau alcaline, perdirent promptement leur lait.

J'ai consulté bien des fois divers membres de cette famille, et des renseignements que j'ai recueillis, je crois être en droit d'avancer que chacun d'eux boit en moyenne deux litres d'eau minérale par jour.

Les ouvriers qui viennent surtout en été les aider dans l'exploitation de leurs champs usent comme eux d'abondantes quantités d'eau minérale, et il ne paraît pas que cet usage ait jamais amené d'accidents appréciables.

J'insiste encore sur ces faits qui me semblent démontrer suffisamment que si M. le professeur Trousseau, dans une leçon restée célèbre, a pu constater que, pour un grand nombre des malades qui fréquentent Vichy, l'usage des sources de cette localité provoque la diathèse alcaline, il serait souverainement injuste et erroné d'adresser cette même critique aux sources de Vals qui, on le voit, produisent des effets reconstituants, toniques remarquables.

A la rigueur peut-être trouverions-nous l'explication de cette dissemblance dans la différence chimique des eaux de Vals d'avec celles de Vichy, mais les faits que nous venons de citer ne sont-ils pas plus convaincants qu'une théorie chimique? Mieux vaut s'en tenir aux cas d'expériences; mais nous ne devons pas oublier le grand aphorisme physiologique : *Corpora non agunt nisi soluta*; or, si on retrouve dans les eaux riches de Vals toutes les substances qu'on signale dans celles de Vichy, on remarquera que les proportions n'y sont plus les mêmes; que dans les eaux de Vals, les sels reconstituants, toniques, y sont en notable proportion, et surtout qu'ils sont tenus en dissolution énergique par un excès d'acide carbonique qui empêche ces sels de se précipiter et devenir inertes, soit avant, soit peu de temps après l'ingestion de l'eau minérale dans l'estomac.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 avril 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. TROUSSEAU. Avant d'aborder la discussion des troubles de la parole dans leur rapport avec les lésions de l'entendement, et certaines altérations matérielles de l'encéphale, permettez-moi de poser nettement la question. Il s'agit du mémoire de M. le docteur Georges Dax, tendant à prouver « qu'il existe une coïncidence constante entre les *troubles de la parole* et les lésions de l'hémisphère gauche du cerveau. » Je vous prie de remarquer que l'auteur n'entend parler que de troubles de la parole. Le père de ce médecin, M. Marc Dax, avait cependant lu au Congrès médical de Montpellier, en 1846, un mémoire dont le titre et l'esprit étaient bien autrement d'accord avec les faits. Il s'agissait, dans ce dernier travail, de « *l'oubli des signes de la pensée* coïncidant avec les lésions de l'encéphale. » Or, je vous prie de remarquer que, dès 1825, M. Bouillaud avait dit précisément la même chose lorsqu'il affirmait l'existence dans le cerveau d'un organe législateur des signes de la pensée. Il est vrai que, plus tard, le savant professeur a cru devoir faire à son affirmation première une correction restrictive que je regrette.

Dois-je vous parler du rapport de M. Lélut, à propos de ce mémoire de M. Georges Dax? M. Bouillaud vous en a dit tout ce qu'on pouvait et tout ce qu'on devait en dire. Je n'insisterai que sur un point : c'est que M. Lélut a constamment confondu l'embarras de la parole avec l'embarras de la pensée.

Pour faire cesser cette confusion regrettable, il est nécessaire de bien préciser ce que c'est que l'*alalie*, l'*aphémie* ou l'*aphasie*. L'aphasie est un mot que j'ai cherché à faire prévaloir et que je n'ai pas inventé. Au lieu du mot alalie, qui avait cours depuis longtemps dans la science, et qui est synonyme de mutisme, M. Broca avait cru devoir employer le mot aphémie, qui désignait un trouble particulier de la parole. Je me servais moi-même de ce mot, quand un jeune Grec de mon service me fit observer que, dans la langue d'Homère, aphémie signifiait « infamie. » Il était donc impossible d'employer un mot qui rendît plus imparfaitement mon idée. Le mot aphasie me fut proposé; un homme très-autorisé, M. Briau, et un savant dont toute l'Europe accepte la compétence philologique, M. Littré, admirent la propriété du terme aphasie. Voilà pour le mot, voici maintenant pour la chose.

Je me propose de vous dire ce qu'est l'aphasie; d'étudier les différences qui existent entre l'aphasie et l'alalie, dont parlent Sauvage, les deux Frank, Cullen, etc.; monstrueux assemblage de phénomènes contradictoires, qu'on a récemment, et bien à tort, voulu remettre en honneur; je vous parlerai des lésions qu'on peut observer dans l'aphasie; enfin, j'essayerai d'en faire l'étude psychologique.

Et d'abord, qu'est-ce que l'aphasie? Je vais me mettre bien à mon aise en refusant d'en fournir la définition. Je ne sais rien, en effet, de plus difficile que de donner une bonne définition qui, logiquement, s'applique *uni et toti definito*.

L'intelligence humaine se manifeste par des signes multiples qui représentent la pensée. Avant tout, c'est la parole, puis le geste : on ne peut pas concevoir l'homme sans le geste ou sans la parole; plus tard vient l'écriture, soit l'écriture *phonétique* dont les éléments représentent des sons ou des articulations, et qui est celle des races européennes, soit l'écriture *idéographique*, qui représente immédiatement les idées à l'aide des signes matériels, et qui, après avoir été celle des anciens Égyptiens, est encore celle des Chinois modernes; enfin, il y a le dessin qui se rapproche de l'écriture idéographique, quoiqu'il en diffère sous beaucoup de rapports. Eh bien, messieurs, chez l'homme frappé d'aphasie, toutes ces manifestations de la pensée ou de la plupart d'entre elles peuvent être troublées ou abolies.

Avant tout, je dois éliminer un terme qui complique le problème. L'aphasique est souvent paralysé, le plus habituellement c'est à droite; de sorte que, chez lui, on peut croire que le geste et la parole sont entravés par le fait de la paralysie; il n'en est rien cependant; l'homme frappé d'hémiplégie et qui n'est pas aphasique, bredouille, mais il manifeste néanmoins sa pensée sous cette forme imparfaite; il peut écrire, il peut dessiner, si incorrectement que ce puisse être. Or, l'aphasique ne fait rien de tout cela. L'aphasique est donc pour moi « celui chez lequel les signes de la pensée ne peuvent plus se manifester. »

Laissez-moi vous donner quelques spécimens d'aphasie, depuis le degré le plus avancé, dans lequel la pensée a perdu tous ses modes de manifestation, jusqu'au degré où, par nuances progressivement atténuées, on n'observe plus que des modifications intellectuelles si peu prononcées, qu'on a peine à reconnaître l'aphasie.

(Ici M. Trousseau rapporte dans l'ordre qu'il vient d'indiquer tous les faits qui ont été le sujet de ses leçons sur l'aphasie publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* de l'année dernière.)

J'ai voulu, ajoute-t-il, par tous ces détails, vous dire ce qu'était l'aphasie, et vous montrer quelle immense différence la sépare de certains autres états morbides dans lesquels existe l'impossibilité ou la difficulté de parler. J'ai voulu faire éviter la confusion qu'a si fâcheusement commise M. Lélut.

Dans la paralysie générale, la langue a beau être titubante, comme la démarche du malade, et par la même cause, néanmoins, si le malade a cinq cents idées, il exprime ces cinq cents idées; assez mal, il est vrai, mais enfin il les exprime : il n'est pas aphasique.

Dans l'éclampsie, le malade grogne, des sons inarticulés s'échappent de ses lèvres; la stupeur cérébrale entrave l'émission comme l'exercice de la pensée. Ce malade est dans la stupeur, il n'est pas aphasique.

Il est encore une autre maladie, que M. Duchenne (de Boulogne), à qui nous devons tant pour les maladies nerveuses, a contribué à nous faire connaître, je veux parler de cette paralysie à laquelle on a donné le nom de *labio-glosso-laryngée*. Dans cette affection, où — le nom l'indique assez — les muscles qui meuvent les lèvres, la langue et le larynx sont graduellement paralysés; où, — l'anatomie microscopique l'a démontré — existent une sclérose du bulbe et des lésions que M. Cruveilhier a constatées; où, enfin, certains muscles sont frappés d'atrophie, le malade est peu à peu incapable de mouvoir ses lèvres. Ce serait en vain que le maître de philosophie du *Bourgeois gentilhomme* essayerait de lui « faire allonger les lèvres en dehors, les approchant l'une de l'autre sans les joindre tout à fait pour dire U; » — ou encore de « rapprocher les lèvres par les deux coins, la bouche faisant justement comme un petit rond, pour dire O; » le malade en est absolument incapable. Il est également inhabile à produire sa langue au dehors, à l'élever, à l'abaisser, à la mouvoir correctement. Il veut parler, et les sons mal articulés sont confus. L'intelligence est intacte, la volonté ne fait pas défaut, mais les instruments du langage sont brisés. Cet homme qui ne peut plus parler, est capable d'écrire, de manifester sa pensée : il n'est pas aphasique.

Laissez-moi vous faire une comparaison. Voici un musicien qui s'assied devant un piano : les touches font admirablement mouvoir les cordes, et celles-ci peuvent résonner merveilleusement sur la table d'harmonie, et cependant ce musicien ne peut tirer aucun son de cet excellent piano : c'est que, en effet, ses mains sont paralysées. Cet homme, c'est l'aphasique.

Voici, au contraire, un autre musicien que l'inspiration déborde, ses mains sont habiles à exprimer l'harmonie qui le transporte, et cependant aucun son ne vient frapper notre oreille; c'est que le piano de celui-là est brisé. Cet homme n'a plus d'instrument : c'est l'individu frappé de paralysie labio-glosso-laryngée.

Je n'ai accompli jusqu'à présent que la partie la plus facile de ma tâche. C'est chose facile que d'exposer et de faire accepter des faits observés au grand jour. Mais lorsque derrière ces faits se trouvent des personnes, il est souvent à craindre qu'ils ne soient pour elles qu'un bouclier insuffisant. Il est une chose toutefois qui me met à l'aise, c'est que je suis complétement désintéressé dans la question. Si donc il m'arrivait malgré moi de ne pas mettre toujours les ongles sous les poils et de faire sentir autre chose que le velours, je prie d'avance que l'on m'en excuse, car je n'ai pas d'autre but que de chercher simplement et candidement la vérité.

La question historique a été admirablement tracée par M. Bouillaud. Sauvages et Cullen ont écrit des choses déplorables sur l'alalie; ils n'ont évidemment pas compris la question. Le désir de donner aux anciens et aux étrangers a fait dire que Frank avait décrit ce que nous désignons aujourd'hui sous le nom d'aphasie. J'ai lu ce qu'il en dit, et il est résulté pour moi de cette lecture que Frank a confondu des choses essentiellement différentes, et qu'il n'a pas eu le soin d'établir dans le fait de la parole cette grande division si bien établie par M. Broca entre la perte du sens de la parole et la paralysie des organes dont le concours est nécessaire à son accomplissement. Quand on lit les exemples que cite Frank, on est étonné des erreurs qu'ils renferment.

C'est en réalité de 1825, c'est-à-dire des premières recherches de M. Bouillaud sur ce sujet, qu'il faut dater réellement la question. C'est à cette époque, en effet, qu'on voit pour la première fois énoncer cette proposition formelle, savoir : que les organes législateurs de la parole résident dans les lobes antérieurs du cerveau, qui seraient aussi, suivant notre collègue, le siége des organes moteurs de cette fonction, opinion que, par parenthèse, je le vois soutenir à regret. En 1836, M. Dax père publia le travail déjà cité, dans lequel il établissait que c'était dans l'hémisphère gauche exclusivement que résidait cette fonction.

Les choses en étaient là lorsque M. Broca, qui n'avait certainement pas eu connaissance des recherches de M. Dax, fit sa première communication à la Société anatomique. De la grande discussion qui s'est élevée à ce sujet à la Société d'anthropologie entre lui, M. Auburtin et quelques autres membres, datent les nombreuses observations qui se sont produites.

J'ai fait un relevé de ces observations; elles s'élèvent au nombre de 134 cas. Sur ces 134 cas, il y en a 124 qui sont confirmatifs de la proposition de M. Dax. Il y en a 10 qui sont contraires. Il faut donc bien reconnaître que le plus grand nombre des faits semble lui donner raison, mais il y a à tenir compte de 10 cas exceptionnels. M. Broca, qui est en quelque sorte issu de M. Dax, est allé beaucoup plus loin que lui; il circonscrit la lésion dans des limites beaucoup plus étroites en la confinant dans la troisième circonvolution.

C'est là, il faut en convenir, une idée bien singulière. Mais quand on voit qu'on est conduit à cette idée par des faits aussi nombreux, il faut bien se résigner à l'examiner. Ce n'est pas d'ailleurs le seul fait singulier et inexplicable que nous offre la physiologie. Lorsqu'on étudie certains faits pathologiques, n'est-on pas frappé de voir qu'il y a des phénomènes qui semblent appartenir exclusivement à un côté du corps, si bien qu'on a fait en pathologie la distinction de l'homme gauche et de l'homme droit!

Voyez la névralgie intercostale, par exemple. J'ai fait des recherches à ce sujet dans mon service pendant trois années de suite, et je n'ai pas rencontré un seul cas de névralgie intercostale à droite; elles siégent toutes à gauche. C'est donc là une affection qui frappe exclusivement sur le côté gauche de la moelle. Pourquoi? Je n'en sais rien. Nous savons encore, et c'est M. Bouillaud qui nous l'a appris, que l'affection rhumatismale frappe uniquement le cœur gauche et jamais le cœur droit.

Quoi qu'il en soit, si nous examinons les faits de M. Broca, nous voyons qu'ils l'ont conduit à établir que l'aphasie tient à une lésion de la troisième circonvolution du lobe frontal gauche. Eh bien, sur 32 cas que j'avais pu étudier à cette époque, il se trouve 14 faits conformes à cette proposition et 18 qui lui sont contraires. Je priai alors M. Broca de venir voir à l'Hôtel-Dieu le malade Marcou paralysé du côté gauche et aphasique. Il constata qu'il était bien dûment aphasique et qu'il était bien hémiplégique du côté gauche. Mais, me dit-il, êtes-vous bien sûr qu'il n'ait pas une lésion de la troisième circonvolution gauche? J'avoue que je ne pus rien répondre. Le temps aurait pu sans doute amener la réponse, ces malades finissant toujours par succomber; mais une circonstance particulière nous a fait perdre de vue ce malade. Le directeur de l'hôpital l'ayant rencontré un jour la pipe à la bouche dans une galerie où il est expressément interdit de fumer, lui en fit l'observation, à quoi le malade répondit en deux syllabes... La garde meurt et ne se rend pas. Là-dessus congé immédiat.

Peu de temps après une femme entre à l'Hôtel-Dieu avec une hémiplégie droite et une aphasie; elle est transférée, par les ordres de l'administration, à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, où elle ne tarda pas à succomber. A l'autopsie on trouva une lésion de l'*insula* gauche; mais en même temps une lésion de la troisième circonvolution du côté droit, qui n'avait pas été soupçonnée.

M. Peter a observé récemment une femme qui ne pouvait dire que ces mots : « oui, parbleu ! » Elle avait une hémiplégie gauche. Plus tard il survint une gangrène sénile. M. Peter pensa qu'il avait dû y avoir une embolie de l'artère sylvienne, comme il y eut probablement aussi par la suite une embolie iliaque. Cette femme est morte. A l'autopsie on a trouvé une lésion de la troisième circonvolution du côté droit en même temps que de l'*insula* et de la partie postérieure du corps strié. Il y avait eu effectivement une embolie de l'artère sylvienne.

Ainsi voilà deux faits qui montrent l'aphasie avec une lésion à droite.

MM. Charcot, Vulpian, Cornil et Luys, m'ont communiqué des faits du même genre.

Il y a donc, sur trente-deux faits, quatorze confirmatifs de la proposition de M. Broca, dix-huit infirmatifs. On voit que sa théorie est déjà moins généralement confirmée par les faits que celle de M. Dax.

Voyons maintenant la doctrine de M. Bouillaud.

Pour M. Bouillaud, on le sait, ce n'est pas tel ou tel lobe, mais les deux lobes antérieurs qu'il faut mettre en cause. J'ai jugé utile, avant tout, de bien établir un point d'anatomie sur lequel, vu mon peu de compétence à cet égard, j'ai dû prendre l'avis des hommes les plus versés. Je me suis adressé à M. Cruveilhier, à M. Sappey et à M. Vulpian, dont tout le monde connaît l'autorité en pareille matière. J'ai voulu savoir ce qu'était exactement un lobe frontal, et jusqu'où allaient ses limites. Cela est facile et tout naturellement indiqué en haut et sur les côtés par le sillon de Rolando. Mais où trouver cette limite à la base? Ce n'est que par des procédés artificiels que l'on peut y arriver. Nous avons eu recours, avec M. Sappey, à une section verticale partant du sillon de Rolando, et nous avons cherché ensuite quelles étaient les parties du cerveau comprises en deçà de la section. Nous avons vu que la section comprenait l'insula, la totalité des corps striés, sauf un demi-centimètre environ, tandis que la couche optique tout entière se trouve placée au delà. Cette détermination allait élargir un peu le lobe frontal et nous permettre de faire passer quelques-uns des faits infirmatifs de la théorie Broca parmi les faits affirmatifs.

Voyons maintenant quels sont les faits qui sont favorables à la doctrine de M. Bouillaud. Je n'ai pas besoin de dire que tous les faits favorables à M. Broca le sont *à fortiori* à M. Bouillaud. Il faut y faire rentrer de plus le fait de M. Charcot ainsi que celui de M. Peter. Mais il reste encore les faits de M. Vulpian, celui de M. Cornil dans lequel c'est dans le lobe occipital gauche qu'on a trouvé la lésion, puis le fait de M. Parrot dans lequel il a été constaté une lésion du lobe frontal droit sans aphasie, et celui de M. Fernet. De sorte que, sur les trente-quatre observations nouvelles recueillies depuis la discussion de la Société d'anthropologie, je trouve dix-huit faits favorables à M. Bouillaud et seize faits défavorables.

Certes, cela affaiblit quelque peu la proposition de M. Bouillaud, mais notre collègue craint si peu la vérité qu'il vous a fait présenter ici par son chef de clinique, M. Blachez, un fait qui lui est contraire.

Passons à d'autres faits. En voici un observé par M. Peter à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. Un cavalier tombe sur l'occiput et se fracture le crâne. Il a d'abord de la stupeur, puis un délire agité des plus violents, avec grande loquacité. Il succombe, et à l'autopsie on trouve une fracture de la voûte et de la base du crâne dans toute leur longueur; les deux lobes frontaux étaient réduits en bouillie par une contusion des plus violentes.

Voici un fait dont j'ai été témoin il y a déjà longtemps. Un jeune officier, en garnison à Tours, alors que j'y faisais mes études, reçoit dans un duel une balle dans la tête; elle entre par le temporal droit et sort par le temporal gauche, ayant ainsi traversé de part en part les deux lobes antérieurs. Après quelques jours de stupeur, ce jeune officier retrouve toute son intelligence, qui était des plus vives, et pendant tout le reste de son séjour à l'hôpital, il fit les délices des élèves par son esprit et sa gaieté. Il mourut plus tard d'une inflammation consécutive du cerveau produite par une esquille.

Voilà des faits qui démontrent tout au moins jusqu'à présent que l'opinion de M. Dax, de M. Broca, de M. Bouillaud relative à la localisation des organes de la parole n'est pas à l'abri de tout reproche.

Je vais essayer maintenant d'entrer dans un autre ordre de considérations. Lorsqu'on étudie les faits d'aphasie, on voit que presque tous sont des faits de ramollissement. Sauf deux cas, l'un de M. Broca et l'autre de M. Lancereaux où il y a eu hémorrhagie, dans tous les autres, en effet, on a constaté du ramollissement. Mais ce ramollissement peut survenir d'une manière très-aiguë et être presque subit sous l'influence des embolies des artères sylviennes, ainsi que MM. Lancereaux, Dumontpallier et autres nous en ont montré des exemples. Dès lors, il n'est plus guère facile de distinguer une hémorrhagie cérébrale d'avec un ramollissement aigu, sorte d'asphyxie du cerveau produite par l'oblitération de ses artères...

Mais j'ai hâte de terminer, et avant j'ai quelques mots à dire de l'état de l'intelligence des aphasiques.

J'ai parlé tout à l'heure de l'opinion de Frank sur l'alalie. Elle me rappelle justement l'histoire de cette bonne dame qui s'excusait des *pataquièces* qu'elle commettait sur le mauvais état de ses dents. Pour apprécier l'intelligence des aphasiques, je m'en rapporte beaucoup aux anciens aphasiques guéris. Quant ils ont récupéré toutes leurs facultés, ils savent très-bien rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé du côté de l'intelligence.

On sait que l'illustre Lordat, aujourd'hui presque centenaire, et qui a été certainement l'un des professeurs les plus éminents de toutes nos facultés, a été à une certaine époque de sa vie frappé d'aphasie. Il a prétendu depuis que pendant qu'il était aphasique il n'éprouvait aucune gêne dans l'exercice de la pensée, il préparait ses leçons, en disposait le sujet et les propositions principales. Je possédais complétement, dit-il, la partie interne du langage, je n'en avais perdu que la partie externe. Réfléchissant à la formule de la doxologie chrétienne, je sentais que j'en connaissais toutes les idées, quoique ma mémoire ne m'en suggérât pas un mot. M. Lordat ne s'est-il pas fait illusion sur la plénitude d'intelligence qu'il croyait posséder à ce moment? Je suis disposé à le croire. Ce qu'il y a de plus certain, c'est que ce professeur éminent qui avait eu jusque-là une merveilleuse éloquence et une admirable faculté d'improvisation, n'a plus fait depuis cette époque que des leçons écrites qu'il lisait.

J'ai cité aussi l'exemple d'un de nos éminents collègues qui eût une aphasie de quelques heures de durée seulement. Il a avoué que pendant tout le temps qu'a duré cet état, il n'a pu comprendre la lecture qu'il faisait des entretiens de Lamartine.

J'ai vu ces jours derniers dans mon cabinet un officier de cavalerie qui, pendant qu'il commandait des manœuvres, ne put plus trouver tout à coup à dire que le mot *genou*, dans une phrase de commandement où entrait ce mot. Je lui demandai dans quel état était son intelligence dans ce moment, et il me répondit qu'il sentait bien qu'elle avait été momentanément obscurcie.

Le malade Paquet dont j'ai souvent parlé lisait le *Journal amusant*, mais c'était toujours le même numéro qu'il lisait pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital. Une femme aphasique, dont j'ai également parlé lisait le *Mois de Marie*, mais c'était toujours la même page qu'elle lisait. Je veux bien que ce soit là une lecture très-intéressante; mais on conviendra que lire toujours la même page d'un livre ou le même numéro d'un journal, cela ne prouve pas une intelligence bien lucide. Je veux bien admettre que ces malades comprenaient ce qu'ils lisaient dans le moment même, mais il fallait assurément qu'ils eussent la mémoire bien courte pour trouver tous les jours le même intérêt à refaire la même lecture. Il y avait donc tout au moins chez eux de l'amnésie; et bien que je sois persuadé qu'il y eût plus que de l'amnésie, c'est évidemment là ce qui domine dans cet état.

Je ne saurais mieux comparer à cet égard l'état des aphasiques qu'à la filtration intellectuelle dans laquelle se trouvent les enfants. Voyez un enfant de quelques mois sur les genoux de sa mère. Il remue, il agite ses membres, il gigotte de manière à faire voir assez quelle est la vitalité et l'énergie de ses muscles; mais laissez-le livré à lui-même, il ne saura pas marcher, parce qu'il ne sait point coordonner et régulariser ses mouvements, et qu'alors même qu'on le lui a montré, la mémoire lui manque pour répéter les mêmes actes. Il ne parle point, mais ce n'est point que sa langue, ses lèvres et son larynx ne fonctionnent point, car il a un larynx cruellement sonore, mais il n'a point d'idée à exprimer ni de mouvements coordonnés en vue de cette expression.

En résumé, je crois en avoir dit assez pour montrer que l'aphasique a perdu une grande partie de son intelligence, et que, bien que les lésions des lobes antérieurs aient une très-grande part dans la production de l'aphasie, il y a autre chose à considérer que cette lésion. (Applaudissements répétés.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de chirurgien du bureau central s'ouvrira le 3 mai.

La liste du jury a été arrêtée de la manière suivante :

MM. Denonvilliers, Guersant, Bauchet, Simonet, Verneuil, juges; MM. Chassaignac et Vernois, juges suppléants.

— L'Académie des sciences a nommé, par voie de scrutin, membres de la Commission chargée de décerner le prix relatif aux arts insalubres : MM. Chevreul, Combes, Boussingault, Rayer et Payen.

— Aujourd'hui mercredi ont été rendus les derniers devoirs à M. le docteur Hiffelsheim. Ce savant confrère vient de succomber à Paris, à l'âge de 37 ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

— La Société médicale d'observation tiendra sa séance générale vendredi prochain 28 avril, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Ordre du jour :

1° Compte-rendu des travaux de la Société, par M. Beaumetz.

2° Renouvellement partiel du bureau.

— M. Beau ouvrira son cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, le samedi 6 mai.

— M. E. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons théoriques et cliniques sur les affections de la peau, le jeudi 4 mai, à neuf heures du matin, et les continuera tous les jeudis à la même heure. Visite des malades à huit heures et demie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 51. — SAMEDI 29 AVRIL 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 29 AVRIL 1865. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Abcès traumatique du lobe gauche du cerveau, destruction presque complète de ce lobe et d'une partie du lobe moyen, avec conservation de la parole.

Sans parti-pris sur la question de la localisation du sens de la parole, qui se débat en ce moment à l'Académie de médecine, et n'ayant d'autre désir que de voir sortir quelque enseignement ou quelque vérité physiologique utile de cette discussion, nous admettrons avec la même impartialité tous les faits, positifs ou négatifs, qui nous seront communiqués et qui nous paraîtront apporter un élément à l'étude de cette question.

Voici un fait que nous communique M. le docteur Langaudin, de Nice, et qui a déjà, comme on en pourra juger, plus d'un analogue dans la science.

G..., gendarme, âgé de trente ans, voulant se suicider, se tire dans la bouche un coup de pistolet d'arçon. La balle traverse la voûte palatine sur la ligne médiane, à 15 millimètres en arrière des incisives, puis elle va se perdre dans les profondeurs de la face, où on ne peut la retrouver. Cet homme guérit parfaitement de sa blessure, ainsi que d'une méningite légère consécutive. Mais, six semaines après l'accident, on l'envoie à l'hôpital dans le service de M. Langaudin comme atteint de crises de folie furieuse qui le rendent dangereux.

Voici l'état dans lequel M. Langaudin trouve le malade : la muqueuse palatine s'est cicatrisée et obture complétement l'ouverture de l'os qui existe toujours et que l'on sent parfaitement. Au niveau de l'angle interne de l'œil gauche, l'apophyse montante du maxillaire, l'os unguis et l'os propre du nez de ce côté, ont été déjetés en dehors, et forment sous la peau, qui est saine, une saillie assez considérable. L'œil gauche est un peu proéminent, la paupière supérieure tombante, la pupille est petite et déformée, semblable à une pupille de chat, mais à grand diamètre transversal. Les paupières de cet œil s'ouvrent à volonté, mais naturellement elles restent fermées. Le malade parle du nez; il a toute sa raison et se plaint de douleurs de tête parfois insupportables. Il est venu à pied à l'hôpital. Le pouls est calme, un peu ralenti. Toutes les autres fonctions s'accomplissent régulièrement.

Pendant les onze jours qu'il passe à l'hôpital, il n'a pas d'accès de folie furieuse. Il est au contraire très-taciturne et assoupi, ne se lève que lorsqu'on l'y oblige, fait parfois sous lui, refuse de manger pendant deux à trois jours de suite, puis mange quand la faim le presse trop. Du reste, il répond bien, mais lentement, aux questions. Le onzième jour, affaissement considérable et subit, pouls filiforme, sueur froide, etc. Mort.

A l'autopsie, les méninges supérieures et la partie correspondante de l'encéphale nous offrent une injection considérable noirâtre. En enlevant la masse encéphalique on trouve que le lobe gauche, rempli de liquide, adhère fortement à la paroi supérieure de l'orbite. Un coup de scalpel, ouvre un abcès énorme d'où s'écoule un pus gris-noirâtre, sans odeur, dont la quantité n'est pas moindre de 150 grammes. La cavité de l'abcès occupe tout le lobe antérieur et une partie du lobe moyen du côté gauche. La paroi inférieure de l'abcès est formée par les méninges fortement adhérentes aux os; la paroi supérieure offre encore une couche de substance cérébrale d'environ 1 centimètre d'épaisseur. Dans l'intérieur de cet abcès, et reposant immédiatement sur la paroi supérieure de l'orbite, se trouve la balle qui est coupée et sillonnée comme si elle avait été mâchée. Un fragment osseux, long de 7 à 8 millimètres, est implanté dans le plomb et y adhère fortement.

Au point de vue spécial de la parole, ce fait est d'un haut intérêt. Car, fait remarquer notre correspondant, la faculté de parler n'a jamais subi la moindre altération; le malade parlait peu, mais, quand il le faisait, c'était avec une parfaite netteté. La mémoire elle-même était très-bien conservée. Si donc, ajoute-t-il avec raison, la mémoire et la parole résident exclusivement dans les lobes antérieurs, il faut admettre que les lobes jouissent des mêmes propriétés, et qu'ils peuvent se suppléer complétement; mais il paraît difficile de pouvoir circonscrire la faculté de la parole dans la troisième circonvolution frontale du côté gauche.

Tumeur lacrymale congénitale.

Outre les nombreuses maladies congénitales qui ont été observées, voici un cas observé par M. Dolbeau, à l'hôpital des Enfants assistés, et qui est le seul exemple de tumeur lacrymale congénitale qui ait été mentionné jusqu'ici.

Il s'agissait d'une tumeur lacrymale chez un nouveau-né; elle occupait le siége ordinaire des tumeurs lacrymales chez les adultes, et ne renfermait que des larmes et du muco-pus.

A l'autopsie, on a trouvé une oblitération de l'orifice nasal du canal nasal dans le méat inférieur, où il existait une tumeur d'un volume à peu près égal à celui de la tumeur située au niveau du grand angle de l'œil.

Ici, le fait de l'imperforation du canal nasal à son ouverture inférieure semblait être la cause de la tumeur lacrymale congénitale.

Transformation des adénomes en cancers.

M. Bordier, interne de M. Chassaignac, a présenté l'an dernier, à la Société anatomique, une pièce intéressante et une observation que nous avons aujourd'hui à notre disposition. Ce fait a été l'objet d'une communication à la Société anatomique.

Voici les détails :

La nommée M..., âgée de quarante-six ans, était entrée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Chassaignac, pour une tumeur du sein remontant à l'époque où la malade avait vingt ans.

Cette femme, qui était mariée et n'avait jamais eu d'enfants, disait avoir reçu un coup sur le sein gauche à l'âge de vingt ans. Depuis ce moment, le sein gauche aurait été le siége d'une tumeur peu volumineuse et indolente qui est restée stationnaire. La malade était bien réglée d'ailleurs.

Vers l'âge de quarante-quatre ans, époque de la ménopause, la tumeur avait pris un accroissement considérable; en deux ans, elle était arrivée à atteindre le volume d'une tête d'enfant. La peau était tendue et vasculaire, et soulevée en plusieurs points par des mamelons saillants, donnant la sensation de fluctuation. L'état général de la malade était excellent.

La tumeur a été enlevée par M. Chassaignac à l'aide de l'écraseur linéaire.

En voici la description :

La coupe de la masse enlevée donne issue, par un grand nombre de petites cavités, à de la matière gélatineuse. Les petites saillies, énucléées avant l'opération, laissent échapper un liquide roussâtre altéré des kystes hématiques anciens. Il n'y a pas de liquide semi-transparent qu'on puisse comparer au suc cancéreux.

Au microscope, on trouve une grande quantité de culs-de-sac glandulaires de diverses grandeurs, dont les uns sont remplis d'épithélium pavimenteux. Dans ces culs-de-sac, vidés par pression, on voit parfaitement les parois recouvertes d'épithélium cylindrique.

Les éléments glandulaires caractéristiques, que l'on trouve en abondance dans tous les points de la tumeur, sont séparés par des traînées de tissu fibreux au milieu desquelles on trouve des éléments fusiformes allongés.

Voici une tumeur qui a tous les attributs des tumeurs adénoïdes arrivées à leur dernière transformation, des lobules renfermant des kystes et des fongosités, comme infiltrés d'une matière gélatiniforme, et qui était traversée par une masse de tissu fibro-plastique, et qui dans les derniers temps a suivi la marche rapide des cancers.

Il y a beaucoup d'incertitude aujourd'hui sur la nature et la marche des tumeurs fibro-plastiques. Pour les uns, les tumeurs fibro-plastiques infiltrées de matière colloïde se comportent souvent comme des cancers, et cette opinion a été plusieurs fois exprimée devant nous par M. Nélaton.

On sait, d'une autre part, que les tumeurs qui renferment des éléments fibro-plastiques et qui ont pris un soudain accroissement ont les allures du cancer.

On voit donc que la tumeur opérée par M. Chassaignac est un exemple que l'on pouvait citer à l'appui de cette thèse, que les tumeurs adénoïdes sont susceptibles de dégénérer en cancer.

Cet exemple ne serait pas le seul si l'on recherchait dans les observations du passé, et nous pouvons citer un cas des plus remarquables à cet égard. Bien qu'il ne démontre pas absolument que les tumeurs adénoïdes se transforment en cancer, il indique qu'un adénome peut être suivi d'une récidive cancéreuse.

Chez une malade observée en 1861, dans le service de M. Velpeau, il a été enlevé, dix ans après l'ablation d'une tumeur adénoïde du sein gauche, un cancer encéphaloïde dans la cicatrice de l'opération qui avait été pratiquée sur ce sein. Aucun doute n'était possible; la première opération qui a été faite et l'examen de la tumeur sont consignés dans le *Traité des maladies du sein* de M. Velpeau. L'examen de la seconde tumeur a été fait, et il y avait du suc cancéreux; au microscope, on a trouvé de grosses cellules cancéreuses à un ou deux noyaux, et pas traces de culs-de-sac glandulaires. Nous insistons à dessein sur ce dernier caractère; nos lecteurs savent que M. Velpeau a cité des exemples de récidive de tumeurs adénoïdes, mais c'étaient de nouvelles tumeurs adénoïdes qui se développaient dans les restes de la glande mammaire qui n'avaient pas été enlevés. (Voir *Gazette des Hôpitaux* 1861.)

De l'influence de la grossesse sur la marche de la phthisie.

On connaît l'ancien préjugé qui attribuait à la grossesse une influence suspensive sur la marche et les progrès de la phthisie pulmonaire. Quelques faits bien observés avaient déjà porté plusieurs cliniciens à mettre en doute la réalité de cette influence, lorsque M. Grisolle, ayant porté son attention sur ce point de physiologie pathologique, communiqua à l'Académie de médecine (en 1849) un Mémoire contenant dix-sept observations dont l'analyse l'avait conduit à cette conclusion, savoir : que la grossesse, loin d'avoir sur la marche de la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui avait attribué, loin même d'être une circonstance favorable en prolongeant l'existence, précipite plutôt au contraire la marche de la lésion organique et son issue fatale. Un assez grand nombre d'observations semblables, recueillies depuis, soit par M. Grisolle lui-même, soit par d'autres médecins des hôpitaux ou par des praticiens de la ville — nous en avons rapporté nous-même quelques-unes — sont venues confirmer cette conclusion.

Voici un nouveau fait qui vient de se passer ces jours derniers dans le service clinique de M. le professeur Grisolle, à l'Hôtel-Dieu, et qui vient à son tour apporter son contingent de preuve à l'appui de cette proposition.

Une jeune femme, dont la mère est morte phthisique, devenue enceinte dans des conditions fâcheuses, ce qui fut pour elle la cause de vifs chagrins, contracta un rhume au quatrième mois de sa grossesse; ce rhume ne guérit point; loin de là, il s'aggrava, et vers le sixième mois la fièvre s'alluma, et l'on put constater alors tous les signes de la phthisie. La maladie marcha avec une telle rapidité que vers la fin de sa grossesse, cette femme était dans le dernier degré d'épuisement et de marasme. Elle accoucha le 9 avril, après vingt-quatre heures environ de douleurs, et huit jours après elle succombait aux progrès rapides de la phthisie.

On voit, par ce nouvel exemple, la confirmation, non-seulement de l'influence accélérante de la grossesse sur la marche de la phthisie, établie par les recherches de M. Grisolle, mais encore de l'influence de l'accouchement, qui, dans ce cas-ci, comme dans la plupart des observations précédentes, a manifestement précipité l'issue fatale. Il tend à démontrer enfin, ce que les autres observations ont également permis de constater, que la phthisie, quelque rapide que soit sa marche, n'interrompt point le cours de la grossesse. Il est même assez digne de remarque que l'enfant que cette femme a mis au monde dans une situation aussi grave, avait toutes les apparences de la santé, les dimensions et l'embonpoint ordinaires d'un enfant à terme.

AFFECTION TRAUMATIQUE COMPLEXE DU GLOBE DE L'ŒIL AYANT AMENÉ LA CÉCITÉ.

Rétablissement des fonctions visuelles par l'iridectomie,

Par M. le Dr E. MARTIN, de Marseille.

Le nommé Jules P..., ouvrier dans les grands chantiers des Forges de la Méditerranée, à Arène, nous est amené par son chef d'atelier le 15 juin 1864.

Le malade nous raconte qu'il a été frappé, il y a quinze jours à peine, à l'œil gauche, par un éclat de fer rougi à blanc. Cet accident lui est arrivé pendant qu'un de ses camarades battait avec un lourd marteau la barre de fer qu'il venait de placer sur l'enclume. Depuis ce moment, il n'a cessé d'éprouver de violentes douleurs, soit dans l'œil, soit dans les régions voisines, et sa vue a totalement disparu.

Nous examinons l'œil blessé, après l'avoir débarrassé du bandeau qui le protégeait, et nous pouvons constater les lésions complexes

suivantes : le globe oculaire est dur au toucher; la conjonctive est excessivement rouge et enflammée, la cornée est dans sa portion médiane le siége d'une plaie longitudinale, à fond noirâtre, s'étendant de haut en bas de son bord supérieur à son bord inférieur, comme un segment de cercle, et empiétant même sur la sclérotique dans une étendue de quelques lignes. La chambre antérieure est excessivement rétrécie, l'humeur aqueuse est trouble; enfin l'iris est gonflé et porté en avant, et la pupille rétrécie et immobile est complétement adhérente à la capsule antérieure du cristallin qui est opaque dans sa portion centrale, la seule qu'il nous soit donné de pouvoir examiner.

Cet état complexe du globe oculaire s'accompagne de photophobie, d'un larmoiement continuel et de douleurs plus aiguës la nuit que le jour. Enfin la vue est complétement perdue.

Traité jusqu'à ce jour par un des honorables médecins de la Compagnie des Forges, le malade a suivi avec toute l'exactitude désirable les conseils qui lui ont été donnés, et n'est venu réclamer nos soins que lorsque son médecin lui a eu dit qu'il n'avait qu'à se résigner et que son œil était perdu sans ressource.

Des applications réfrigérantes, des émissions sanguines, des purgatifs, tels furent les moyens de traitement, d'ailleurs très-rationnels, employés par notre confrère.

En face d'un état aussi grave, nous dûmes observer la plus grande réserve dans notre pronostic, sans toutefois enlever au malade un reste d'espérance. Nous nous promîmes d'observer pendant quelques jours, et, en attendant, nous conseillâmes le calomel à doses fractionnées, associé à la belladone et à l'opium.

Deux jours après nous revîmes le malade; son état était à peu près le même; les douleurs semblaient avoir diminué un peu d'intensité, mais il existait toujours cependant une hyperesthésie oculaire très-considérable. Nous employâmes encore des frictions napolitaines belladonées, et quelques drastiques, sans plus de succès que notre confrère.

Après quinze jours d'observation et d'essais infructueux, voyant que la cicatrisation de la cornée ne se faisait pas, que le globe était toujours très-dur, que les douleurs, bien que moins vives, revenaient encore par intervalles avec une certaine acuité; enfin, considérant que la vision était complétement abolie, nous nous demandâmes s'il ne fallait pas réclamer l'intervention de la chirurgie.

Nous avions plusieurs indications à remplir :

1° Combattre l'état inflammatoire;

2° Diminuer la tension intra-oculaire, cause des douleurs;

3° Détruire l'opacité située derrière la pupille.

L'iridectomie s'offrit à nous comme une dernière ressource, et nous n'eûmes pas grand' peine à engager le malade à nous la laisser tenter.

Le lundi 4 juillet, nous nous transportâmes avec notre élève, M. Paul Hyade (externe des hôpitaux), rue Nicolas, n° 1, où le malade avait pris domicile, et nous procédâmes à l'opération suivant la méthode de M. de Græfe. Nous fîmes l'excision latérale externe, et celle-ci achevée, nous déchirâmes la capsule du cristallin avec une aiguille droite introduite par l'ouverture que nous venions d'obtenir. L'opération fut facile et les suites furent des plus simples.

Les douleurs disparurent dès le premier jour; le troisième, la cicatrisation était complète, et le malade se levait heureux et satisfait; le 16 juillet, quinze jours après l'opération, la cataracte, ou plutôt le dépôt plastique, était presque totalement résorbé, le malade voyait distinctement et pouvait aller visiter ses compagnons d'atelier qui le croyaient aveugle à tout jamais!

En relatant cette observation, nous avons principalement pour but d'attirer une fois de plus l'attention du corps médical sur l'innocuité de l'iridectomie pratiquée sur un œil enflammé. Il y a quelques années à peine qu'une grande partie des médecins se seraient refusés à croire à de semblables résultats. Ils auraient craint d'employer un moyen si extraordinairement efficace, pensant toujours que le traumatisme chirurgical viendrait ajouter une gravité plus grande encore aux lésions déjà constatées. Nous espérons cependant aujourd'hui, bien que les progrès de la spécialité soient acceptés avec lenteur et méfiance, que notre observation tendra à généraliser davantage une méthode opératoire qui commence à être établie d'après une vaste expérience, et qu'on peut considérer à bon droit comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

TRAITEMENT DU CATARRHE DE VESSIE,

par M. le docteur H. MARION.

Il n'est peut-être point de maladie contre laquelle on ait dirigé des médications plus multipliées que contre le catarrhe de vessie : l'arsenal thérapeutique a été épuisé en vain, et toutes les préparations pharmaceutiques qui ont été préconisées tour à tour sont d'un effet plus que douteux et aujourd'hui abandonnées.

Essayons de simplifier la question.

De deux choses l'une : ou la cystite chronique est occasionnée et entretenue par un rétrécissement organique de l'urèthre, par une hypertrophie de la prostate, par des maladies antécédentes des organes génitaux, par des calculs ou simplement par le défaut de contractilité des parois vésicales, et alors l'intervention chirurgicale d'abord, puis l'action d'une eau minérale efficace ensuite, amènent la guérison complète; ou le catarrhe a envahi chez l'un la vessie comme il atteint chez d'autres la membrane muqueuse des bronches ou de tout autre organe, et alors la médication hydrologique reste toute-puissante. Mais, sur ce dernier point, il convient de bien s'entendre.

Une seule eau minérale a, sur le catarrhe vésical, une action spécifique notoire et incontestée : nous avons nommé celle de Contrexéville. Un médecin qui, comme moi, a eu occasion d'étudier sur place et pour son propre compte, l'eau de la source du *Pavillon*, à Contrexéville, M. le docteur J.-B. Coïon (de Suippes), a porté le jugement suivant : « Après quelques jours de boisson, quand surtout les selles sont abondantes, les urines, qui étaient troubles, épaisses, filantes, s'éclaircissent; leur dépôt muqueux diminue; elles exhalent une odeur moins désagréable; les envies d'uriner, qui réveillaient les malades sept ou huit fois par nuit, n'interrompent plus leur sommeil qu'à deux ou trois reprises; le sentiment de pesanteur du bas-ventre se dissipe; la miction devient plus facile, et les malades sont ravis de voir avec quelle force il expulsent leur urine. Cette amélioration fait chaque jour de nouveaux progrès, et finit par se transformer en une guérison. De plus, les malades emportent avec eux de l'eau minérale, et ils en subissent encore quelque temps l'influence pour consolider leur guérison et prévenir les récidives. Peu de catarrhes vésicaux résistent; les plus tenaces exigent un voyage aux eaux l'année suivante, et enfin, dans les cas tout à fait rebelles, et heureusement ils sont rares, l'amélioration que les malades recueillent n'est pas à dédaigner, puisqu'ils retournent à Contrexéville pour l'affermir et pour l'accroître, s'il est possible.

« En présence de ces faits, ajoute M. le docteur J.-B. Coïon (de Suippes), nous n'avons pas dû conserver l'ombre d'un doute sur l'incontestable valeur des eaux de Contrexéville dans le catarrhe de vessie, et nous n'hésitons pas à leur assigner une place importante parmi les agents de la matière médicale que l'on dirige avec le plus de succès contre cette opiniâtre affection. Leur action, d'ailleurs, si l'on veut bien y réfléchir, suffit parfaitement à rendre compte de ces résultats et à satisfaire les esprits les plus exigeants. La masse du liquide qui traverse la vessie balaie devant elle le mucus altéré, dont la présence entretenait l'irritation morbide; ses qualités, légèrement astringentes, stimulent, tonifient la muqueuse, en modifient la vitalité; enfin, sa vertu purgative amène sur le canal intestinal une dérivation et une spoliation répétées chaque jour, pendant une ou deux saisons, qui expliqueraient à elles seules la diminution, la suppression même de la sécrétion pathologique. » (Thèse de la Faculté de Paris, 1851.)

Le nombre des malades atteints de catarrhes de vessie qui fréquentent tous les ans Contrexéville est considérable, et, pendant le séjour que j'y ai fait en 1864, j'ai pu me convaincre d'un fait qui a été d'ailleurs signalé par la plupart des auteurs, à savoir que l'eau minérale de la source du *Pavillon* possédait une action réellement spécifique contre le catarrhe de vessie. M. le docteur A. Rotureau, dans son ouvrage si recommandable sur les *Eaux minérales de la France* a donc eu raison de dire : « Dans les catarrhes de vessie, il est bien rare que les eaux de Contrexéville n'arrivent pas à déterminer une guérison complète. Il est probable que les nombreux malades délivrés à ces sources d'une affection toujours si tenace ont contribué surtout à la réputation incontestable de ces eaux. »

MM. les docteurs Baud, Legrand du Saulle et Auguste Millet ont publié, sur la guérison des catarrhes vésicaux essentiels par les eaux de Contrexéville, des faits qui ne laissent plus subsister de doute dans les esprits. Je n'ai tenté mon voyage dans les Vosges qu'après m'être formé là-dessus une opinion très-arrêtée. J'ai eu le bonheur de me guérir, et j'ai pensé qu'il était de mon devoir, non-seulement d'acquitter une dette de reconnaissance, en écrivant cet article, mais encore de citer franchement mon exemple, afin qu'il puisse servir à mes confrères et à leurs malades. En quittant l'hôpital, l'individu guéri ne pense-t-il pas à ses compagnons de souffrance?

EXPÉRIENCES DE MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE,

Par M. le Dr X. DELORE.

M. Delore a cherché à résoudre par l'expérience les questions d'obstétrique suivantes : Quelle est la résistance du bassin? Quelle est la résistance de la tête du fœtus aux tractions exercées par le forceps et aux pressions faites entre les mors de cet instrument? Quelle est la pression transmise à la tête par une traction connue? Quelle force de traction est nécessaire pour obtenir une certaine réduction entre l'angle sacro-vertébral et le pubis? Si la version est supérieure au forceps, quelle en est la cause? Quelles doivent être la force et la direction de la traction? S'il vaut mieux la faire uniforme ou lui imprimer de légers mouvements de latéralité?

Voici les principaux résultats : le bassin résiste à des efforts de 200 kilogrammes; la tête à des pressions de 100 kilogrammes quand elles sont faites sur une large surface, et, dans le cas contraire, seulement à 40 kilogrammes. Une forte pression faite par le forceps, suivant le diamètre occipito-frontal, empêche la réduction du diamètre bi-pariétal d'autant plus énergiquement que la traction est plus considérable. La traction ne doit pas dépasser 80 kilogrammes. Celle qui ne se fait point dans l'axe amène une déperdition de force de 15 à 40 kilogrammes pour des tractions de 50 à 100 kilogrammes. De légers mouvements de latéralité imprimés au forceps suffisent pour abaisser la traction de 10 à 70 kilogrammes.

SUR LES MIROIRS LARYNGOSCOPIQUES AMPLIFIANTS,

Par M. le docteur MOURA-BOUROUILLON.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 11 mars, je lis, au sujet d'une exploration laryngoscopique à l'aide de la lumière magnésienne, que M. E. Fournié a démontré l'amplification de l'image du larynx au moyen d'une lentille placée au-devant de la bouche de la personne examinée; comme, dans la presse politique, on a attribué à notre confrère l'idée et l'application de cette amplification, je crois utile de rappeler ici :

1° Que les auteurs allemands, M. Wertheim d'abord, avaient obtenu ce résultat à l'aide de laryngoscopes grossissants;

2° Que M. Turck ensuite (mars et avril 1861) nous a démontré cette amplification à l'aide de lentilles et de lunettes (voyez *Gazette des Hôpitaux* du 18 avril);

3° Que moi-même, en présentant mon pharyngoscope aux Académies (29 et 30 avril 1861), j'ai fait voir cette amplification avec mon miroir pharyngoscopique grossissant;

4° Qu'enfin, j'ai fait remarquer que cette amplification était avantageuse dans plusieurs circonstances, et pouvait offrir quelque utilité pour le pathologiste et pour le physiologiste. (Voy. mon *Traité pratique de laryngoscopie*, p. 17.)

Quant à la lumière fournie par l'électricité, par le magnésium, par l'oxygène et l'hydrogène, elles auront malheureusement longtemps encore le défaut capital de n'être pas *usuelles*, c'est-à-dire d'un usage journalier et immédiat. Permettez-moi de faire observer en terminant que l'exploration du larynx se fait complétement avec un simple bougeoir à bougie et flamme fixes, armé d'une modeste lentille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 avril 1865. — Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin général de thérapeutique;*

Le *Compte-rendu des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée.*

— M. Larrey présente, au nom de M. Dauvé, la suite d'une observation d'amputation sous-astragalienne envoyée précédemment.

Un rapport sur la statistique médicale de l'armée pendant 1862, par M. Jules Perrier, extrait du *Bulletin de la Société médicale d'Alger.*

COMMUNICATION.

M. DELORE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, une observation de *palato-plastie avec lambeaux périostiques.*

Commissaires : MM. Marjolin, Panas et Tarnier.

Suite de la discussion sur la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Je n'avais pas l'intention de rentrer de nouveau dans la discussion. L'intervention de M. Bouvier dans ce débat m'engage à renoncer à cette idée, afin surtout de ne point laisser sans réponse quelques-unes des assertions de notre collègue.

Autrefois, au conseil d'État, dans les grandes discussions, G. Cuvier laissait parler tout le monde, et, prenant ensuite la parole, il résumait la discussion dans un admirable langage et avec une précision de pensée dont lui seul avait le secret. Ici, comme ailleurs, M. Bouvier *imite assez volontiers* le procédé de l'illustre naturaliste; il présente des résumés dans lesquels brille une grande netteté d'exposition, et qu'on écoute avec grande satisfaction, alors même qu'on n'est pas de son avis. Dans les deux discours qu'il a prononcés, il a avancé des assertions qu'on ne doit pas laisser passer sans quelques réserves, et c'est pour leur opposer des propositions contraires que je prends la parole. Afin de préciser le débat, je m'arrêterai seulement à trois points de son discours : l'*étiologie*, le *diagnostic* et le *traitement* de la coxalgie.

M. Bouvier considère la coxalgie traumatique comme fréquente; il dit : « La coxalgie traumatique que je serais en droit de mettre en tête par ordre de fréquence. »

A l'appui de cette proposition, il ajoute : « Tout le monde connaît les remarquables observations de J. L. Petit et de Sabatier. »

J'opposerai d'abord à l'assertion de notre collègue l'opinion d'un éminent chirurgien, qui s'est occupé d'une manière spéciale des maladies articulaires. Sir B. Brodie, en 1850, dans la cinquième édition de son livre sur les maladies des articulations, quatorze ans après la quatrième édition, s'exprimait ainsi : « Plus mon expérience augmente, plus je suis convaincu que les maladies de la hanche occasionnées par une cause directe sont comparativement rares. »

Comme M. Bouvier invoque à l'appui de son dire les autorités imposantes de J. L. Petit et de Sabatier, il est peut-être bon de consulter les opinions de ces illustres chirurgiens.

J. L. Petit (*Mém. de l'Acad. des sc.*, 1722), dans un tout petit Mémoire de deux pages et demie, parle d'une dame qui, étant tombée sur le grand trochanter deux mois auparavant, a été prise de douleurs rhumatismales de la hanche et de la cuisse; Petit reconnut chez elle « tous les signes d'une luxation en haut et en dehors. » Voilà tout. De ce fait, il conclut à sa théorie bien connue sur le mécanisme du déplacement spontané de la hanche. Sabatier (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*, t. V), sur les luxations consécutives du fémur, cherche seulement à montrer que les déplacements du fémur peuvent être occasionnés par une cause différente de celle indiquée par Petit. Il relate cinq observations : la première a pour sujet un enfant de treize ans tombé sur le genou un an auparavant, et chez lequel il y avait un dépôt considérable de la partie antérieure, et chez lequel le fémur s'est luxé. Les deux suivantes ont été recueillies chez deux soldats âgés de trente-cinq ans. La quatrième, chez un homme âgé de soixante ans; la cinquième, enfin, a trait à un jeune homme âgé de vingt-quatre ans, et chez lequel le mal s'est produit à la suite d'un refroidissement. Comme on peut le voir, tout cela n'a pas le moindre rapport avec la coxalgie des enfants, et n'autorise nullement notre collègue à s'appuyer sur l'opinion de ces illustres chirurgiens, pour dire que la luxation traumatique doit être *placée* en tête par ordre de fréquence. Laissons d'ailleurs les citations, et voyons ce que donne l'observation.

Les coxalgiques d'un an, deux, trois, quatre, six et huit, le nombre est malheureusement grand, ont-ils été soumis à des causes traumatiques, et reste-t-il encore la ressource de dire que ce sont des apprentis surmenés? Dans tous ces cas, la maladie s'est produite par une cause générale, par une manifestation de la scrofule. Dans un ta-

bleau de 133 observations de résections du fémur, dans des cas de coxalgie, 50 comprennent des enfants jusqu'à l'âge de huit ans.

Il est évident, pour quiconque y regarde de près, que les lésions traumatiques, comme cause primordiale des coxalgies, sont loin d'être comparativement aussi fréquentes. D'ailleurs, la coxalgie traumatique présente des allures bien différentes : les symptômes sont plus accusés, la marche est plus rapide. Il n'est pas étonnant que cette différence ait échappé à notre collègue; en effet, M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfants, chargé d'un service de maladies aiguës internes, et dans lequel les malades coxalgiques ne pouvaient entrer que par grande tolérance, par une violente entorse donnée au règlement, ou encore par un drainage appliqué au service de la chirurgie, rien d'étonnant, dis-je, qu'il n'ait pas eu l'occasion de bien étudier les coxalgies traumatiques et les coxalgies à leur début, qu'il ne différencie pas complétement.

M. Bouvier n'admet pas que les coxalgies scrofuleuses soient les plus fréquentes, et il ajoute : « A part les cas relativement peu nombreux de maladie strumeuse évidente, ou de rhumatisme manifeste, rien de plus vague que la détermination de la nature scrofuleuse de la coxalgie; il ne suffit pas, dit-il, qu'elle affecte des enfants, qu'elle coïncide avec le tempérament lymphatique, etc., etc. » Contre cette proposition, on pourrait opposer M. Bouvier à lui-même. Il y a dix ans, dans ses excellentes leçons sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, M. Bouvier disait que la constitution lymphatique, la diathèse scrofuleuse qu'elle détermine, la diathèse tuberculeuse, si commune dans l'enfance, jouent un grand rôle dans les affections dont nous devons nous occuper.

A quoi donc M. Bouvier reconnaît-il une coxalgie scrofuleuse?... Cette maladie a-t-elle pour lui un sens, une signification différente de celle admise généralement? S'il en est autrement, son affirmation, malgré le respect que commande son autorité, ne saurait être acceptée. De ce que M. Bouvier a vu des enfants bien portants atteints de coxalgie, faut-il conclure avec lui qu'il en est généralement ainsi, et que tous les phénomènes morbides qui se succèdent, tous les ravages qu'on observe sont le fait de la maladie locale et non de la cause générale qui la détermine? La scrofule, maladie dyscrasique, porte principalement ses manifestations et ses ravages sur les os et sur les extrémités articulaires, et l'observation de tous les jours montre la fréquence des affections articulaires chez des enfants scrofuleux, et l'aggravation qu'elles éprouvent lorsque la cause primordiale, la scrofule, n'est pas modifiée par une thérapeutique rationnelle.

Diagnostic. — M. Bouvier n'admet pas de signe diagnostique particulier dans la coxalgie. Il reconnaît cinq signes qu'il a indiqués, et, lorsqu'ils ne sont pas réunis, il admet l'hésitation à porter un diagnostic précis; dans cette occurrence, il aurait volontiers recours au signe appelé par M. Marjolin, signe des maquignons, qu'il regarde comme d'une grande valeur, comme un renseignement précieux.

La coxalgie, à son début, se manifeste par une certaine claudication, accompagnée de quelque raideur dans les mouvements articulaires de la hanche, et plus tard par de la fatigue et de la douleur. Dans la première période les deux phénomènes : claudication et raideur articulaire, bien analysés, permettent, quoi qu'en dise M. Bouvier, d'établir le diagnostic. Il y a plus de trente ans que Benj. Brodie a beaucoup insisté sur l'importance du premier de ces phénomènes, et il affirme qu'il lui a souvent aidé à reconnaître une coxalgie commençante. Dans cette première période, période de début, si on place les jeunes malades debout, les talons rapprochés, le corps d'aplomb sur les hanches, dans la position du soldat sans armes, comme diraient nos collègues de l'armée, on constate alors que les deux talons ne portent point également, que celui du côté affecté relève un peu et détermine une légère inflexion du genou; le poids du corps ne porte pas également des deux côtés. Dans cette position, si on fait partir les malades, on constate que la démarche n'est pas égale, qu'une légère oscillation s'opère dans les mouvements du tronc. Qu'on place le malade dans le décubitus dorsal, qu'on cherche à écarter de la ligne médiane le membre soupçonné malade, on constatera qu'il résiste plus que celui du côté opposé, qu'il entraîne le bassin dans l'abduction. Qu'on cherche à imprimer des mouvements de flexion, on constatera aisément que ce mouvement ne se fait pas du côté malade, dans l'articulation coxo-fémorale, mais bien dans la colonne vertébrale; que le bassin est entraîné dans la flexion, l'épine iliaque antérieure et supérieure décrivant des arcs de cercle. Or, cette raideur articulaire, cette modification dans les phénomènes mécaniques, M. Bouvier n'y attache pas grande importance pour donner plus de valeur au signe des maquignons, et il préfère fermer les yeux, écouter le battement inégal de la marche des coxalgiques que de préconiser un phénomène visible et tangible. C'est, à mon avis, une grande erreur en clinique de vouloir substituer un signe empirique à un signe rationnel. Personne ne conteste qu'une oreille délicate, qu'un observateur exercé à ce genre d'exercice ne reconnaisse ainsi une coxalgie à son début; de même qu'un jardinier reconnaît une plante au simple port, sans avoir recours à la floraison pour en déterminer la famille; mais, on en conviendra, ce sont des choses d'instinct, des faits individuels qui ne peuvent pas être élevés à la puissance d'une valeur clinique. D'ailleurs mille causes peuvent dans ce cas tromper l'observateur, les remarques sur les causes de la claudication par Camper, Delpech et Brodie le prouvent suffisamment.

Traitement. — M. Bouvier a exposé avec grand soin les avantages et les inconvénients des appareils employés dans le traitement de la coxalgie, il a indiqué en partie les inconvénients d'un appareil dont le seul mérite consiste dans une récompense académique, de celui-là je ne parlerai pas; le silence est le meilleur service qu'on puisse lui rendre; il a oublié de mentionner les appareils modelés en plâtre, en gutta-percha, en cuir bouilli, appareils dont les avantages ont été constatés par Brodie, Hilton, Paquet (de Roubaix), Hergott, Langenbeck, etc., etc. Cela est d'autant plus regrettable que ce genre de moyens peut offrir aux praticiens des ressources précieuses.

Dans le redressement des coxalgies, M. Bouvier donne la préférence à la méthode par redressement graduel, il la préfère de beaucoup au redressement rapide, c'est-à-dire que notre collègue préfère infliger aux enfants coxalgiques une torture journalière, les exposer à une cause incessante d'irritation, et cela parce que par la méthode contraire il faut se servir du chloroforme; car, dit-il, il ne faut pas jouer avec le chloroforme, surtout chez les enfants! En s'exprimant de la sorte, M. Bouvier veut-il dire qu'il y a danger à employer le chloroforme chez les enfants? Ce serait de la part de notre collègue une *complète erreur*. Les enfants supportent très-bien cet agent anesthésique et laisser soupçonner un seul instant qu'il y a danger à soumettre les petits malades à cette pratique, est une assertion qu'on doit repousser aussi loin que possible.

En terminant, M. Giraldès met sous les yeux de la Société un appareil modelé en plâtre, ainsi que l'attelle de M. Sayre. D'après M. Giraldès les appareils plâtrés recouverts de vernis de copal jouissent de la propriété de n'être pas pénétrés par l'eau.

M. BOUVIER. Je n'ai pas à répondre à M. Giraldès, je veux seulement dire bien haut que j'ai été mal compris par notre collègue, probablement parce que je ne me suis pas suffisamment expliqué. Je tiens donc à répéter que, loin de rejeter l'emploi du chloroforme chez les enfants, je m'en sers tous les jours et n'ai jamais cessé de le préconiser.

M. LEFORT demande à M. Giraldès s'il est bien sûr de la complète imperméabilité des appareils plâtrés recouverts du vernis de copal.

M. GIRALDÈS répond affirmativement.

M. FOLLIN. Je dois dire que j'ai expérimenté ces appareils recouverts de vernis dit imperméable et mes essais n'ont nullement réussi. J'avais cependant eu le soin de me conformer à la formule donnée pour la préparation du vernis.

Sur la proposition de M. Lefort, appuyée par M. Follin, le spécimen présenté par M. Giraldès est plongé dans l'eau à quatre heures et demie. A la fin de la séance (cinq heures vingt), il en est extrait dans un état de ramollissement complet, l'eau a pénétré par les deux faces et le plâtre se détache par morceaux avec la plus grande facilité.

M. VERNEUIL. J'ai écouté avec un vif intérêt la communication de M. Bouvier, et je constate avec plaisir l'accord qui règne entre nous sur les points les plus essentiels. Néanmoins, nous nous séparons de temps à autre en ce qui concerne surtout la classification et la nomenclature. Je ne me suis pas rendu aux premières objections et je persiste même après celles de M. Bouvier, non par entêtement, mais parce que je crois être dans le vrai.

Tout le monde a combattu l'expression de *coxalgie hystérique*, mais on n'a pas proposé d'autre terme pour représenter l'ensemble des symptômes auquel ce nom paraît s'appliquer. D'après les idées émises il faudrait une longue périphrase; celle-ci par exemple : *contracture douloureuse des muscles péri-articulaires de la hanche sans lésion de la jointure.* Cette définition, que sa longueur rend incommode, a de plus l'inconvénient de décider une question précisément en litige, c'est-à-dire l'intégrité absolue des éléments articulaires. Il est vrai qu'au bout d'un temps, même fort long, on ne constate dans l'articulation ni adhérences, ni altérations imputables à l'inflammation. Tous les phénomènes semblent résider uniquement dans les muscles. Mais n'y aurait-il point névralgie articulaire avec congestion, vascularisation de la synoviale provoquant par action réflexe la contracture musculaire? Cet état bien différent de l'arthrite ne pourrait-il pas à la longue se métamorphoser et finir par une coxalgie confirmée? Je ne considère pas la chose comme impossible et je pense qu'il serait difficile de démontrer le contraire. J'ai observé ces jours-ci le fait suivant : une fille de onze ans, appartenant à une famille aisée, fut atteinte, étant plus jeune, d'accès violents et répétés de laryngite striduleuse des mieux caractérisés. Chaque année, au printemps et à l'automne, la maladie revenait avec régularité. Depuis deux ans cette névrose a complétement disparu, elle est remplacée, aux mêmes époques, par des accès de douleurs dans la hanche gauche. L'enfant se plaint un jour d'une douleur dans le pli de l'aine et de claudication. Le repos au lit et quelques applications topiques font en quelques jours justice de la douleur, mais on voit persister pendant quelque temps les phénomènes suivants, que j'ai constatés tout récemment avec le médecin ordinaire, homme fort instruit qui a bien voulu me demander mon concours.

Les deux membres sont parfaitement symétriques, bien nourris et irréprochablement conformés; nulle déviation; aucune trace de douleur, quelle que soit la manœuvre mise en usage. Cependant il existe une forte ensellure qu'on ne fait disparaître qu'en fléchissant au tiers la cuisse gauche. Dès que ce mouvement dépasse l'angle droit, le bassin bascule. L'abduction est encore plus limitée, on ne peut la porter au tiers de son étendue sans qu'aussitôt l'épine iliaque se déplace. Voici la quatrième fois que ces symptômes se reproduisent du même côté et sous une forme identique. Le médecin ordinaire s'en alarma, car il a vu la maladie suivre absolument la même marche chez une fillette à peu près du même âge, chez laquelle, un beau jour, s'est produite brusquement une déviation très-prononcée que l'usage prolongé de la gouttière n'a pas fait disparaître et qui s'accompagne d'une raideur extrême de la jointure.

Quel nom donner à cette affection coxale? Où se trouve le point d'irritation qui sollicite la contraction réflexe? Quel pronostic pourrait-on porter si le mal était négligé? Quel inconvénient voit-on à dire qu'il y a coxalgie hystérique ou spasmodique, si l'on veut? on dit bien laryngite striduleuse pour caractériser une affection dans laquelle le spasme et la congestion dominent l'inflammation.

Pour séparer nettement ces contractures de la coxalgie comme le veulent mes contradicteurs, il faudrait avoir des signes différentiels bien accusés, invariables à toutes les périodes. Malheureusement, au jour actuel, il n'en est pas ainsi, on peut soupçonner la contracture idiopathique, mais non l'affirmer. C'est le chloroforme qui résout le problème. J'accorde que dans des cas comme ceux de Robert il rend de grands services. Mais, au début, il ne tranche pas la question sans appel. J'ai déjà dit que dans les coxalgies récentes, on faisait parfois, pendant l'anesthésie, disparaître sans la moindre violence des déviations très-prononcées. L'anatomie pathologique explique ce fait. L'arthrite n'en existe pas moins. Il serait imprudent de la nier en se fondant uniquement sur l'absence de rigidité.

J'ai déjà cité l'étudiant en médecine de Passy; il ressentait des douleurs atroces et présentait une déviation extrême lorsque je tentai le redressement. Celui-ci s'effectua sans la moindre difficulté, et je rendis en un instant aux deux membres toute leur symétrie, abstraction faite d'un peu d'élévation du bassin. La marche du mal, les retours fréquents du spasme, la prédominance des phénomènes névralgiques, l'absence de toute diathèse (sauf du côté des parents qui sont tous deux arthritiques), me font toujours penser à une coxalgie spasmodique. Depuis un an je me contentais de ce diagnostic, quand, il y a un mois environ, j'ai vu apparaître à la partie supérieure et externe de la cuisse un abcès volumineux qui ruine mon hypothèse.

En résumé la contracture, au début et même dans la suite, simule, à s'y méprendre, la coxalgie, et réciproquement : mêmes douleurs, mêmes déviations, mêmes troubles fonctionnels, mêmes indications fondamentales, c'est-à-dire nécessité de resserrer et d'immobiliser le membre pendant un certain temps. En regard de ces ressemblance se trouvent, il est vrai, des différences que mettent en lumière l'anesthésie et les symptômes généraux constitutionnels, mais il me semble que l'addition au terme générique d'un adjectif qualificatif suffit amplement à la clarté du langage.

Jusqu'à nouvel ordre, au point de vue de la pratique, je rapprocherai donc toutes ces variétés dont la parenté est établie par des degrés communs et des indications thérapeutiques analogues, puis je tiendrai compte, par les divisions secondaires, de la nature des processus morbides prédominants dans les cas particuliers.

C'est de la même manière que je défendrai la division des formes de la coxalgie. J'en ai admis trois : *l'hystérique*, sur laquelle je ne reviens pas, puis la *rhumatismale*, enfin la *scrofuleuse*. Ici encore les critiques n'ont pas fait défaut. On m'a reproché d'avoir fait une énumération incomplète; d'avoir, par exemple, laissé de côté les coxalgies traumatiques et celles qui succèdent aux exanthèmes. M. Bouvier préfère s'en tenir à la division anatomique des arthropathies en général, et admet des coxalgies des parties molles et des coxalgies des parties dures, il adopte complétement les vues de M. Richer, qui du reste sont le développement perfectionné des idées professées depuis longtemps par M. Velpeau.

Eh bien! malgré toutes ces autorités, je ne me rends pas; je persiste dans mes errements, et voici pourquoi : d'abord ce serait multiplier sans avantage les divisions que de compter autant de variétés qu'il y a de causes occasionnelles. Il faudrait décrire, outre les trois formes que j'ai admises, une coxalgie morbilleuse, une autre varioleuse, une troisième scarlatineuse, une quatrième succédant à la fièvre typhoïde, etc., puis je prétends que la grande majorité des cas rentre sans peine dans le cadre que j'ai tracé.

On m'oppose les coxalgies traumatiques se développant à la suite d'une chute chez des enfants robustes et bien portants, indemnes de scrofule. Or, ces cas, qui paraissent communs à mes contradicteurs, sont, à mes yeux, d'une extrême rareté. Le traumatisme, il est vrai, sévissant sur l'articulation parfaitement saine d'un sujet parfaitement sain, peut faire naître une arthrite coxo-fémorale franche d'une durée limitée et qui cédera sans peine au repos et aux antiphlogistiques. Chez l'adulte et le vieillard, une chute sur le grand trochanter, une fracture du col, une luxation de la hanche, amèneront des lésions articulaires, des raideurs consécutives, une fausse ankylose, la *morbus coxæ senilis*, mais non la véritable coxalgie avec ses déviations, sa contracture, ses douleurs, ses abcès, ses altérations osseuses. Pour que cette dernière affection se produise, il faut une prédisposition qui, chez les enfants, n'est autre que la scrofule. Il est vrai que je fais à cette cause la part très-large, que je la reconnais à l'état latent là où bien d'autres la contesteraient; elle peut exister chez un enfant de très-belle apparence actuelle, mais qui antécédemment aura présenté quelques scrofulides cutanées ou muqueuses, quelques engorgements glandulaires, etc. Si je ne découvre rien chez le petit sujet, je remonte aux antécédents, j'apprends que le père ou la mère, un oncle ou une tante, des frères ou des sœurs ont été manifestement scrofuleux. Je scrute ces familles comme le faisait Lugol, et il est bien rare que je ne constate pas l'hérédité directe ou indirecte. Je sais encore que la forme fixe et circonscrite de la scrofule peut marquer le début de cette terrible maladie générale et éclater sous l'influence d'une cause occasionnelle très-légère en apparence. Bien des fois, alors que les parents accusaient une chute d'avoir causé la coxalgie, j'ai pu, par un interrogatoire minutieux, m'assurer que la maladie avait précédé l'accident de plusieurs mois.

La coxalgie peut se montrer subitement à la suite d'une maladie aiguë tout à fait étrangère à la scrofule. Je viens tout récemment encore d'en voir deux exemples : chez une petite fille de trois ans que je soigne avec le Dr Gocherand; il s'agissait d'une coqueluche très-rebelle. Sur une autre de six ans, il y a eu une succession funeste d'affections graves, coqueluche, angine, extirpation des amygdales, érysipèle de la face, pleuro-pneumonie, actuellement encore péritonite chronique. Il n'y a guère qu'un mois que la hanche droite est prise d'une arthrite horriblement douloureuse. Or, si ces deux enfants jouissaient autrefois d'une bonne santé, s'ils appartiennent à des parents robustes, il n'en est pas moins vrai que la maladie antérieure les a profondément débilités à ce point qu'en les abordant aujourd'hui, ils ont toute l'apparence de petits scrofuleux. La seconde, entre autres présente un facies si caractéristique qu'il m'a fallu l'auscultation la plus attentive pour me convaincre qu'il ne s'agissait pas d'une tuberculisation pulmonaire très-avancée. Au reste, la péritonite chronique qui existe remplace bien, au point de vue du pronostic, l'affection thoracique que je soupçonnais.

Mêmes remarques pour les coxalgies qui succèdent aux fièvres continues et exanthématiques. Toutes ces maladies générales dépriment les forces et font descendre rapidement la santé générale jusqu'au niveau ou à la place la scrofule confirmée.

Ce que j'ai dit du traumatisme, je le répéterai du froid agissant brusquement ou d'une manière lente; il faut bien se garder de considérer comme rhumatismale toute coxalgie paraissant née sous son influence. Le froid sous toutes ses formes est un des promoteurs les plus actifs de la scrofule et de ses manifestations osseuse et articulaire.

Je concevrais qu'on adoptât la classification préconisée par M. Bouvier si elle jetait une grande lumière sur le diagnostic et dirigeait efficacement le traitement; mais j'affirme qu'il n'en est rien. Pour les articulations découvertes, comme le genou, le coude, le pied, il est en général facile de reconnaître si les os ou les parties molles sont primitivement affectées; pour la hanche, je considère la distinction comme presque impossible dans la pluralité des cas, à moins qu'on ne soit arrivé aux dernières périodes. Au bout d'un certain temps, l'altération osseuse entraîne des lésions graves dans la synoviale, dans la capsule et dans les parties ambiantes. La réciproque est vraie. La combinaison des désordres qui ne tarde pas à se faire rend la distinction difficile aussi bien que stérile, quelle que soit la cause prédisposante ou efficiente d'une coxalgie. L'articulation peut devenir le siége de toute la série des lésions anatomiques, depuis la simple inflammation séreuse jusqu'à la destruction des os. Pendant des mois entiers, j'ai soigné des coxalgiques sans pouvoir décider s'ils avaient une arthrite ou une ostéite ou tous les deux à la fois. Le caractère des douleurs n'apprend rien, la formation des abcès pas davantage, car ils peuvent être circonvoisins. La nature du pus et même la dénudation osseuse constatée au stylet, ne sont pas pathognomoniques, car l'ostéite, la carie, la nécrose parcellaire, peuvent n'être que consécu-

tives. A l'autopsie même, la question du point de départ ne peut pas toujours être résolue. J'attends donc de M. Bouvier ou de tout autre un tableau satisfaisant des signes qui permettront de connaître au début la coxalgie osseuse et celle des parties molles. Je n'ignore pas que l'on a assuré la prétention de porter ce diagnostic dans un livre dont il a été plusieurs fois déjà parlé dans cette enceinte et que l'Institut a jugé bon de récompenser généreusement, mais j'en appelle à ceux qui ont la moindre expérience du sujet; ils reconnaîtront comme moi que le parallèle établi entre les deux formes anatomiques est de pure fantaisie.

Je profite de cette circonstance pour rétablir la vérité sur un fait que j'ai cité dans ma première communication. Je veux parler de l'enfant du Midi chez lequel une semi-luxation m'avait fait craindre une coxalgie osseuse et un abcès; celui-ci n'ayant pas paru au bout de plusieurs mois et toute douleur ayant cessé, j'étais rassuré. Mais depuis le commencement de la discussion, on a ramené le petit malade, et j'ai constaté à la partie supérieure et externe de la cuisse une vaste collection purulente dont je m'efforce actuellement d'obtenir la guérison. Voici la troisième fois que je rencontre ces abcès consécutifs à marche très-lente et à apparition très-tardive.

Enfin, je me demande quelles indications thérapeutiques ressortent de la classification anatomo-pathologique, et je n'en vois pas, tandis que la notion de la diathèse qui a favorisé le développement de la coxalgie permet dès le début d'instituer un traitement utile et efficace.

On ne m'accusera pas de mépriser l'anatomie pathologique; mais une fois la localisation établie, et quand on en vient au traitement, j'avoue hautement ma prédilection pour les divisions fondées sur l'étiologie. C'est ainsi que le progrès s'est fait pour les maladies de la peau, des yeux, du système osseux, etc. Toutefois, si une opération chirurgicale est indiquée, la connaissance des lésions et de leur étendue reprend toute son importance, mais le cas est rare pour la maladie qui nous occupe.

J'ai peu de chose à répondre au reste du discours de M. Bouvier, puisque nous sommes d'accord sur les points principaux. J'avais avancé qu'au début du mal, on rencontrait aussi souvent le raccourcissement que l'allongement apparent. M. Bouvier pense que cette dernière déviation est la plus commune. Il a raison; j'ai consulté mes notes et pris l'avis de confrères compétents, et je reconnais mon erreur. Je maintiens cependant que le raccourcissement peut ouvrir la marche. Il y aurait cependant à ce propos lieu de modifier le langage. Il faudrait dire *abaissement du bassin* au lieu d'allongement apparent. Car s'il y a en même temps flexion de la cuisse à angle droit, comme je l'ai vu deux fois depuis quelques mois, il est inexact de dire qu'il y a allongement apparent, alors que le talon est à 8 ou 10 centimètres du sol. L'excédant de longueur n'est manifeste que lorsque le redressement est effectué ou que la flexion est médiocre.

Contrairement à M. Bouvier, qui pense que l'alternance entre le raccourcissement et l'allongement n'a lieu qu'au début, j'affirme que chez le même malade le bassin peut monter ou descendre plusieurs fois. L'enfant du vétérinaire m'en a fourni la preuve.

M. Bouvier croit qu'il n'est pas prudent de faire lever et marcher le malade aussi vite que je le recommande. Il veut que le redressement soit suivi d'un long repos; il invoque l'autorité de Bonnet, qui maintenait les opérés au lit au moins pendant huit ou dix jours. Je maintiens mes premières assertions, tout en faisant remarquer que, procédant avec plus de douceur et de ménagement que le chirurgien de Lyon, je provoque beaucoup moins d'inflammation dans la jointure, ce qui fait que les douleurs consécutives au redressement cessent beaucoup plus vite.

Je ne reviens pas sur la question du chloroforme dont M. Bouvier me reproche de n'avoir pas assez peur. M. Giraldès vient de répondre comme je l'aurais fait. Je continue à penser que le redressement progressif s'obtient très-rarement, pour peu que la lésion articulaire soit sérieuse; j'ajoute que les résultats en sont souvent incomplets, qu'il ne remplit pas enfin l'indication première de mettre rapidement un terme aux douleurs.

J'ai dit que plus le mal présentait d'acuité, mieux le redressement réussissait: cette supposition a étonné M. Bouvier; elle exige en effet quelques éclaircissements. J'entends par là que lorsque l'articulation est le siége de douleurs très-vives, le redressement s'effectue d'ordinaire sans grandes difficultés, ce qui réussissait à calmer promptement les souffrances; il produit une amélioration relativement plus évidente, plus nécessaire, plus utile que dans les cas chroniques.

Je persiste dans ce que j'ai avancé sur la meilleure attitude à donner au membre; placer de parti pris la cuisse dans la demi-flexion me paraît une pratique détestable pour le présent et l'avenir, c'est condamner le membre à une attitude vicieuse et irrémédiable. J'adopte donc le principe de Bonnet et je cherche à obtenir l'extension complète. On n'y arrive d'ailleurs que rarement et dans des cas légers ou récents, c'est-à-dire quand les lésions articulaires sont assez peu avancées pour qu'on puisse espérer le rétablissement plus ou moins complet de la mobilité articulaire.

Dans les deux cas que M. Bouvier a empruntés à Busch, je ferai remarquer que l'ankylose rectiligne n'était point le fait d'un redressement accompli par le chirurgien, elle avait pris naissance spontanément à la suite probablement d'un rhumatisme. C'est dans cette dernière catégorie de fait qu'il y aurait lieu peut-être d'accepter l'objection contre l'extension extrême.

Un dernier point me sépare en apparence de M. Bouvier, en ce qui concerne le pronostic, il est moins optimiste que moi et considère toujours la coxalgie comme une affection très-grave. Comme lui, j'ai admis des cas au-dessus des ressources de l'art par le fait de complications générales ou locales. Mais j'ai avancé et j'avance encore que lorsque l'articulation seule est malade et qu'on intervient à temps, on parvient dans le plus grand nombre des cas à entraver les progrès du mal, à éviter les lésions articulaires profondes et à conserver un membre utile sinon en possession de toute son intégrité fonctionnelle.

M. MARJOLIN. On a jusqu'à présent beaucoup parlé de la coxalgie de l'enfance, je voudrais bien que ceux de nos collègues qui se trouvent placés à la tête de services d'adultes voulussent bien nous faire part de ce qu'ils voient chez les individus parvenus à leur entier développement. Nos collègues des hôpitaux militaires doivent en effet rencontrer de temps en temps des coxalgies survenues chez des soldats, à la suite des campements ou encore après les chutes fréquentes qu'entraînent les exercices d'équitation.

Je termine par une dernière observation qui m'est suscitée par une phrase de M. Giraldès qui ne doit pas passer ici sans protestation, car on pourrait en induire que nous faisons sur les malades de nos hôpitaux ce que nous ne ferions pas en ville.

Notre collègue a dit, en parlant du diagnostic, qu'il était plus difficile à porter en ville qu'à l'hôpital, parce qu'on ne pouvait pas toujours aussi facilement y avoir recours au chloroforme. Si je trouvais chez les parents une opposition à l'emploi du chloroforme alors que je le crois utile, je n'hésiterais pas un seul instant devant ce manque de confiance, et je me retirerais. Comme M. Verneuil, je considère la coxalgie traumatique comme très-rare; la scrofuleuse, au contraire, est très-commune. Aussi n'ai-je eu que quatre ou cinq fois l'occasion de faire des émissions sanguines.

M. DEPAUL demande si la société voudrait s'occuper de la partie de la question relative à l'influence de la coxalgie sur la conformation du bassin.

M. TRÉLAT. Le problème posé par M. Depaul est fort intéressant, mais il me semble qu'il serait avantageux de le séparer complètement de la question pendante.

M. GIRALDÈS fait observer à M. Depaul qu'il est inscrit pour prendre la parole et qu'il pourra, s'il le juge à propos, envisager la coxalgie au point de vue de la déformation du bassin.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente deux femmes opérées toutes deux, avec succès : l'une d'une division accidentelle, l'autre d'une fissure congéniale du voile du palais.

Chez l'une, la phonation est très-vicieuse; chez la seconde, elle est presque normale. Du reste, M. Trélat se propose de prendre plus tard la parole sur ces faits.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

Bien qu'averti tardivement et par la voie des journaux seulement de la mort de notre regrettable confrère, M. Hiffelsheim, nous nous sommes empressé d'aller lui rendre nos derniers devoirs. Nous avons trouvé là un petit nombre d'amis et parmi eux quelques hommes éminents dans la science.

Nous n'avions eu avec M. le docteur Hiffelsheim que d'assez rares relations; nous ne le connaissions que par ses travaux que nous avons reproduits ou résumés pour la plupart dans la *Gazette* et par quelques entretiens scientifiques. Mais ces courts rapports avaient suffi pour nous faire apprécier toute l'étendue du savoir de notre confrère et sa merveilleuse intelligence. Les divers travaux qu'il a publiés sur le mécanisme des battements du cœur, sur le goître exophthalmique, sur l'hétéroplastie, ses recherches sur les applications de l'électricité dynamique à la physiologie et à la thérapeutique, où se révèlent à la fois et ses connaissances précises en physique et en physiologie, et les ressources de son esprit ingénieux, ne donnent qu'une idée bien insuffisante et bien incomplète de ce que ses entretiens laissaient voir de vivacité et de pénétration dans la conception et dans le développement des questions les plus générales et des thèses les plus élevées, d'esprit, de justesse et de sens dans l'appréciation des hommes et des choses de la science. A ces dons de l'intelligence, Hiffelsheim joignait des qualités de cœur qui n'avaient pu être appréciées que par un petit nombre d'amis et dont nous avons recueilli hier de chaleureux témoignages. Quant un homme qui réunit d'aussi belles qualités meurt à trente-sept ans, c'est une perte pour la science et un deuil pour tous ceux qui l'ont connu. Mais, quand il meurt sans avoir recueilli, sinon les fruits de son travail, du moins les encouragements et les espérances qui les font attendre avec résignation, on ne peut se défendre d'un sentiment de regret et d'amertume. — Dr Brochin.

Par décret rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. Guionis, médecin de l'Asile impérial du Vésinet, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— MM. les docteurs Cornil et Ranvier, anciens internes des hôpitaux, ouvriront le 1er mai un cours particulier d'histologie, dans leur laboratoire, rue Mignon, 7.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 52. — MARDI 2 MAI 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 2 MAI 1865. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er MAI 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des sciences nous offre aujourd'hui une note de M. Ollier sur une résection sous-périostée de la moitié supérieure de l'humérus. Cette résection a été suivie de la reproduction de la partie enlevée.

M. Ollier est un travailleur non-seulement convaincu, mais heureux dans ses recherches. Nous reproduisons sa note, qui permet à nos lecteurs de se rendre compte d'expériences dont l'importance ne saurait être diminuée par des passions de clocher profondément regrettables.

MM. Sicard et Schoras recherchent le principe vénéneux des champignons. Ils l'obtiennent à l'état basique, et remarquent que son action sur l'organisme est la même que celle de la curarine.

Un jeune médecin fort distingué, M. Galezowski, soumet au jugement académique un ophthalmoscope, que l'on trouvera plus loin, non-seulement décrit, mais encore représenté par la gravure. — Dr E. Le Sourd.

Il y a quelques jours, nos lecteurs ont eu connaissance du rapport adressé au Conseil de santé des armées sur la campagne de Crimée, par M. le docteur Chenu. Un de nos collaborateurs, M. le docteur Champouillon, leur a déjà parlé de ce livre. Il nous reste à étudier quelques parties de ce travail pour éclairer plusieurs questions chirurgicales.

Avant d'aborder ce sujet dans nos revues cliniques, nous éprouvons le besoin de dire que, pendant une guerre de 22 mois, une perte de 83,827 blessés ou malades, dans une armée portée successivement au chiffre de 309,268 hommes (1), c'est-à-dire une perte de plus d'un quart des soldats d'une armée, inspire des regrets pénibles, et exige des réformes sérieuses dans l'hygiène et les soins médicaux et chirurgicaux des armées.

M. le docteur Chenu a exposé à la fin de son livre des réflexions sages et mesurées, où il a formulé deux grands desiderata de la chirurgie d'armée : l'insuffisance du service de santé en campagne, et la subordination des nécessités médicales à la hiérarchie et à la discipline militaires.

La société d'utilité publique de Genève a déjà proposé des moyens de remédier au premier défaut signalé. Les philanthropes américains ont donné des exemples qui ne manqueront pas d'être suivis ; leurs ambulances et leurs pharmacies volantes conduites à la suite des armées par des volontaires civils ont rendu des services inestimables. Voilà donc déjà des améliorations établies pour ce qui touche au premier point.

L'organisation du service de santé des armées est un sujet qu'il ne nous appartient pas de traiter ici. Nous nous bornerons à signaler que dans l'armée anglaise, placée à côté de la nôtre en Crimée, les médecins dépendaient très-peu de l'autorité supérieure de l'armée, et que les résultats de leur chirurgie n'étaient pas inférieurs à ceux de la nôtre.

Sans doute, dans les différents jugements que nous aurons à porter, il y aura des critiques, mais elles n'enlèveront rien à la haute opinion que nous avons de nos chirurgiens militaires. Nous n'oublions pas ceux qui dans les garnisons, loin de tous les centres de travail, trouvent le moyen d'étudier et de fournir à la science de bonnes observations ; nous n'oublions pas ces jeunes hommes qui sont frappés sur les champs de bataille en prodiguant leurs soins à nos soldats ; et nous songeons toujours avec admiration à ceux qui suivent les expéditions lointaines, sous les climats les plus meurtriers, à ceux dont on pourrait presque dire qu'ils partent pour mourir. — Dr Armand Després.

(1) Rapport de M. Chenu. Tableau 47, page 579.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique.

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

DES ANÉMIES ET PALPITATIONS ANÉMIQUES.

Après les palpitations nerveuses dont nous avons tracé le développement physiologique, la clinique nous enseigne une deuxième classe non moins importante de palpitations, qui sont dues aux altérations du sang, c'est-à-dire aux anémies ; toutes les causes des anémies sont en même temps des causes indirectes de palpitations ; donc, en élucidant le développement des anémies, on fixe en même temps les conditions des troubles cardiaques qui en résultent, sous le nom de palpitations ou de syncope.

DÉFINITION DES ANÉMIES. Lorsque la masse du sang subit une déperdition considérable ou répétée, lorsque les globules éprouvent une diminution relative ou absolue, quand la partie aqueuse du plasma vient à prédominer, quand enfin l'albumine du sérum tombe au-dessous de sa limite physiologique, il se développe une série de phénomènes qu'on a désignés sous le nom d'anémie.

Au point de vue histologique et chimique, l'anémie est donc totale, globulaire, albumineuse ou hydrémique ; mais l'excès d'eau du sérum existant rarement seul, l'analbuminémie entraînant des conséquences graves qui lui impriment un caractère particulier, l'anémie, bien qu'elle comprenne des altérations distinctes du sang, constitue avant tout une aglobulie.

Considérée au point de vue pathogénique, l'anémie n'est pas moins étendue dans son acception ; loin de constituer une espèce morbide nettement définie, relevant d'une cause toujours identique, elle reconnaît des origines aussi variées que les milieux qui maintiennent l'équilibre des principes du sang, aussi nombreuses que les causes d'usure des éléments histochimiques, aussi diverses que les organes ou tissus qui président à la formation, à la destruction et à la régénération de ses éléments globulaires ou plastiques.

Ces conditions organiques exercent sur le sang une telle influence qu'on peut affirmer, par les données récentes de la physiologie, que le sang ne saurait ni vivre ni se modifier par lui-même. Il n'existe donc pas de maladie du sang ; il n'y a que des altérations secondaires. Or, s'il est vrai que c'est une lésion du sang qui forme la caractéristique de l'anémie, c'est que l'anémie ne saurait à aucun titre prendre rang dans les maladies essentielles ; c'est toujours une affection morbide à laquelle, il est vrai, tout l'organisme prend une part active, soit par l'influence génésique des organes sur la composition du sang, soit par les modifications que le sang altéré imprime à son tour aux diverses fonctions.

Physiologie du sang.

Le sang ne jouit pas d'une vraie indépendance ; c'est, comme le dit Claude Bernard, un véritable milieu dans lequel tous les tissus et organes rejettent leurs produits de décomposition, et trouvent d'une autre part, pour l'accomplissement de leurs fonctions et de leur nutrition, des matériaux azotés, hydrocarbonés et salins, en même temps que des conditions presque invariables de température et d'oxygénation ; dans cet échange, le rôle des tissus et des organes est actif ; ils s'approprient par voie élective les principes du sang ; le sang ne contient pas toutes les substances qui se rencontrent dans les sécrétions ou les parenchymes, ainsi ni le suc gastrique, ni la bile, ni le sperme ; le sang ne fournit que les matières premières, et c'est l'organe qui les élabore, les modifie ; il est donc doué d'une véritable activité. Le rôle du sang, du moins en tant que plasma, est au contraire entièrement passif ; il reçoit indistinctement et restitue de même les produits des métamorphoses nutritives, et, le plus ordinairement, sous la forme la plus simple. Des divers éléments constituants du sang, il en est un seul qui semble présenter une véritable autonomie : c'est le globule.

Le physiologiste ne saurait reconnaître dans le sang que deux parties essentielles, les globules et le liquide interglobulaire ou plasma.

Le plasma contient une substance appelée fibrine, qu'on a considérée longtemps comme fondamentale, comme le blastème de certains tissus, et que depuis les travaux de Virchow on attribue au contraire aux déchets des tissus albuminoïdes. Le plasma, dépouillé de fibrine et de globules, constitue le sérum ; or, le sérum contient : 1° des substances albumineuses qui ne peuvent devenir cause de maladie qu'en diminuant au point d'altérer les aptitudes physiques du sang (Cl. Bernard) ; 2° des dérivés des corps protéiques ; 3° des graisses ; 4° des matières inorganiques, des sels et de l'eau.

Les globules rouges et les leucocytes sont donc les seuls principes qui président aux actes physiologiques du sang ; ce sont les seuls éléments doués de vitalité.

VITALITÉ ET NATURE DES GLOBULES ROUGES.

Les globules rouges, sur lesquels porte surtout la dépréciation dans l'anémie, ont été assimilés en effet aux cellules vivantes. Le globule vit, fonctionne et meurt au milieu du plasma ; si des échanges incessants ont lieu entre ces deux parties, si elles présentent des rapports intimes, elles n'en jouissent pas moins de propriétés entièrement distinctes.

Les éléments du plasma peuvent passer dans les tissus, dans les sécrétions ; quelquefois même le plasma tout entier, à l'exception de la fibrine, peut s'infiltrer dans les tissus, mais le globule ne traverse jamais les parois des capillaires dans l'état physiologique. Lors de la transfusion du sang, l'injection du plasma sans les globules ne produit que des effets funestes (Bischof) ; la transfusion des globules sans la fibrine produit souvent une véritable résurrection (Cl. Bernard, Brown-Séquard) ; donc les globules sont indispensables aux fonctions des organes ; ils constituent l'élément vital du sang au même titre que les cellules vivantes pour les tissus. Toutefois les caractères cellulaires du globule sont mal définis chez l'homme adulte et chez les animaux mammifères. Toute cellule, dans la doctrine de Schwan, serait une vésicule constituée par une membrane d'enveloppe, un contenu et un noyau. Dans le globule on a admis : 1° une enveloppe fine et transparente ; 2° un contenu visqueux et coloré ; 3° quant au noyau qui fait partie intégrante de toute cellule, il n'existe pas ou n'existe plus ; le globule est aplati sous forme d'un disque biconcave, présentant au centre une dépression simulée par une ombre semi-circulaire et un espace plus clair ; c'est là ce qui a fait croire à l'existence d'un noyau central. Ainsi voilà une cellule sans noyau. Mais voici un physiologiste éminent, Max Schultze, qui conteste à son tour l'existence de l'enveloppe ; sans tenir compte de la tradition, il conclut, d'après de nombreuses observations faites sur les corpuscules musculaires, qu'ils sont dépourvus de membrane propre, et qu'en général l'enveloppe ne constitue nullement un élément essentiel de la cellule ; c'est tout au plus, si dans certaines circonstances le contenu se condense à la surface en une couche plus résistante, mais qui n'en est pas distincte d'une manière absolue.

Considéré à tort comme une simple solution, composée de sels et de corpuscules albuminoïdes, le contenu forme, au contraire, l'élément primordial de la cellule ; il est le siége véritable des manifestations vitales ; c'est lui qui détermine l'accroissement, la division des cellules, et qui provoque dans certaines cellules des apparences de mouvements dus à ses propriétés contractiles ; c'est là ce que Schultze désigne sous le nom de *protoplasma*. Semblable à un mucus épais, visqueux, immiscible avec l'eau, cette substance, qui est ordinairement pourvue encore d'un noyau, suffit avec ce noyau pour constituer le degré inférieur des cellules.

Ainsi, la couche qui entoure les noyaux des fibres musculaires striées doit être considérée comme le protoplasma d'une cellule, bien que cette couche soit formée par une substance finement ponctuée, et qu'aucune membrane ne la sépare de la morphose du protoplasma de la substance musculaire contractile.

Le tissu connectif se développe de la même façon aux dépens du protoplasma ; la substance intercellulaire de ce tissu ne résulte pas d'une division ou du bourgeonnement d'une autre cellule ; mais elle est le produit d'une continuelle métamorphose du protoplasma des cellules en voie d'accroissement.

Ainsi les cellules les plus importantes sont sans membrane distincte chimiquement ; elles ne consistent qu'en un amas de protoplasma avec un noyau ; dès l'instant qu'une membrane distincte se montre, la cellule n'est plus susceptible de division ; elle est désormais en voie rétrograde.

D'une autre part, si le noyau cesse d'être distinct, ainsi que cela a lieu dans les globules rouges du sang, ils perdent également une des propriétés caractéristiques de la vie cellulaire, le pouvoir de se multiplier, et le protoplasma n'est plus alors qu'une substance soluble dans l'eau.

Cette doctrine, qui a eu un grand retentissement, a été adoptée par un grand nombre de physiologistes et tout d'abord par Brülke, mais avec cette importante modification que le noyau lui-même n'est plus indispensable pour la constitution de la cellule et sa reproduction.

Les conclusions auxquelles est arrivé Brülke peuvent se formuler ainsi :

1° Les globules rouges ne possèdent aucune membrane d'enveloppe; si, par l'addition d'eau, ils perdent la forme discoïde pour prendre l'aspect sphéroïdal, cette transformation n'implique nullement la présence d'une membrane spéciale;

2° Le noyau lui-même ne constitue pas une condition d'existence de la cellule; le rôle du noyau est important sans doute lors de la division des cellules et des formations endogènes, mais son intervention peut être nulle et la division provient alors du protoplasma, qui pénètre la masse nucléaire et la fragmente;

3° Le protoplasma jouit d'une propriété singulière qui en démontre toute l'importance, c'est-à-dire de la contractilité. *Vitalité du protoplasma.* Cette faculté se présente dans l'organisme sous trois formes; tout d'abord, dans la substance contractile des muscles striés, c'est-à-dire dans leur protoplasma sous la forme de contractilité musculaire; il est une autre espèce de substance contractile qu'on ne trouve que dans les organismes inférieurs; les infusoires appelés amibes semblent composés entièrement de cette substance contractile qu'on appelle *sarcode*, et qui se coagule à 40 degrés; Kühne l'a retrouvée dans les cellules de la cornée de la grenouille et dans les cellules pigmentaires. Une troisième espèce de mouvements se passe dans les cils vibratiles qui couvrent la surface de la muqueuse respiratoire, des organes génitaux internes de la femme.

A ces trois espèces de contractions il faut ajouter les mouvements moléculaires qu'on observe dans le protoplasma d'une foule de cellules, entièrement distinctes des fibro-cellules musculaires; ainsi Virchow l'a constaté sur les globules blancs, et Recklinghausen sur les globules purulents, muqueux, qui peuvent, même par des mouvements progressifs, gagner la surface des membranes.

Ce phénomène diffère entièrement des déplacements moléculaires des dépôts inorganiques, car il cesse par des influences qui compromettent la vie de ces cellules et disparaît constamment lorsqu'elles meurent; la contexture de ces cellules est précisément telle que, loin de former des vésicules circonscrites par une membrane et remplies de liquide, elles ne consistent qu'en une masse molle formée de corpuscules; au repos, ces molécules sont ordinairement accumulées autour du noyau et forment souvent des jetées qui s'irradient vers les bords; c'est ce qu'on observe dans les globules blancs.

Si on fait passer à travers ces cellules un courant d'induction, le mouvement moléculaire s'arrête et les cellules s'affaissent subitement en expulsant leur noyau; la contraction semble donc dépendre d'une manifestation vitale.

TEXTURE VÉRITABLE DU GLOBULE ROUGE.

Le globule rouge présente les plus grandes analogies avec les cellules à protoplasma contractile. Rollett vient de le prouver de la façon la plus ingénieuse, en agrégeant artificiellement les globules par une solution concentrée de gélatine; une lame de gélatine concrétée, étant placée sous le microscope et pressée, les globules paraissent, les uns aplatis et étalés, les autres allongés en cylindres plus ou moins contournés; s'il reste de la gélatine liquide, ils y adhèrent souvent par un point, se distendent par le courant liquide et finissent par se déchirer; mais en aucun cas on ne voit s'échapper un contenu, ni une membrane s'affaisser. Donc le globule n'est pas une vésicule composée d'une membrane propre; il est exclusivement formé par une substance très-extensible, très-élastique, susceptible de revêtir les formes les plus diverses sous l'influence des forces extérieures, et de reprendre sa forme primitive dès qu'elles ont cessé d'agir.

Par la congélation du sang, les globules éprouvent au moment de la fonte des altérations identiques à celles qui résultent de la pression d'une concrétion gélatineuse; la plupart disparaissent, et l'hématine se dissout dans le sérum, qui devient transparent comme la laque; quelques-uns restent arrondis, mais la plupart se rapetissent, tout en restant nettement contournés et élastiques; jamais ils ne se déchirent, et finalement il n'en reste que le noyau sillonné par des vacuoles.

L'électricité statique agit comme la congélation; les globules subissent la même altération, et se détruisent en même temps que des cristaux d'hématine se déposent dans le sang de certains animaux.

L'éther, enfin, produit un résultat analogue (Wittich); le sang devient clair, les globules deviennent plus petits et disparaissent sans s'ouvrir.

Au résumé, comme l'ont démontré Brüke, Rollett, et plus récemment Klebs et Alex. Schmidt, les globules rouges sont des corps contractiles dont la contractilité, qui peut durer quelques heures après la mort, dépend uniquement du protoplasma.

DU VACCIN ET DES REVACCINATIONS,

Par M. le Dr DHÉRÉ.

La savante discussion, soulevée au sein de l'Académie de médecine par le rapport de M. le professeur Depaul, sur la syphilis vaccinale, s'est terminée par le renvoi de ce rapport à la Commission. L'avenir apprendra quelles modifications aura subies le travail du courageux rapporteur, et quelles en seront les nouvelles conclusions. Pour moi, après avoir suivi avec le plus vif intérêt ces longs débats, j'ai reconnu avec chagrin que j'avais perdu ma sécurité, sans espérance de pouvoir la recouvrer de longtemps.

Pendant trente-cinq ans, en effet, la décision officielle de l'Académie de médecine, corroborée par les opinions et les expériences de plusieurs médecins, avait tenu mon esprit éloigné de toute crainte; je croyais, et de très-bonne foi j'affirmais aux parents que le *vaccin ne peut communiquer que la vaccine*. Sans doute, j'avais soin de choisir pour vaccinifère ce qu'on appelle un bel enfant; c'était une satisfaction instinctive que je me donnais; mais je sentais que dans un cas un peu pressant, j'aurais pu suivre l'exemple des pratiques les plus autorisées, où j'avais vu prendre du vaccin sur des enfants chétifs, à peine âgés de quelques jours et d'origine peu rassurante.

Dans ces dernières années toutefois, la presse médicale, en enregistrant coup sur coup un certain nombre de faits malheureux, avait un peu troublé ma quiétude, et m'avait rendu plus exigeant sur le choix des vaccinifères; mais depuis deux mois, mon trouble s'est accru avec la discussion académique, et en attendant le nouveau rapport de la Commission qui, espérons-le, fera cesser l'anxiété que partagent certainement beaucoup de mes confrères, je veux exposer comment j'ai cru devoir agir dans une circonstance toute récente.

Dans les premiers jours du mois de mars dernier je fus chargé de revacciner la plupart des demoiselles de l'une des principales institutions de Paris, où quatre ou cinq fois déjà, depuis vingt-cinq ans, j'avais pratiqué la même opération. L'excellente et habile directrice de cet établissement me laissa entrevoir que, d'après le désir de plusieurs mères dont les jeunes fils venaient d'être revaccinés au lycée du Prince-Impérial, à Vanves, avec du vaccin de génisse, elle serait disposé à adopter le même système de revaccination, si je n'y trouvais pas d'inconvénient.

Je cherchai sans délai à me renseigner sur une méthode que j'avais vu pratiquer autrefois par M. James, mais dont je n'avais conservé qu'un souvenir vague, et je dirai même assez peu favorable.

J'eus la bonne fortune de rencontrer dans M. le docteur Degrasse, médecin du lycée de Vanves, un excellent confrère, qui voulut bien, avec l'autorisation du proviseur du lycée et le concours de M. le docteur Lanoix, faire passer sous mes yeux les trois cent-soixante élèves sur lesquels la revaccination venait d'être pratiquée avec le vaccin provenant primitivement du cowpox anglais, transmis, par une longue série de générations, jusqu'aux génisses transportées au lycée par les soins de M. le docteur Lanoix.

Je ne fus pas médiocrement surpris de voir *soixante-huit* cas de succès sur trois cent soixante enfants de huit ans à treize ans et demi; c'est-à-dire vingt pour cent ou un cinquième environ. Jusque-là, il était à peu près généralement admis que la revaccination ne devenait nécessaire qu'à l'âge de quatorze ans (Bouchut, *Maladies des enfants*, 1862); et, dans mes revaccinations précédentes, je n'avais jamais revacciné au-dessous de quatorze ans.

Très-satisfait du résultat que j'avais sous les yeux, et heureux de la sécurité absolue que me donnait la provenance du vaccin, je pris jour avec M. le docteur Lanoix, et le 16 et le 22 mars furent vaccinées, dans l'institution de Mme de B..., soixante-quinze personnes : 60 élèves et 15 maîtresses ou employées, plus deux jeunes enfants du dehors, l'un n'ayant jamais été vacciné, l'autre l'ayant été trois ou quatre fois sans succès.

Profitant de l'exemple du lycée du Prince impérial, je commençai les revaccinations dès l'âge de huit ans et demi, et voici quels furent les résultats obtenus :

Sur 30 élèves de 8 ans et demi à 14 ans.	8 succès.
Sur 30 élèves de 14 à 20 ans.	10 »
Sur 15 maîtresses ou employées de plus de 20 ans.	8 »
Total : 75 revaccinations,	26 succès,

c'est-à-dire 34 succès pour 100, un peu plus d'un tiers, différence en faveur de la pension qui s'explique par l'âge de 45 revaccinées plus élevé qu'au lycée.

Quant aux deux jeunes enfants du dehors, celui qui avait été déjà vacciné plusieurs fois sans succès se montra encore réfractaire à l'inoculation; le second, âgé de six mois, présenta deux magnifiques et très-gros boutons, bien normalement développés, avec forte fièvre vaccinale.

Toutes ces revaccinations ont été suivies et observées le cinquième, le septième et le onzième jour. Les pustules vaccinales ne présentèrent pas toutes au même degré les caractères des boutons-types du jeune enfant de six mois; mais ce fut surtout chez les élèves assez nombreuses qui eurent de ces beaux boutons que les symptômes généraux se firent remarquer : céphalalgie, nausées, chaleur, fréquence du pouls, et plusieurs durent passer vingt-quatre ou trente-six heures à l'infirmerie. Dans ce premier groupe se trouvaient la plus jeune des élèves revaccinées, âgée de huit ans et demi, et une autre âgée de onze ans.

Après cette première catégorie venaient les pustules moins parfaites, moins bien ombiliquées, mais présentant toujours dans leur aspect et développement les caractères d'un vrai et légitime vaccin.

Nous n'avons pas tenu compte de boutons survenus dès le premier ou le deuxième jour, s'accompagnant d'une grande démangeaison, desséchés avant le septième jour : c'étaient évidemment des éruptions pseudo-vaccinales.

Je dois signaler un très-beau bouton *surnuméraire*, d'aspect argenté, plat, très-bien ombiliqué, développé sur le sommet de l'épaule d'une enfant qui offrait trois autres boutons beaucoup moins beaux. Le quinzième jour, la croûte de ce bouton surnuméraire, par son aspect corné, sa couleur brune et sa dépression centrale, se distinguait encore des croûtes des trois autres boutons moins bien formés.

Cette observation a de la valeur en ce qu'elle démontre que les boutons d'une revaccination, pour n'être pas parfaitement semblables aux boutons-types d'une première vaccination, n'en constituent pas moins une vaccine légitime et préservatrice, puisque sur le même sujet, et avec trois boutons produits par l'insertion du vaccin, mais assez imparfaitement caractérisés pour laisser des doutes dans l'esprit d'un médecin expérimenté, un bouton *surnuméraire*, irréprochable a témoigné de la légitimité du vaccin et du succès de l'opération.

Notons ici que par suite du procédé qui consiste à insérer le vaccin animal dans de petites scarifications ou incisions superficielles de 3 ou 4 millimètres de longueur, la forme de la pustule, au lieu d'être toujours parfaitement arrondie, est quelquefois notablement oblongue.

De la discussion académique, des accidents qui l'ont provoquée, enfin de ces quelques petits faits particuliers que nous venons d'exposer, quelles conclusions tirer? A quelles pensées s'arrêter?

A. *Quant au vaccin :*

1° Suivre le conseil déjà donné par Jenner et régénérer le liquide vaccinal par l'usage du cowpox, toutes les fois que cela sera possible, comme on l'a fait en 1836, avec le cowpox découvert à Passy, comme on aurait peut-être pu le faire dernièrement avec celui qu'on a trouvé à Rouen.

A moins de vaccinifère très-sûr, se servir, quand on en rencontre l'occasion, du vaccin de génisse, comme nous l'avons fait. La petite opération, avons-nous dit plus haut, a quelque chose de particulier; elle ne se pratique pas par une simple piqûre; mais pour demander un peu plus de temps et d'habitude que l'insertion du liquide vaccinal de l'enfant à l'aide d'une lancette ou d'une aiguille cannelée, elle n'est guère moins facile et peut s'achever sans faire crier un tout jeune enfant.

2° Faire des vœux pour que l'administration excite de nouveau l'attention des médecins de campagne, des vétérinaires, des éleveurs et des nourrisseurs de bestiaux sur les éruptions pustuleuses qui peuvent survenir au pis des vaches et récompenser largement leurs recherches.

3° Faire également des vœux pour que l'administration et les corps savants proposent des prix d'une grande valeur pour provoquer et rémunérer des recherches faites dans le but de découvrir d'autres sources de vaccin que le cowpox de la vache, en commençant par répéter les importantes expériences des docteurs Thiélé et Cécly sur le cowpox provenant de la variole humaine transporté à la vache. Ces expériences, si peu connues et si mal appréciées en France, comme vient de le démontrer M. Bouvier dans un savant et très-intéressant mémoire sur les *nouveaux moyens de production du vaccin primitif*, publié dans le recueil de médecine vétérinaire, ces expériences, dis-je, qu'il serait plus facile de voir réussir aujourd'hui qu'on connaît les conditions particulières dans lesquelles elles ont été faites en Russie et en Angleterre, s'appuient sur plus de six mille vaccinations pratiquées dans ces pays ainsi qu'en Allemagne.

Le vaccin provenant de la variole du cheval, soit directement employé et connu sous le nom d'*équine*, soit préalablement transporté sur la vache, serait également proposé pour but de recherches, et l'exemple de la population anglaise de l'Inde, en grande partie vaccinée ou plutôt *équinée* depuis cinquante ans avec le vaccin du cheval, prouve qu'il ne s'agit pas ici de vues purement théoriques. L'inoculation accidentelle de ce vaccin, déjà observée par Jenner et par Loy, signalée bien des fois depuis, notamment à l'hôpital Saint-Louis sur les mains de deux palefreniers qui avaient pansé des chevaux atteints des *eaux aux jambes* (Cazenave et Schédel, 1828), et dernièrement encore sur un élève d'Alfort (M. Bouley), ne saurait demeurer stérile, surtout après les faits de Toulouse, etc. Les savants et habiles professeurs de nos écoles vétérinaires sont naturellement appelés à nous éclairer sur la valeur pratique de cette source de vaccin en dégageant la question de toutes les inquiétudes qui pourraient naître au sujet des maladies contagieuses pour l'homme que présente l'espèce équine.

4° En attendant, et dès à présent, le médecin, averti par les faits nombreux de syphilis vaccinale et aussi par la condamnation du docteur Hubner, devra ne négliger aucune des précautions indiquées, particulièrement dans les conclusions de M. Depaul : recherches, autant que faire se pourra, sur la santé des parents du vaccinifère, toujours sur la santé actuelle de l'enfant; ne pas se borner à un examen superficiel, mais, sous un prétexte quelconque, visiter attentivement son corps, les parties génitales en particulier, puisque la syphilis paraît avoir été transmise plusieurs fois par des enfants de belle apparence. Préférer un enfant de plus de deux mois, dépassant ainsi l'âge où la syphilis congénitale se manifeste le plus ordinairement; apporter le plus grand soin à recueillir le liquide vaccinal pur de tout mélange de sang : le fait si remarquable du docteur Sébastien (de Béziers), venu à l'appui des opinions de MM. Viennois, Blot et de plusieurs médecins français et étrangers, rend cette précaution indispensable; et, à ce sujet, il est juste de reconnaître que l'usage d'une lancette spéciale très-effilée ou d'une aiguille cannelée rend la précaution plus facile.

Enfin, il sera bon de ne prendre du vaccin que sur les pustules parfaitement normales et de marche régulière.

B. *Quant aux revaccinations :*

1° Nous n'en sommes plus à avoir besoin d'en prouver la nécessité. La science a marché depuis l'époque (1838) où l'Académie de médecine, consultée par le ministre de l'instruction publique sur l'opportunité d'une revaccination générale dans les colléges royaux, répondait : « Il n'est pas nécessaire de soumettre à une revaccination les élèves du collége. » Sept ans plus tard, en 1845, M. Serres, dans son remarquable rapport à l'Académie des sciences, conclut au contraire à ce que la revaccination doit être pratiquée, en temps ordinaire, à partir de l'âge de quatorze ans, et bien avant cet âge en temps d'épidémie. En effet, combien d'épidémies, en France et à l'étranger, se sont arrêtées net par une revaccination générale, sans égard pour l'âge.

La nécessité des revaccinations est donc maintenant généralement admise; et c'est une pratique devenue même depuis longtemps obligatoire dans plusieurs États du Nord. La plupart des gouvernements de l'Allemagne l'ont généralisée dans leurs armées, d'où la variole et la varioloïde ont pour ainsi dire disparu.

Mais l'expérience prouve que, même en dehors des temps d'épidémie, il est nécessaire de revacciner avant l'âge de quatorze ans, époque qui paraissait adoptée depuis Harder (1823) jusqu'à M. Serres (1838). En effet, nous avons vu au lycée du Prince-Impérial et dans l'institution de Mme de B... des enfants de sept ans et demi à huit ans et demi présenter de très-beaux boutons de vaccin; et en ajoutant aux 360 lycéens âgés de moins de quatorze ans, les 30 jeunes filles qui n'avaient pas dépassé cet âge, on constate 76 succès. Sur 390 enfants de sept ans et demi à quatorze ans, c'est-à-dire environ un cinquième ou 20 pour 100.

2° Le succès de la revaccination sur des enfants si jeunes milite en faveur de l'opinion qui regarde la vertu préservatrice du vaccin comme absolue et illimitée pour le plus grand nombre de vaccinés, temporaire pour un petit nombre chez lesquels le vaccin n'a pu anéantir primitivement et en une seule fois la réceptivité individuelle, ou qui ne présentaient pas, au moment de la vaccination, la réceptivité nécessaire à son entier développement. Cette doctrine, adoptée par Steinbrenner et par l'Académie des sciences, semble devoir l'emporter sur celle qui admet l'affaiblissement graduel et progressif de la vaccine.

3° Les pustules qui se développent du quatrième au cinquième jour d'une revaccination peuvent ne pas présenter tous les caractères de celles que produit une première vaccination sans cesser d'être de bon vaccin; c'est ce que Harder, M. Rayer, M. Bousquet appellent *vaccinelle*. Ce sont des éruptions un peu irrégulières, modifiées, mais légitimes, dont la matière, inoculée à des sujets non vaccinés, produit des pustules vaccinales, et qui sont à la vaccine ce que les différentes espèces de varioloïdes et certaines varicelles sont à la variole. Déjà la marche du vaccin, dans une première vaccination, peut n'être pas tout à fait régulière sans être pour cela moins légitime et moins préservatrice. Ne voit-on pas chez l'adulte et le vieillard la pustule moins plate, moins ombiliquée, moins régulière? (Bousquet.)

4° La fausse vaccine se manifeste dès le premier ou le second jour; les boutons sont plus ou moins élevés en pointe, sans dépression centrale, sans reflet argenté ou nacré; ils sont formés par une seule cavité, le plus souvent remplie d'une humeur jaunâtre; la croûte, formée avant le septième jour, est jaune, mollasse, tombe vite et se reproduit assez souvent. Une démangeaison très-vive dès les premiers jours est déjà l'indice de la fausse vaccine.

Le vrai bouton vaccinal est au contraire *multiloculaire*, de sorte qu'indépendamment des autres caractères, le diagnostic peut être rendu facile par une fine ponction qui vide en une seule fois le bouton de pseudo-vaccin du liquide purulent qu'il renferme, tandis que cette même ponction n'ouvre qu'une des loges du vrai bouton, duquel s'échappe une gouttelette de lymphe vaccinale incolore et transparente, sans que les autres loges soient vidées. Toutefois, à partir du douzième ou treizième jour, dans les cas où la croûte n'est pas encore solide, les cloisons qui séparaient les loges du vrai bouton sont détruites, et il n'y a plus qu'une seule cavité; mais à ce moment le doute n'est plus possible.

Nous ne parlons pas ici de la fièvre vaccinale régulière, parce qu'elle est souvent fort légère, de peu de durée, échappant ainsi facilement à l'observation; mais, quand cette fièvre s'est montrée avec une intensité notable, comme nous l'avons vue chez plusieurs de nos revaccinées, forcées de garder le lit vingt-quatre ou trente-six heures, elle devient l'indice le plus certain d'une préservation absolue.

POLYPE DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME.

Rétention d'urine. — Ablation du polype. — Guérison.

Par M. le docteur Prince ZAGIELL (du Caire).

Mme C..., âgée de trente-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez bonne, réglée à treize ans, mariée à vingt ans, n'ayant jamais eu d'enfants, ressentit tout à coup, il y a deux ans et demi, sans cause connue, en urinant, une douleur vive dans le canal urinaire. Chaque fois qu'elle urinait, la douleur augmentait, et au bout de deux semaines la douleur s'accompagna d'une difficulté d'uriner qui a progressivement augmenté.

La malade, pendant une année, ne suivit aucun traitement; depuis lors, elle n'a pas cessé de se plaindre de douleurs plus ou moins intenses qui avaient leur siége dans le bas-ventre et se manifestaient à des degrés divers. Ces douleurs ne l'empêchaient pas d'ailleurs de vaquer à ses occupations.

Depuis huit mois, la malade perdait en blanc et ses règles étaient devenues très-douloureuses; mais il y avait de la dysurie et des troubles des digestions, qui étaient fréquemment suivis de vomissements.

Il y a deux mois, la rétention d'urine était devenue presque complète, et il y avait eu des douleurs de bas-ventre et crises nerveuses hystériformes quand la malade avait besoin d'uriner.

Différents moyens avaient été conseillés contre cette affection; enfin, au mois de janvier 1865, la malade vint me consulter, et je la trouvai dans l'état suivant :

La malade urine goutte à goutte; la distension de la vessie forme à l'hypogastre une tumeur mate, rénitente; le bas-ventre est tendu et douloureux; la moindre pression sur la tumeur produit une vive douleur; la douleur augmente quand la malade reste assise.

En explorant l'utérus au moyen du toucher, nous avons trouvé une rétroflexion très-prononcée; la vessie distendue pesait sur le rectum, ce qui expliquait pourquoi la malade avait une constipation opiniâtre et des selles douloureuses.

En même temps, nous avons aperçu un corps rose, lisse, mou, gélatineux, de la forme d'un clou, avec la tête large, inégale, qui bouchait le méat urinaire, de telle sorte que la malade ne pouvait pas autrement uriner qu'en tournant et tirant la tête de ce corps en haut, ce qui permettait à l'urine de s'échapper. Au moyen de la sonde, nous avons pu constater que ce corps était pédiculé, et que le pédicule était implanté au côté gauche et inférieur de la membrane muqueuse de l'urèthre dilaté.

L'urèthre était tellement dilatable que nous avons pu introduire le petit doigt dans le canal avec la plus grande facilité et sans aucune douleur pour la malade.

Traitement. — Nous avons vidé la vessie au moyen du cathétérisme, et, saisissant la tête du polype avec une pince Museux, nous l'avons détaché par torsion de son insertion avec facilité.

L'extraction du polype a produit une légère hémorrhagie, qui a cessé immédiatement après la cautérisation avec le perchlorure de fer à 30°.

Deux jours après, la malade était parfaitement bien rétablie. La rétroflexion de l'utérus a disparu.

Trois semaines après l'opération, l'utérus reprit sa position physiologique.

L'état catarrhal de la matrice et les pertes blanches ont cessé grâce aux toniques et aux ferrugineux.

Le polype était formé par un tissu fibreux assez transparent, couvert d'une membrane muqueuse mince; il mesurait 3 centimètres de long, 6 millimètres d'épaisseur; la largeur de sa tête était de 2 centimètres; il pesait 8 grammes 2 centigrammes.

FORMULES EMPLOYÉES

dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires,

Par M. le docteur BEYRAN.

Poudre antispasmodique vésicale.

Cubèbe en poudre.		40 grammes.
Poudre de racine de belladone.	ââ	2 —
Camphre pulvérisé.		

Mêlez et divisez en 20 paquets.

Dose : un paquet matin et soir dans du pain azyme, contre la névralgie, le spasme et la contracture du col de la vessie.

Solution pour pansement.

Eau distillée pure.	100 grammes.
Chlorure de zinc.	1 —

Mêlez.

Contre les ulcères ou chancres phagédéniques, les plaies atoniques, de mauvaise nature et difficiles à guérir. Le pansement se fait deux fois par jour avec de la charpie trempée dans cette solution et appliquée sur les parties malades.

M. Beyran a obtenu de bons résultats de l'emploi de ce liquide là où les autres préparations avaient échoué.

Autre solution pour pansement.

Eau de roses.	50 grammes.
Teinture amère de Baumé.	1 —

Mêlez. — Même usage.

Pommade uréthrale.

Précipité blanc.	ââ	1 gramme.
Extrait de ciguë.		
Axonge.		5 —

Mêlez.

Pour graisser les bougies dans le cathétérisme de l'urèthre avec érosion ou ulcération de la membrane muqueuse, ou dans les cas d'excroissances, de fongosités et de polypes dans ce canal.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 avril 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Résection sous-périostée de la moitié supérieure de l'humérus, suivie de la reproduction de la partie enlevée. Note de **M. OLLIER**, présentée par M. Velpeau. — Les circonstances dans lesquelles on a pu clairement et rigoureusement démontrer chez l'homme la reproduction des os après les résections sous-périostées ont été jusqu'ici assez rares pour les os volumineux des membres. Les faits ne manquent pas, cependant, et nous avons pour notre part pratiqué un grand nombre de résections dans lesquelles nous avons pu nous convaincre que le périoste de l'homme est aussi propre à la reproduction des os que le périoste des animaux. Mais tous ces faits ne sont pas également démonstratifs, et lorsqu'il s'agit de fixer un point de doctrine vivement controversé, il importe de produire des observations au sujet desquelles ne puisse s'élever l'ombre d'un doute.

Nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie une observation qui nous paraît pleinement satisfaire à cette condition. Il s'agit de l'ablation de la moitié supérieure de l'humérus, suivie de la reproduction de l'organe enlevé et du rétablissement des fonctions du membre.

La malade sur laquelle nous avons opéré est une jeune fille de quinze ans et demi, d'une constitution chétive, portant sur son corps des traces d'affections osseuses anciennes, et qui, depuis huit ans, souffrait dans la région de l'épaule.

Quand elle entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'articulation scapulo-humérale était largement ouverte; des fusées purulentes s'étaient produites dans divers sens autour de l'humérus. Malgré l'emploi des moyens locaux et généraux, dirigés et contre la lésion osseuse et contre l'altération de la santé générale, la malade dépérissait et s'affaiblissait de jour en jour. Nous dûmes intervenir; l'opération fut pratiquée le 16 septembre 1864. Nous espérions n'avoir à enlever que l'épiphyse de l'humérus et 3 ou 4 centimètres de la diaphyse; mais, au moment de l'opération, la lésion osseuse nous parut tellement avancée, que nous dûmes en reséquer 12 centimètres, juste la moitié de la longueur de l'os.

La tête était aplatie, déformée, encore recouverte de son cartilage, mais celui-ci était profondément altéré. La diaphyse était inégale, creusée de sillons profonds et parsemée en d'autres points d'ostéophytes inégaux. Au fond de ces sillons se trouvaient des amas de pus concret. L'os était à nu à ce niveau. Les muscles étaient décollés par des fusées purulentes s'étendant au loin. En dehors et en arrière, le périoste, épaissi, adhérait régulièrement à l'os. Nous le détachâmes avec soin, et nous eûmes un tube périostique continu dans toute sa longueur, bien qu'il fût incomplet dans sa circonférence.

Dans cette séparation, nous ne coupâmes ni muscles ni tendons; c'est là une précaution opératoire sur laquelle nous ne saurions trop insister. Les fibres du deltoïde furent écartées au moyen d'une incision longitudinale, les tendons des tubérosités furent détachés avec la sonde-rugine.

L'os que nous avons ainsi enlevé était vivant, vasculaire, nullement nécrosé. Il s'agissait donc d'une véritable résection sous-périostée.

Aujourd'hui, 17 avril, la malade est dans l'état suivant :

La portion d'os enlevée s'est reproduite d'une manière évidente. Elle est représentée par un cylindre dur, très-résistant, qu'on peut parfaitement suivre dans une étendue de 8 centimètres. On ne peut pas exactement apprécier l'état réel de la tête immédiatement au-dessous de la cavité glénoïde; mais la forme arrondie du moignon de l'épaule est rétablie, comme on peut s'en assurer par les photographies.

Au moment de l'opération, il y avait une distance de 24 centimètres entre le point le plus saillant de l'acromion et le point le plus inférieur du condyle huméral. Cette distance est aujourd'hui de 225 millimètres. Il n'y a donc que 15 millimètres de raccourcissement.

Indépendamment de la reproduction de l'os, à cause du rétablissement des fonctions du membre, la malade se sert déjà beaucoup mieux de son bras qu'elle ne s'en était servie depuis huit ans. Elle porte la main à la tête, s'habille seule, écarte le coude du tronc à une distance de 10 centimètres. La main peut être lancée à une distance de 50 centimètres, et dans l'action de tirer à soi, le bras étendu, elle a presque autant de force que celle du côté opposé. Les mouvements de rotation sont déjà sensibles.

Ces avantages nous paraissent dus à la conservation des rapports des muscles et de leurs tendons avec la gaîne périostique. Dans toute résection, il faut ménager ces rapports. Quelque adhérents que soient les tendons, il ne faut jamais les couper. De cette manière, on a une loge continue formée par le périoste, la capsule, les tendons et les ligaments péri-articulaires. Les muscles ne se rétractent pas et ne vont pas contracter de nouveaux rapports. Leur action n'est ni neutralisée ni pervertie, et la régénération manquât-elle, le résultat définitif de l'opération sera bien plus satisfaisant que si on a opéré par la méthode ordinaire.

Dans le cas présent, les mouvements nous paraissent devoir se perfectionner de jour en jour. La reproduction de la tête humérale pourra se compléter encore. Il y a deux mois à peine que la santé générale de l'opérée est rétablie, et par cela même favorable à une bonne régénération osseuse.

Quoi qu'il en soit, nous présentons ce cas, tel qu'il est actuellement, comme un exemple incontestable de régénération osseuse sur l'homme après les résections sous-périostées. Et, comme conclusion, nous dirons que les os se reproduisent chez l'homme comme chez les animaux, et même, pour certains segments des membres, ils se reproduisent mieux dans l'espèce humaine, parce que nos malades supportent des appareils contentifs que les animaux ne peuvent pas tolérer. Il y a donc parfois accord entre les faits chirurgicaux et les faits d'expérimentation physiologique, et, comme l'a dit M. Flourens après ses expériences sur les animaux, conservez le périoste, et le périoste rendra l'os.

(Renvoyé à la Commission déjà nommée.)

— **MM. SICARD** et **SCHORAS** présentent un *Mémoire sur les champignons vénéneux.*

Voici les conclusions par lesquelles les auteurs terminent leur Mémoire, et qui en font suffisamment connaître le contenu :

1° Que le principe vénéneux qui existe dans plusieurs espèces de champignons doit être regardé comme doué d'un caractère basique, parce qu'il est susceptible de s'unir aux acides pour donner naissance à des sels.

2° Ce sel, obtenu par le procédé que nous décrivons, est extrêmement vénéneux. L'emploi d'une quantité infiniment petite dans nos expériences était toujours mortelle pour les grenouilles. Une petite quantité suffisait également pour tuer un chien; et ce qui est très-remarquable, c'est que les effets que cette matière exerce sur l'organisme animal sont les mêmes que ceux observés dans ces derniers temps pour la curarine.

(Commissaires : MM. Brongniart, Tulasne, Cl. Bernard, Fremy.)

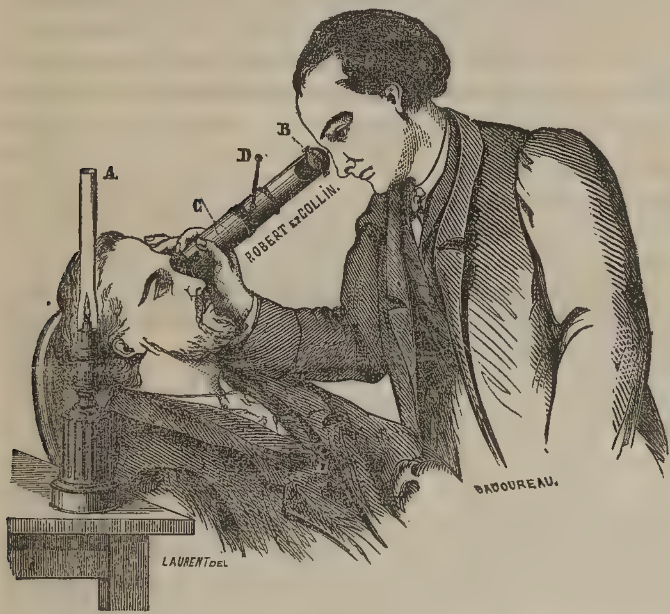
— **M. XAVIER GALEZOWSKI** soumet au jugement de l'Académie un nouvel ophthalmoscope de son invention.

Cet instrument est composé de trois tubes rentrant tous dans un seul, comme ceux d'une lorgnette, et dont l'extrémité objective, taillée

obliquement, est garnie d'un bourrelet élastique, et présente une échancrure carrée sur un de ses côtés.

Une lentille bi-convexe est placée dans l'intérieur du tube à la distance C fixe et invariable de l'œil à examiner.

L'autre extrémité B de ce tube présente une échancrure ovale, au bout de laquelle se trouve un miroir concave mobile, et qui, au moyen d'un mouvement double, peut se tourner du côté de la lampe, concentrer la lumière de cette dernière et la projeter dans l'intérieur du tube sur la lentille C, ainsi que sur l'œil qui se trouve près de l'extrémité de l'instrument. Un verre bi-convexe, n° 12, est disposé derrière le miroir pour rapprocher l'image et la faire voir plus distincte.



A. Lampe devant éclairer le miroir B.
C. Lentille objective.
D. Boule brillante devant être fixée par l'œil du malade.

L'observateur, myope ou presbyte, peut voir à travers le trou central du miroir B l'image de la rétine, mais il faut pour cela : 1° que la pupille soit dilatée; 2° que la tête du malade soit appuyée contre un mur et renversée autant que possible en arrière; 3° que la cornée soit éclairée par les rayons lumineux réfléchis par le miroir au moment où l'examinateur regarde par le trou du miroir; 4° l'œil du malade doit fixer la boule qui se trouvera à 3 ou 4 centimètres de l'extrémité oculaire du tube. Le modèle que j'ai fait construire par MM. Robert et Collin est très-léger et portatif, et remplit toutes les indications d'un bon examen.

Les avantages que présente l'ophthalmoscope de M. Galézowski sont les suivants : 1° La lentille étant placée dans cet ophthalmoscope à une distance fixe de l'œil examiné, il n'y a plus besoin de chercher en tâtonnant cette distance pour les yeux myopes ou presbytes. M. Galézowski a en effet démontré, contrairement à ce qui a été écrit avant lui, que cette distance varie si peu pour les yeux myopes ou presbytes qu'il n'y a point à s'en occuper. La lentille peut et doit se trouver toujours au même point, c'est-à-dire à la distance de son propre foyer de l'œil examiné. 2° L'instrument de M. Galézowski est terminé par un tube qui enveloppe l'œil examiné presque complètement et lui sert d'une chambre noire. De cette manière l'on peut examiner les malades dans une chambre claire et dans le lit. Ce qui fait que cet instrument peut être adopté avec avantage pour les services des hôpitaux.

L'examen de cet instrument est renvoyé à une Commission composée de MM. Babinet, J. Cloquet et L. Foucault.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Bonnafont la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

Dans le numéro de la *Gazette* du 21 mars, M. le docteur Révillout, passant en revue les différents moyens de réfléchir la lumière dans les cavités, dit, en parlant du laryngoscope, que l'origine de cet instrument est ancienne, et que tant de personnes ont pris part à sa découverte qu'on ne sait vraiment plus à qui en attribuer le principal mérite.

Puis, passant à l'endoscope de M. Desormeaux, M. Révillout ajoute que ce praticien est arrivé seul à cette perfection et qu'il n'a point à craindre de revendication semblable à celles qui ont surgi en si grand nombre à propos du laryngoscope.

Je connais trop M. Desormeaux pour mettre en doute qu'il n'ait imaginé son instrument; mais ce que je puis assurer, c'est que plusieurs années avant l'apparition de l'endoscope, il existait un appareil en tout point semblable et reflétant la lumière par le même mécanisme. Cet appareil est l'otoscope, dont je me sers depuis 1834, et qui se trouve décrit dans un Mémoire sur les vibrations du tympan et les mouvements de la chaîne des osselets de l'ouïe que j'adressai à l'Académie des sciences en 1835.

Plus tard, en 1843, mon otoscope a été décrit dans un travail inséré dans la *Gazette médicale*, et, depuis cette époque, il a été mentionné avec les différentes communications que j'ai faites, soit à l'Académie des sciences, soit à l'Académie de médecine, ainsi que dans plusieurs articles qui ont paru successivement dans l'*Union* et dans la *Revue médicale*.

Plusieurs praticiens l'ont vu également fonctionner dans mon cabinet.

Lorsque M. Desormeaux présenta son instrument à l'Académie de médecine, je fus frappé de sa ressemblance avec le mien et je crus devoir soumettre mon otoscope à la même Commission, non avec l'intention de protester, mais uniquement à titre de renseignement.

Telles sont les réflexions que j'ai cru devoir faire à l'occasion de l'article de M. Révillout, et, je le répète, sans avoir aucune intention de diminuer le mérite de mon honorable confrère, M. Desormeaux, mais uniquement pour revendiquer la part qui m'est due dans l'invention d'un instrument qui n'avait, quand je l'ai imaginé, aucun devancier.

Suum cuique.

BONNAFONT.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

A PARIS.

Le mardi 30 mai 1865, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues, de midi à trois heures, depuis lundi 1er mai jusqu'au lundi 15 du même mois inclusivement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les candidats admis à subir la seconde série d'épreuves pour le concours à trois places de médecin du bureau central sont MM. Barnier, Blachez, Dumontpallier, Féréol, Gombault, Isambert, Molland, Paul, Reynaud et Siredey.

— L'Académie des sciences a procédé par la voie du scrutin à la nomination des commissions chargées de décerner les prix : 1° de médecine et de chirurgie; 2° de physiologie expérimentale.

Pour la première commission, MM. Bernard, Cloquet, Serres, Velpeau, Rayer, Jobert, Flourens, Longet, Milne-Edwards ont réuni la majorité des suffrages.

MM. Bernard, Milne-Edwards, Flourens, Coste, Brongniart ont été nommés membres de la seconde commission.

— Notre regretté ami et collaborateur M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre et ancien président de la société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, qu'une longue et douloureuse maladie avait tenu éloigné de son service et de sa clientèle, vient de mourir subitement. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui au milieu d'un nombreux concours de collègues et d'amis.

— M. Hérard, médecin de l'hôpital Lariboisière, commencera des conférences cliniques le jeudi 4 mai, à neuf heures, et les continuera le jeudi de chaque semaine à la même heure.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 mai.

Ordre du jour : Rapport de M. Cavasse sur le mémoire de M. Marx : des Accidents fébriles à forme intermittente qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.

M. Gros, rapport sur le mémoire de M. Deville : Statistique de la mortalité du département de la Seine pendant vingt-quatre ans.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance demain mercredi 3 mai, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° De l'iodoforme et de ses composés; applications à la médecine (suite), par M. le docteur Moretin;

3° De l'arthrite blennorhagique, par M. le docteur Edmond Langlebert;

4° De la chéiloplastie, par M. le docteur Dupré.

5° Communications diverses, par MM. Domerc, Guyot, Koffmann.

— La Société médicale du département de l'Yonne tiendra sa séance ordinaire le 4 mai 1865, sous la présidence de M. le docteur Bally, membre de l'Académie impériale de médecine.

Procès-verbal. — Présentation des ouvrages offerts à la Société.

Communications sur les maladies régnantes.

Rapport de M. Thierry, vétérinaire, sur la rage, et spécialement sur les faits qui ont affligé le département de l'Yonne.

Rapport de M. Fournier sur l'extrait kinoïde et son action antipériodique.

Mémoires de MM. Roche et Louis.

Encouragements à accorder pour la propagation de la vaccine, par M. Duché, secrétaire général.

Fin de la discussion sur une pétition au ministre sur l'exercice de la pharmacie.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL BEAUJON. Leçons de physiologie clinique. — De l'hystérocautomie, méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines. — Du bromhydrate d'ammoniaque contre la coqueluche. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

PARIS, LE 3 MAI 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier une longue et très-savante dissertation de M. Parchappe sur la question en discussion, la localisation du sens de la parole. L'opinion de M. Parchappe sur ce sujet est trop importante pour que nous nous en rapportions à la seule impression de l'audition. Nous ajournerons toute appréciation à son égard jusqu'à ce qu'il nous ait été possible de prendre connaissance du texte de cette dissertation et d'en exposer un résumé à nos lecteurs.

M. Bouillaud a pris de nouveau la parole pour répondre à quelques-unes des observations critiques dont son dernier discours a été l'objet, soit à l'Académie, soit dans la presse médicale, à qui il a fait l'honneur de la discussion. Nous n'avons point à prendre fait et cause ici dans la petite querelle que M. Bouillaud a faite à l'un de nos collègues en journalisme. Ce sera assez d'avoir à nous défendre dans la personne de l'un de nos correspondants, dont nous avons accueilli une communication que nous avons cru devoir juger avec moins de rigueur que ne l'a fait l'éminent académicien. M. Bouillaud a récusé comme insuffisante, sinon absolument sans valeur, l'observation de M. Langaudin que nous avons rapportée dans notre Revue clinique de samedi dernier (29 avril). Cette observation, d'ailleurs, a-t-il ajouté, ne prouve rien contre ma doctrine, elle ne s'adresse point à moi. D'accord, si M. Bouillaud s'était borné à cette seule fin de non-recevoir, nous n'aurions qu'à lui répondre qu'en insérant cette observation dans nos colonnes nous n'avions aucunement la pensée de l'opposer à sa doctrine, à l'égard de laquelle nous sommes resté jusqu'à présent dans la plus absolue neutralité, nous abstenant également de toute critique comme de toute adhésion. Nous avons publié cette observation, pour ce qu'elle est et pour ce qu'elle prouve, sans nous préoccuper des doctrines qu'elle pourrait ébranler ou raffermir. Or, ce qu'elle prouve, c'est ceci : c'est qu'un homme a pu continuer à parler, — et à parler dans le sens complet et absolu qu'on doit attacher à ce mot, c'est-à-dire à exprimer nettement et clairement ses pensées par le langage articulé — bien qu'il eût la totalité du lobe antérieur gauche et une partie du lobe moyen du même côté détruits par un abcès.

Que cette observation manque à quelques égards de précision, ou pèche par quelques détails, nous ne voyons pas en quoi sa valeur en peut être en réalité diminuée. Il ne s'agit pas ici de ces symptômes fugaces, difficiles à saisir, et qui exigent une attention persévérante ou une sagacité particulière pour en apprécier la valeur. Le malade parlait-il ou ne parlait-il pas? Il parlait et répondait pertinemment aux questions qu'on lui adressait. M. Langaudin l'affirme. Ce n'était pas là un fait difficile à constater. Le malade meurt, l'autopsie en est faite. S'agit-il encore ici d'une lésion délicate, contestable, exigeant le concours du microscope ou des réactifs, et le contrôle de plusieurs observateurs? Non, mais d'un vaste abcès occupant tout un lobe du cerveau. Quelle conclusion notre correspondant a-t-il tirée de ce fait? « Que si la mémoire et la parole résident exclusivement dans les lobes antérieurs, il faut admettre que les deux lobes jouissent des mêmes propriétés, et qu'ils peuvent se suppléer complètement; mais qu'il paraît difficile de pouvoir circonscrire la faculté de la parole dans la troisième circonvolution frontale du côté gauche. »

Nous nous sommes associé à cette conclusion que nous maintenons comme parfaitement fondée et légitime. Où sont donc les motifs sérieux de récuser ce fait? M. Bouillaud y est désintéressé, nous le savons. Ce n'est pas à sa doctrine qu'il porte atteinte, mais à celle de MM. Dax et Broca. Mais s'il oppose le même système de critique et les mêmes fins de non-recevoir aux faits qui pourraient se produire également à l'encontre de sa manière de voir, nous ne voyons vraiment pas où pourrait aboutir cette discussion, et les concurrents au prix qu'il a fondé, s'il s'en présente jamais, doivent désespérer d'avance de le mériter. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

PHYSIOLOGIE DU SANG.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES DES GLOBULES. — COMPARAISON AVEC LE PLASMA.

L'analyse chimique des globules pratiquée par Carl Schmidt a fait ressortir des données physiologiques imprévues, c'est la dissemblance profonde, et presque l'antagonisme qui sépare les globules du plasma, tant au point de vue des substances protéiques qu'à l'égard des matières salines et extractives dont ces deux parties du sang se composent.

Les globules, qui nagent pour ainsi dire dans la fibrine du plasma, sont formés essentiellement par une substance spéciale, entièrement distincte de la fibrine, bien qu'appartenant également à la classe des substances protéiques. C'est la matière colorante qui a été indiquée par Reichert, étudiée avec le plus grand soin par Funke sous le nom d'*hémato-cristalline*. Cette substance, à la fois albuminoïde et ferrugineuse, pourvu qu'on parvienne à la dégager de la couche superficielle du proto-plasma, présente, contrairement à toutes les autres substances protéiques (Hope), la singulière faculté de cristalliser; chez l'homme et la plupart des mammifères, on obtient, ainsi que l'a démontré Teichman, des cristaux prismatiques d'une couleur rouge amaranthe ou rouge cinabre, selon qu'ils sont isolés ou groupés; leur coloration a ceci de particulier qu'elle est rouge ou bien verdâtre, selon qu'on les voit à la lumière directe ou à la lumière réfractée, et cette propriété, appelée dichroïsme, s'efface sous l'influence de l'oxygène, manque par conséquent dans le sang artériel (Brüke); elle présente encore certaines propriétés spéciales sous l'influence des gaz.

Hémoglobine. — L'eau dissout facilement les cristaux, et en sépare une substance amorphe également albuminoïde, qui est intimement mêlée avec l'hémato-cristalline, et présente la plus grande analogie avec la globuline. Cette combinaison intime de l'hémato-cristalline avec une sorte de globuline ou hémoglobine, comme l'appellent maintenant A. Schmidt, Rollett et Hoppe-Seyler, a été longtemps considérée sous le nom d'hématine comme un corps indécomposable, formant avec la prétendue enveloppe tout le globule sanguin.

Mais l'enveloppe est maintenant mise en doute, et l'hémato-cristalline peut s'obtenir entièrement séparée des autres parties constituantes du globule; par les décharges électriques, elle va se répandre en effet dans le plasma (Rollett); quel que soit du reste le procédé d'isolement, ses propriétés sont nettement définies; c'est un corps protéique, car l'alcool, la chaleur coagulent les cristaux, et une chaleur de 170 degrés les réduit en cendre.

C'est ce corps protéique qui à lui seul contient tout le fer des globules; les cendres qu'on obtient par la calcination sont presque exclusivement composées d'oxyde de fer.

Enfin, c'est l'hémoglobine qui paraît être le support de l'oxygène pur ou ozonisé; or, c'est l'oxygène qui communique au sang ses propriétés vitales, et en outre la couleur rouge clair qui domine dans le sang artériel; mais ce résultat n'est pas dû uniquement à l'altération chimique ni optique de l'hémaglobine. L'oxygène et l'acide carbonique agissent surtout en vertu de la réduction ou de l'augmentation de volume que ces gaz font subir aux globules; leur action est presque entièrement physique. A cet égard, on peut les comparer aux autres réactifs du sang, qui me paraissent devoir être rangés sous trois types : les uns, comme les sels alcalins concentrés, déterminent, sans doute par une véritable exosmose de l'eau du globule, une sorte de raccornissement des corpuscules et rendent le sang plus clair; les autres, comme l'eau, gonflent le globule; la dépression centrale s'élève; le contenu acquiert un pouvoir de réfraction égal à celui du liquide interglobulaire, d'où il résulte une coloration plus foncée du sang; enfin, il est des substances, comme les alcalis concentrés, les acides forts (excepté les acides chromique, nitrique), enfin et surtout la bile et le chlorate de soude qui dissolvent promptement le globule. Or, l'oxygène se rattache manifestement au premier type, comme l'acide carbonique au deuxième type; l'un éclaircit rapidement le sang, l'autre lui communique une teinte sombre; tous deux agissent principalement sur la forme du globule, et ne modifient l'hémoglobine que par des courants répétés et alternatifs d'oxygène et d'acide carbonique (Lehman); l'oxyde de carbone est la seule substance qui imprime aux cristaux une couleur foncée (Cl. Bernard).

(1) Voir le précédent numéro.

Voilà le résultat des dernières recherches sur l'hémato-cristalline et l'hémoglobine. L'hématine amorphe obtenue pour la première fois par Lecanu, et récemment étudiée par Wiltich, contient les cristaux en nature; ceux que Teichman décrit sous le nom d'hémine résultent d'opérations chimiques plus complexes et plus destructives du sang; ils s'éloignent davantage du pigment rouge normal; enfin, les cristaux que Robin et Virchow ont fait connaître sous le nom d'hématoïdine ne se trouvent que dans le sang extravasé et ne contiennent pas de fer.

L'hémoglobine est la seule de ces substances qui intéresse la physiologie, car elle caractérise pour ainsi dire le plasma; le sérum, en effet, ne contient pas de traces de cristaux, ni par conséquent de fer.

Le fer est contenu tout entier dans l'hémoglobine; mais sous quelle forme, dans quel état et dans quelles proportions? D'après Berzélius, Muller, 128 parties de globules contenues dans 1,000 parties de sang frais renfermeraient 7,3 hématine; Becquerel et Rodier, par des calculs analogues, arrivent à constater, sur 100 parties de globule, 6,02 d'hématine. Dans l'hématine, il y aurait, d'après Muller, 6,64 0/0 de fer; d'après Lehman, 9 à 10 0/0 d'oxyde de fer. Mais les récentes recherches de Teichman et Rollett confirment pleinement les données fournies par Lecanu, qui fixe la quantité de fer à 10 0/0 environ.

Des éléments inorganiques et graisseux des globules. — Une autre propriété des globules qu'on ne soupçonnait pas avant les travaux de C. Schmidt, c'est la répartition inégale des matières inorganiques entre les globules et le plasma. C'est une hérésie physiologique de compter en masse les sels ou les principes protéiques de tout le sang; la valeur de chaque élément inorganique change selon qu'il est intra-cellulaire ou répandu dans le fluide environnant; la cellule est partout le foyer et le facteur des processus chimiques les plus importants de l'organisme; c'est la cellule qui dans les tissus transforme les transsudats du sérum en humeur sécrétoire; il n'y a pas de sécrétion sans cellule; il en est de même dans le sang; là aussi il s'opère des transformations des matériaux charriés par le plasma, et c'est le globule qui est chargé de cette métamorphose; toutes les opérations chimiques du sang reposent sur l'activité des éléments morphologiques et sur les échanges qui s'opèrent entre eux et le plasma. Pour s'en convaincre, il suffit d'étudier la nature des éléments salins dans les globules, et les différences qui les séparent des matières inorganiques du liquide intercellulaire. Le globule possède ses matières protéiques spéciales, qui font un contraste complet avec la fibrine environnante; il possède de même ses composés inorganiques, qui semblent indifférents aux solutions salines dont elles sont entourées; ces sels n'ont donc pas pénétré par simple endosmose du sérum dans le globule; la cellule n'est donc pas une simple vésicule perméable et livrée aux lois de l'imbibition. En voici la preuve :

Les phosphates alcalins prédominent dans les globules; dans le sérum, ce sont les chlorures; dans les globules, c'est la potasse qui forme la base des sels; dans le sérum, c'est la soude et la chaux; le phosphate de potasse n'y existe qu'en quantité minime. On peut dire qu'en chiffres ronds le globule contient dix fois plus de phosphates, mais deux fois moins de chlorures que le sérum; en outre, il contient dix fois plus de potasse et trois fois moins de soude, de chaux et de magnésie.

Les gaz présentent aussi une répartition inégale entre les deux éléments du sang, et on peut dire que l'oxygène domine dans le globule et l'acide carbonique dans les sels du sérum.

Enfin, tandis que les matières extractives peuvent s'élever jusqu'à 8 0/0 dans la sérosité, on voit au contraire dans les cellules prédominer les graisses et particulièrement les graisses phosphorées, qui présentent une si grande analogie avec celles de la substance nerveuse : peut-être même celles-ci résultent-elles uniquement de l'activité des cellules.

COMPOSITION CHIMIQUE DU PLASMA.

Fibrinogène. — Le plasma a pour élément caractéristique une substance qui, dans le sang abandonné à lui-même, *semble* se coaguler spontanément, sous la forme de fibres entrelacées et feutrées, en même temps qu'elle emprisonne les globules, c'est la fibrine. Par cette élimination spontanée, qu'on

appelle la coagulation, le sang, qui était liquide, se transforme en une masse molle, rouge, laquelle se rétracte au bout de quelques heures, et en exprime un liquide jaunâtre appelé sérum. Le sérum contient par conséquent toutes les parties constituantes du sang à l'exception de la fibrine. Le caillot dense qui reste et nage dans la sérosité est donc formé par la fibrine et les globules rouges.

La matière coagulable désignée sous le nom de fibrine, est une substance albuminoïde qui est dissoute dans le plasma, et présente sous cette forme toutes les propriétés des corps protéiques, avec cette particularité qu'un courant d'acide carbonique la précipite de sa solution, bien plus facilement que l'albumine, mais plus difficilement que la globuline. Alexandre Schmidt, qui vient d'étudier avec le plus grand soin les phénomènes de la coagulation, l'appelle substance fibrinogène; on a admis généralement jusqu'ici qu'elle se sépare spontanément, mais c'est là une erreur; il faut l'intervention d'un autre élément des globules, que Schmidt appelle substance fibrino-plastique, et qui pour Denis (de Commercy) serait la plasmine. Ce pouvoir coagulant appartient à l'hémato-cristalline, plus encore à la globuline, qui dans le sang constitue la vraie substance fibrino-plastique; mais il existe une foule d'autres corps, entre autres le tissu connectif, les globules blancs, les corpuscules lymphatiques, qui jouissent de la même propriété coagulante, probablement par la globuline qu'ils contiennent.

Le sérum exprimé du caillot possède aussi ce pouvoir, quoiqu'à un moindre degré; on peut donc dire que le sang contient plus de plasmine qu'il n'est nécessaire pour coaguler toute sa substance fibrinogène.

Pendant la vie, les parois des vaisseaux ont la faculté d'empêcher la coagulation; tant que le sang est en contact avec la membrane interne, il reste fluide, à moins qu'il ne s'arrête dans un point de son parcours; en ce cas, les couches centrales sont soustraites à l'influence vitale de la paroi vasculaire, qui semblait destinée à empêcher l'action de la substance fibrino-plastique; dès que ce contact vient à cesser, le caillot peut se former.

Les acides faibles et l'acide carbonique, entre autres, ont aussi le pouvoir de retarder ou même d'empêcher la coagulation; c'est qu'en effet ils précipitent la globuline de son état de solution et paralysent son action.

Le contact avec l'air, avec des corps étrangers, avec la chaleur jusqu'à 55 degrés, favorise au contraire la coagulation, bien que la quantité de substance fibrinogène n'ait subi aucune variation; or, cette quantité, malgré le volume considérable que cette matière présente à l'état de caillot, ne dépasse pas 2 0/0.

Lorsque la coagulation est retardée par quelque cause que ce soit, lorsque les globules ont eu le temps de se précipiter avant que la fibrine ne soit condensée, la couche supérieure du caillot ne contient plus de corpuscules; elle présente dès lors une coloration blanche formée uniquement par la fibrine, et au-dessous de cette couche blanche, qui est légèrement relevée sur les bords, on observe le caillot rouge normal formé par la fibrine entremêlée de globules rouges : c'est la première stratification qui porte le nom de couenne, dite phlogistique, parce qu'elle se manifeste plus fréquemment dans les maladies inflammatoires, mais que nous retrouverons aussi dans une condition morbide tout opposée, dans l'anémie et la chlorose.

L'étude des altérations chimiques du sang dans cette dernière maladie nous permettra d'élucider, à l'aide d'expériences physiologiques, la formation de ces couennes.

COMPOSITION CHIMIQUE DU SÉRUM.

Le sang privé de globules, c'est le plasma; le plasma sans la fibrine, c'est le sérum.

Les parties constituantes sont à grouper sous quatre chefs :

1° Les matières inorganiques, dont l'élément principal est constitué par l'eau qui entre dans la composition du sérum dans la proportion de 90 pour 100, et semble plus abondante dans les petites veines que dans les artères, à cause de l'addition de la lymphe qui est plus aqueuse que le sang. (Cl. Bernard.)

Les sels qui font partie du groupe des matières inorganiques sont principalement à base de soude : ce sont des chlorures et des carbonates.

2° Les principes albumineux et leurs dérivés.

(*a*) L'albumine, qui figure dans l'analyse pour 8 à 9 pour 100, et dont les variations entraînent une proportion inverse des principes salins. (C. Schmidt.)

(*b*) La caséine que le professeur Natalis Guillot a constatée surtout dans l'état de grossesse, que Panum considère comme existant même à l'état physiologique, et qu'Alexandre Schmidt identifie avec la globuline.

Les dérivés des substances albuminoïdes sont :

(*a*) La glycine copulée avec l'acide benzoïque sous le nom d'acide hippurique; — (*b*) La créatine et la créatinine, qui proviennent de l'activité du tissu musculaire; — (*c*) L'acide urique et l'urée, qui représentent les produits ultimes des oxydations des tissus et corps protéiques.

3° Les hydrocarbures.

(*a*) Le sucre de raisin, dont la quantité varie selon le département veineux, et s'offre au maximum dans les veines sushépatiques et la veine-cave inférieure.

(*b*) Les graisses saponifiées ou émulsionnées, les acides gras et la cholestérine, dont l'ensemble d'ailleurs variable ne dépasse pas 0,1 à 0,2 pour 100.

4° Les gaz, et particulièrement l'acide carbonique, qui prédomine dans le sérum à l'état de combinaison chimique, tandis que l'oxygène prédomine dans les globules.

De ces divers principes, c'est l'albumine qui est le plus important; sa diminution constitue cette forme grave et rarement primitive que nous désignons sous le nom d'anhémie albumineuse. Les autres éléments du sérum se réparent plus facilement; il en résulte que leur déperdition suffit rarement pour produire une anhémie.

DE L'HYSTÉROCAUTOMIE,

nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines,

Par M. le docteur A. Grenet, médecin de l'hôpital de Barbezieux.

État de la question. — On entend chaque jour répéter que les maladies de l'utérus sont devenues beaucoup plus communes qu'elles ne l'étaient autrefois. A quoi tient cette fréquence?

A certaines habitudes de la vie civilisée, disent les hygiénistes; à la dissolution des mœurs, disent les moralistes; à la détérioration de l'espèce, disent les philosophes; à l'épuisement de la vitalité frappée dans ses organes de manifestation les plus essentiels, disent les sceptiques moroses; à l'aggravation d'un mal latent que la répugnance empêche d'avouer et que la résistance à tout examen laisse ignoré, disent les austères; peut-être est-ce une maladie conjecturale, un état morbide contingent, disent les sceptiques. Qui sait si ce n'est pas la faute des accoucheurs, ou même du spéculum, disent les uns et les autres.

Que ne dit-on pas encore! vienne d'où vienne, la chose existe, et il faut avouer qu'à cet égard les médecins eux-mêmes se trouvent souvent dans de singulières perplexités.

Autrefois les femmes, sur l'avis des matrones, ne réclamaient les soins du médecin que pour des chutes de matrice; il y a quelques années à peine, ce n'était que pour des *engorgements;* actuellement c'est presque toujours pour cautériser des *ulcérations* du col de l'utérus.

N'est-il pas d'un usage malheureusement trop répandu que, pour de simples rougeurs ou quelques excoriations semblables à celles des enfants enrhumés, la plupart des chirurgiens pratiquent sans hésitations de fréquentes cautérisations!

Il est fort à craindre que les déviations utérines ne se multiplient et deviennent à la mode.

Que fera-t-on? Que doit-on faire? Comment agissent les cliniciens les plus expérimentés de l'école moderne?

La sage-femme avait le pessaire contre les chutes de la matrice; Lisfranc et ses partisans, les antiphlogistiques contre les engorgements; le plus obscur médecin a des caustiques de toute nature à sa disposition contre les ulcérations; qu'avons-nous contre les déviations?

L'embarras est aussi grand pour les chirurgiens les plus experts que pour les moins autorisés.

Quelque habiles que soient les procédés employés, quelque rationnelles que soient les méthodes de traitement, quelque ingénieux que soient les instruments inventés jusqu'à ce jour pour favoriser le redressement des utérus déviés de leur direction normale, on peut, sans crainte d'être démenti, affirmer qu'aucun de ces procédés, aucune de ces méthodes, aucun de ces instruments n'a répondu d'une manière complète à l'attente que s'en étaient formés les auteurs, inventeurs ou propagateurs.

Je m'abstiendrai de faire la critique de ces moyens, toutes les tentatives ont été louables. En présence de certaines exagérations et de certaines désillusions qui en ont été la suite, je n'aurai pas la témérité de tomber dans l'excès de certains thérapeutistes modernes, et proposer, pour toutes les déviations, l'usage unique de ma méthode; mais si cette réserve m'est commandée par l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de ces affections autant que par le respect et les égards que je dois à mes maîtres, elle me laisse aussi le droit de soutenir des convictions avec toute l'assurance que légitime le succès.

Loin de blâmer les pessaires et les redresseurs, l'on doit rendre hommage aux persévérants efforts des habiles expérimentateurs qui les ont employés. Mais aujourd'hui combien peu de chirurgiens se servent de la sonde utérine, d'après la méthode de Kirvish et de M. Velpeau; combien peu, malgré quelques cas avérés de guérison, mettent en œuvre les audacieuses pratiques de Simpson et de Valleix! N'est-ce pas avec la plus grande timidité qu'on se sert encore de ces pessaires intra-utérins qui, par leur séjour plus ou moins prolongé, peuvent provoquer de graves désordres? M. Aran va jusqu'à avancer que « le redresseur utérin, en qui Valleix avait une si grande confiance, n'a jamais relevé une antéversion d'une manière constante (1). » Contre l'antéversion, le pessaire à air en caoutchouc vulcanisé placé derrière le col; contre la rétroversion, les mèches de M. Huguier et l'ampoule de M. Favrot; contre toutes les déviations, les courants électriques de M. Fano, les ceintures hypogastriques des bandagistes, etc., tous ces moyens n'ont eu, d'un jugement déjà prononcé par l'opinion, que le bénéfice des circonstances atténuantes.

Si la méthode chirurgicale que j'emploie ne satisfait pas d'une manière absolue à toutes les exigences de la pratique, les résultats très-encourageants que j'ai obtenus me font espérer qu'elle est appelée à rendre de très-importants services aux gynécologistes. Sans doute les déviations utérines sont rarement essentielles : la déviation de l'utérus et de son col, les évolutions que ses organes subissent tiennent à une disposition anatomique, un travail physiologique ou un exercice fonctionnel, comme elles peuvent être la conséquence d'un état morbide. En modifiant leur direction je n'ai point la prétention de détruire les causes de ce vice de direction; mais, ce qui est certain, c'est qu'en combattant la déviation, on facilite par cela même le traitement des maladies occasionnelles ou concommittantes; et le résultat obtenu n'aurait-il pour conséquence immédiate que celle de faire cesser les vives douleurs que provoque la déviation, on retirerait encore d'énormes avantages de cette méthode thérapeutique.

Je sais bien que quelques savants pathologistes, M. Becquerel entre autres, ne voyant que la métrite, malheureusement il est vrai trop commune, font remonter uniquement à elle les douleurs ressenties lorsqu'il y a déviation. Je sais bien encore que quelques cliniciens de grande valeur, M. Goupil entre autres, affirment que la déviation, chez les femmes qui n'ont pas d'affections utérines, ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel. Pourquoi donc alors le redressement opéré, voit-on cesser les souffrances les plus tenaces? Cette considération amènerait tout au plus à cette conclusion qu'on ne doit point tenter le redressement lorsqu'il n'existe ni souffrances locales caractéristiques, ni manifestes retentissements dans l'économie générale. Cette prudence est bien plus impérieusement commandée lorsqu'il s'agit d'une inflammation aiguë de la région utérine ou péri-utérine.

Comme on le voit déjà, les résultats obtenus par ce mode opératoire peuvent donner lieu à quelques aperçus contradictoires; il est donc nécessaire d'établir une distinction entre les conditions physiologiques et pathologiques des déviations utérines.

Caractères des déviations. — L'utérus peut se déplacer dans toutes les directions. L'état vraiment normal est lorsque la direction de l'utérus correspond à l'axe du détroit supérieur et lorsque la direction du col correspond à l'axe du détroit inférieur. Cette disposition explique naturellement la courbure, la légère flexion qu'a décrite M. Boulard, au point de réunion des deux axes. Cette courbure existe dans la portion sus-vaginale du col, le plus souvent au niveau de l'orifice interne.

En raison de la fixité relative du col assez solidement embrassé par les ligaments utéro-sacrés, au niveau de l'insertion vaginale, l'utérus, mobile sur son axe de suspension, suit facilement les positions qui l'entraînent en tous sens, surtout vers le plan antérieur. Le col, selon l'intensité des causes de cette inflexion, et malgré sa plus grande fixité, suit d'ordinaire la direction opposée à celle qui est imprimée à l'utérus et bascule dans l'autre sens.

Le corps de l'utérus, à la naissance, représente seulement le quart de tout l'organe. Un peu avant la puberté, il n'en forme que la troisième partie; ce n'est qu'après cette époque qu'il égale le col ou même lui devient supérieur. Du reste la séparation nette du col ne se prononce qu'après la naissance; on aperçoit d'abord un léger évasement du fond de l'organe qui commence ainsi à perdre la forme cylindroïde qu'il avait auparavant. D'après MM. Richet, Cruveilhier, Aran, Boulard et Verneuil, c'est l'antéflexion de l'utérus sur le col qui, chez le fœtus, est la règle générale. D'après M. Goupil, au contraire, le nombre des antéflexions augmente après la puberté, et celles-ci ne disparaissent qu'à la suite de grossesses répétées. M. Cusco, dans sa thèse de concours, démontre que l'étranglement latéral qui, chez la jeune fille, siégeait si haut d'abord, divise alors l'organe en deux parties latérales après avoir passé par tous les degrés intermédiaires. M. Aran prétend que, bien que l'utérus se redresse, sa concavité antérieure ne disparaît, ne s'efface complétement que par les progrès de l'âge.

Les flexions sont aussi très-fréquentes pendant la gestation. La grossesse et certaines distensions de l'utérus qui simulent cet état impriment à l'organe des modifications de forme, de volume, de position, de structure et de direction qui ne doivent être que temporaires; mais, il faut l'avouer, qui laissent souvent après elles quelques traces ineffaçables.

Quelle est la limite de l'état physiologique et de l'état pathologique? M. Nélaton pense que la permanence doit être le signe pathognomonique des déviations. Il est incontestable que cette permanence fait supposer une cause ancienne, profonde, et constitue franchement un état pathologique. Mais, quelque temporaire que soit ou qu'on suppose la déviation, si elle s'accompagne de douleurs, doit-on rester indifférent comme en face d'une déviation qui ne s'accompagne d'aucun désordre local ou général? Ici le signe douleur sert non-seulement de mode de distinction pour le diagnostic, mais aussi sert de guide indicateur pour l'action ou l'expectation.

J'ai dit que normalement l'utérus suivait un axe qui n'était pas celui du col; s'il suivait le même axe on pourrait dire qu'il y a flexion. Cette distinction toute rationnelle explique comment quelques observateurs ont vu des déviations où il n'y en a pas et réciproquement. La flexion est réelle lorsque le sinus formé par la jonction des deux axes est exagéré à ce point de dépasser la limite fonctionnelle; la déviation est positive lorsque l'utérus, s'éloignant de son axe, entraîne en direction inverse le col avec lequel il conserve plus ou moins les rapports qu'il avait antécédemment.

Les déviations utérines se divisent en antéversions, rétroversions et latéroversions.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, p. 1040.

Dans l'antéversion la face antérieure de l'utérus regarde en bas et en avant, la face postérieure en haut et en arrière, le fond, incliné en avant, s'applique contre la symphyse du pubis, pressant la vessie qu'il refoule; le col utérin, porté plus ou moins haut en arrière dans la cavité du sacrum, refoule la cloison recto-vaginale dans laquelle il se fait une niche.

Dans la rétroversion, l'utérus, dirigé en arrière, est plus ou moins incliné. Son fond s'appuie sur l'angle sacro-vertébral, ou descend même plus bas dans la concavité sacrée; le col utérin regarde en avant et remonte vers la symphyse du pubis, en refoulant devant lui le col ou le bas-fond de la vessie.

Dans la latéroversion, l'utérus est plus ou moins incliné à droite ou à gauche en faisant suivre au col une inclinaison égale dans un sens opposé.

A cette division on peut ajouter les anté-latéroversions et les rétro-latéroversions, selon l'obliquité qu'affecte l'utérus par rapport aux plans antérieur, postérieur et latéraux.

Il arrive quelquefois que l'ectropie est telle que le col se trouve dans une position plus élevée que le fond utérin et que celui-ci, dépassant le plan horizontal, occupe une place plus déclive.

On a divisé les flexions en antéflexions, rétroflexions, latéroflexions et flexions intermédiaires. Les flexions du corps de l'utérus, dans un des sens de la circonférence du bassin, consistent dans une flexion de cet organe sur son col, alors que celui-ci a conservé sa direction normale; et les flexions du col sont celles qui consistent dans une flexion de cet organe alors que le corps a conservé sa direction. Les axes du grand et du petit bassin peuvent servir de point de repère.

M. Aran admet encore des flexions dans le sens du col et du corps utérins, et des flexions dans le sens contraire [1].

Le toucher vaginal et le toucher rectal, accompagnés de la palpation abdominale, ainsi que le spéculum, fournissent de précieux renseignements. Il est à remarquer que, dans les déviations franches, le doigt introduit dans le vagin rencontre une surface lisse, sans éprouver la sensation d'un sillon transversal ou longitudinal; mais, avec le spéculum, la rainure qui limite l'insertion vaginale est parfois apparente.

Le degré précis de déviation ne peut être réellement fourni que par la sonde utérine; ce n'est qu'à l'aide de cet instrument qu'on peut mesurer l'intensité de l'angle formé par la réunion des deux axes en cas de flexion, et le degré d'hystéroloxie en cas de déviation. Ce moyen d'investigation exige de grandes précautions et doit toujours être rejeté lorsqu'on soupçonne une grossesse.

On doit, pour introduire la sonde, redresser préalablement le col, d'abord au moyen du toucher, puis du spéculum bivalve, dont une des valves refoule la face inclinée de l'utérus pendant que l'autre pénètre sous le museau de tanche, et enfin avec l'extrémité de la sonde qui, appliquée sur l'orifice externe, tend à attirer le col en verticale. Dans les cas de version, ce redressement produit une véritable courbure dans la portion sus-vaginale. Lorsqu'on fait pénétrer la sonde dans la cavité du col, qu'on a, après une introduction de 25 à 30 millimètres, franchi le sphincter qui sépare les deux cavités, on éprouve, en suivant le nouvel axe donné au col, une résistance qu'on ne doit pas chercher à vaincre; mais, en imprimant à l'instrument des mouvements légers de progression, latéraux et de recul, on arrive à se convaincre que la pénétration dans la cavité utérine n'est possible qu'en changeant la direction de la sonde. Ainsi dans les antéversions, on pénètre en portant le manche de l'hystéromètre en arrière et en refoulant le périnée; alors on peut calculer approximativement, par les degrés du cercle parcourus, le degré de l'inclinaison utérine. Dans les flexions du col, la résistance à l'introduction de la sonde ne se fait pas à l'orifice interne, mais dans le parcours de son canal: le col est alors recourbé sur lui-même, et généralement cette courbure existe au niveau de la jonction de sa portion sous-vaginale.

Cette considération peut avoir une certaine importance à l'égard de l'opportunité de l'hystérocautomie. Il résulte de mes observations que, lorsque l'utérus seul est en flexion et que par conséquent le col suit sa direction normale, on ne remarque aucun phénomène pathologique. Il n'y a pas d'accidents nerveux propres à ce vice de direction. Lorsque le col seul est en flexion, il y a généralement des douleurs rectopathiques ou cythopathiques. Je dois noter en passant que lorsqu'il reprend, comme après l'opération de l'hystérocautomie, la direction de l'axe du détroit inférieur, il peut résulter que l'action produite sur le col utérin se fasse ressentir sur le corps, et que celui-ci s'infléchisse dans le sens opposé. Cette circonstance prévue doit être pour l'opérateur une indication d'agir d'une manière bien moins énergique dans les flexions du col que dans les déviations utérines complètes.

M. Becquerel affirme que la déviation simple ne donne lieu à aucun accident, à aucun phénomène morbide spécial, mais qu'elle dispose les femmes à contracter plus facilement les inflammations aiguës ou chroniques des organes déviés.

Tout en convenant que, dans la majorité des cas, ces lésions morbides s'accompagnent et qu'il est bien difficile de décider laquelle des deux a produit l'autre, on ne peut pourtant mettre en doute certains signes propres et pathognomoniques des déviations. Peut-on concevoir qu'un organe qui a éprouvé un changement considérable de position et de rapports, soit doué d'une complète immunité de sensation? Loin de là, la pression et le frottement de l'extrémité vaginale du col sur le rectum ou la vessie, remplis sans cesse de fèces ou d'urine, donnent lieu à un sentiment particulier d'agacement, qu'un observateur attentif ne peut pas confondre avec le ténesme que produit l'inflammation du col utérin.

(1) *Leçons cliniques*, p. 1023.

DU BROMHYDRATE D'AMMONIAQUE

Contre la Coqueluche,

Par M. le docteur GEORGE (de Strasbourg).

Quelque obscure que soit la nature de la coqueluche, il est difficile de douter que ce soit le pneumogastrique et peut-être le nerf récurrent seul qui soit en cause dans cette affection. Il peut donc se faire qu'un médicament anesthésique, agissant d'une manière en quelque sorte spécifique sur le nerf, soit d'une grande utilité. Le docteur Gibb, de Londres, a trouvé dans le bromhydrate d'ammoniaque cet anesthésique qu'il a regardé comme ayant une action toute particulière sur le cou; c'est ce qui a engagé le docteur Harley à expérimenter ce médicament dans la coqueluche.

Dans beaucoup de cas, dont cinq sont spécialement rapportés, le bromhydrate d'ammoniaque a toujours été utile, et dans quatre cas, que Gibb a observés, ce médicament avait réussi. Aussi se loue-t-il beaucoup de son emploi. Il trouve en lui un calmant du larynx et de la trachée dont l'action se ferait sentir sur le nerf vague.

La dose varie de 2 à 3 grains (0gr,10 à 0gr,15) donnés trois fois par jour chez les petits enfants, et de 4 à 8 ou 10 grains (0gr,20, 0gr,40 à 0gr,50) chez les enfants plus âgés. Le médicament se donne dissous dans de l'eau simple ou dans une infusion d'ipécacuanha.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 mai 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Un rapport d'épidémie, par M. le docteur Dagand (d'Albi);

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Drôme, de l'Orne, des Basses-Pyrénées, du Puy-de-Dôme et de la Dordogne (Commission des épidémies);

3° Un rapport sur le service médical des eaux minérales d'Euzet (Gard), par M. le docteur Treuille (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Des lettres de MM. Guéneau de Mussy et Hardy, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique;

2° La description et le modèle d'un nouveau laryngoscope construit par M. Capron, d'après les indications de M. le docteur A. Dufour.

Appareil pour douches filiformes. — **M. GUÉRARD** met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé et construit par M. Mathieu pour l'administration des douches filiformes.

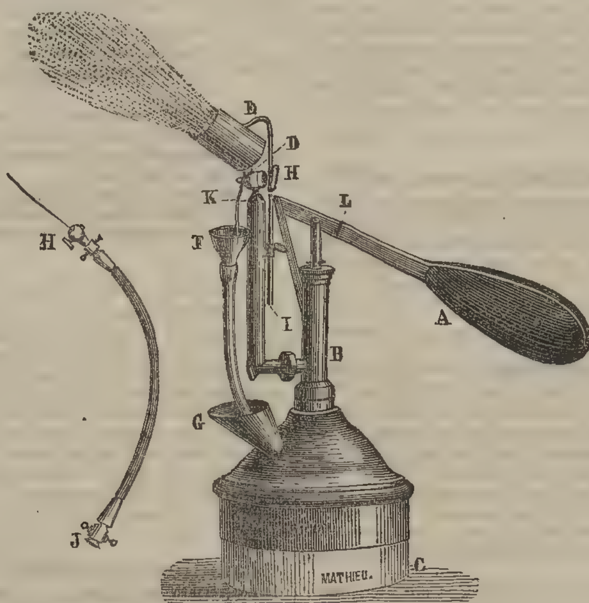
Cet appareil se compose:

1° D'un vase en cristal C dans lequel on verse par l'entonnoir G le liquide simple ou médicamenteux qui peut être employé à des températures variées;

2° D'un corps de pompe B portant un clapet au point où il s'adapte avec le tube d'aspiration;

3° D'un levier A destiné à faire à l'aide du piston, la pression immédiate sur le liquide; ce levier se dévisse à volonté au point L;

4° D'un tube I emmanché sur le corps de pompe et se terminant en haut au point K par un pas de vis destiné à recevoir les différents ajutages (ajutage fixe, tube en étain, etc., etc.) perforés pour le passage de l'eau.



La manœuvre de cet instrument est facile, et il se prête à une graduation facultative qui en favorise les applications en les multipliant; la simplicité du mécanisme le met à l'abri des détériorations qu'on observe fréquemment dans les appareils de ce genre; il ne présente aucun danger d'explosion, la pression agissant directement sur le liquide.

M. le docteur de Laurès, médecin-inspecteur des eaux de Néris, a pensé qu'on pourrait utiliser ces douches capillaires dans le traitement d'un certain nombre de maladies dont l'élément principal consiste dans les troubles de la sensibilité et de la motilité. Les observations recueillies par ce praticien dans des cas de névralgie et de paralysie ont justifié ses prévisions, et permettent d'espérer des résultats avantageux de cette nouvelle méthode de traitement. L'effet physiologique de la douche capillaire consiste:

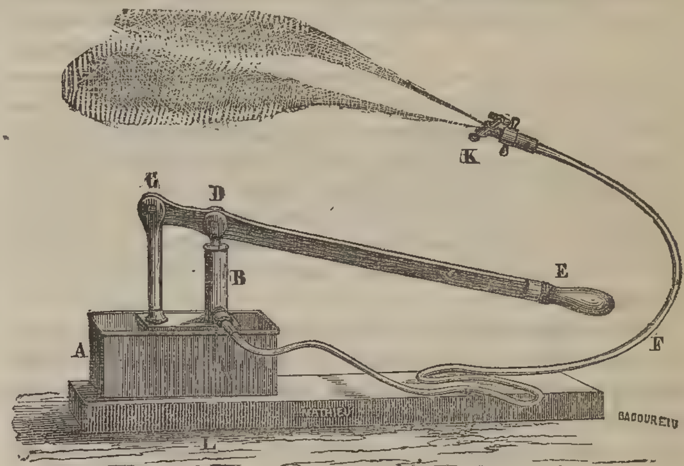
1° En une sensation de chatouillement, de cuisson, de piqûre ou de brûlure, suivant que la partie frappée est mise en contact avec le jet dans sa portion épanouie ou bien dans sa portion rigide;

2° Dans le développement d'une congestion assez vive de la peau avec augmentation de chaleur;

3° Et si, par un mouvement brusque et rapide du levier on comprime fortement le liquide contenu dans le corps de pompe, l'épiderme est déchiré, et il se produit au-dessous de lui une boursoufflure qui disparaît au bout de huit ou dix minutes, et à laquelle succède un léger suintement séro-sanguinolent.

L'appareil dont nous venons de parler peut, à l'aide d'un ajutage, servir à la pulvérisation des liquides.

Un appareil d'un grand modèle, construit d'après les mêmes principes et destiné à l'application des douches filiformes et à la pulvérisation des liquides, a été fabriqué par M. Mathieu pour l'établissement thermal de Néris; le dessin ci-contre le reproduit exactement:



A Réservoir d'eau.
B Corps de pompe.
C Charnière du levier.
D Charnière du piston.
E Manche du levier.
F Tube flexible en étain à parois épaisses percé dans son centre par une lumière de 2 millimètres de diamètre.
K Ajutages variés pour produire le jet.
L Planche sur laquelle l'appareil est fixé.

Nous publierons prochainement quelques-unes des observations qui ont été faites dans les hôpitaux de Paris sur les applications de cet appareil.

M. BÉCLARD présente à l'Académie: 1° un ouvrage de M. Daremberg, intitulé: *Médecine, Histoire et Doctrines*; 2° la première partie du tome deuxième de la quatrième édition du *Traité d'anatomie descriptive*, de M. Cruveilhier, revu et augmenté par MM. les docteurs Marc Sée et Cruveilhier fils; 3° une brochure de M. le docteur Bang, en langue suédoise, intitulée: *Bains de la Suisse et de la France comparés à ceux de l'Allemagne*.

M. LARREY présente, au nom de MM. les docteurs Baroffio et Quagliotti un ouvrage intitulé: *De l'alimentation du soldat*.

M. J. GUÉRIN dépose sur le bureau: 1° un ouvrage de M. le docteur Delvaille ayant pour titre: *Lettre à M. J. Simon sur l'exercice de la médecine*; et 2° une brochure de M. le docteur Pelikan (de Saint-Pétersbourg), *Sur une question médico-légale relative à l'empoisonnement par la digitaline*.

M. MÉLIER présente, de la part de leurs auteurs, les ouvrages suivants: 1° *Mémoires et leçons sur la fièvre jaune et la fièvre paludéenne*, par le docteur Faget (de la Nouvelle-Orléans);

2° *Origine et progrès de l'hygiène navale*, par M. le docteur Luigi Bruza, médecin attaché à la direction de la Santé à Gênes;

3° *Uriage et ses eaux minérales*, par M. le docteur Doyon, inspecteur à Uriage.

M. ROBIN dépose sur le bureau une note sur l'emploi du spéculum laryngien, par M. le docteur Labordette (de Lisieux).

RAPPORT.

Traitement du cancer par le suc gastrique. — **M. ROBIN** fait en son nom et au nom de M. Velpeau un rapport sur un travail de MM. Lussana et Lansini, relatif au traitement et à la guérison du cancer par le suc gastrique. M. le rapporteur déclare qu'il est impossible de trouver dans l'observation unique de ces deux médecins les indications nécessaires pour arriver à savoir si le diagnostic qu'ils ont porté était exact. La Commission se voit en conséquence dans l'impossibilité de valider en quoi que ce soit la conclusion de la note soumise à son examen. Elle propose, pour conclusion, le dépôt pur et simple du travail aux archives (adopté).

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Parchappe.

Suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. PARCHAPPE lit un discours que nous résumerons dans l'un des prochains numéros.

M. BOUILLAUD monte ensuite à la tribune. Il commence par remercier M. Parchappe de l'appui qu'il vient de donner, en partie du moins, à ses doctrines, doctrines auxquelles il tient plus que jamais bien qu'il ne néglige aucune des objections qui y ont été faites, ni aucune des observations contraires, en apparence, qui ont été publiées.

M. Trousseau, à l'inverse de M. Lélut, n'a pas fait son siége, et, d'après le discours qu'il a fait entendre à cette tribune, on peut le ranger dans la secte de pyrrhoniens; il le remercie toutefois aussi de tout ce qu'il a dit de bienveillant à son égard, mais il ne peut s'empêcher de relever une méprise qu'il a commise à propos du fait présenté en son nom par M. Blachez. D'après M. Trousseau ce fait serait contraire à la doctrine de la localisation de la parole dans les

lobes antérieurs du cerveau; mais c'est une erreur capitale; c'est justement le contraire, et c'est à l'appui de cette doctrine que ce fait a été présenté, puisqu'il s'agit justement d'un homme qui, ayant conservé jusqu'à la fin de sa vie l'usage de la parole, avait eu, il est vrai, le lobe antérieur droit du cerveau altéré, mais avec intégrité parfaite du lobe gauche. Or, il ne faut pas l'oublier, ajoute M. Bouillaud, j'ai toujours dit et je n'ai jamais voulu prétendre autre chose, que je mettais au défi que l'on me montrât un fait dans lequel la parole aurait été conservée avec une altération des deux lobes antérieurs du cerveau. On n'a pas oublié, et je tiens à le rappeler ici, que j'ai proposé, il y a trente ans, un prix de 500 francs pour l'auteur d'une observation authentique qui présenterait cette condition. Ce concours est toujours ouvert. J'aurais donc dû m'adjuger ce prix à moi-même, si le fait présenté en mon nom par M. Blachez avait la signification que lui a donnée M. Trousseau. Comment se fait-il que personne ne se soit présenté encore jusqu'ici pour réclamer ce prix?

M. Bouillaud répond encore à une autre observation de M. Trousseau qui lui a attribué, au sujet de la fonction de coordination des mouvements nécessaires pour l'accomplissement de la parole, une opinion qui n'est pas la sienne, mais celle de M. Broca, dont il n'a pas par conséquent à prendre la défense.

Arrivant ensuite à la statistique des faits qui ont été opposés à sa doctrine, M. Bouillaud déclare qu'il n'admet que les statistiques bien faites, c'est-à-dire celles qui ne se composent que de faits authentiques et bien observés. Or, des observations sur des sujets comme ceux-là surtout sont plus difficiles à faire qu'un sonnet. Si j'avais trouvé, dit-il, une observation bien faite qui fut contraire à la proposition que je soutiens, je serais venu le déclarer hautement à cette tribune. Mais je n'en ai pas rencontré encore une seule qui m'ait satisfait à cet égard et qui m'ait paru réunir toutes les conditions exigibles. Quand j'ai réfuté dans le temps les faits qui m'avaient été opposés par M. Andral et M. Cruveilhier, ces savants collègues n'ont pas répondu.

On m'a opposé tout récemment l'observation recueillie par M. Cornil, observation qui, j'ai le regret de le dire, malgré toute l'estime que j'ai pour son auteur, n'a aucune valeur dans la question qui nous occupe.

Un journal de médecine, la *Gazette des Hôpitaux*, a publié dans l'un de ses derniers numéros un fait que je ne puis non plus accepter. (Ici M. Bouillaud donne lecture de l'observation de M. le docteur Langaudin publiée dans le n° du 29 avril.) Cette observation, ajoute-t-il, ne prouve rien d'ailleurs contre moi, puisqu'il s'agit d'une altération du lobe gauche du cerveau avec conservation de la parole, le lobe droit étant resté intact, et que j'admets que les deux lobes se suppléent et sont dévolus tous deux aux mêmes fonctions, et que par conséquent il suffit que l'un des deux lobes ne soit point altéré pour que la fonction ait pu continuer à s'exercer.

M. Bouillaud termine par quelques observations critiques au sujet des travaux de MM. Dax père et fils, qu'il répudie également et avec lesquels il repousse toute solidarité. Il s'étonne même d'avoir vu reproduire tout récemment dans la *Gazette hebdomadaire* un travail de M. Dax fils contenant les assertions les plus fausses et les plus erronées sur sa doctrine.

En dernière analyse, depuis trente ans que je soutiens que les lobes antérieurs du cerveau sont le siége de la parole, je n'ai pas encore vu un seul fait qui détruise cette opinion, et je suis encore à attendre qu'on vienne réclamer le prix que j'ai fondé.

Il est cinq heures, la séance est levée.

Addition à la séance du 25 avril.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 15 courant, approuvant l'élection de M. le docteur Bergeron comme membre titulaire dans la section d'hygiène. M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre du ministre et du décret.

Après cette lecture, M. Bergeron, sur l'invitation de M. le président, prend place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport d'épidémie de M. le docteur Martin-Duclos (de Villefranche); 2° le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département du Lot.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de MM. les docteurs Albert et Gustave Dufour qui font part à l'Académie de la mort de M. Léon Dufour, leur père, associé national à Saint-Sever (Landes);

2° Une note de M. le docteur Scelles (de Montdésert), sur le traitement de la goutte et du diabète sucré par la respiration de l'air ozonisé (Comm. M. Chatin);

3° Un rapport de M. le docteur Heyfelder fils sur l'épidémie de Saint-Pétersbourg (Comm. MM. Mêlier, Michel Lévy et Bergeron).

— **M. TARDIEU** présente :

1° Au nom de M. le docteur Constallet de Laroque une brochure sur les eaux de Salies de Béarn;

2° Au nom de M. le docteur Sirus-Pirondi une brochure sur la vaccine et la vaccination, et une autre brochure intitulée : *Quelques observations de chirurgie usuelle;*

3° Au nom de M. le docteur L. Pénard le quatrième rapport annuel fait au nom du conseil d'hygiène et de salubrité de Seine-et-Oise;

4° Au nom de M. Rollet la première partie du *Traité des maladies vénériennes;*

Et 5° Au nom de M. le docteur J.-B. Garibaldi (de Gênes) une brochure intitulée : *Essai sur la nouvelle doctrine de M. Tardieu*, relative aux signes de la mort par strangulation et suffocation.

M. LARREY présente une brochure sur les secours à donner aux blessés sur les champs de bataille, publiée par le comité central français.

PRÉSENTATION.

M. BLONDLOT, récemment nommé correspondant, présente à l'Académie des échantillons de phosphore noir découvert par Thénard, et dont l'existence avait été révoquée en doute par plusieurs chimistes. M. Blondlot entre dans quelques développements sur les caractères de ce phosphore, ainsi que sur les procédés à l'aide desquels il l'a obtenu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Société des amis des sciences tiendra sa huitième séance publique annuelle sous la présidence de M. le maréchal Vaillant, le jeudi 4 mai, à 8 heures très-précises du soir, à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres. L'ordre du jour comprendra :

1° Compte-rendu de la gestion du conseil d'administration par le secrétaire;

2° Du magnésium, de ses propriétés et de ses applications, par M. L. Troost, professeur au lycée Bonaparte;

3° Éloge d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, ancien membre du conseil d'administration de la Société, par M. Blanchard, de l'Institut;

4° Dépouillement du scrutin pour l'élection des membres du conseil et du bureau de la Société.

— Les *Archives de médecine navale* pour avril 1865 renferment les travaux originaux suivants :

I. Considérations sur les épidémies de fièvre jaune et les maladies de Véra-Cruz (Mexique) pendant la première moitié du XIX[e] siècle, d'après les registres de l'hospice civil de Saint-Sébastien, par M. le docteur Bouffier, chirurgien principal (1[er] article).

II. Études sur la nature et les causes des lésions traumatiques à bord des bâtiments de guerre, suivant les professions, par M. le docteur Barthélemy, chirurgien de première classe (4[e] article).

III. Étude sur L. Rouppe, par M. le docteur G. Pop, inspecteur général du service de santé de la marine royale néerlandaise. Analyse critique du traité : *De morbis navigantium*, par M. le docteur Rey, chirurgien de deuxième classe de la marine impériale (1[er] article).

IV. Traitement de l'asphyxie par submersion suivant la méthode physiologique du docteur Marshall Hall, perfectionnée par M. le docteur Sylvestre.

V. Instruction pour les recherches et observations anthropologiques.

— M. le professeur Jarjavay commencera le jeudi 11 mai des conférences de clinique chirurgicale, à l'hôpital Beaujon, et les continuera les jeudis suivants.

La visite des malades aura lieu à huit heures, et la leçon clinique à neuf heures un quart.

— M. le docteur Édouard Meyer commencera un cours public d'ophthalmologie (maladies internes de l'œil et ophthalmoscopie) le vendredi 5 mai 1865, à sept heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, recommencera son cours de médecine opératoire le lundi 8 mai, à midi, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure, pendant un mois.

La médecine. Histoire et doctrines, par M. Ch. DAREMBERG, bibliothécaire à la Mazarine, professeur chargé de ce cours au collége de France. Un fort vol. in-8. Prix : 7 fr. Paris, 1865, librairie académique Didier et C[ie], 35, quai des Augustins.

Uriage et ses eaux minérales, par le docteur DOYON, médecin-inspecteur. 1 vol. in-18 de 184 pages, orné de 6 vignettes. — Paris, Victor Masson et fils, libraires, place de l'École-de-Médecine. Prix, 3 fr.

Étude sur la fièvre typhoïde, par le docteur BERNARD. In-8° de 96 pages. Prix : 1 fr. 50 *franco*.

Hygiène des bains de mer précédée de considérations sur les *bains* en général, par le docteur DURIAU, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Mém. in-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 25 *franco*. — Ces deux ouvrages sont en vente chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 54. — SAMEDI 6 MAI 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 6 MAI 1865. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Diagnostic de l'hydrocéphalie chronique et du rachitisme par l'ophthalmoscope. — Statistique des plaies. — Aphasie. — Hystéro-cautomie. — Absorption de l'hydrogène sulfuré. — De l'alcoolisme. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Diagnostic différentiel de l'hydrocéphalie chronique et du rachitisme au moyen de l'ophthalmoscope.

Le diagnostic de l'hydrocéphalie chronique, à ses débuts, n'est pas toujours très-facile, et, chez les jeunes enfants encore à la mamelle ou n'ayant pas dépassé trois ans, il est même d'une difficulté excessive. En effet, tant que la tête n'a pas acquis un volume assez considérable pour dissiper tous les doutes, les troubles de la motilité, de la sensibilité et des organes des sens sont d'une appréciation quelquefois très-embarrassante. De plus, il y a une autre maladie de l'enfance qui produit l'augmentation de volume de la tête, et qui a été souvent confondue avec l'hydrocéphalie commençante; c'est le rachitisme limité au crâne et accompagné de convulsions internes et d'éclampsie.

Un instant Fisher (de Boston) avait cru trouver dans la présence d'un bruit de souffle au niveau de la fontanelle antérieure le moyen de reconnaître l'hydrocéphalie, mais les recherches ultérieures de Rilliet et de Wirlhgen ont établi que ce bruit de souffle existait également chez les rachitiques et chez un grand nombre d'enfants bien portants.

En présence de ces tentatives infructueuses faites pour éclairer le diagnostic de l'hydrocéphalie chronique et du rachitisme, M. Bouchut a pensé que la connaissance de nouveaux signes fournis par l'ophthalmoscopie pourrait donner plus de précision au diagnostic de ces deux maladies.

Dans l'hydrocéphalie chronique, dit-il, la circulation et la nutrition du fond de l'œil subissent des modifications qu'explique très-bien la compression intérieure ou extérieure du cerveau par la sérosité contenue dans le crâne, et ce sont ces modifications, appréciées au moyen de l'ophthalmoscope, qui sont précisément des signes importants de l'hydrocéphalie chronique.

A mesure que la sérosité s'accumule et que la compression du cerveau augmente, il se fait dans l'intérieur de l'œil : 1° une vascularisation plus grande de la papille et de la rétine avec dilatation des veines qui gardent leur couleur habituelle; 2° un accroissement du nombre des veines de la rétine; 3° une infiltration séreuse partielle ou complète de la papille; 4° une atrophie de la rétine et de ses vaisseaux; 5° une atrophie plus ou moins prononcée, quelquefois complète, du nerf optique.

Ces lésions varient avec l'ancienneté de la maladie et avec la quantité de l'épanchement séreux. Elles résultent, soit de la compression des sinus, ce qui empêche le sang de l'œil de rentrer dans le sinus caverneux et ce qui amène l'œdème de la rétine, soit de la compression des nerfs optiques à l'intérieur du crâne. Elles n'ont pas une influence égale sur l'exercice de la vision, car, sauf l'atrophie de la papille, les autres permettent encore aux enfants de distinguer les objets. Enfin, ce qu'il y a de plus important, c'est qu'elles n'existent pas dans le rachitisme.

En effet, sur vingt-deux enfants rachitiques que M. Bouchut a examinés, enfants de cinq ans à trois ans, dont le corps était peu déformé, et qui offraient surtout un accroissement de volume de la tête avec persistance de la fontanelle antérieure, les uns ayant offert des convulsions internes ou de l'éclampsie, et les autres n'ayant eu aucun accident nerveux, le fond de l'œil conservait ses dispositions normales. Il n'y avait aucune altération de la papille ni de désordre dans la circulation veineuse de la rétine.

En conséquence, conclut-il, l'ophthalmoscope permet de distinguer l'hydrocéphalie chronique du rachitisme produisant l'augmentation du volume de la tête; car, dans le premier cas, on peut constater au fond de l'œil des troubles de circulation et de nutrition qui n'existent pas dans le rachitisme.

Statistique des plaies observées pendant la guerre de Crimée.

Il y a deux groupes de blessures sur lesquels il est difficile de faire porter un examen approfondi, le groupe des plaies de la face et celui des plaies de la tête. Cependant, il y a quelque chose à voir dans ce sujet, surtout dans la comparaison qui a été faite par M. Chenu entre les statistiques françaises et anglaises. Ici, à l'opposition de ce que nous trouverons plus tard, ce sont les blessés français qui ont guéri en plus grand nombre.

Voici les chiffres :

Sur 740 individus atteints de perforation ou de fracture du crâne, nous avons perdu 546 malades. Les Anglais ont traité 91 perforations et plaies pénétrantes du crâne, et ont perdu tous leurs blessés.

Pour les plaies de la face avec fracture, les Français ont perdu 101 blessés sur 208; environ la moitié.

Les Anglais n'ont perdu que 10 soldats sur 103 blessés du même genre; mais dans ces plaies de la face, les divisions ne sont pas suffisamment établies, et nous ne pouvons insister sur cette statistique.

Les fractures de la mâchoire inférieure, qui sont énumérées dans un chapitre à part avec beaucoup de justesse, offrent de nombreux enseignements. De l'énumération des hommes traités et guéris ou pensionnés, on peut tirer les données statistiques suivantes :

28 hommes, dont 5 blessés par des éclats d'obus et 22 blessés par une balle et 1 par une chûte de la hauteur d'une vergue sur le pont du *Roland*, ont été guéris en présentant les accidents habituels des fractures complètes de la mâchoire avec déchirure du périoste et des gencives, savoir : la perte d'une ou de plusieurs dents, un cal difforme et volumineux, le défaut de parallélisme des arcades dentaires.

Mais il y a eu des complications plus graves : cinq fois la langue avait été blessée par des balles et un éclat d'obus; il en était résulté des adhérences entre la langue et le cal de la fracture du maxillaire, ce qui constituait une difformité incurable.

Parmi les blessés, il y a eu, à la suite de la consolidation de la fracture, 9 cas de nécrose du maxillaire; il s'agissait de fractures causées par des balles chez 8 malades et par un éclat d'obus chez 1 malade.

Deux fois, il y a eu des rétractions musculaires persistantes : après une plaie par une balle et une par un éclat d'obus.

Les plaies étendues à la branche montante du maxillaire ont été suivies cinq fois d'ankylose de la mâchoire; deux fois seulement l'ankylose était complète.

Dans un cas, un coup de feu avait produit une fracture et une luxation à la fois.

Dans cinq cas, la lèvre avait été atteinte et détruite dans une certaine étendue, et il y avait une ouverture permanente de la bouche et un écoulement continuel de la salive. Un de ces malades a pu être opéré plus tard au Val-de-Grâce par M. Larrey, qui a fait une restauration des lèvres.

Parmi les faits curieux rassemblés par M. Chenu, il en est un qui est extrêmement rare. Il s'agit du malade qui a conservé non plus de la difficulté d'articuler des sons, mais bien le bégaiement.

Voici ce que porte la fiche du soldat :

F... (Pierre-Dominique-Joseph), né le 18 janvier 1829, à Pludno (Côte-du-Nord). Coup de feu à la partie moyenne de la joue gauche le 8 septembre 1855; la balle, en traversant les deux joues, a enlevé les deux molaires, fracturé le côté droit du maxillaire inférieur et a entamé largement la langue. Bégaiement.

Sorti le 17 novembre 1855.

Dans ce cas, c'est assurément à la blessure de la langue et de ses nerfs, par le même coup qui avait fracturé le maxillaire, que l'on doit attribuer le bégaiement. Mais il y a au moins ce fait avéré que la blessure de la langue qui a causé le bégaiement siégeait à la base et sur le côté de l'organe. Il y a, en effet, d'autres cas de blessures de la langue sur les côtés, et qui n'ont été suivis que de gêne de la mastication et de la prononciation de certaines consonnes.

Une seule fois, une résection a été faite; il s'agissait d'une fracture comminutive, et il a été réséqué la moitié antérieure de la branche horizontale. Il y a eu consolidation vicieuse et gêne de la mastication.

Les blessures de la région cervicale ont présenté une grande gravité, surtout lorsqu'elles étaient compliquées de fracture des vertèbres; dans l'armée française, il y a eu 45 morts et 4 infirmes ou pensionnés sur 49 blessés.

De ces premiers faits, plusieurs conclusions peuvent être tirées : la gravité des fractures et plaies de la mâchoire inférieure par les armes de guerre. M. Legouest, dans son récent ouvrage sur la chirurgie d'armée, a insisté sur ce sujet, qu'il a traité dans un chapitre à part, et l'on se figure aisément toutes les difficultés de la contention de blessures qui doivent être sans cesse dérangées par les mouvements nécessaires à la préhension et à l'introduction des aliments et des boissons. Nous renvoyons le lecteur à cet ouvrage.

Mais le point sur lequel nous voulons insister davantage est la comparaison des résultats obtenus pour les plaies pénétrantes du crâne dans la pratique anglaise et dans la pratique française.

Le lecteur a vu plus haut que les anglais avaient perdu tous leurs blessés, soit 100 pour 100, tandis que les chirurgiens français n'en n'ont perdu que 74 pour 100. La supériorité appartient ici à la France, et c'est peut-être le seul genre de blessure où notre thérapeutique a surpassé celle des Anglais.

Il y a plusieurs raisons pour expliquer cet état de chose.

En France, depuis la guerre que M. Malgaigne a faite à la trépanation telle que la pratiquaient les membres de l'Académie de chirurgie et même Desault, à peu près à la même époque où Pott en Angleterre, Abernethy et A. Cooper admettaient et vantaient le trépan, on a renoncé chez nous à une pratique grosse de dangers; nos voisins ne nous ont pas suivis, et la trépanation est encore acceptée dans la pratique anglaise; nos chirurgiens n'ont pratiqué le trépan que pour extraire des corps étrangers ou des esquilles.

D'un autre côté, on sait que les chirurgiens anglais nourrissent leurs blessés, et l'expérience a appris que de tous les traitements des plaies du cerveau la diète est un des meilleurs, et que si l'on y joint le traitement par les dérivatifs intestinaux, on obtient des résultats très-avantageux. L'émétique en lavage, l'eau de veau stibiée et tous les purgatifs violents préconisés par Desault ont passé dans la pratique française, et nous ne doutons pas que cette thérapeutique ait été suivie par nos chirurgiens d'armée.

En Angleterre, les chirurgiens ne sont pas aussi absolus, et A. Cooper, dont on suit les enseignements avec assez de religion, s'étant borné à dire que les évacuations alvines étaient bonnes pour prévenir l'inflammation du cerveau, on purge les malades comme traitement accessoire.

Peut-être, nous dira-t-on, les blessures des soldats anglais étaient plus graves que celles des soldats français; nous répondrons par quelques exemples.

P... (Achille-Gustave), âgé de vingt ans, soldat au 95e de ligne. Fracture du crâne; dénudation des os par un biscaïen le 18 juin 1855; entré le 23 juin à l'hôpital de Péra. La fracture se trouve au niveau de la suture fronto-pariétale. Le projectile, logé dans la substance cérébrale, a été extrait. Amaigrissement progressif des muscles du côté droit, hémiplégie. Évacué le 16 août 1855.

L... (Jean), âgé de vingt-six ans, zouave. Fracture du frontal avec enfoncement par une balle le 20 août 1855; entré le 21 août à l'ambulance de la garde. Évacué le 30 août. Accidents dépendant de la compression. Entre le 5 septembre à l'hôpital de l'Université; trépanation, extraction du projectile et de lames osseuses; paralysies partielles et successives de la face et du membre supérieur du côté droit. Évacué le 17 septembre 1855.

Il serait facile de faire de plus nombreuses citations; il y a eu des soldats qui ont eu des fractures étendues avec perte de substance des os du crâne. Dans un cas même la portion d'os perdu avait 8 centimètres de diamètre.

Aphasie.

Voici deux observations nouvelles d'aphasie qui nous sont communiquées, l'une par M. le docteur Bourguignon, d'Ambonnay, la seconde par M. le docteur Chardavoine, de Vertheuil (Gironde), et qui présentent toutes deux de l'intérêt par leur ressemblance entre elles et avec plusieurs des observations rapportées par M. Trousseau.

Aphasie, amnésie, hémiplégie à droite consécutives à une fracture du pariétal gauche. — Guérison.

Le 22 janvier 1864, un vigneron de Bourg, âgé de trente-neuf ans, se laisse glisser sur le pavé humide de sa maison et tombe à la renverse. Il reste sans connaissance pendant quelques minutes, au bout desquelles on l'aide à remonter dans sa chambre et à se coucher. Comme on n'avait remarqué tout d'abord qu'une plaie légère à la tête, on attendit jusqu'au 25 pour appeler le médecin. Quelle ne fut pas ma surprise, dit M. Bourguignon, de reconnaître à première vue un de ces cas d'aphasie sur lesquels M. le professeur Trousseau commençait à attirer de nouveau l'attention! En effet, en même temps que je constate une hémiplégie du côté droit, je reconnais, à l'étonnement que mes questions causent au malade, qu'il n'a conservé aucun souvenir de son accident, qu'il ignore même le

jour de la semaine, etc. Mais ce qui attire mon attention et ce dont les parents s'alarment le plus, c'est qu'à toutes les questions qu'on lui fait, il n'a qu'une seule et invariable réponse : *Bien, bien, c'est bien !*

Avez-vous mal à la tête? Vous fais-je mal au coude? Pouvez-vous remuer la jambe? — Comme il comprend la question, il porte la main gauche à l'endroit désigné, semble réfléchir et chaque fois il répond : *Bien oui, bien, c'est bien !* Une seule fois il m'a paru entendre qu'il avait dit : *Ah! ce n'est rien !*

Je lui passe alors une montre; il la prend de la main gauche et l'examine en souriant. Je remarque qu'il attend avec surprise ce que je veux de lui. — Eh bien, dites-moi quelle heure il est? Il regarde aussitôt le cadran, hésite un instant, secoue la tête avec impatience et répond : *C'est bien, c'est bien!* Je pose ensuite la montre sur le lit et renouvelle ma question : aussitôt il met l'indicateur gauche sur l'aiguille et se met à rire en répétant : *Bien oui, bien, c'est bien !*

Comme j'étais parti de chez moi pour un accouchement, je suis obligé de renvoyer au lendemain un examen ultérieur plus complet de la plaie de la tête et de l'état général du malade. En attendant, je pratique une large saignée d'abord et j'ordonne pour le soir une application de dix sangsues à l'anus.

Le 26, en mon absence, on mande de Tours-sur-Maine M. le docteur Heurpé, qui renouvelle la saignée.

Le 27, nous nous trouvons ensemble auprès du blessé, et mon estimable confrère me fait toucher du doigt, un peu en dessous et en arrière de la plaie de la tête, une fracture des parois du crâne. En effet, en avant et en bas on trouve une dépression qui peut loger parfaitement la pulpe du pouce; en arrière et en haut, au contraire, une bosse fait saillie de trois à cinq millimètres sous le cuir chevelu, dont la déchirure encore saignante se voit un peu plus en dedans et au-dessus; en un mot un fragment immobile et triangulaire de deux centimètres de base environ sur quatre à six de long paraît occuper selon toute probabilité la partie moyenne de la suture pariéto-frontale gauche qui est enfoncée.

Du reste, par l'intersection de deux lignes tirées du rebord orbitaire et du conduit auditif, il m'a été permis plus tard de fixer cet enfoncement à onze centimètres et demi de l'arcade sourcilière et à dix centimètres du conduit auditif; la bosse est encore aujourd'hui à douze centimètres et demi du conduit auditif en haut et en dedans, et à quinze centimètres du rebord orbitaire en haut et en arrière.

Pendant une quinzaine de jours, le malade nous a offert un peu d'exaltation, de brusquerie et d'excentricité dans le caractère. Quant à l'aphasie, elle avait disparu petit à petit dès les premiers jours de février. A la date du 15, il n'en restait guère qu'un peu de lenteur dans les réponses, et un certain embarras dans le choix des mots ou plutôt un oubli des termes techniques. L'hémiplégie, au contraire, demeura sensible pendant plusieurs mois dans toute la continuité du bras droit.

A l'époque de la moisson des foins, c'est à peine si mon ancien aphasique pouvait fléchir assez les trois derniers doigts pour prendre à pleine main son verre ou un autre objet.

Aphasie avec paralysie incomplète du côté droit.

M. C..., âgé de cinquante-neuf ans, chimiste connu par plusieurs travaux remarquables, était depuis quelques mois sujet à une céphalalgie assez violente. Vers le 6 mai de l'année 1862, M. C... était occupé, au milieu de sa propriété, à regarder travailler son vigneron, lorsqu'au bout d'un instant, ce dernier vit son maître qui *grimaçait* et cherchait à lui faire comprendre de lui donner le bras pour l'aider à regagner son habitation. La perte de la parole fut de courte durée, et en peu d'instants tout se dissipa. On alla aussitôt chercher M. Chardavoine, qui, lorsqu'il arriva, trouva M. C... les larmes aux yeux et paraissant très-affecté de son état. Il lui ordonna un bain de pieds sinapisé et une purgation.

L'année 1862 s'écoula sans voir apparaître de nouveaux symptômes, et le malade reprit sa gaîté et ses occupations habituelles.

Dans le courant de 1863, survinrent, après quelques jours de céphalalgie, de violentes convulsions à la suite desquelles M. C... restait dans le coma pendant une douzaine d'heures sans rien prendre et faisant sous lui. Pendant 1863 et une partie de 1864, les convulsions reparurent à peu près tous les mois. Dans l'intervalle de ces attaques épileptiformes, le malade reprenait, au bout de quelques jours de repos, ses occupations, et l'appétit revenait.

Dans le courant de l'année 1863, une saignée fut pratiquée sans avoir paru améliorer l'état du malade.

Pendant cette même année, notre confrère s'aperçut que le malade parlait moins bien; les mots lui manquaient pour exprimer sa pensée; en même temps l'intelligence baissait un peu. Quelques mots seulement servaient à faire comprendre sa pensée. Il devint irascible, surtout lorsqu'on ne comprenait pas ce qu'il voulait dire; mais, tout au contraire, il était tout joyeux lorsqu'on avait le bonheur de le comprendre.

Parmi les mots de son vocabulaire se trouvait le juron f... qu'il prononçait très-bien et à chaque instant.

Dans les premiers jours de septembre 1864, le malade eut, à quelques jours d'intervalle, des convulsions d'une violence extrême, pendant lesquelles il poussait des cris.

A la suite de ces grandes attaques épileptiformes, M. C... a complétement perdu l'usage de la parole et de l'écriture, qui, quoique affaiblies, persistaient encore. Aujourd'hui, à toutes les questions qu'on lui pose, il répond invariablement : *C'est ça!* S'il veut vous parler, il commence par dire : *C'est ça!* sans pouvoir dire autre chose.

En octobre 1864, gangrène sénile guérie au bout de trois mois.

Depuis le mois de septembre 1864, les attaques n'ont pas reparu; le malade est sans fièvre, et mange assez bien, mais ses membres, du côté droit, vont toujours s'affaiblissant.

L'intelligence est conservée, mais elle a sensiblement baissé. M. Chardavoine a souvent demandé à M. C... s'il pouvait répéter quelques mots que l'on prononçait devant lui; il a toujours fait comprendre que cela lui était impossible.

La paralysie du côté droit chez ces deux malades viendrait à l'appui de ce qu'a dit M. le professeur Trousseau, à savoir que c'était *habituellement* le côté droit qui était paralysé chez les aphasiques.

DE L'HYSTÉROCAUTOMIE (1),

nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines,

Par M. le docteur A. Grenet, médecin de l'hôpital de Barbezieux.

Séméiotique. — MM. Velpeau et Hervez de Chégoin ont, les premiers en France, appelé l'attention sur la distinction à établir entre les symptômes déterminés par les déviations et ceux déterminés par les autres lésions de l'utérus.

« A quoi tient cette douleur qui reste muette dans le décubitus et ne se révèle que pendant la station et la progression? Il est évident que ce n'est pas à l'inflammation. Elle dépend de la position vicieuse de l'utérus, et résulte de l'espèce d'entorse que subit cet organe pendant la station (2). »

Dans le service du célèbre chirurgien dont je cite les paroles, se présente une femme cautérisée pour une ulcération du col, et se plaignant d'avoir des fleurs blanches, des douleurs, des tiraillements, etc. M. Malgaigne la touche debout; il trouve le col en arrière, et le corps de l'utérus en avant portant sur la vessie. Il déclare que c'est l'antéversion de la matrice qui cause les envies d'uriner, l'engorgement, les fleurs blanches, les douleurs sympathiques. Le médecin qui avait traité la malade, avant son entrée à l'hôpital, l'avait touchée seulement dans le décubitus dorsal et l'antéversion n'avait point été reconnue; puis, comme il y avait de la rougeur du col, on avait pris l'effet pour la cause du mal, on avait diagnostiqué une ulcération, cautérisé et laissé en dehors l'affection principale (3).

M. le docteur Delthil a communiqué, en 1853, à la Société médico-pratique de Paris, l'observation d'une dame affectée de vomissements rebelles à tous les traitements ordinaires. Il était sur le point d'abandonner sa malade, quand il songea à interroger avec soin l'état des organes génitaux : pas de douleurs lombaires, pas de leucorrhée, règles normales; mais à l'aide du toucher et du spéculum, il put constater une antéversion de la matrice. M. Delthil, bien que cette ectropie utérine existât à l'insu de la malade qui n'en souffrait d'aucune sorte, ne balança pas à lui attribuer la cause des vomissements. En effet, la ceinture hypogastrique suffit pour redresser l'utérus, et immédiatement les vomissements cessèrent.

M. le professeur Braün (de Vienne) relate un fait de déviation de l'utérus, qu'il lui suffit de redresser pour voir cesser aussitôt et définitivement des vomissements incoercibles (4).

M. Gallard rapporte le cas très-remarquable d'une jeune femme malade depuis deux ans. Malgré les nombreux traitements qu'elle avait subis, elle ne pouvait faire un pas, et passait sa vie au lit. Tous les médecins qui l'avaient vue avaient reconnu une antéversion. M. Gallard introduisit l'hystéromètre pendant trois ou quatre jours, puis enfin le redresseur utérin. Dès le lendemain, la malade put marcher, se promener même. Après l'usage du redresseur, l'antéversion avait pour toujours disparu (5).

Rien de si facile que de multiplier les citations. Il reste avéré pour moi que les déviations utérines occasionnent souvent, et par elles-mêmes, des troubles fonctionnels. Sur les vingt observations qui me sont personnelles, dix-huit malades ont vu cesser leurs douleurs après le redressement.

M. B. Dunal a, il me semble, parfaitement précisé la question lorsqu'il dit : « Au point de vue exclusif de la question locale, il est rare que la déviation ne soit point accompagnée de toute autre lésion ou modification anatomique. Dès lors, chaque observateur, acceptant comme le fait capital celui qui l'a le plus frappé, a été porté à lui attribuer tous les accidents qui se sont offerts à lui. C'est ainsi que MM. Cruveilhier, P. Dubois, Depaul ont rattaché à un état inflammatoire, au catarrhe de l'utérus, à un état névralgique, les phénomènes qui accompagnent les déviations, tandis que MM. Valleix, Velpeau, etc., etc., n'ont vu dans les engorgements, les catarrhes utérins qui accompagnent les déviations que des maladies secondaires et subordonnées à la position vicieuse de l'utérus. La vérité se trouve entre ces deux opinions exclusives, et si souvent l'engorgement, la métrite chronique ou mieux simplement les exulcérations du col (Émery) sont la source principale des souffrances accusées par la malade, il est positif qu'on rencontre aussi des déviations libres de toute complication et qui s'accompagnent de manifestations pathologiques (6). »

(1) Suite. — Voir le précédent numéro.

(2) *Leçons cliniques* de M. Malgaigne à l'hôpital Saint-Louis, 1848. *Journal de chirurgie pratique*, t. XIX, p. 638.

(3) *Loco citato.*

(4) *Wochemblat der Zeitsch*, avril 1864.

(5) *Union médicale*, 12 juillet 1860.

(6) B. Dunal, *Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines*, p. 13, 1860.

Donc, l'hystéroloxie, chez un grand nombre de malades, passe pour inaperçue, tandis que chez d'autres elle s'accompagne de troubles divers. Elle est la cause de ces troubles comme ceux-ci peuvent être la conséquence d'autres affections des organes génitaux. M. Becquerel dit que « la coexistence de la déviation tend à perpétuer d'une manière indéfinie la lésion phlegmasique. Il en résulte un cercle vicieux qui tend à faire durer extrêmement longtemps la maladie (1). »

On ne peut préciser la valeur symptomatique des signes fournis qu'en assistant pas à pas au développement de ces états morbides, ce qui est très-difficile, les malades se présentant le plus ordinairement à nous avec un ensemble tout formé des divers accidents qui suivent ou précèdent les déviations. Il arrive même quelquefois que la nuance des symptômes qui sépare ces deux conditions morbides est tellement insensible que la distinction est impossible. Ainsi les déviations s'accompagnent toujours d'un certain degré de congestion; alors les symptômes de déviation et de congestion se confondent; bien plus, M. Gallard le fait remarquer avec beaucoup de vérité : « La congestion active et la phlegmasie franche offrent des différences insignifiantes, différences qui tiennent beaucoup moins à la nature des symptômes qu'à leur intensité (2). »

Ce qui fait l'erreur de beaucoup de cliniciens, c'est de ne pouvoir assister au début de ces affections, d'en suivre la marche graduelle, et, par conséquent, assigner la part de chacune d'elles dans la genèse des altérations pathologiques.

Les symptômes qui ont une valeur réelle et doivent conduire à l'examen local sont ceux-ci : pesanteurs, tiraillements, fréquentes envies d'uriner, sentiments de torsion à la région rectale, dans la position verticale, et qui cessent presque instantanément dans la position horizontale; spasmes de l'estomac, accompagnés ou non de vomissements et suivis de douleurs épigastriques intermittentes telles que la malade, pendant les accès, fléchit fortement la poitrine sur le ventre en se tordant et faisant de pénibles efforts d'expulsion. Une d'elles me disait qu'elle avait, dans l'estomac, des douleurs d'accouchement. Dans quelques cas, il y a de la dysménorrhée, des tiraillements dans le ventre, les lombes, la région inguinale, le périnée et la partie supérieure des cuisses; dans d'autres, les malades offrent ce cachet particulier que quelques cynécologistes ont désigné sous le nom de *faciès utérin*, alors il y a de l'impatience, une grande susceptibilité nerveuse, une impressionnabilité soudaine, vaine et déraisonnable, des bouffées de chaleur à la face, des vertiges, des syncopes, de la cardialgie, de l'anxiété, des constrictions précordiales. Tantôt on croit avoir affaire à la névralgie lombo-abdominale de Valleix, tantôt à une hystérie.

Bien que l'état général soit assez satisfaisant, il y a de temps en temps quelques mouvements fébriles, c'est qu'alors la déviation est la cause ou l'effet d'une congestion active ou passive de l'organe utérin. Le toucher fait apprécier le volume, la consistance et la direction de l'utérus et de son col; le spéculum fait reconnaître la nature de la sécrétion utéro-vaginale, ainsi que la couleur du col qui, dans l'état actif, est d'un rouge vif et dans l'état passif d'une teinte violacée.

Je suis complétement de l'avis de M. Gallard, qui prétend qu'il faut : 1° considérer les déviations comme des maladies véritables; 2° les croire curables; 3° oser agir mécaniquement sur l'utérus.

Aussi, loin de n'attribuer, comme beaucoup de gynécologistes, qu'une importance secondaire aux déviations, j'en fais généralement le début de mon attaque. Et comme la plupart des lésions qui les accompagnent sont très-difficiles à traiter par des moyens directs, alors que le col occupe une direction transversale, c'est son redressement que je tente tout d'abord, sauf à traiter ces lésions plus tard s'il y a lieu.

L'hystérorrhée, qui accompagne presque toujours l'ectropie utérine, diminue d'abord d'intensité, puis cesse complétement après le redressement du col. Au bout d'un certain temps, la rougeur du pourtour de l'orifice, les érosions, les exulcérations granulées disparaissent. Et, s'il est vrai que le liquide muqueux ou purulent qui s'échappe du méat, en macère et détruit l'épithélium, et produit par sa nature irritante des vésicules phlycténoïdes, on ne peut nier que le frottement exercé contre les parois vaginales entretient aussi cette irritation. On peut se convaincre facilement de cette cause mécanique locale en redressant momentanément le col et l'examinant à la lumière; on aperçoit alors qu'une des lèvres est plus rouge et plus érodée, c'est la postérieure en antéversion, l'antérieure en rétroversion. Cela s'explique par la raison que c'est cette partie du col qui supporte presque toujours la plus forte pression.

NOTE SUR L'HYDROGÈNE SULFURÉ

injecté dans le tissu cellulaire; de son absorption rapide et de son élimination par les bronches; application à la thérapeutique,

Par M. le Dr Demarquay.

Dans un Mémoire publié en 1857, M. Claude Bernard a fait ressortir l'innocuité relative de l'hydrogène sulfuré quand on l'injecte dans les veines : dans ce cas, il ne produit que des accidents très-légers, à dose modérée, bien entendu, et l'élimination de ce gaz a lieu par les bronches au bout de trois à six secondes, selon qu'on l'a introduit, par exemple, dans la veine

(1) Becquerel, *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, t. II, p. 342.

(2) *Union médicale*, mai 1860, p. 373.

jugulaire ou dans la veine crurale, c'est-à-dire dans un point plus ou moins rapproché de la voie d'élimination.

M. Claude Bernard a montré également que, injecté dans le système artériel ou dans les cavités splanchniques, le gaz était alors absorbé en partie, qu'il en résultait des accidents toxiques d'intensité variée, et que l'élimination était naturellement moins rapide. Toutes ces expériences ont été faites sur des chiens.

On pouvait conclure des faits précédents, que l'hydrogène sulfuré introduit dans le système veineux se dissout en grande partie, sinon en totalité, dans le sang, sur lequel son action n'est probablement pas assez prolongée pour produire des altérations graves, altérations que comporte fort peu, du reste, la nature même du sang veineux. L'élimination par la surface pulmonaire était rendue évidente à l'aide de papier réactif placé devant la gueule de l'animal. Il était aisé de comprendre que, injecté dans le système artériel, ce gaz suivant un plus long parcours a le temps d'agir plus intimement, sans compter que son action s'exerce alors sur tous les tissus et sur l'élément vital par excellence : les globules rouges du sang.

En effet, tous les auteurs qui ont parlé de l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré s'accordent à dire que, dans ce cas, le sang devient épais, visqueux, noirâtre, et que les tissus présentent un aspect en rapport avec cette altération physique du sang, c'est-à-dire qu'ils ont une coloration plus foncée qu'à l'état normal, qu'ils sont plus ou moins ramollis et se laissent déchirer facilement. Enfin, il paraît y avoir là une action désorganisatrice assez puissante.

Tel est à peu près l'état actuel de la science.

Il m'a paru intéressant de préciser, par de nouvelles expériences, la rapidité de l'absorption et de l'élimination, et surtout de rechercher s'il n'y aurait pas d'autres lésions que celles que l'on connaît déjà.

Toutes mes expériences, au nombre de quatorze, ont été faites sur des lapins. Le gaz a été injecté, chez ces animaux, le plus souvent dans le tissu cellulaire de l'abdomen ou du dos, quelquefois dans le péritoine, et une fois dans le rectum. Du reste, je n'ai pas observé, dans le mode d'action de l'hydrogène sulfuré introduit dans ces divers organes de l'économie, de différence bien sensible qu'on pût attribuer à la quantité injectée : on pourra voir, en effet, dans le tableau suivant, que des doses peu considérables de gaz ont amené la mort aussi rapidement que des doses trois ou quatre fois plus fortes. Cependant, elles n'ont pas toujours eu un effet aussi prompt et aussi fatal.

Numéros des expériences.	Quantité de gaz injectée. Centilitres.	Mort au bout de :
1re.........	50	2 minutes.
2e.........	50	2 »
3e.........	40	3 »
4e.........	40 (en trois fois)	(Accidents toxiques; guérison.)
5e.........	40	2 minutes.
6e.........	20	5 »
7e.........	40	3 »
8e.........	40	3 »
9e.........	40	3 »
10e.........	40	1 minute 30 secondes.
11e.........	20	3 »
12e.........	20	2 minutes 30 secondes.
13e.........	10	(Accidents légers; guérison.)
14e.........	10	10 minutes.

Ce tableau montre donc que la rapidité de la mort n'est pas bien exactement en rapport avec la quantité de gaz injectée.

En parcourant ce tableau, on est frappé d'une chose, c'est la promptitude avec laquelle la mort arrive : à peine l'opération est-elle terminée que l'animal meurt; ces expériences démontrent donc le danger qu'il y a pour l'homme de se soumettre à l'hydrogène sulfuré, car on comprend très-bien qu'avec une pareille rapidité d'action, il suffit de quelques respirations pour qu'une certaine quantité de l'agent toxique ait pénétré dans le torrent circulatoire et détermine la mort.

Le tableau suivant offre plus d'intérêt, parce qu'il établit, avec une précision presque mathématique, la rapidité de l'élimination, à partir du moment où le gaz est injecté dans le tissu cellulaire :

6e expérience......	20 centilitres.	25 secondes.	
7e »	10 »	25	»
8e »	40 »	26	»
10e »	40 »	24	»

Le lieu d'élection que semble affecter l'hydrogène sulfuré pour sortir de l'organisme m'a donné l'idée que l'action de ce gaz pourrait bien se porter plus spécialement sur l'appareil excréteur de la respiration. Cette vue, *à priori*, s'est trouvée vérifiée par l'anatomie pathologique un assez grand nombre de fois pour qu'on puisse placer la lésion sur laquelle je vais appeler l'attention parmi les altérations constantes que produit l'hydrogène sulfuré dans son élimination.

Si, lorsque l'animal succombe, on ouvre promptement les voies respiratoires, on est frappé de la turgescence de la membrane muqueuse laryngée, trachéale et bronchique : ce qui démontre que l'agent que nous expérimentions s'éliminait avec tous ses caractères toxiques. L'animal mis en expérience succombe promptement, ainsi que cela résulte de nos recherches, présentant des phénomènes convulsifs : nous venons de voir que des phénomènes de congestion s'accomplissaient du côté des bronches, même pendant les instants qui précèdent la mort rapide, nous allons voir l'altération qui survient en faisant durer l'expérience.

La lésion dont je veux parler n'est autre qu'une inflammation très-nette, très-caractérisée de la trachée et des bronches dans toute leur étendue. Dans mes premières expériences, cette altération m'avait échappé, parce que j'étais occupé à chercher d'autres lésions. C'est ainsi que j'ai examiné avec beaucoup de soin les tissus qui avaient été le plus directement en contact avec le gaz, et enfin le sang dont les globules n'ont pas présenté, au microscope, le moindre changement dans leur manière d'être normalement. Il est probable, cependant, qu'il se produit dans ces circonstances une altération grave du sang, puisqu'il est impossible, quand on retire du sang d'un lapin dans une éprouvette, et qu'on le soumet à l'action de l'hydrogène sulfuré, de rendre à ce sang, qui présente alors une coloration brunâtre, sa teinte vermeille, même à l'aide d'un fort courant d'oxygène.

Dans la grande majorité des cas, l'influence toxique de l'hydrogène sulfuré a amené rapidement la mort de nos lapins. Cependant, dans une dernière expérience, nous avons réussi à affecter un animal d'intoxication lente, et alors nous avons vu se produire des symptômes manifestes d'infection par produits septiques.

En résumé : 1° L'hydrogène sulfuré, injecté dans le tissu cellulaire, dans le péritoine ou le gros intestin, est promptement absorbé;

2° Au bout de 25 secondes, il est éliminé par les voies pulmonaires. Un papier réactif, mis sous le nez de l'animal, indique nettement l'élimination;

3° L'hydrogène sulfuré se combine tellement avec le sang, que le papier réactif, promené sur les viscères importants de l'économie, n'en indique nulle part la présence;

4° Si on l'injecte à faible dose, l'élimination par les bronches se fait lentement, et à la mort de l'animal on trouve une inflammation des bronches et de la trachée, au lieu d'une congestion vive que l'on trouve quand la mort a lieu rapidement.

DE L'ALCOOLISME DANS LES CLASSES OUVRIÈRES,

Par M. Ernest Berchon, chirurgien de 1re classe de la marine.

L'abus des boissons alcooliques est une des grandes plaies de la société moderne, et l'on ne saurait trop recommander par suite les travaux qui, tout en signalant le mal, s'efforcent de mettre en lumière les moyens d'y remédier. C'est à ce double titre que nous saisissons l'occasion de rendre compte de la dissertation inaugurale d'un jeune médecin dont l'œuvre mérite les honneurs exceptionnels d'une analyse détaillée.

M. le docteur Albert Piasecki a choisi pour sujet de sa thèse l'*Hygiène de la classe ouvrière du Havre au point de vue de l'alcoolisme*, et nous le félicitons d'abord d'avoir pensé que le dernier acte probatoire du doctorat devait être autre chose que la présentation d'un travail de quelques heures de compilation à la bibliothèque de l'École sur un sujet dont on n'a guère la pensée de rechercher les données en dehors des classiques les plus connus, et qu'on achève sans tenir quelquefois compte des dernières éditions du livre.

Attaché pendant plusieurs années à l'hôpital du Havre en qualité d'interne, il a cru qu'il ne pouvait y avoir de question plus intéressante que l'exposition des déplorables effets qu'avaient produit sous ses yeux l'abus des alcools de toute nature, et son étude nous paraît d'autant plus utile que les faits qu'elle embrasse, quoique spéciaux à la ville où il observait, peuvent aisément servir de type pour des conclusions générales.

Disons-le cependant, dès ce moment : le Havre présente des conditions toutes particulières quand on le compare aux autres grandes villes de France, et même à tous nos grands ports de commerce, sous le rapport des quantités d'alcool consommées par sa population. Il résulte, en effet, des statistiques précises basées sur les registres infaillibles de l'octroi que cette population absorbe environ deux fois plus de liquides alcooliques que celle de Paris, soit le chiffre énorme de 16 litres par individu et par année. M. Piasecki s'est entouré de tous les renseignements désirables pour la constatation de ce fait capital, et, mettant à profit un remarquable travail de M. d'Aubigny publié dans les bulletins d'une Société savante locale (la Société havraise d'études diverses), il s'est efforcé d'en rechercher les causes. Il les a trouvées dans l'importance croissante du Havre au point de vue commercial, dans le caractère des travaux que nécessite l'énorme mouvement d'entrée et de sortie des marchandises qui y affluent; dans les délais fort courts que la position géographique et topographique du port, ainsi que les alternatives des marées, accordaient pour ces mouvements, et, comme conséquence directe, dans les intermittences de ces rudes travaux jointes au prix élevé des salaires.

Ces deux dernières considérations, fort exceptionnelles, paraissent prépondérantes à l'auteur, et ont, d'après lui, pour résultat inévitable, l'imprévoyance des ouvriers, et des loisirs forcés favorisant les excès de tout genre, parmi lesquels l'ivrognerie tient le premier rang.

Cette part faite à l'étiologie, M. Piasecki a abordé la partie pathologique de son étude, et les détails dans lesquels il est entré sur les maladies causées par l'alcool dans la période de six années, comprises entre 1858 et 1863, ne laissent rien à désirer. Les tableaux qu'il a dressés offrent un grand intérêt, parce qu'ils renferment non-seulement le chiffre exact des malades traités, mais encore la proportion de ces malades avec ceux entrés à l'hôpital pour d'autres maladies internes, ainsi que la mortalité des deux classes d'affections.

Ces chiffres sont assez intéressants pour être cités. Dans les six années indiquées, 6,175 hommes ont été admis dans les services de médecine, et sur ce nombre 301 pour alcoolisme ayant amené 67 fois l'aliénation mentale et 56 fois la mort, contre 327 décès reconnaissant d'autres causes. Pour les femmes, tout aussi adonnées à l'ivresse habituelle que les ouvriers havrais, on a compté, dans la même période d'années, 147 cas d'alcoolisme avec complication de folie 37 fois, sur 3,101 admissions, et 19 décès, contre 529 constatés également dans les salles de clinique interne.

Les 301 observations de la première catégorie se divisent, au point de vue du genre des affections, en 135 cas de delirium tremens, 67 cas d'aliénation, 2 de vertiges alcooliques, 1 de chorée, 1 de pneumonie, 44 d'affections du foie, 42 d'affections de l'estomac, plus 9 suicides accomplis ou tentés.

Les 147 faits de la seconde classe se partagent comme suit : delirium, 56; aliénation, 37; chorée, 2; affections du foie, 22; affections de l'estomac, 21; tentatives de suicide, 6.

Il ressort évidemment de cette énumération que le delirium tremens est la forme sous laquelle l'alcoolisme se manifeste le plus souvent au Havre.

Des observations détaillées complètent les tableaux de M. Piasecki, par l'exposition des altérations pathologiques reconnues dans les autopsies faites à l'hôpital, et nous devons surtout citer la fréquence des altérations de la muqueuse stomacale hypertrophiée à divers degrés, souvent rugueuse, parfois ulcérée ou présentant des cicatrices d'ulcération; celle des lésions du foie, cirrhosé, volumineux, ou offrant les caractères plus ou moins avancés de la dégénérescence graisseuse.

Quant aux causes dernières de la mortalité, elles se décomposent, pour les hommes, en 11 cas d'ivresse mortelle, 31 de delirium tremens, 1 de phthisie, 3 de suicide, 7 d'affections de l'estomac, 3 de maladies du foie. Pour les femmes, en 12 cas de delirium, 1 de suicide, 5 d'affections de l'estomac, 1 de maladie du foie.

On remarquera sans aucun doute dans ces chiffres la proportion considérable des morts par suite de délirium tremens, regardé par quelques auteurs comme bien moins grave dans ses conséquences directes. M. Piasecki en trouve l'explication dans les conditions particulières, climatériques et sociales des ouvriers du Havre réduits à l'extrême misère dès que l'ivrognerie a atteint chez eux ses dernières limites. La force réactionnelle est alors chez eux presque nulle, et la cause la plus légère suffit dans cet état pour amener une terminaison funeste.

Le travail que nous analysons contient aussi quelques essais de détermination des saisons où l'alcoolisme sévit avec plus d'intensité, des âges qui y sont plus sujets, de l'état civil des individus qui en sont atteints, c'est-à-dire de leur qualité de célibataires, mariés ou veufs. Mais il est difficile d'arriver à des conclusions bien nettes sur ces divers points, et nous aurions désiré que l'auteur eût essayé plutôt de préciser les professions des sujets de ses observations, malgré les difficultés spéciales d'une pareille recherche pour la population havraise. Il est une autre question qui ne nous paraît pas également avoir été assez développée, c'est celle de la nature et de la qualité des boissons alcooliques consommées. M. Piasecki dit avoir constaté que c'est surtout l'eau-de-vie, mais il y a dans la vérification seule de la provenance de ce liquide une foule de faits dont l'importance est considérable dans les effets de l'alcoolisme. Les eaux-de-vie de vin, d'ailleurs de qualités et de propriétés très-différentes, sont de plus très-distinctes sous le dernier rapport des alcools de betterave, d'asphodèle et de graine, sans parler ici de substances dont l'alcool lui-même n'est que l'excipient, l'absinthe, le genièvre, par exemple. Peut-être enfin y avait-il quelque intérêt à rechercher la prédilection de telle nationalité d'ouvriers pour telle ou telle forme de boisson alcoolique, dans une ville où les étrangers entrent pour une part très-appréciable dans toutes les classes de la population; mais, hâtons-nous de le dire, c'est là une simple querelle de critique, très-convaincu du mérite des recherches de l'auteur, et désireux de lui voir reprendre le même sujet sous une forme plus magistrale que celle d'une thèse.

Nous ne saurions trop louer du reste les développements consacrés par M. Piasecki à la partie thérapeutique de son travail. Ce n'est pas que nous ayons peut-être autant de confiance que lui dans la réalisation des généreuses et libérales mesures qu'il suggère pour combattre l'alcoolisme. Il est certainement incontestable que la science seule est tout à fait impuissante contre cette grande et cruelle plaie sociale, et qu'en dehors des soins médicaux appropriés à chaque cas, il n'est point de remède direct de ce vice abrutissant et honteux. La sobriété des Spartiates, et l'exemple qu'ils offraient à leurs enfants des tristes conséquences de l'ivresse en exposant leurs captifs enivrés aux regards des passants, n'ont pas plus réussi dans l'antiquité que le moyen proposé par le médecin suédois Nasse, de mêler des alcools de mauvais goût à tous les aliments de l'ivrogne, n'aurait de succès de nos jours.

Restent donc les excitations morales et l'ensemble des mesures préconisées dans ce sens depuis le commencement de ce siècle surtout; mais on comprend de suite les obstacles qui se présentent en foule pour l'application de ces mesures.

Nul doute cependant que l'instruction généralisée, que l'institution des sociétés de tempérance, que les encouragements aux associations qui mettent en jeu les ressources de l'intelligence, que l'amélioration enfin des conditions matérielles et morales de l'ouvrier, soient, comme l'avance M. Piasecki, le moyen de garantir cet ouvrier du vice qui prélève chaque année de si nombreuses victimes. Quoiqu'on ne puisse se dissi-

muler que ce sont là des remèdes à longue portée, causes d'un progrès toujours lent à venir, il est indispensable d'insister constamment sur les excellents résultats que peuvent obtenir en toutes choses de ce monde les efforts persévérants et dévoués. Certaines sociétés philanthropiques ou religieuses ont obtenu dans ce genre de remarquables succès, et M. Brochin faisait ressortir ces jours derniers dans la *Gazette* les bienfaits des mesures prises par un grand manufacturier de Mulhouse, M. Jean Dollfus, pour prévenir la mortalité devenue effrayante chez les enfants en bas âge de cette localité. Il y a dans ce bel exemple de quoi tenter ceux qui ont à cœur de combattre et de prévenir l'alcoolisme. Nulle tâche n'est plus belle que celle d'arrêter l'extension déjà trop considérable d'une habitude aussi déplorable au point de vue de l'individu qu'à celui de la famille et de la société.

Nous croyons, avec M. Piasecki, que la construction de cités ouvrières atteindrait peut-être plus péremptoirement ce but que les autres moyens indiqués plus haut. Elle soustrairait d'ailleurs l'ouvrier adonné à l'ivrognerie aux conditions fâcheuses de logement, de milieu et d'hygiène dans lesquelles il se trouve presque toujours placé maintenant. Nous voudrions seulement qu'on suivît autant que possible dans les plans de ces cités les règles récemment proclamées à l'occasion des projets d'hôpitaux, en diminuant le nombre de leurs habitants et en reproduisant également tout ce qui rappelle l'aménagement ordinaire des ménages isolés.

Enfin, sans conclure absolument avec une Société savante d'une région vinicole discutant sur les mesures à prendre contre l'ivresse, que la meilleure de toutes était de favoriser l'usage du vin au détriment de tous les alcools purs ou mélangés, nous croyons qu'il y aurait un avantage réel à prendre ou à provoquer des mesures restrictives au sujet de la nature des boissons livrées à la consommation. On fut obligé de recourir à un moyen héroïque en Algérie, il y a quelques années, et le succès couronna la prohibition. Mais c'est là, je dois le dire, une question qui, souvent débattue, même en haut lieu, n'a jamais eu de résultat pratique en France pour des raisons qu'il ne peut être de notre ressort de traiter ou même d'énoncer ici. Je la signale seulement à M. Piasecki en l'encourageant à poursuivre la solution du problème dont il a abordé les difficultés avec résolution et avec talent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 avril 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— M. Depaul fait hommage de son *Rapport* sur la syphilis vaccinale devant l'Académie de médecine.

— M. John Birkett, chirurgien de l'hôpital de Guy, membre correspondant étranger, adresse à la Société trois brochures intitulées :

1° *A Memoir of a remarkable case of disease affecting the shaft of the tibia;*

2° *Spontaneous anevrism of the brachial artery cured by compression;*

3° *A case of arrest of development of the humerus.*

— M. Larrey offre à la Société, au nom du comité central français, les statuts généraux de la Société de secours aux blessés militaires.

— M. Desormeaux présente, au nom de M. Petit, un Mémoire manuscrit intitulé : *De la pustule maligne dans le canton de Saint-Nazaire.* (Commissaires : MM. Boinet, Desormeaux, Giraldès.)

A propos du procès-verbal :

M. GUERSANT fait observer que lui aussi n'a vu que très-rarement des coxalgies traumatiques.

— **M. GIRALDÈS** met de nouveau sous les yeux de la Société des spécimens d'appareils modelés en plâtre et recouverts du vernis imperméable de copal, qu'il a plongés dans l'eau froide une heure auparavant. Ils sont mieux conservés que ceux expérimentés dans la dernière séance. Cela tient, dit M. Giraldès, à ce que cette fois on a eu soin de couvrir de vernis non-seulement les deux faces internes et externes, mais aussi les plans de section. Sur les premiers, au contraire, cette précaution n'ayant pas été prise, l'eau, en pénétrant par la tranche, avait soulevé le vernis sous forme d'écailles.

LECTURE.

M. TILLAUX lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, une note intitulée :

Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel?

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Cullerier, Verneuil et Bauchet.

Discussion sur la coxalgie.

M. LEFORT. En reprenant la parole, je désire commencer par remercier notre savant collègue M. Bouvier de la bienveillance qu'il m'a témoignée dans son argumentation; je répondrai ensuite quelques mots à certaines de ses objections. Et d'abord, pour ce qui est de la classification, je pense qu'il n'y a pas lieu de repousser d'une manière absolue la forme *hystérique* de la coxalgie. Je sais bien qu'à la rigueur il est difficile de prouver dans ce cas l'existence d'une maladie de l'articulation, mais chacun comprend ce qu'on veut entendre par ces mots *hystérique* ou *spasmodique*, et cette dénomination répond à une période de la maladie que chacun a pu constater chez des sujets qui plus tard ont présenté l'ensemble des signes propres à l'affection qui nous occupe.

Quant au traitement, sur lequel je voudrais surtout revenir, les règles de conduite sont difficiles à formuler : elles varieront nécessairement suivant les cas.

Dans la période avancée de la coxalgie, alors que des abcès se sont formés, tout le monde est d'accord sur la nécessité de l'immobilité absolue. Mais dans une période plus rapprochée du début, alors qu'il n'y a que de la rétraction musculaire, des douleurs plus ou moins vives, de l'ensellure et une attitude plus ou moins vicieuse, il est plus difficile de savoir le traitement auquel on doit accorder la préférence, l'immobilité absolue et longtemps prolongée, comme le veut M. Bouvier, ou l'immobilisation du membre malade, jointe à la déambulation avec les béquilles, comme le préfère M. Verneuil. Eh bien, je crois qu'il y a un juste milieu qui me semble indiqué par la nature même des accidents. Quand la douleur est très-vive, le repos absolu, dans la position horizontale, avec l'appareil de Bonnet, me paraît ce qui doit être préféré. Mais dès que la douleur a cessé d'être *aiguë*, ou bien quand, dès le début, elle est peu intense, l'application d'un appareil inamovible et la déambulation au moyen de béquilles doivent être mises en usage. L'immobilité absolue et longtemps prolongée, dans ce dernier cas, aurait en effet pour inconvénient grave et presque inévitable l'altération de la santé générale et par conséquent retarderait la guérison, sans nécessité impérieuse. Le repos partiel, le repos de la jointure, suffit dans ces conditions. D'ailleurs, l'immobilité absolue a aussi le grave inconvénient de favoriser l'ankylose plus que l'immobilité partielle.

M. Bouvier nous a dit, en parlant des appareils, que ceux des chirurgiens américains n'avaient rien de nouveau. Il a dit en particulier que celui de M. Sayre avait beaucoup d'analogie avec celui construit antérieurement par M. Mathieu. Mais il faut bien savoir que dans ce dernier les modifications qui lui permettent de s'allonger et de se raccourcir à volonté n'ont pas d'autre but que de permettre de l'appliquer à tous les âges, tandis que le chirurgien américain s'est surtout proposé d'en faire ainsi un appareil d'extension et de contre-extension. On a reproché à cette attelle de ne pouvoir produire *l'écartement* des surfaces articulaires; mais tout ce qu'on cherche, c'est d'empêcher ou tout au moins de diminuer la pression de ces surfaces l'une contre l'autre.

Quant aux ponctions de l'article, je dois dire que les relevés statistiques ne déposent pas en faveur de leur emploi.

M. GUERSANT. On a beaucoup parlé du traitement général de la coxalgie, mais on n'a presque rien dit de la conduite à tenir quand il existe des abcès symptomatiques. Or, que faut-il faire dans ces cas? Doit-on les laisser s'ouvrir spontanément, doit-on les ponctionner? Pour ma part, j'en ai vu se résorber. Aussi, quand aucun phénomène inflammatoire ne semble indiquer que l'ouverture de ces collections purulentes va se faire spontanément, je pense qu'il faut attendre et espérer la résolution; mais quand, au contraire, on ne peut plus compter sur cette terminaison heureuse et exceptionnelle, je crois qu'on ne doit pas attendre l'ouverture spontanée; il me paraît préférable d'avoir recours aux ponctions sous-cutanées faites avec le trocart plat. Quelquefois une seule ponction suffit, mais, dans beaucoup de cas, le liquide se reproduit. Alors il faut renouveler les ponctions sous-cutanées et les faire suivre d'injections iodées pour diminuer les chances d'infection purulente. Il va sans dire qu'en même temps on doit maintenir les malades dans l'immobilité. Mais je préfère alors à l'appareil de Bonnet qui se souille facilement et se nettoie avec peine, un appareil formé d'attelles matelassées analogues à celles qu'a indiquées M. Marjolin; on obtient ainsi quelque chose de simple, de peu dispendieux et de fort suffisant.

Enfin, je dirai en terminant que, dans quelques cas, j'ai mis utilement en usage le drainage conseillé par notre collègue M. Chassaignac.

COMMUNICATION.

M. le docteur **BELLENGER** (de Senlis) rappelle à la Société un procédé de phlébotomie qu'il a préconisé il y a une vingtaines d'années dans la *Gazette des Hôpitaux* (9 octobre 1845).

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

Recueil de questions posées aux examens de médecine et aux accouchements. Prix : 1 fr. 50 le volume. — Paris, Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Nouvelles recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet, par le docteur Levens, membre de la Société de biologie, etc. In-8° de 26 pages. Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 55. — MARDI 9 MAI 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 9 MAI 1865. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie des sciences. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Des éjaculations ensanglantées. — De l'hystérocautomie. — Sutures à ressort. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Thèses. — Nouvelles. — Feuilleton bibliographique.

PARIS, LE 8 MAI 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance académique, pour ne pas compter un grand nombre de communications médicales, n'en a pas moins été pour nous d'un véritable intérêt.

En première ligne, nous trouvons une fort intéressante communication de M. Bouchut que nos lecteurs ont eu samedi sous les yeux dans la Revue clinique. Il s'agissait, on se le rappelle, d'un nouveau signe différentiel que l'ophthalmoscope nous donne pour le diagnostic du rachitisme et de l'hydrocéphalie chronique.

Près de cette lecture, il en est une autre bien digne de fixer l'attention du médecin. Elle a pour objet des expériences physiologiques sur la déglutition. Cette fonction emprunte encore sa clarté à un procédé physique, l'autolaryngoscopie : la communication de M. Guinier mérite d'être reproduite ; nous le ferons dans un prochain numéro.

Il en est de même des recherches expérimentales sur le siége des combustions respiratoires, par MM. Estor et Saint-Pierre. L'École de Montpellier travaille, comme on le voit, et nous sommes heureux d'applaudir à ces jeunes agrégés qui tiennent à honneur de maintenir haut le drapeau de leur école. On a tant répété que l'École de Montpellier n'était plus !

Une note de M. Pons sur les mariages consanguins et la présentation de la seconde édition du Traité de laryngoscopie, de M. Czermak, complètent notre bulletin.

Nous ne pouvons aujourd'hui reproduire les diverses communications que nous venons de signaler. Ce sera pour un très-prochain numéro. — Dr E. LE SOURD.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Des éjaculations ensanglantées.

(Leçon recueillie par M. L. DUBUISSON, élève des hôpitaux de Paris.)

Les éjaculations ensanglantées ont fort peu fixé l'attention des observateurs, quoiqu'elles se voient assez souvent, surtout à la suite de l'orchite. Les ouvrages de médecine n'en contiennent que fort peu d'exemples. Cependant on les a observées dès la plus haute antiquité. Hippocrate, παχεα νουσηματα, maladies grasses (*Traité des maladies internes*), décrit ainsi une maladie qui, d'après Lallemand, ne serait autre chose que la spermatorrhée :

« Les testicules sont rétractés, une douleur ardente se porte à la vessie et à l'anus, l'urine est épaisse comme dans l'hydropisie, les cheveux tombent de la tête; les pieds sont toujours froids, ainsi que les cuisses... Souvent aussi la semence s'échappe pendant le sommeil; celle qui est rendue pendant le coït est sanguinolente et brunâtre... »

Dans le cas qui nous appartient, la présence du sang dans le sperme était constatée par le malade depuis trois ans. Nous n'avons pu trouver d'autre exemple d'une si grande persistance de ce symptôme.

Voici cette observation :

OBS. 1. — L..., élève de l'École centrale, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, s'est fort peu livré à la masturbation quand il était jeune et a complétement renoncé à cette pratique vers l'âge de douze ans.

En 1860, il a contracté une uréthrite peu intense, qui se guérit en quinze jours.

Vers la fin de 1861, à la suite d'un coït avec une femme qui lui résistait, il s'aperçut que son sperme avait une teinte rougeâtre et paraissait mêlé de sang. Depuis ce jour, sans qu'il ait fait aucun excès vénérien, il a toujours eu des éjaculations ensanglantées. Cependant, étant allé en vacances dans sa famille en 1863, il eut au bout de quinze jours une pollution normale; mais aussitôt son retour à Paris, les choses revinrent à leur premier état. Il avait pris de l'iodure de potassium, et attribue à ce médicament sa guérison passagère.

L'année suivante, il constata, dans les mêmes conditions, une amélioration caractérisée par une coloration moins foncée du sperme. Cette fois, il n'avait pris aucun médicament. Les vacances passées, les éjaculations reprirent leur couleur rouge. Lorsque l'érection est portée à l'extrême, il éprouve dans les organes génitaux un sentiment de malaise qu'il ne peut, dit-il, appeler précisément de la douleur. Son testicule gauche grossissait depuis deux ans environ, lorsqu'il consulta, en novembre 1864, M. Demarquay, qui reconnut un hydrocèle de la tunique vaginale, et lui fit une ponction et une injection de teinture d'iode.

Le 22 février 1865, il entre à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, chambre 11, au deuxième étage.

La bourse gauche contient une tumeur fluctuante, ovale, élastique, transparente, qui mesure de 7 à 8 centimètres de longueur sur 12 à 15 centimètres de circonférence. C'est l'hydrocèle de la tunique vaginale qui a récidivé.

Le 25 février, ponction qui donne issue à environ 200 grammes d'un liquide verdâtre, ne différant en rien du contenu ordinaire des hydrocèles. Injection de teinture d'iode étendue d'eau. Cataplasmes froids. Comme tisane, houblon contenant 1 gramme d'iodure de potassium. Ce traitement est continué les jours suivants.

Le 29, frictions avec l'onguent napolitain.

Le 4 mars, emplâtre de Vigo.

Le 18, on sent parfaitement une induration de l'épididyme à gauche. Les deux testicules, ainsi que l'épididyme du côté droit, ne présentent rien de pathologique. Dans l'urèthre, pas de rétrécissements ni de nodosités. Le toucher rectal permet de constater que la prostate est saine, mais le doigt ne peut arriver au niveau des vésicules séminales. Le malade a eu une pollution nocturne et trouve qu'il y a amélioration, ce qu'il attribue à l'iodure de potassium.

Il s'est épanché de nouveau du liquide dans la tunique vaginale.

Le 21, nouvelle ponction, qui ne donne à peu près que 60 grammes de liquide. Nouvelle injection de teinture d'iode. Mêmes prescriptions que précédemment.

M. Davaine, le savant micrographe, qui a examiné le sperme de ce malade, y a trouvé les éléments qui constituent normalement ce liquide, et de plus des globules sanguins et de la matière colorante de ces globules. Les spermatozoïdes conservés près d'une bouche de chaleur dans le liquide séminal ont vécu pendant environ vingt-quatre heures.

Cette observation nous donne la preuve que c'est bien du sang qui colore dans ces cas le sperme en rouge. Nous pouvons aussi conclure de ce fait que les éjaculations sanguinolentes tenaient chez ce malade à une phlegmasie chronique de l'épididyme, phlegmasie attestée par cette induration qu'on sent très-distinctement et qui est probablement aussi la cause de la reproduction de l'hydrocèle. Que cet état pathologique ait pour cause un coup reçu pendant l'acte vénérien, l'absence d'orchite ou de blennorrhagie grave chez ce malade, ce coït consommé violemment en 1861, rendent la chose fort probable.

On peut se poser deux questions principales relativement à l'éjaculation sanguinolente.

I. Quelles en sont les principales causes?

II. De quelles maladies peut-elle être le symptôme?

Nous allons essayer de répondre brièvement à ces deux questions.

1° Les principales causes de l'éjaculation ensanglantée sont : la masturbation, les excès de coït et les affections inflammatoires de l'appareil génital.

Pour ce qui touche à la masturbation, Lallemand en rapporte deux observations que voici :

OBS. 2. — « O..., à 17 ans (1), il s'était livré à la masturbation avec une telle fureur que plusieurs fois il avait rendu du sperme aqueux et mêlé de sang pur. Effrayé de cet accident, il se corrigea complétement. »

OBS. 3. — « Ce manége (compression de la verge entre les cuisses), que je répétais (2) plusieurs fois par jour, dura jusqu'à l'âge de seize ans, époque à laquelle je m'arrêtai complétement, épouvanté par le sang que je vis sortir plusieurs fois presque pur. »

La fameuse observation de Gabriel Galien dans Chopart en est encore un exemple :

OBS. 4. — Gabriel Galien (3) se livra à la masturbation dès l'âge de quinze ans avec un tel excès, qu'il la réitérait huit fois par jour. Peu de temps après, l'éjaculation de la semence devint si rare et si difficile qu'il se fatiguait pendant une heure pour l'obtenir; ce qui le mettait dans un état de convulsion générale, et encore ne rendait-il que quelques gouttes de sang, et point d'humeur séminale. »

(1) Lallemand, *Pertes séminales involontaires*, t. I, p. 347, n° 57.
(2) Lallemand, *Op. cit.*, t. I, p. 457.
(3) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 114, obs. 18.

VENISE ET SON CLIMAT,

Par le Dr CAZENAVE (1).

En voyant M. Cazenave entreprendre l'étude climatologique de Venise, s'engager dans cette question, à la suite de Schouw, Carrière, Tassinari et Namias, j'avais une crainte; je craignais, sans faire injure à l'auteur, qu'il ne nous donnât qu'une copie de tableaux connus de tout le monde. Après vérification faite, c'est-à-dire après avoir lu son ouvrage, je constate que mes pressentiments m'avaient trompé.

Bien que nous sachions tous Venise par cœur, et qu'il soit difficile aujourd'hui de nous intéresser par quelque coin de singularité, M. Cazenave a néanmoins trouvé plus d'une occasion de retenir son lecteur. En peignant la cité idéale, il en a tracé le paysage avec une remarquable délicatesse de touche que rehausse encore la plénitude de la vérité. L'auteur, qui occupe un rang distingué dans le personnel des climatologistes modernes, excelle depuis longtemps dans l'art de la topographie; je le retrouve ici fidèle à ses habitudes de lucidité et d'exactitude. Pour apprécier cette partie de l'ouvrage, il faut la lire, car elle n'est point susceptible d'analyse.

M. Cazenave ne s'est pas borné à rechercher des données nouvelles sur le climat vénitien; il a recueilli soigneusement les données anciennes pour les mettre toutes en ordre et les faire valoir dans un ensemble harmonique. Sa méthode d'exposition, si développée et si claire, ne laisse rien dans l'ombre, et de cette manipulation de documents, il résulterait que les qualités spéciales du climat de Venise n'ont pas toujours été nettement définies dans l'esprit de ceux qui en ont parlé.

« Au nombre des localités favorisées du ciel qu'on nomme stations médicales, dit-il, dont les avantages sont, pour les médecins, une source féconde d'applications thérapeutiques, et, pour les malades, une garantie toujours certaine, sinon de guérison, du moins de soulagement, il n'en est peut-être pas de plus faussement appréciée que Venise. Et cependant, avec ses vastes lagunes où se reflètent de somptueux palais, son ciel resplendissant de lumière et de limpidité, son air tiède et doux dont les grands vents viennent si rarement troubler le calme, sa température uniforme, l'antique cité des Doges est bien loin de mériter l'injuste oubli où l'ont laissée la plupart des climatologistes, et moins encore de justifier les préventions que son climat inspire au plus grand nombre des médecins. »

Oui, sans doute, l'omission serait chose injuste, si Venise avait été oubliée par les climatologistes. De quels climatologistes M. Cazenave veut-il parler? S'agit-il des écrivains sérieux et attentifs? mais tous ont exprimé des vues et des sentiments favorables sur le climat vénitien. Le reproche s'adresse-t-il à ceux qui rédigent en sifflotant ce qu'ils ont entrevu à travers les carreaux d'un wagon? En vérité, c'est marquer trop d'intérêt pour de pareilles futilités que de relever ce qui ne s'y trouve pas. D'ailleurs, on lit peu ces choses-là, à moins d'être en insomnie; si on ne les discute pas, si on n'y répond pas, que les auteurs se tiennent pour avertis que le silence n'est point un assentiment.

Je me souviens qu'à diverses reprises, des ambitions rivales ont cherché à rabaisser Venise jusqu'au dernier rang des stations hivernales, et dans la ferveur du dénigrement, on est allé jusqu'à lui reprocher d'être froide et malsaine. M. Cazenave, qui ne prend parti ni pour Argos ni pour Ilion, a rétabli l'exacte vérité sur ce point; sa réfutation est, sans contredit, l'une des meilleures parties de son livre.

Non, Venise n'est point insalubre, car, au moyen des *taglios* habilement établis et des nombreuses voies de canalisation qui la sillonnent en tous sens, avec des flux réguliers, la ville se trouve complétement à l'abri des épanchements lacustres qui pourraient l'envahir et l'infecter. Malgré sa situation exceptionnelle et la nature de son sol, elle n'est humide qu'à un degré convenable, les vents du nord-est et du sud-est balayant de leur souffle rapide l'excès de vapeurs qui flottent dans le ciel des lagunes.

Sans être précisément un climat tropical, le climat vénitien n'a pas cependant la crudité incisive que l'on pourrait reprocher à quelques-unes des stations échelonnées le long de la rivière de Gênes. Défendue par les Alpes Carniques et Tyroliennes, abritée par les chaînons qui se détachent du système alpestre et par les pitons plus éloignés des Apennins, Venise est largement ouverte au sud et au sud-est, et reçoit de cette orientation de précieuses influences.

En somme, la cité des lagunes jouit des qualités des climats maritimes dont elle fait partie; elle a pour caractéristiques une température douce, uniforme, une atmosphère légèrement humide et chargée, dit-on, d'émanations bromo-iodurées.

Il y a des observateurs, consciencieux du reste, qui aiment à s'entretenir avec le thermomètre; ce qu'ils en apprennent leur suffit habituellement pour se former une opinion définitive sur la température moyenne des contrées qu'ils étudient. Quand on m'exhibe des statistiques de cette espèce, j'appréhende toujours quelque peu la fable ou le système, et j'en suis venu, à force de mécomptes, à ne plus accorder qu'une valeur secondaire aux relevés thermométriques. J'estime que la nature et la configuration du sol, sa flore et ses produits, l'orientation des sites, le tempérament des indigènes et les maladie

(1) Paris, H. Plon, éditeur.

Tissot (1) parle d'un jeune garçon qui n'avait pas encore seize ans et s'était livré à la masturbation avec tant de fureur, qu'enfin au lieu de sperme il n'avait amené que du sang, dont la sortie fut bientôt suivie de douleurs excessives et d'une inflammation de tous les organes de la génération.

Le docteur Dalandeterie (2) a rapporté l'histoire d'un jeune masturbateur, chez lequel les érections étaient douloureuses, de peu de durée. Dans les éjaculations provoquées manuellement, il ne rendait plus, au lieu de sperme, que du sang à demi caillé, noirâtre ou jaunâtre; il en sortait quelquefois jusqu'à une cuillerée; ces éjaculations étaient accompagnées de douleurs.

Nous n'avons pu trouver pour les excès de coït qu'une seule observation, elle appartient à Lallemand :

Obs. 5. — « A vingt-quatre ans, ayant répété (3) le coït jusqu'à dix fois dans une nuit, comme cela lui était arrivé souvent, il eut une hématurie qui se dissipa le lendemain. Quelques jours après, ayant revu la même femme, il éprouva de la douleur au moment de l'éjaculation et le sperme fut mêlé de sang. Depuis lors la continence fut observée scrupuleusement, mais il survint des pollutions, d'abord fréquentes, quelquefois douloureuses et sanguinolentes, ensuite plus rares, presque sans érection, et sans aucune sensation de peine ou de plaisir. »

Obs. 6. — M. M..., étudiant en médecine, a bien voulu nous communiquer sa propre observation. Il est d'une constitution lymphatique et fort habitué aux excès de coït, puisque depuis l'âge de quinze ans, et il en a vingt-quatre maintenant, il a eu presque tous les jours des rapports sexuels complets. Cependant, vers le commencement de février 1865, étant couché avec une femme qu'il aimait beaucoup, il s'aperçut, lorsqu'il renouvela pour la huitième fois l'acte vénérien, que le produit de l'éjaculation était du sang presque pur. Au moment de l'éjaculation il avait ressenti dans les aines une sensation de déchirure. Le lendemain la même chose se reproduit au cinquième coït, et le surlendemain au troisième, toujours avec la même femme. La sensation de déchirure se représenta chaque fois qu'il y eut éjaculation ensanglantée. Craignant alors de s'attirer quelque maladie sérieuse, il ne vit pas de femmes pendant douze jours. Depuis il a repris son ancienne manière de vivre sans que rien de semblable soit venu l'arrêter de nouveau.

Quant aux affections inflammatoires des organes génitaux : l'orchite, l'uréthrite, les phlegmasies des vésicules séminales, etc., l'examen de ces causes d'éjaculation sanguinolente rentre naturellement dans la seconde question et se confond avec elle.

II. Les maladies qui peuvent avoir pour symptôme l'éjaculation sanguinolente sont les suivantes.

A. *L'orchite aiguë.* — Très-souvent, au premier coït qui suit la guérison d'une orchite aiguë ou d'une épididymite, il y a éjaculation de sperme ensanglanté. Ce fait est signalé dans tous les traités de pathologie, quoiqu'on n'y ait pas attaché beaucoup d'importance. M. Nélaton en parle ainsi : « .... Les troubles (4) fonctionnels pendant la durée de l'orchite n'ont encore été que très-imparfaitement étudiés. On a signalé des pollutions nocturnes, des éjaculations de sperme sanguinolent; mais ce symptôme appartient aussi, comme nous le verrons plus loin, à l'orchite chronique... »

Il n'est pas nécessaire d'avoir une longue expérience médicale pour en avoir vu quelques cas. Peut-être la présence du sang tient-elle alors à une déchirure de l'épididyme ou des canaux éjaculateurs dilatés soudainement après un repos forcé quelquefois assez long.

B. *L'orchite chronique.* — Swediaur a noté le fait d'éjaculations rosées, dans l'orchite chronique, chez des malades qui en étaient très-effrayés. Voici ce qu'on trouve dans Vidal de Cassis :

(1) Tissot, *l'Onanisme*, section IV, obs. de l'auteur p. 59.
(2) *Journal de méd. chir. et phar.* 1813, t. XXVII, p. 367.
(3) Lallemand, *Op. cit.*, t. II, p. 501, nº 67.
(4) Nélaton, *Eléments de pathologie chirurgicale*, t. V, p. 632.

« .... M. Lagneau (1) a cité un fait d'un malade qui, affecté d'un gonflement du testicule datant déjà de deux mois, avait eu une pollution mêlée de stries de sang pendant un rêve érotique. J'ai pu constater plusieurs faits semblables. »

L'observation 1 rentre dans cette classe. Nous y mettrons, avec l'orchite chronique, l'épididymite de même nature qui est généralement très-difficile à en séparer. Lorsque la phlegmasie est entretenue par une cause persistante, elle se propage ordinairement et envahit l'ensemble de l'organe par quelque point qu'elle ait commencé. Ici se rangent naturellement aussi toutes les affections organiques du testicule qui peuvent entretenir la phlegmasie. On comprend facilement la production de la petite hémorrhagie qui constitue l'éjaculation sanguinolente par la surface enflammée de l'épididyme ou des canalicules spermatiques.

C. *Les phlegmasies des vésicules séminales.* — Lallemand range en ces termes presque toutes ses observations dans cette classe :

« .... Tous ces faits prouvent que l'état pathologique de l'urèthre avait fini par s'étendre à la membrane muqueuse des vésicules séminales... (2) »

Deslandes s'exprime ainsi à ce sujet (3) :

« .... Quelquefois il se fait une véritable exhalation sanguine dans ces vésicules (séminales), et du sang, même pur et en quantité notable, est rejeté par l'éjaculation. »

Ces deux auteurs font autorité en semblable matière, et nous croyons que, sur leur affirmation, on peut admettre que, dans ces cas, l'éjaculation sanguinolente tenait réellement à une phlegmasie des vésicules séminales. L'observation 6 viendrait à l'appui de cette opinion, car cette sensation de déchirure dans les aines, surtout d'après l'endroit qu'indiquait l'étudiant dont il s'agit, peut être rapportée à la production d'une solution de continuité des vésicules séminales. Cela est d'autant plus probable que cette sensation s'est représentée à chaque fois que le sang est venu se mêler au sperme.

D. *Uréthrite chronique.* — Nous n'avons pu trouver d'observations qui se rapportent à cette classe, mais voici ce que dit M. Nélaton en décrivant les symptômes de l'uréthrite chronique (4) : « .... L'éjaculation est douloureuse; elle donne une sensation de déchirement, et le sperme peut être teint de sang... » il est très-naturel que, dans l'érection, il se produise, surtout dans une membrane enflammée, une petite déchirure; et, par suite, un léger écoulement de sang capable de colorer le sperme.

E. *Ablation du testicule.* — M. Demarquay nous a dit avoir vu un malade qui eut des éjaculations sanguinolentes à la suite de l'ablation du testicule. Il est probable que, dans ce cas, le sang provenait de la vésicule enflammée traumatiquement par l'opération.

F. Enfin, il peut se faire que, dans les phlegmasies et les affections organiques de la prostate, il se produise, pendant le coït, une solution de continuité qui donne lieu à une éjaculation sanguinolente. Nous n'en avons pas trouvé d'observations, mais nous n'hésitons pas à l'admettre comme possible.

En résumé, dans quelque circonstance que se produise l'éjaculation ensanglantée, elle peut être rapportée aux organes suivants :

1º *Testicule.* — Phlegmasies aiguës ou chroniques, dégénérescences, plaies ou ablation de cet organe;
2º *Épididyme.* — Inflammation aiguë ou chronique, plaies, dégénérescences;
3º *Vésicule séminale.* — Phlegmasies, dégénérescences;
4º *Prostate.* — Inflammation, dégénérescences;
5º *Urèthre.* — Blennorrhagie chronique.

(1) Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, p. 119.
(2) Lallemand, *op. cit.*, t. I, p. 481.
(3) Deslandes, *de l'Onanisme*, p. 312.
(4) Nélaton, *op. cit.*, p. 363.

Cette affection se rencontre donc dans trois états pathologiques principaux :

Les traumatismes, les phlegmasies, les dégénérescences.

Nous n'avons que peu de mots à dire du traitement et du diagnostic. La présence du sang dans le sperme n'étant qu'un symptôme de diverses affections, pour faire cesser cet état morbide, il faudra évidemment guérir la maladie qui en est la cause. Lorsqu'un malade est affecté d'éjaculation ensanglantée, il faut donc examiner avec soin l'urèthre, la prostate, l'épididyme, le testicule, et soigner l'affection primitive. Si aucun de ces organes n'est malade, il est probable qu'il faut rapporter le trouble de l'éjaculation à la vésicule séminale qui échappe ordinairement à tous les moyens d'investigation. Les éjaculations sanglantes ont une certaine importance au point de vue de la pratique, car elles se présentent assez souvent et impressionnent vivement les malades. Un de nos excellents maîtres, M. A. Richard, nous a dit avoir été consulté à ce sujet par plusieurs personnes qui en étaient très-effrayées. Swediaur, nous l'avons déjà rapporté, a vu plusieurs faits semblables.

Nous n'avons fait ici qu'effleurer la question, laissant à plus habile et à plus savant que nous le soin de l'approfondir. Notre but sera atteint si ce travail peut attirer l'attention sur ce phénomène pathologique si curieux et si peu étudié jusqu'à présent.

Nous ne terminerons pas sans remercier M. le docteur Davaine de son extrême complaisance à notre égard, et notre ami M. le docteur Cosmao-Dumenez, dont le mémoire sur une question proche parente de celle-ci, l'Aspermatisme (1), nous a fourni d'utiles renseignements.

DE L'HYSTÉROCAUTOMIE (2),

nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines,

Par M. le docteur A. Grenet, médecin de l'hôpital de Barbezieux.

Pathogénie. — M. Wirchow (de Francfort) soutient que les inflexions se produisent seulement lorsque les ligaments ne lui permettent pas une mobilité suffisante dans la direction d'avant en arrière ou d'arrière en avant. Cet habile observateur combat l'opinion de Scanzoni, qui attribuait la cause de ces inflexions soit à un ramollissement au niveau de l'orifice interne, soit à la production de granulations graisseuses du parenchyme de l'organe.

Ils ont tous deux raison : la déviation peut être due à la rétraction ou au relâchement des liens antagonistes de suspension de l'utérus, c'est positif; son ramollissement graisseux peut en être la conséquence, c'est encore positif.

D'une part, si chez les jeunes sujets la tension des ligaments ronds et l'intimité des adhérences de l'utérus avec la vessie sont des causes d'antéversion ou d'antéflexion, il n'en est pas de même chez les femmes qui ont eu des enfants; ici les moyens de suspension de l'utérus sont plus lâches, ses ligaments plus distendus, surtout lorsqu'il s'agit de femmes lymphatiques ou chloro-anémiques dont les tissus ont une grande mollesse et une grande flaccidité. Alors l'utérus, qui a subi une turgescence extrême, n'est plus enclavé dans le bassin; il tend à prolaber dans l'excavation pelvienne; il cherche un point d'appui, qu'il rencontre plutôt en arrière sur le sacrum (3) qu'en avant sur la symphyse, à travers la vessie compressible et mobile, et se penche en avant sous la pression des organes abdominaux dont le poids augmente dans la station debout ou la marche.

(1) Cosmao-Dumenez, *L'Aspermatisme.* Gaz. Méd., 1863.
(2) Suite. — Voir le précédent numéro.
(3) Cette résistance, qui est loin d'être insurmontable, surtout chez les femmes dont le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur dépasse 11 centimètres, peut expliquer pourquoi le nombre des antéversions dépasse celui des rétroversions.

qui leur sont familières nous en apprennent davantage que les instruments de physique, sur le mérite hygiénique d'une localité.

M. Cazenave ne nous dit rien de la végétation du pays vénitien, mais il met sous nos yeux une véritable photographie de la constitution et du caractère des habitants qu'il assimile aux Béarnais. Il conclut de là que le climat de Venise est, comme celui de Pau, sédatif et hyposthénisant. En conséquence, il recommande expressément le ciel des lagunes aux sujets atteints de phthisie *éréthique,* forme et dénomination qu'il a le premier vulgarisées en France.

Des bains de mer chez les enfants,

Par M. le docteur Brochard (de la Tremblade) (1).

J'ai souvent souhaité un écrivain clair, familier, proportionné au commun de ses lecteurs, qui fasse tout pour eux et rien pour lui, qui nous donne une idée juste et complète de la balnéation maritime. Ai-je enfin trouvé mon idéal dans la personne de M. Brochard? Je le crois, et ce serait aussi, paraît-il, l'opinion du ministre qui a récemment accordé à l'auteur *des Bains de mer chez les enfants* un témoignage officiel d'estime et de satisfaction.

Ce n'est pas, on le présume bien, par de minces qualités que M. Brochard est arrivé à gagner les bonnes grâces de ceux qui ont déjà fait connaissance avec son livre. Dans cet ouvrage, dont l'objet est depuis longtemps à l'ordre du jour, toutes les matières sont distribuées dans un ordre parfait, sans déviations, sans un faux pli; la description et l'analyse se développent librement, naturellement, sans apparat ni boursouflure. Les premiers chapitres ont spécialement pour but de nous éclairer sur le mode d'action des bains de mer et sur les limites réelles de leur efficacité. L'auteur n'ignore pas que la plupart des malades ont la facilité des conceptions bizarres et des illusions en fait de thérapeutique balnéaire; il s'applique de son mieux à déloger les chimères de leur esprit. Il faut que l'on soit bien persuadé, dit-il, que l'eau de mer est de l'eau minérale, d'une action aussi réelle, aussi étendue et plus énergique encore que celle des sources les plus richement douées sous le rapport de la minéralisation. Mais, de ce que les bains de mer reçoivent de nombreuses applications, il ne s'ensuit pas qu'ils constituent un remède universel, et d'ailleurs en user sans discernement et sans guide, serait quelquefois une témérité fâcheuse.

C'est pour les enfants surtout que M. Brochard manifeste sa sollicitude et qu'il réserve le fruit de son expérience. Il stipule pour eux avec un soin minutieux, mais sans subtilité, les conditions de la médication maritime. Toute cette partie est traitée avec une supériorité de vues, une justesse d'appréciations dont j'ai été vivement frappé. Je défie les purs de la critique d'y trouver un seul mot à reprendre. La médication maritime ne réside pas uniquement dans l'immersion; le choix de la plage et du climat ont aussi une part importante dans ses effets.

Toutes les plages, quelles qu'elles soient, conviennent aux enfants bien portants et auxquels il ne faut que donner une certaine somme de tonicité. Mais, quand il s'agit d'enfants malades, remarque M. Brochard, il convient d'apporter au choix de la plage la même attention que pour le choix d'une station thermale. Le souffle des vents et les mouvements de la mer, en effet, sont essentiellement différents dans la Manche, sur les côtes de notre Océan et dans le golfe de Gascogne. M. Brochard touche ici à la question des climats, et il s'y relie par l'attention qu'il accorde à l'examen des qualités de l'atmosphère maritime.

Cette triple influence, dont les éléments sont inséparables, est particulièrement salutaire dans les cas de débilité générale ou partielle, de croissance rapide ou tardive, de diathèse scrofuleuse, de sueurs excessives, de bronchorrée, de dyspepsie chez les enfants gâtés, et d'incontinence nocturne. Mais que deviennent les jeunes phthisiques auxquels on prescrit le séjour des bords de la mer? M. Brochard a examiné cette question, et ce n'est point à demi qu'il y répond. Son opinion, laconiquement formulée, est celle-ci : Quelques plages privilégiées de la Méditerranée peuvent être favorables aux enfants prédisposés à la phthisie ou qui en recèlent déjà le germe; mais *sur toutes les côtes de l'ouest de la France, la médication maritime doit leur être formellement interdite,* et s'ils peuvent y vivre momentanément, ce n'est qu'à l'aide des artifices de la serre.

Que des tuberculeux, ajoute M. Brochard, se soient bien trouvés pour l'hiver de la résidence de Nice, de Menton, de Madère, nul ne peut le nier; mais prétendre qu'un effet semblable se produira sur nos côtes de l'Océan, de Dunkerque à Biarritz, où le vent souffle quelquefois avec une si grande force, c'est ce que réfute péremptoirement l'expérience de chaque jour. Ni les pins maritimes, ni leur séve, ni leurs émanations balsamiques, rien ne peut pallier l'action pernicieuse de ces affreuses bourrasques. Laissons donc sans envie aucune, Alger, Menton, Madère, etc., offrir aux tuberculeux leurs climats doux et leurs plages hospitalières.

Cette exhortation n'est pas la seule que nous adresse M. Brochard; il nous donne aussi, sur l'emploi des bains de mer, une foule d'excellents conseils dans nous avons à le remercier.

Dr Champouillon.

(1) Paris, chez J.-B. Baillère, éditeur.

D'autre part, on ne peut nier l'altération histo-pathologique. En effet, M. Ch. Robin a trouvé dans la paroi correspondante à l'inflexion, lorsque celle-ci est très-ancienne, des granulations graisseuses entre les fibres rares, pâles et décolorées de cette paroi. Cette altération constitue une des indications les plus rationnelles d'une opération qui aurait pour but de resserrer le tissu relâché et lui donner une cohésion suffisante pour faire équilibre au tissu coarcté de la paroi opposée.

Quelles qu'en soient les causes, j'ai pu me convaincre, après M. Aran et son ancien élève M. Guyon, que dans les déviations qui remontent à une époque très-éloignée, il existe presque constamment un rétrécissement de l'orifice interne et une dilatation de l'orifice externe.

Quelques physiologistes prétendent que le vagin n'entre pour rien dans la position affectée par l'utérus; ils se basent sur l'expérience de Hohl, qui, après avoir enlevé sur le cadavre vagin et périnée, a vu l'utérus se tenir en place. Il est probable que s'il avait enlevé également les ligaments ronds, larges et utéro-sacrés, l'utérus se serait précipité. Non-seulement l'utérus est maintenu par ses liens propres, mais encore par l'ensemble de moyens contentifs que lui prêtent les organes avec lesquels il est en rapport, et le vagin est un de ces plus solides moyens de support. Cela est si vrai que, dans les cas d'abaissement de l'utérus, le tissu propre du vagin se distend, et la membrane celluleuse qui l'unit à la vessie et au rectum se détache dans une étendue plus ou moins considérable, selon l'importance de la prolabsion. S'il s'y précipite tout entier, ce sera l'abaissement; s'il ne s'y précipite que par une de ses faces ou un de ses côtés, ce sera une déviation; à ce point de vue la déviation peut être considérée comme une hystéroptose partielle. Cette position vicieuse est rendue tenace dans l'antéversion par l'attraction des ligaments sus-pubiens, alors que les ligaments utéro-sacrés sont distendus ou ramollis; et réciproquement dans la rétroversion. Quant à la latéroversion, ce sont les ligaments larges qui agissent comme antagonistes.

On a dit que les causes prédisposantes des déviations utérines étaient la mobilité et le poids de l'organe, la longueur des ligaments ronds, la laxité des autres ligaments, la pression exercée par la vessie ou le rectum distendus, la gestation, les avortements, les accouchements, les excès de coït, la présence de tumeurs fibreuses ou de polypes, la métrite chronique et la pelvi-péritonite.

Toutes ces causes de désordre ont réellement un effet sur la position de l'utérus et ses rapports avec les organes qui l'environnent. Mais une cause agissante sur le col ne peut-elle donc aussi modifier la situation du corps? Dans l'étude de l'étiologie des déviations, presque tous les cliniciens ont fait bon marché des brides, des adhérences et des cicatrices provenant de déchirures du col, qu'ils classent exclusivement parmi les causes de ses flexions. Je puis sans crainte avancer, et le résultat de quelques-unes de mes observations ne laisse pas de doute à cet égard dans mon esprit, que les flexions du col entraînent fréquemment les déviations du corps de l'utérus.

Les adhérences peuvent exister aussi bien sur le fond et les faces de l'utérus que dans la circonférence de la portion sus-vaginale du col.

M. Aran enseigne que « dans un grand nombre de cas il est possible de découvrir des brides, des adhérences qui immobilisent l'utérus et l'entraînent dans la flexion... Quant aux flexions du col, elles peuvent être toutes sans exception rapportées à des influences mécaniques, à des adhérences, à des cicatrices vicieuses, à une sorte de rétraction du tissu cellulo-fibreux qui double la muqueuse. » Valleix était aussi de cet avis. M. Wirchow, frappé de la fréquence de ces adhérences dans les flexions de la matrice, attribuait la formation des fausses membranes, causes directes de la rétraction, à des péritonites partielles.

Scanzoni pensait que la tension de ces fausses membranes n'était pas suffisante pour opérer la flexion. Enfin, M. Becquerel prétend qu'il est de toute impossibilité que des adhérences développées dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire péri-utérin puissent produire des flexions. « On trouve trop souvent, dit-il, ces brides et ces adhérences sans qu'il existe aucune flexion, et des flexions sans adhérences pour qu'on puisse admettre la réalité de cette cause. »

Le point en litige n'est réellement que sur le plus ou moins de puissance coarctive des adhérences.

La phlegmasie péri-utérine est bien rarement isolée, localisée soit aux trompes, soit aux ovaires. Elle a donné lieu à bien des opinions contradictoires. M. H. Bonnet a décrit, sous le nom de phlegmon péri-utérin, une inflammation du tissu cellulaire qui se développe aussi bien hors l'état puerpéral que dans cet état. M. Galard en fait le sujet de sa thèse. M. Nonat, dans son *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, lui a donné une importance peut-être exagérée. MM. Bernutz et Goupil ont formé de ces phlegmasies un groupe nosologique, qu'ils ont décrit sous le nom de pelvi-péritonite, et qu'ils comparent à celui qui chez l'homme prend le nom d'orchite. Qu'elles soient séro-albumineuses ou purulentes, ces pelvi-péritonites sont, d'après eux, presque toujours symptomatiques de phlegmasies pour ainsi dire inaperçus des organes génitaux; et, qu'elles aient été produites par continuité ou contiguïté, elles se manifestent par des signes plus tranchés que celles qui leur ont donné naissance. Encore l'autopsie leur a démontré que la tumeur inflammatoire qui constitue l'orchite féminine n'était que l'engorgement utérin, la péritonite chronique partielle, le phlegmon péri-utérin de leurs prédécesseurs.

C'est surtout à la suite de la pelvi-péritonite chronique, très-fréquente après les couches, que la persistance des douleurs pelviennes et des régions circonvoisines annonce un lent travail d'organisation des adhérences. Ces adhérences sont le résultat d'une latente résolution qui laisse après elle des tuméfactions, des indurations, des brides résistantes, produites par une exsudation de matières filamenteuses et plastiques.

Quoi qu'il en soit, ces fausses membranes peuvent entraîner l'hystérolaxie si elles sont suffisamment épaisses et solides; elles ne l'entraînent pas si, comme Scanzoni l'a observé, elles n'ont pas un degré suffisant de tension.

Quant aux brides situées dans l'épaisseur de la membrane vaginale et formées d'un tissu cicatriciel dense et serré, le toucher en fait facilement apprécier la consistance et l'étendue; elles partent généralement de l'insertion vaginale pour se prolonger plus ou moins loin dans la région vésicale ou sacrée. Il est arrivé à Lisfranc de diviser une de ces brides à l'aide de longs ciseaux mousses glissés sur le doigt indicateur, et de guérir ainsi une antéversion (1).

Les cicatrices du col provenant de déchirures à la suite d'accouchements sont quelquefois assez profondes pour s'étendre de l'orifice externe à l'insertion vaginale. Alors cette portion du col se trouve au niveau et sur le même plan que la membrane du cul-de-sac correspondant. Raccourci en ce sens, le col paraît infléchi, mais l'inflexion ne se prononce réellement que si l'utérus, pressé par les organes abdominaux, s'abaisse de tout son poids sur la partie saine du col, qui seule obéit à la pression.

Les flexions de l'utérus ou de son col peuvent produire à leur suite de véritables déviations; en voici la raison mécanique.

J'ai dit que le vagin était un des moyens les plus puissants de support de l'utérus. En effet, on sait que cet organe est un cône renversé et que le tiers du sommet de ce cône est engagé presque verticalement dans l'ouverture d'une membrane résistante, quoique extensible. Cette membrane se recourbe pour encapuchonner l'extrémité du cône, mais son insertion sur lui est placée sur un plan à peu près horizontal. On peut s'en faire une idée approximative, je ne dis pas exacte, en se représentant une bouteille dont une partie du goulot serait engagée dans le canevas suffisamment tendu d'un métier à broder, et dont le fond serait maintenu en verticale par des cordons élastiques. Si une force quelconque agit sur un des côtés de la base ou du sommet de la bouteille, celle-ci s'incline. Il en est de même du tissu qui la supporte : qu'on fasse une traction dans un des points de son étendue, le goulot s'incline dans ce sens et le fond de la bouteille s'incline dans l'autre. Si la cause de traction est permanente, l'inclinaison est permanente. Si, pour lutter contre cette force de traction, on en fait une égale dans le sens opposé, l'inclinaison cesse. Il faut admettre toutefois que la force de résistance qui agit sur la base n'est pas supérieure à la traction opérée sur le sommet ou à son pourtour. Cette comparaison toute vulgaire ne manque d'exactitude qu'à l'égard de l'élasticité du tissu fibreux dont est formé le cône utérin.

Tous les anatomistes conviennent que l'utérus est extrêmement mobile. Laissons parler M. Aran : « Sur le vivant, et même chez des femmes très-jeunes, j'ai rencontré de ces utérus très-mobiles sur leur axe de suspension, et suivant avec la plus grande facilité les positions imprimées au corps de la malade, espèces de balances folles, pour ainsi dire, que le moindre poids fait osciller et quitter leur centre de gravité. Mais ce sont là des faits exceptionnels, et l'on peut poser en principe que la position indifférente de l'utérus est le résultat d'un affaiblissement de ses moyens de suspension, qui vient principalement après la grossesse. »

Quoi de plus clair! les ligaments de suspension se relâchent, le corps utérin se balance sur le point d'appui qui lui reste, le vagin. Qu'alors une force suffisante attire sur un des côtés un des points de sa base ou de son sommet, il se penche et s'abaisse s'il est régide, il s'incurve s'il est flasque et mou. Dans le premier cas, il y a version; dans le second, flexion. Que dans cette dernière condition l'utérus reprenne, après un certain temps, sa rigidité normale, la flexion cessera si la force d'attraction est faible, il y aura version si elle est trop énergique.

Le tissu propre de la membrane vaginale, plexus rétiforme des auteurs, est tout à la fois cellulaire, vasculaire et fibreux; il partage les propriétés des tissus musculaires et des tissus érectiles. C'est une membrane à part, remarquable par son élasticité, et que M. Cruveilhier a comparé au dartos; tout à la fois résistante et extensible, elle se prête, comme cause ou comme effet, à toutes les inclinaisons dont l'utérus est susceptible.

Le tissu propre de l'utérus est très-dense; il crie sous le scalpel; il est d'apparence fibro-cartilagineuse; c'est que, bien que musculaire, l'élément fibreux élastique entre en grande partie dans son organisation. Certaines conditions physiologiques ou pathologiques expliquent tour à tour sa mollesse ou sa dureté; l'état de vacuité lui fait reprendre jusqu'à un certain point ses caractères infantiles; alors il offre une cohésion, une résistance, une solidité, une quasi-rigidité qui font qu'une action vigoureuse ou tenace exercée sur une de ses parties se fait sentir dans tout l'ensemble.

Ainsi les adhérences siégeant dans un des points de la périphérie de l'utérus, les brides du tissu cellulaire péri-utérin, formées dans la partie sus-vaginale du col ou dans l'épaisseur de la membrane, les cicatrices du museau de tanche, peuvent, par une attraction mécanique, entraîner une portion de l'organe et favoriser ensuite le basculement de sa totalité. Je suis d'autant plus fondé à maintenir cette assertion que les avantages de mon opération n'ont été entrevus que d'après cette étiologie et que les résultats obtenus ont confirmé mes prévisions.

Mode d'action orthotropique. — J'avais eu depuis longtemps la pensée que, s'il était possible de produire un état pathologique analogue à celui qui entraîne la flexion du col, et fit l'office d'antagoniste à la lésion qui l'avait produite, on pourrait réduire d'une manière durable non-seulement les flexions, mais encore les déviations; et j'étais arrivé à cette persuasion qu'il était très-praticable de faire sur l'un des côtés du col ce que les brides produisent de l'autre. J'ai découvert depuis que le hasard avait fait naître cette idée à Amussat. Cet ingénieux chirurgien avait remarqué chez une dame affectée d'une rétroversion avec ulcération du col, que les cautérisations, faites avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, dans le but de guérir cette dernière affection, avait en même temps redressé l'utérus, en donnant lieu à la formation de brides à la face postérieure du col et du vagin. En imitation de la nature, il s'est ensuite servi de la même manière du caustique dans la rétroversion simple et les tentatives ont été couronnées de succès. Il n'a jamais remarqué aucun dérangement dans les fonctions de l'utérus après l'emploi de cette méthode, et il ne pensait pas qu'elle pût donner lieu à des accidents dans des grossesses subséquentes (1).

Ce procédé qui m'était d'abord venu à l'esprit ne m'avait pas paru suffisamment énergique. D'ailleurs il est impossible, surtout sur ces parties, de limiter l'action des caustiques : les uns agissent en étendue, les autres en profondeur; le meilleur opérateur n'en peut d'avance préciser les bornes. Je songeai plutôt à la résection d'une partie de la membrane vaginale ou du col ainsi que cela se pratique sur la muqueuse palpébrale dans l'ectropion. Le col pouvait ainsi être ramené vers la ligne verticale dans les limites de la perte de substance et du degré d'attraction opéré par la cicatrisation de la plaie.

Les accidents de péritonite survenus à la suite d'excision d'un lambeau de la membrane vaginale dans les abaissements, les craintes fondées d'une hémorrhagie, l'observation d'un cas fatal arrivé à Blandin, les conseils de mon ami M. le professeur Pajot, devaient me faire proscrire une pareille pratique à l'aide d'instruments tranchants. D'un autre côté les résultats d'élytroraphie dans les prolapsus utérins, obtenus par Marshall-Hall, Hirland, A. Bérard et M. Velpeau, n'étaient point encourageants : ces deux derniers taillaient deux et même trois lambeaux sur la tumeur; ils ont renoncé à ce procédé. Scanzoni a pratiqué treize fois cette opération sans succès. M. Jobert (de Lamballe) a renoncé également à ses cautérisations avec le nitrate d'argent, dans le but de déterminer des adhérences de la paroi vaginale; il a renoncé aussi à ses points de suture latérale. Contre la même affection, M. Laugier a abandonné l'application des caustiques (2), et M. Velpeau celle du cautère actuel, sur la portion inférieure de la muqueuse vaginale. C'est que son irritabilité en ce point rend les inflammatoires consécutives beaucoup plus graves que dans la portion supérieure. Chacun sait que là où les capillaires sanguins sont plus nombreux, où les nerfs sensitifs sont plus développés, la phlegmasie produite par des agents irritants est plus intense. Aussi les cautérisations provoquent-elles d'autant plus de fluxions inflammatoires et des retentissements sur la sensibilité qu'elles sont pratiquées près de l'anneau vulvaire.

Rassuré par cette dernière considération et poussé par le légitime désir de faire une tentative contre certaines déviations tenaces et douloureuses, je me décidai à appliquer le cautère actuel.

Depuis trente-cinq ans M. Jobert applique avec avantage le fer rouge sur l'orifice ulcéré du col. Tous les gynécologistes l'ont suivi dans cette voie sans s'inquiéter, avec raison, des terribles accidents qu'on faisait entrevoir à la suite d'une pareille pratique. En effet, sur une statistique de 138 cautérisations de cette nature, faites dans les hôpitaux par M. Becquerel, il n'y a eu qu'un seul cas de métro-péritonite, et encore la malade a-t-elle parfaitement guéri.

Aujourd'hui, autorisé par le résultat très-satisfaisant de vingt observations, je viens proposer une nouvelle méthode opératoire que je désigne sous le nom d'hystérocautomie (3), c'est-à-dire résection d'un lambeau utérin par la brûlure.

SUTURES A RESSORT

de M. Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit).

M. le docteur Gaillard (de Saint-Julien-le-Petit), jugeant que sa pensée n'avait pas été bien rendue dans notre *Revue clinique* du 15 avril dernier, a manifesté le désir que nous revenions sur ce sujet. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les propres expressions de l'auteur.

Suture à ressort. « Chaque griffe est munie d'une petite anse de caoutchouc très-courte et solidement fixée à la courbure; à cette anse est attaché un fil ordinaire, lequel sert à la ligature. »

Suture à plaque protectrice. « On prend une petite lanière de caoutchouc étroite et solide que l'on plie par le milieu. On

---

(1) *Clinique chirurgicale de la Pitié.* Vol. III, p. 443.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er septembre 1851.

(2) M. Laugier depuis a fait la résection et même l'amputation de la totalité du col dans les cas d'allongements hypertrophiques. *Mémoires*, 1860.

(3) Υστερα, matrice; χαιω, je brûle; τομη, section.

fait avec un canif, près de l'anse où l'on a déjà passé un fil, un petit trou dans lequel on engage un œillet dont se servent les cordonniers. Les deux bouts de cette lanière sont scellés ensemble, et on scelle aussi sur une de ses faces une petite plaque de caoutchouc qui dépasse un peu l'anse et qui doit servir de plaque protectrice. *Toute la partie de caoutchouc qui dépasse les œillets traversés par l'épingle, se laissant distendre par la traction des fils, fait l'office de ressort*, et rend de la sorte la suture un peu élastique; on peut lier les fils directement, ou, ce qui vaut mieux, les entortiller autour des épingles à la manière ordinaire. »

M. Gaillard a ajouté ces mots, qui expliquent mieux son procédé :

« Deux plaques sont évidemment nécessaires pour un même point de suture. L'épingle, armée d'une plaque, traverse les deux lèvres de la plaie; l'autre plaque, armée de son fil, est enfilée par son œillet. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 25 mars 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCES.

La correspondance imprimée comprend l'ouvrage suivant :

Nouvelles recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet, par M. le docteur Leven.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Péliet demandant à être inscrit sur la liste des candidats aux places vacantes.

COMMUNICATIONS.

M. GOUGENHEIM lit une observation ayant pour titre : *Rhumatisme articulaire. Endocardite. Lésions athéromateuses de l'endocarde dans les cavités gauches et de tout l'arbre artériel. Hémorrhagie cérébrale. Mort. Autopsie.*

M. MARTINEAU. Cette observation est du plus grand intérêt. On a décrit en effet une forme apoplectique du rhumatisme cérébral, mais l'autopsie n'avait pas révélé, comme dans le cas qui vient de nous être lu, une hémorrhagie aussi complète; on trouve bien dans la thèse de M. Diard quelques cas de rhumatisme cérébral à forme hémiplégique, mais l'embolie expliquait le plus souvent ces cas si rares.

Je trouve aussi que M. Gougenheim ne nous a pas fourni assez de renseignements sur l'hémiplégie de sa malade.

M. GOUGENHEIM. La paralysie n'était pas complète. La malade pouvait faire exécuter quelques mouvements à ses membres. La sensibilité était obtuse.

M. CORNIL. Avant de discuter sur la valeur de cette observation, au point de vue du rhumatisme cérébral, il faudra se demander si, chez cette malade, il y a eu un rhumatisme. Je vois bien une lésion du cœur et des vaisseaux, et une hémorrhagie cérébrale très-probablement sous la dépendance de cette dernière, mais rien ne prouve que ces altérations se soient développées sous l'influence du rhumatisme, et, à cet égard, je serai beaucoup plus réservé que MM. Gougenheim et Martineau.

M. GOUGENHEIM. Cette malade avait eu un rhumatisme articulaire aigu il y a trois mois. D'ailleurs, en dehors de cette cause, comment expliquer une altération aussi profonde du système artériel dans un âge aussi peu avancé.

M. FRITZ partage complétement l'avis de M. Cornil, rien ne prouve que cette malade ait eu un rhumatisme articulaire aigu. Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, il n'y avait aucun symptôme du côté des articulations, et l'autopsie n'a rien révélé de ce côté.

M. BALL, répondant à M. Martineau, dit que pour les auteurs qui se sont occupés du rhumatisme cérébral, la forme apoplectique n'était pas un groupe anatomique, mais bien un groupe clinique.

M. LEVEN. Je ne crois pas qu'on puisse appeler cette observation un cas de rhumatisme cérébral, mais il n'est pas douteux que le rhumatisme peut développer des altérations du cœur ou des vaisseaux, qui sont à leur tour le point de départ d'altérations plus ou moins graves du côté de l'encéphale.

M. GÉNIN-ROSE repousse complétement l'idée d'un rhumatisme cérébral. Rien n'indique même que ce rhumatisme ait existé. M. Gougenheim se fonde pour l'admettre sur le dire des personnes qui ont amené la malade à l'hôpital, et l'on sait combien ces renseignements sont souvent erronés.

M. GALLARD. Je crois qu'il faudrait changer le titre de cette observation et le remplacer par celui-ci :

Hémorrhagie cérébrale. — Altérations des artères et du cœur chez un sujet rhumatisant.

J'aurais aussi voulu quelques détails sur l'examen des articulations à l'entrée de cette malade à l'hôpital, et enfin, pour trancher la question, savoir si cette malade avait eu un rhumatisme articulaire aigu, fait d'ailleurs que je crois très-probable; M. Gougenheim aurait dû se transporter au domicile de la malade.

M. OLIVIER. J'adopte complétement l'idée de mes collègues et je crois qu'il est difficile de voir dans ce fait un cas de rhumatisme cérébral.

J'ai fait, avec M. Ranvier, un grand nombre d'autopsies dans des cas de rhumatisme cérébral, et nous avons pu rassembler cent cinquante observations sur ce sujet. Les altérations que l'on rencontre le plus souvent, ce sont des lésions du côté des méninges; injections plus ou moins considérables, exsudat fibrineux du sang des vaisseaux; épanchement purulent, séro-purulent. Jamais ces lésions ne nous ont fait complétement défaut, et nous sommes porté à croire que les accidents cérébraux développés dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu sont produits par un ensemble de lésions analogues à celles qui se produisent du côté des séreuses articulaires.

M. BÉHIER. Je suis peu partisan du mot rhumatisme cérébral pour désigner les accidents qui se produisent du côté de l'encéphale dans le cours d'un rhumatisme aigu. Je crois qu'il y a là une simple coïncidence. Donne-t-on à une méningite qui vient compliquer une pneumonie le nom de méningite pneumonique? Non. Eh bien! nous devrions suivre la même ligne de conduite pour les accidents inflammatoires des méninges qui surviennent dans le cours d'un rhumatisme.

Quant à l'observation que nous venons d'entendre, rien ne prouve d'une manière positive que la malade ait eu un rhumatisme. Les lésions du cœur et des vaisseaux, à un âge aussi peu avancé, ne nous permettent pas d'affirmer la présence d'un rhumatisme, car ces lésions peuvent se développer sous l'influence de causes très-diverses; la masturbation, par exemple, et j'ai pu observer un fait où cette cause avait amené une hypertrophie très-notable du cœur chez un garçon de seize ans.

Aussi, laissant la question du rhumatisme dans l'ombre, je ne mettrais en titre de cette observation que les faits bien démontrés, c'est-à-dire l'hémorrhagie cérébrale et l'altération du système artériel.

LECTURES.

M. HAYEM lit à l'appui de sa candidature une observation ayant pour titre : *Maladie du cœur. Pneumonie. Mort. Autopsie.*

Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Hemey, Gougenheim et Cornil.

M. ODIER lit à l'appui de sa candidature une observation ayant pour titre : *Chorée. Rhumatisme.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Béhier, Beaumetz et Martineau.

ÉLECTION.

On procède ensuite à l'élection à une place de membre titulaire. Au premier tour de scrutin, M. le docteur Laborde, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire, DUJARDIN BEAUMETZ.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année 1865.*

19. De la puberté chez la femme dans ses rapports avec l'apparition de quelques maladies, par M. Brétheau.
20. De l'hémorrhagie puerpérale, par M. Forestier.
21. De l'emploi de la cantharidine à l'intérieur comme agent curatif de l'épanchement pleurétique et de quelques autres indications de ce médicament, par M. Faivre.
22. Recherches pour servir à l'histoire jusqu'ici incomplète du spina bifida, par M. Morillon.
23. De la sclérodermie, par M. Horteloup.
24. De l'uréthrotomie interne, par M. Reliquet.
25. De l'apoplexie pulmonaire, par M. Murray.
26. Considération sur les tumeurs érectiles et principalement sur leur traitement, par M. Laisnay.
27. Essai sur les pneumatoses, par M. Martin.
28. Identité en général et signes professionnels en particulier, par M. Morillon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur Piorry commencera son cours de plessimétrisme à l'Hôtel-Dieu le mercredi 10 mai, à 9 heures un quart, et le continuera les mercredis de chaque semaine à la même heure.

— M. le maire d'Offranville, chef-lieu de canton du département de la Seine-Inférieure, près de Dieppe, demande un médecin pour remplacer celui qui vient de mourir.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne, par MM. BELHOMME et A. MARTIN, docteurs en médecine. In-18, 1864. Prix : 6 fr. 50 c.

Des étranglements internes de l'intestin (anatomie pathologique, diagnostic et traitement), par M. le Dr BESNIER, médecin des hôpitaux. In-8°, 1860. Prix : 5 fr.

Des nerfs vasomoteurs et de la circulation capillaire, par M. le Dr BANEL DE PONTLEVÈS. In-4°, 1864. Prix : 4 fr. 50 c.

Leçons sur les affections cutanées dartreuses, professées par M. HARDY, à l'hôpital Saint-Louis, et recueillies par M. le Dr PIHAN-DUFAILLAY, ancien interne des hôpitaux. In-8°, 1862, 3e partie. Prix : 3 fr. 50 c.

Conseils aux parents sur la manière de diriger la seconde dentition de leurs enfants, par M. le Dr ANDRIEU. In-8°, 1865. Prix : 2 fr. — A la librairie Alex. Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30 et 32.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 56. — JEUDI 11 MAI 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 11 MAI 1865. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 MAI 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'intervention de M. Parchappe, dans la discussion de la localisation du sens de la parole, a élargi le champ du débat, auquel il a apporté le double tribut de ses connaissances psychologiques et de ses études approfondies en anatomie et en physiologie cérébrale. Avec cet esprit d'analyse qu'on lui connaît et cette habitude d'observation des faits médico-psychologiques qui comprennent des éléments si complexes et des rapports si multipliés avec l'anatomie, d'une part, et la métaphysique, de l'autre, M. Parchappe a fait dans la question spéciale de la localisation du sens de la parole, comme au point de vue plus général du rôle à assigner à l'encéphale dans la grande fonction de l'entendement, la part de chacune des conditions spéciales et des actions organiques multiples nécessaires à son accomplissement, ne perdant jamais de vue, dans ce travail d'analyse, l'unité fondamentale et essentielle de l'intelligence, corrélative de l'unité de la personne.

Placé à ce point de vue élevé qui permet seul d'envisager la question dans son ensemble et sous tous ses aspects, et appuyé sur ce principe nécessaire de l'unité intellectuelle, M. Parchappe a abordé le problème physiologique posé devant l'Académie, et qui, pour lui, se formule en ces termes :

Étant admis comme fait incontestable le rapport du degré de développement des circonvolutions cérébrales avec le développement de l'intelligence, et en particulier le rôle assigné au groupe des circonvolutions du lobe antérieur comme condition organique liée à la prédominance des facultés intellectuelles, chercher quels sont, dans les éléments de la structure du cerveau, les moyens spéciaux de relation entre son unité fonctionnelle et la multiplicité de ses manifestations et de ses rapports nécessaires avec le reste de l'organisme.

Les belles recherches d'anatomie du cerveau accomplies dans ces trente dernières années et dont M. Parchappe a une belle part à réclamer, en substituant à l'ancienne notion purement graphique de saillies et de dépressions, la détermination méthodique de plis réguliers, constants dans leur forme et dans leurs connexions, d'organes centraux d'élaboration physiologique et d'organes de communication de ces centres entre eux et avec les diverses parties périphériques du corps, laissent apercevoir la possibilité de résoudre jusqu'à un certain point ce difficile problème.

On trouvera dans le résumé analytique du discours de M. Parchappe, que nous reproduisons à la suite de la séance d'hier, un exposé succinct de ces faits et de ces idées qui mérite d'être pris en très-grande et très-sérieuse considération dans la question actuellement débattue.

M. Briquet a pris la parole hier pour présenter quelques observations critiques au sujet de diverses opinions émises par M. Trousseau et qui n'ont qu'indirectement trait au fond de la question.

On nous annonce pour mardi prochain un discours de M. Piorry, une nouvelle réplique de M. Bouillaud, et très-probablement pour la séance d'après une argumentation de M. Baillarger.

La séance d'hier s'est passée en grande partie en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique; ce qui n'a pas empêché d'entendre trois communications de médecins étrangers à l'Académie : une lecture de M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) sur le traitement de quelques affections mentales par le protoxyde d'azote; une courte analyse d'un mémoire de M. le docteur Baldou sur une épidémie désignée sous le nom de peste des Cordillères, qui a régné dans l'Amérique du Sud, et une nouvelle observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Berrut (de Marseille).

Le rapport de la section de thérapeutique qui paraît avoir reçu une adhésion unanime de la part de l'Académie, présente : en première ligne, M. Gubler; en deuxième, M. Noël Gueneau de Mussy; en troisième, M. Hardy; en quatrième, M. Boinet.

Bien qu'il n'y ait pas un de ces candidats qui n'ait nos sympathies, et que nous ne vissions avec plaisir prendre une place légitimement acquise au sein de l'Académie, nous n'hésitons pas à déclarer que nous votons dans notre for intérieur pour M. Gubler. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Plaie du sourcil. — Contracture des muscles du cou et diplopie consécutives, œdème de la papille et phlébectasie rétinienne. — Guérison.

(Leçon recueillie par M. DUGUET, interne du service).

Au milieu de tous les malades dignes d'étude qui viennent de passer sous vos yeux, il en est un sur l'histoire duquel je veux revenir un instant, parce qu'elle me paraît jouir d'un véritable intérêt clinique.

Au n° 23 de la salle Saint-Jean, vous avez vu un jeune garçon de neuf ans et demi, porteur d'une cicatrice récente à la partie externe du sourcil droit, et dont les mouvements du cou sont encore remarquablement gênés.

Cet enfant jouait le 20 février dernier quand il se trouva lancé contre l'angle d'un mur; la tête porta la première, et le sourcil droit fut entamé assez profondément pour qu'il s'en suivit une effusion notable de sang.

Il n'y eut point perte de connaissance; l'enfant put même se relever aussitôt et rentrer chez lui.

Pendant huit jours tout allait bien; mais alors il fut pris de grandes douleurs de tête, et pendant trois jours, assure-t-il, il voyait sa mère et tous les objets en double : il avait de la diplopie.

A ces phénomènes succéda une raideur douloureuse du cou, ce qui détermina l'entrée du malade à l'hôpital douze jours après l'accident.

L'enfant se présentait à nous dans une attitude singulière, la tête renversée fortement en arrière, comme dans l'opisthotonos. Les scalènes de chaque côté étaient durs, tendus, simulant des cordes appliquées sur les vertèbres. La pression sur toute leur hauteur et tous les mouvements communiqués à la tête, en avant, en arrière ou latéralement, éveillaient des douleurs intenses.

Joignez à cela la céphalalgie et la diplopie sans strabisme accusés antérieurement par le malade, autant de phénomènes qui avaient suivi de près la plaie du sourcil, et vous verrez, en y réfléchissant un peu, la difficulté, et partant l'intérêt qui se rattachent à l'étude de ces symptômes, si l'on veut en rechercher la filiation.

Nous n'avions pas sous les yeux une affection simple, nous avions à choisir entre un *tétanos*, un *torticolis*, une *arthrite cervicale* ou une *névrite de la cinquième paire*, qui, par son action ascendante, aurait gagné le bulbe et produit la contracture du cou avec diplopie.

Le tétanos n'est pas une rareté dans l'enfance, puisque j'ai pu en observer à Sainte-Eugénie, dans cet hôpital et en ville; mais nous n'avions ici que le renversement de la tête en arrière, sans trismus, sans raideur de toute autre partie du corps, sans secousses tétaniques; l'enfant buvait, mangeait et respirait facilement.

Était-ce un torticolis rhumatismal, autre affection plus fréquente à cet âge? Mais le torticolis n'est point ordinairement symétrique; c'est même à cause de cela qu'on lui a donné ce nom, et puis les muscles affectés sont d'habitude le sterno-mastoïdien ou la partie supérieure du trapèze. On comprend mal que l'influence rhumatismale ait frappé profondément et de chaque côté les scalènes, en épargnant les muscles superficiels qui sont parfaitement sains. Nous avions du torticolis l'immobilité, mais non la direction.

Restait une maladie de la colonne vertébrale. On pouvait expliquer, en effet, par l'action sympathique des muscles couchés sur les vertèbres, soit une arthrite cervicale, soit une carie commençante; d'autant plus que la contracture, un instant amoindrie après l'application de dix sangsues de chaque côté, au niveau des scalènes, a reparu depuis pour diminuer encore, et qu'aujourd'hui même le menton ne peut approcher de plus de trois travers de doigt de la fourchette sternale, malgré une mobilité relativement grande de la tête en tous sens et la disparition des douleurs.

Ces affections sont communes, vous le savez, chez l'enfant, mais en y regardant on ne trouvait pas leurs symptômes classiques. La pression n'éveillait aucune douleur sur tout le trajet de l'épine cervicale; on ne percevait ni par la bouche ni à l'extérieur aucun gonflement du périoste ni des tissus voisins.

Et d'ailleurs, restaient inexpliquées et ces douleurs de tête et cette diplopie qui paraissaient, aussi bien que la raideur du cou, dépendre de la plaie du sourcil.

En faisant usage des données anciennes et de celles de la science moderne, il nous a semblé qu'il n'était pas impossible de relier en un seul faisceau des phénomènes en apparence si éloignés.

Il y a longtemps que les dangers des plaies du sourcil sont cliniquement connues.

« *La vue s'obscurcit*, dit Hippocrate, *dans les plaies du sourcil et un peu plus haut.* » (Coaques.)

Morgagni, dans sa cinquante-et-unième lettre, rapporte cinq observations de plaies du sourcil suivies d'accidents : dans l'une, il y eut convulsions et mort; dans les autres, on voit les malades qui, sans accident grave immédiat, furent pris plus tard d'ostéites et de résorptions purulentes dans le poumon et le foie.

Tous les chirurgiens ont rapporté des faits semblables : Boyer, Vidal (de Cassis), Samuel Cowper, Beer, Desmarres. Rognetta cite même un cas de folie consécutive.

On cherchait à se rendre compte autrefois de tous ces faits par la commotion de la rétine ou du cerveau. Telle doit être certainement la règle; mais comment expliquer ces cas où la perte de la vue n'est pas immédiate, où le malade se lève et se panse lui-même aussitôt l'accident? Comment expliquer ce fait d'une amaurose consécutive à un coup de bec de coq sur le sourcil, par simple contusion du nerf frontal?

Pour approfondir ces troubles du côté de l'œil, nous sommes doués aujourd'hui d'un nouveau moyen, l'ophthalmoscopie. En l'appliquant ici, nous avons constaté, des deux côtés, une papille indistincte, voilée comme dans un nuage : on y soupçonne plutôt qu'on ne le voit le trajet des vaisseaux; mais, au sortir de la papille, ces vaisseaux se montrent nets et dilatés. Il y a donc une infiltration séreuse de la papille, gênant la circulation veineuse de la rétine.

D'un autre côté, nous devons encore à la science moderne la connaissance des actions réflexes et celle des phénomènes oculo-pupillaires, grâce aux travaux de Pourfour du Petit, et surtout de M. Claude Bernard. Qu'il me suffise de rappeler la dilatation des capillaires consécutive à la section du grand sympathique.

Voici comment, à l'aide de ces notions diverses, nous comprenons la marche des accidents, chez notre malade : pour nous, ce sont des phénomènes réflexes.

La plaie du sourcil, intéressant les branches sourcilières du nerf sus-orbitaire, a transmis l'irritation de la névrite jusqu'aux racines du trijumeau, profondément dans le bulbe; et de là, il y a eu retentissement sur le plexus cervico-brachial, d'une part, et sur les deux trijumeaux, d'autre part.

Ainsi s'expliqueraient et la contracture des scalènes et la céphalalgie, et enfin la diplopie, par les nerfs vasomoteurs dépendant du ganglion ophthalmique, tributaire en partie de la cinquième paire.

Devions-nous, partant de cette idée, pour remédier au mal, exciser le nerf dans la plaie, comme l'a fait Beer, qui, par ce moyen, a guéri une amaurose consécutive à une plaie du sourcil? comme l'ont fait d'autres chirurgiens, qui, s'ils n'ont pas guéri, ont le plus souvent soulagé les malades, qu'il y ait eu névrite ou section incomplète du nerf intéressé? Nous n'avons pas cru pouvoir le faire, car les troubles de la vue avaient disparu.

Restait l'affection des muscles sur lesquels nous avons appliqué chaque jour des sangsues à deux reprises et de l'huile de jusquiame. En ce moment, l'enfant a presque recouvré entièrement les mouvements du cou; il va bientôt quitter l'hôpital; mais sa guérison n'est pas entière, car tout en pouvant remuer la tête en tous sens, les mouvements de flexion en avant sont encore un peu gênés et il n'arrive qu'avec peine à mettre le menton sur le sternum.

En résumé, point de torticolis rhumatismal, point de tétanos, point d'arthrite cervicale ou de carie des vertèbres, mais le fait curieux et rare d'une plaie du sourcil intéressant le nerf sourcilier, et par l'action réflexe de la cinquième paire sur la moelle amenant la contracture des muscles du cou et les troubles de la vision avec désordres de la circulation du fond de l'œil appréciés à l'ophthalmoscope.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. BROCA.

M. A. DESPRÉS, chirurgien par intérim.

Luxation de la cuisse (ischio-pubienne ou ovalaire).

(Observation recueillie par M. LATOUR, élève du service.)

R... (Charles), âgé de quarante-neuf ans, charretier, entre le 27 avril 1865, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Christophe, n° 21, après avoir fait une chute, à la suite de laquelle il avait été dans l'impossibilité de se servir du membre inférieur du côté droit.

Quelques heures avant son entrée à l'hôpital, R..., en aidant un de ses camarades à décharger des tonneaux pleins, avait fait un faux pas en heurtant contre une pierre d'un certain volume, qui a été chassée à peu de distance. Ce choc avait fait perdre l'équilibre au charretier, qui était tombé en arrière. Au dire du blessé, le tronc avait été porté à droite et les jambes étaient écartées au moment où la chute avait eu lieu, et le bassin avait porté sur la pierre dont il a été question plus haut. A la suite de cet accident, tout mouvement de la cuisse droite avait été impossible.

A partir du moment où il avait été relevé, le blessé se rappelait vaguement diverses circonstances, qui étaient plus ou moins contradictoires. Ainsi, il disait que, après la chute, la jambe avait été étendue le pied étant tourné en dedans.

Le 28, à la visite, le malade est dans l'état suivant :

La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin ; elle est dans la rotation en dehors; la jambe est fléchie sur la cuisse et le pied est tourné en dehors. En un mot, en regardant le malade en face, le membre inférieur est presque dans la position où il serait vu si l'on s'était placé à la gauche d'un malade sain ayant la cuisse et la jambe fléchies.

Il existe au niveau de la région trochantérienne un sillon profond où l'on ne sent plus l'os; le pli fessier et le pli génito-crural sont effacés, et on trouve à la partie antérieure de l'ischion une tuméfaction dure.

Les mouvements les plus légers communiqués à l'articulation sont douloureux, et le malade résiste avec énergie à toutes les tentatives de mobilisation de la cuisse. C'est un homme petit et robuste.

M. A. Després diagnostique une luxation ischio-pubienne ou ovalaire, en se fondant exclusivement sur la position du membre et sur la saillie observée à la partie supérieure et interne de la cuisse.

La réduction est tentée immédiatement. Une alèze est passée entre les cuisses et croisée sur le bassin; chacun des chefs est confié à un aide.

Le chloroforme est administré à l'aide d'une compresse. Le malade met deux minutes environ à entrer dans la période d'excitation, puis tombe dans la résolution complète, la face violacée et la respiration stertoreuse.

A ce moment, le chirurgien étend sans difficulté la jambe sur la cuisse, la cuisse sur le bassin. Un aide vigoureux saisit le pied et tire en même temps que deux aides, maintenant l'alèze déjà placée autour du bassin, font la contre-extension. Le chirurgien, passant son bras droit autour de la cuisse, exerce pendant ce temps une traction perpendiculaire à l'axe de la cuisse, c'est-à-dire une traction de dedans en dehors. Presque immédiatement, un bruit de frottement se fait entendre et le membre reprend sa forme et sa direction normales.

Le malade reste quelque temps encore sous l'influence du chloroforme et se réveille.

Il est prescrit un verre d'eau de sedlitz et une portion; des compresses d'eau blanche sont maintenues en permanence sur l'articulation.

Le 5 mai, le malade ne souffre pas et ne boite pas.

Le 6 mai, il part à la maison de convalescence de Vincennes.

Ce fait offre un exemple d'une luxation assez rare pour qu'on en compte les observations. Le malade s'est présenté à la visite avec les caractères les plus nets et les plus tranchés de la luxation ovalaire ou ischio-pubienne. Aucun doute ne peut exister. Mais si l'on tient compte des narrations du malade, on pourrait songer qu'il y a eu luxation en arrière d'abord, et que celle-ci s'est transformée. Sans avoir de certitude à cet égard, M. Després pense que les constatations d'un malade encore en proie à l'émotion de sa chute sont des renseignements d'une valeur contestable.

Cette observation vérifie encore cette opinion que les luxations récentes de la cuisse se réduisent avec la plus grande facilité, lorsque les malades sont efficacement endormis par le chloroforme.

DE L'HYSTÉROCAUTOMIE (1),

nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines,

Par M. le docteur A. GRENET, médecin de l'hôpital de Barbezieux.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE. — L'hystérocautome dont je me sers a une longueur totale de 36 centimètres : le cautère, en forme de cuillère en prend 5, la tige métallique 20, le manche avec sa virole 9. Plus long, il perdrait de ses qualités de précision; plus court, il priverait d'une suffisante quantité de lumière l'opérateur dont la main serait trop rapprochée de l'ouverture vulvaire.

La cuillère, à laquelle j'ai donné une certaine longueur afin qu'elle puisse se charger d'une notable quantité de calorique, affecte à son extrémité libre la forme d'un croissant. Elle a une surface concave, une surface convexe et une extrémité plane. La face convexe a une étendue de 37 millimètres et circonscrit une moitié de cercle de 24 millimètres de diamètre. L'extrémité, dont les bords sont à angle droit, offre 7 millimètres d'épaisseur à son centre et va en diminuant, de sorte que ses deux cornes se fondent à angle très-aigu.

On comprend facilement que ce cautère, devant être appliqué sur une des faces latérales du col utérin, son extrémité soit disposée en croissant; la plaie produite est plus large au centre, et elle affecte un segment de cercle en rapport avec les dispositions du col transversalement incliné au moment de l'application du fer.

Le cautère doit être chauffé au rouge blanc. Son action inhérente est plus prompte, plus certaine, entraîne moins de douleurs, une irritabilité moins vive et des conséquences inflammatoires moins dangereuses. Non suffisamment chauffé, le cautère peut adhérer à l'escarrhe et l'entraîner avec lui.

On fait coucher la malade dans la position des grandes manœuvres obstétricales, c'est-à-dire en supination, sur le bord d'un lit, en face d'une croisée donnant un grand jour, les jambes fléchies, les pieds appuyés sur deux chaises suffisamment éloignées l'une de l'autre, et on applique le spéculum. Je me sers du spéculum quadrivalve de M. Ségalas qui donne au cul-de-sac vaginal un très-grand développement et permet d'apprécier parfaitement la position du col et de fixer le point où le cautère doit être porté. Le spéculum métallique, bien que meilleur conducteur du calorique que ceux de porcelaine, de bois ou d'ivoire, ne reste pas assez longtemps en place, après le passage du fer rouge, pour que la paroi vaginale s'échauffe à son contact.

Lorsqu'on s'est bien assuré de la position des parties, les avoir débarrassées, avec de la charpie, de leur humidité ou des mucosités dont elles peuvent être revêtues, on fait tenir par un aide les deux manches du spéculum; ceux-ci rapprochés et fixés par l'écrou du cramallier doivent être dirigés vers un des ischions. Alors on applique le cautère prestement et avec vigueur sur la ligne de démarcation qui sépare l'insertion de la membrane vaginale sur le col. Cette ligne, insensible au toucher, est ordinairement assez apparente lorsque les valves du spéculum, après avoir repoussé la face de l'utérus dévié et qui fait ressaut, s'étalent dans le cul-de-sac vaginal.

On doit bien avoir présent à l'esprit que la face antérieure du col est plus longue que la postérieure, mais que le vagin s'insère moins haut en avant. D'un autre côté, il faut que le cautère porte bien franchement sur le col, parce que plus en dehors, c'est-à-dire dans l'espace vésico-utérin ou recto-utérin du cul-de-sac, il existe un repli du péritoine qui consécutivement à l'opération pourrait s'irriter. Le col ayant, en moyenne, une longueur de 25 millimètres, l'insertion de la membrane étant à son tiers inférieur, c'est donc à 10 millimètres de son extrémité inférieure en avant, à 15 en arrière que le fer doit être appliqué. S'il existe un développement hypertrophique du col, on doit en tenir compte dans l'appréciation de ces dimensions. Il est bien entendu que la face concave de la cuillère doit regarder la région rectale en antéversion et la région vésicale en rétroversion.

L'application du cautère ne doit être guère prolongée au-delà de deux secondes. Du reste, cette durée doit être en rapport avec l'intensité de l'hystérolaxie. Nous savons déjà que dans les flexions du col, l'action doit être moins énergique parce qu'une trop profonde brûlure entraînerait en sens opposé le corps utérin.

Il se produit, au contact du fer rouge, un bruit crépitant résultant de l'ustion des matières organiques, et une fumée épaisse, ayant l'odeur de corne brûlée, qui remplit le spéculum. Aussi, n'est-ce qu'une minute après qu'on peut juger de l'effet immédiat du cautère. On voit alors que la brûlure s'étend, selon le degré de chaleur du fer et la durée de son contact, jusqu'à 15 millimètres au-delà de la circonférence du croissant. L'escarrhe est sèche; elle présente un aspect blanchâtre parsemée çà et là de petites taches grises. Presque toujours on voit perler sur ses bords quelques gouttes de sang.

Il est bien peu de malades qui expriment une véritable sensation de douleur pendant l'opération : d'abord, parce que le corps papillaire est subitement désorganisé et qu'ensuite la sensibilité du col est très-obtuse.

Quelles sont les causes de cette quasi insensibilité aux impressions douloureuses? M. Jobert (de Lamballe) prétend qu'elle tient au petit nombre de nerfs dont est pourvu le col et au manque complet de filets nerveux dans le museau de tanche proprement dit. En cela il est d'accord avec Lobstein. Je ferai humblement remarquer à l'éminent professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris que ce n'est point à la petite quantité ou au défaut de nerfs qu'est dû ce manque de sensibilité, d'une part parce que réellement l'organe en est abondamment pourvu (1), et d'autre part parce qu'en supposant que l'anatomie n'en ait pu faire découvrir la moindre trace, on ne pourrait concilier, avec cette absence, son existence physiologique.

M. Aran pense plutôt qu'elle tient à la nature du tissu que ces nerfs pénètrent, tissu formé de fibres extrêmement serrées et comme feutrées, dans lequel les nerfs sont en quelque sorte emprisonnés à l'étroit. Mais chez les femmes multipares, celles surtout qui sont affectées de ces interminables métrites parenchymateuses, le tissu du col est lâche et spongieux, les rameaux nerveux ne se trouvent pas comprimés, et cependant ce sont celles-ci qui sont le moins sensibles à l'action du feu. Il faut reconnaître toutefois que cet habile observateur distingue avec raison la sensibilité de contact et la sensibilité de lésion, distinction qui ne se conçoit qu'en admettant certaines modalités de la fonction nerveuse.

En effet, dans l'orgasme vénérien, le col utérin est animé quelquefois d'une telle excitabilité que le moindre toucher est douloureux ou augmente les désirs lascifs; et, dans l'état de calme, de repos, d'indifférence génésiques, il est à peine impressionné par la brûlure. Cela dépend des propriétés spéciales de l'innervation locale. Les rameaux provenant des *racines végétatives* et des *racines sensitives*, quoique enchevêtrés et anastomosés entre eux, quoique fondus, composés et recomposés en traversant les ganglions, apportent une indépendance relative aux organes qu'ils animent; et dans certains états qu'on peut appeler le sommeil des tissus, cette propriété spéciale des nerfs sensitifs que M. Dubois-Reymond désigne sous le nom d'*électrotonique*, cesse d'être active.

Quoiqu'il en soit, la cautérisation profonde du col, au moyen du cautère actuel, ne donne qu'une sensation fugace et obtuse. Les femmes les plus excitables, les plus timorées conviennent d'avoir seulement éprouvé une légère impression de chaleur due à l'approche d'un corps ardent de leurs parties génitales.

Après les premières opérations que j'ai pratiquées, je faisais immédiatement une injection à l'eau froide. J'ai reconnu depuis que ces injections, qui ne limitent en rien l'inflammation consécutive, étaient quelquefois plus douloureuses que la cautérisation. Je ne fais donc faire des injections d'eau simple, à la température indifférente, que cinq ou six heures après.

CONSÉQUENCES DE L'OPÉRATION. — La brûlure produite est du troisième degré. L'épithélium, le corps muqueux et la couche externe des tissus fibro-musculeux de la membrane vaginale et du col sont seuls frappés de mortification. On pourrait être étonné, après la vigoureuse application d'un cautère chauffé à une température aussi élevée, du peu de profondeur des tissus désorganisés : les liquides muqueux, sanguins et lymphatiques, dont sont imprégnées les parties, en limitent la destruction.

J'ai dit que l'escarrhe, parsemée quelquefois de taches fauves ou brunes, était sèche, lisse et grise; qu'elle était plus large que le cautère immédiatement après son application. Je dois ajouter qu'au bout de deux jours elle revient à peu près aux dimensions de celui-ci. Dès le lendemain, la muqueuse vaginale, au pourtour de l'escarrhe, est rouge et laisse exsuder du mucus transparent. Rarement il se produit des phlyctènes. Jusqu'au cinquième jour, le mucus, produit par la membrane phlogosée, prend peu à peu une teinte opaline pour affecter alors la couleur et la consistance purulentes; il fait place ensuite à un liquide plus fluide, provenant des bords de l'escarrhe, liquide qui a manifestement l'odeur putride.

L'escarrhe tombe du huitième au quinzième jour. On voit alors, au pourtour de la plaie, une pseudo-membrane mince et blanchâtre; et, au fond, une excavation peu profonde, à surface vermeille et granulée de bourgeons charnus qui sécrètent du pus phlegmoneux. Sur cette couche granuleuse un tissu nouveau s'organise. Les bords de la plaie se rapprochent peu à peu pour faire disparaître le vide produit par la perte de substance. Mais le terme de la cicatrisation est subordonné à la constitution du sujet ou à l'intensité des affections locales concommittantes. Aussi n'est-il pas rare d'avoir à surveiller, quelquefois pendant un mois et plus, l'apparition d'un bourrelet végétant longitudinal et bombé entre les bords reserrés de la plaie.

Le tissu de la cicatrice, à mesure qu'il s'organise, se rétracte et attire vers lui la membrane qui l'entoure; celle-ci cède et se déplace par l'effet de son élasticité très-considérable. Lorsque les tissus environnants ne cèdent pas en tous points avec une égale intensité, la cicatrice est irrégulière ; mais, dans l'immense majorité des cas, elle affecte la rectitude linéaire ou l'incurvation semi-circulaire imprimée par la forme du cautère.

L'abaissement du col dans le sens de l'axe vaginal n'attend pas ce temps-là. Je l'ai vu commencer à reprendre sa direction normale avant même la chute de l'escarrhe. L'utérus se relève généralement avec plus de lenteur.

A part quelques cas de congestion métrorrhagipare très-peu intense, le lendemain de l'application du feu, des coliques passagères, une légère tension du ventre, des douleurs rémittentes dans un des hypocondres, un petit mouvement fébrile le deuxième ou troisième jour, je n'ai jamais observé d'accidents consécutifs autres que ceux qui résultent de la cautérisation ordinaire de l'orifice utérin. Mais ce qui m'a paru positif, c'est que la violente dérivation produite, le travail inflammatoire et la suppuration plus ou moins longue de la plaie favorisent singulièrement la résorption des produits pathologiques des autres affections utérines compliquantes. Aussi l'hypertrophie, dans les cas de métrite parenchymateuse, et le catarrhe, dans les cas de métrite interne, ne tardent-ils pas à diminuer et même disparaître.

Lorsqu'il reste, après l'opération, un engorgement inflammatoire, le meilleur moyen de le combattre est sans contredit la douche froide; on doit en mesurer la durée, l'intensité et l'énergie, selon le degré de l'inflammation. Il faut réserver à M. Becquerel l'honneur d'avoir si heureusement vulgarisé cette intelligente pratique.

Pour tout traitement, je prescris le repos presque absolu du lit ou de la chaise longue pendant les trois premiers jours, et des injections froides ou astringentes, tièdes ou émollientes, suivant la marche ou l'intensité des phénomènes phlegmasiques locaux, et, tranquille observateur des puissants efforts de la nature réparatrice, j'attends avec confiance les effets de cette méthode opératoire.

---

(1) Suite. — Voir le précédent numéro.

(1) Ils ont été étudiés, décrits et représentés avec soin par Walther, Hunter et Tiedmann. M. Blandin les a parfaitement distingués sur l'utérus d'une femme récemment accouchée. M. Béraud a suivi leurs anastomoses, de provenance rachidienne ou sympathique, jusqu'à l'extrémité du col utérin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 mai 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° un rapport d'épidémie, par M. le docteur Matton (de Bouzonville); 2° les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Moselle, de la Haute-Saône, du Morbihan et de la Côte-d'Or (Comm. des épidém.); 3° les rapports sur le service médical des eaux minérales de Vichy, par M. le docteur Alquié; de Gréoulo (Basses-Alpes), par M. le docteur Jaubert; de Vals (Ardèche), par M. le docteur Chabanne; de Forgue (Seine-Inférieure), par M. le docteur Cisseville; de Saint-Amand (Nord), par M. le docteur Marbotin; de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Charmasson de Puylaval; du Monêtier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabrand; du département des Landes, par MM. les médecins inspecteurs (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation d'aphasie occasionnée par un éclat de fusil ayant enfoncé la portion écailleuse du temporal gauche, par M. le docteur Brun-Séchaud (de Limoges);

2° Une note sur la constitution médicale de l'arrondissement de Toul pendant l'année 1864, par M. le docteur Bancel;

3° Une lettre de MM. Baillière accompagnant l'envoi d'un volume dans lequel sont réunis les discours prononcés dans la discussion sur la syphilis vaccinale;

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Fort (le dépôt est accepté).

M. LARREY présente, au nom de leur auteur, M. le docteur Gubler, une série d'ouvrages et de mémoires sur divers sujets de médecine et d'histoire naturelle.

M. Larrey présente ensuite, au nom de M. le docteur N.-W. Kingsley (de New-York), un nouvel obturateur de la voûte palatine. Cet appareil est en caoutchouc et rappelle ceux de M. Gariel. Il a pour avantage particulier de s'adapter exactement à la forme de la voûte palatine et de se prêter avec une grande facilité à tous les mouvements du voile du palais.

LECTURE.

Traitement des maladies mentales par le protoxyde d'azote. — M. le docteur CHAPELLE (d'Angoulême) lit une note sur l'emploi du protoxyde d'azote (gaz hilariant) dans le traitement des maladies mentales et son efficacité dans la lypémanie proprement dite. L'auteur prescrit ce gaz en solution dans l'eau, à la manière de l'acide carbonique dans l'eau de Seltz. La dose ordinaire est d'un verre matin et soir. Il a employé cette médication dans la paralysie générale, la démence et la lypémanie. Les résultats n'ont pas été satisfaisants pour les deux premières variétés d'affection cérébrale, mais M. Chapelle rapporte deux faits de lypémanie dans lesquels l'état des malades aurait été amélioré d'une manière prompte et durable par l'usage du protoxyde d'azote (Comm. MM. Béclard et Baillarger).

Peste des Cordillères. — M. le docteur BALDOU lit un extrait d'un travail sur une épidémie qui a régné dans l'Amérique du Sud, et qui offre certaines analogies avec l'une des épidémies de Saint-Pétersbourg, celle qu'on a désignée sous le nom de fièvre récurrente.

— A trois heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de thérapeutique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

A quatre heures et demie, l'Académie reprend la séance publique.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Briquet.

Discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. BRIQUET se propose de redresser quelques erreurs commises par M. Trousseau au sujet de cette question. Il reproche d'abord à M. Trousseau d'avoir fait entrer dans le cadre des aphasies des faits très-divers, et qui n'ont aucune relation directe avec le point de la discussion. Pour justifier la proposition qui assigne pour siége à l'organe de la parole le lobe antérieur gauche du cerveau, M. Trousseau a dit qu'il y avait d'autres maladies qui affectaient exclusivement l'un ou l'autre côté du corps, et il a cité comme exemple la névralgie intercostale qui siége le plus souvent, dit-il, à gauche. C'est une erreur. Si l'on prend le livre de Valleix sur les névralgies, on voit qu'il y en a tout autant à droite qu'à gauche. Pour prendre un exemple dans une névralgie sur le compte de laquelle il n'y a pas de confusion possible, la névralgie sciatique dont les caractères sont tellement univoques qu'on ne peut pas s'y tromper, on voit en effet qu'il y en a exactement autant d'un côté que de l'autre. Pourquoi y aurait-il une différence pour la névralgie intercostale, y a-t-il une raison pour qu'elle ne suive pas les mêmes lois que les autres névralgies? Nullement. Ce qui a fait croire à M. Trousseau qu'il en était autrement, c'est qu'il a tout simplement confondu avec la névralgie intercostale des hyperesthésies qui ont une toute autre origine.

Comment démontrer que ces douleurs, qui ressemblent à des névralgies, ne sont pas des névralgies? Le voici. Ces douleurs s'observent très-fréquemment chez des hystériques. Or, il n'y a pas d'organes qui prennent une plus grande part à l'hystérie que l'appareil musculaire. Tous les muscles, chez les hystériques, sont plus ou moins troublés dans leurs fonctions, les uns sont le siége de contractions convulsives, les autres sont hyperesthésiés, d'autres paralysés. C'est cette hyperesthésie que M. Trousseau a prise pour des névralgies. Mais, dira-t-on, pourquoi cette hyperesthésie plus souvent à gauche qu'à droite? La raison en est toute simple, c'est que les muscles du côté gauche étant généralement beaucoup plus faibles que ceux du côté droit, sont aussi plus souvent le siége de ces perturbations fonctionnelles.

M. Trousseau n'est pas le seul qui se soit trompé sur ce point. On sait qu'en exerçant une pression sur la région iliaque chez les hystériques, on développe généralement de la sensibilité. Un de nos savants collègues s'est fondé sur ce fait pour placer le siége de l'hystérie dans les ovaires. Il y a un moyen facile de s'assurer que ce ne sont pas les ovaires qui sont devenus sensibles dans ce cas, mais bien les muscles des parois abdominales eux-mêmes, c'est, au lieu d'exercer sur cette région une forte pression, de presser doucement, de pincer ou de frôler seulement la paroi abdominale, et on verra alors que ce sont les muscles eux-mêmes qui sont le siége de cette sensibilité.

M. Trousseau s'est donc trompé, et il s'est appuyé sur un exemple faux quand, prenant l'hyperesthésie pour une névralgie, il a soutenu que la névralgie intercostale avait son siége de prédilection à gauche.

Autre observation à faire à M. Trousseau. En parlant de l'aphasie, notre collègue a placé dans cette catégorie certains hystériques qui prononcent involontairement des mots singuliers. Ce n'est pas là du tout de l'aphasie. C'est par une sorte de mouvement convulsif que ces femmes prononcent involontairement et malgré elles des mots qui n'ont aucun sens et qui ne répondent nullement à leur pensée; ce sont le plus souvent des bruits sans aucune signification ou bien des mots qui répondent à la dernière impression qui les a frappées. Mais, je le répète, ces mots n'ont aucun rapport avec leur état actuel d'intelligence.

PRÉSENTATION.

Kyste de l'ovaire. — M. le docteur BERRUT présente à l'Académie un kyste de l'ovaire dont il a fait l'ablation avec succès à Marseille, le 29 octobre 1864, et il donne lecture de l'observation. — Nous reviendrons sur ce fait plus tard.

La séance est levée à cinq heures.

Addition à la séance du 2 mai 1865.

DISCOURS DE M. PARCHAPPE.

Qu'est-ce que la parole, et que peut être anatomiquement et physiologiquement un organe cérébral de la parole? C'est ce que M. Parchappe s'est proposé préalablement de déterminer d'une manière aussi exacte que possible.

Ramenant la complexité d'actes et de conditions d'où dépend la fonction de la parole à des éléments physiologiques distincts, il est conduit à reconnaître que l'exercice de la fonction de la parole s'accomplit par le déploiement actuel de trois modes distincts de la force physique, déploiement de la force intellectuelle dans la formation d'une pensée, de la force volontaire dans la détermination des actes propres à produire, à traduire cette pensée en paroles, de la force motrice dans la réalisation volontaire des mouvements générateurs de la voix articulée. En un mot, la fonction de la parole comprend trois éléments physiologiques essentiels : intelligence, volonté et motilité.

Que peut être, d'après cette détermination analytique, un organe de la parole? Une fonction aussi complexe ne peut évidemment pas être subordonnée à un organe unique : La possession d'un langage susceptible d'être parlé suppose l'exercice normal de l'ouïe. L'émission des sons articulés implique l'action normale de l'organe de la voix et des divers muscles qui concourent à l'articulation. L'ouïe, la voix et l'articulation des sons, outre la condition d'intégrité, doivent en outre présenter la condition de corrélation et de subordination normales, par rapport à l'intelligence et à la volonté, c'est-à-dire par rapport à des fonctions qui doivent aussi avoir leurs organes.

Enfin, ce n'est pas seulement d'une manière générale et par les nécessités de ses conditions accessoires que la fonction de la parole se rattache à l'action des organes de l'intelligence et de la volonté; elle dépend essentiellement, pour ses conditions spéciales d'accomplissement actuel, de l'action de ces mêmes organes.

A ce point de vue, la fonction de la parole doit être conçue comme dépendante d'un concours d'actions organiques multiples : action accessoire ou secondaire des organes de l'ouïe, de la voix et de l'articulation; action essentielle et spéciale de l'intelligence et de la volonté.

Et après avoir déterminé anatomiquement et physiologiquement les organes de l'ouïe, de la voix et de l'articulation des sons, non-seulement dans leurs conditions essentielles et intrinsèques, mais encore dans leurs conditions de corrélation et de subordination avec les organes de l'intelligence et de la volonté, c'est à la détermination de ces derniers organes que se réduirait la détermination de l'organe essentiel de la parole.

On s'accorde généralement, sous quelques réserves, à placer dans les hémisphères du cerveau le siége organique de l'intelligence et de la volonté. Mais ici se présentent parmi les physiologistes deux tendances très-différentes : l'une, consistant à attribuer à la totalité des hémisphères cérébraux, soit dans leur masse entière, soit dans la réunion de leurs deux éléments anatomiques constituant le rôle d'organe général de l'intelligence; l'autre, dans laquelle on admet la nécessité de distinguer dans la complexité structurale des hémisphères cérébraux des éléments organiques spéciaux, pour des actions fonctionnelles spéciales, et partant la séparation comme éléments distincts de la substance grise et de la substance blanche. Une divergence bien autrement profonde s'est produite du moment où l'adoption du principe de la localisation des divers éléments fondamentaux distingués par l'analyse psychologique ou l'observation, dans les manifestations de l'intelligence et de la volonté, a rendu inévitable la subdivision de l'encéphale en organes spéciaux et distincts de fonctions correspondantes à chacun de ces éléments fondamentaux.

L'unité organique de l'association des deux hémisphères cérébraux s'est ainsi trouvée remplacée par l'agrégation d'une double série d'organes multiples, se répétant dans chacun des deux hémisphères, et l'unité physiologique de la fonction de l'intelligence et de la volonté a été détruite. La dernière limite de l'application du principe des localisations a été atteinte le jour où on a cru pouvoir attribuer à une partie déterminée d'un seul hémisphère le rôle de l'organe spécial du langage articulé...

En reconnaissant la possibilité et la réalité d'un rapport entre le degré de développement des divers groupes de circonvolutions cérébrales et la portée intellectuelle, en attribuant au groupe des circonvolutions du lobe antérieur la valeur d'une condition organique liée à la prédominance des facultés intellectuelles, un physiologiste dont la science porte encore le deuil, Gratiolet, a confirmé ce que l'observation avait consacré comme un fait incontestable dès la plus haute antiquité. Mais dans ses efforts pour concilier cette participation distincte de certains groupes de circonvolutions à la fonction intellectuelle dans chaque espèce animale et chez l'homme, avec sa conviction sur l'unité organique du cerveau, il s'est trouvé conduit à admettre, d'une manière générale, que cette participation distincte de certaines parties du cerveau à l'œuvre nécessairement une de la fonction intellectuelle, doit représenter organiquement des moyens spéciaux de relation entre l'unité du cerveau et la multiplicité de ses rapports nécessaires avec le corps.

Cette vue qui n'a été que vaguement indiquée par Gratiolet, est, dit M. Parchappe, celle qui a dominé tous mes travaux sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du cerveau. C'est elle qui donne le moyen de résoudre, dans la mesure du possible, le difficile problème de la physiologie cérébrale.

Et tout d'abord, elle est éminemment propre à élucider la question de la détermination des conditions essentielles de la structure du cerveau, en tant qu'organe de l'intelligence et de la volonté, et de ses diverses parties en tant que parties intégrantes distinctes de cet organe.

Pour les manifestations intellectuelles et volontaires, l'organisation fonctionnelle cérébrale comporte : d'une part un centre d'élaboration physiologique ou de déploiement de cette activité spéciale qui constitue essentiellement la fonction, la substance grise; et, d'autre part, les conducteurs ou moyens de communication entre le centre et les autres parties du corps, la substance blanche.

Il résulte de l'ensemble des recherches de tous les anatomistes modernes, confirmées par celles de M. Parchappe lui-même :

Que la couche corticale enveloppante, composée de plusieurs couches superposées, forme dans chaque hémisphère un élément organique continu qui, pour l'ensemble des diverses circonvolutions, présente, en effet, les caractères de l'unité organique; que, dans chaque, la couche corticale est en communication de contiguïté et même de continuité directe avec des expansions lamelleuses de fibres blanches, continues elles-mêmes avec les cordons centraux auxquels se rattachent les deux ordres de conducteurs détachés, nerfs sensitifs et nerfs moteurs.

Ces expansions lamelleuses de fibres blanches, qui concourent à former l'intérieur des circonvolutions, sont pour chacun des groupes de circonvolutions dont la réunion constitue les lobes cérébraux et pour certaines circonvolutions propres ou communes à ces divers lobes, en rapport de continuité avec des faisceaux distincts, qui, pour donner naissance à ces expansions, se séparent en divers points des cordons conducteurs centraux de l'axe cérébro-spinal.

Les circonvolutions, dans chaque hémisphère, contiennent comme élément intégrant un second ordre de lamelles blanches qui, sous la forme d'arcs, passent d'une circonvolution à l'autre de manière à établir entre ces circonvolutions une communication organique spéciale.

Enfin un troisième ordre de lamelles blanches entre dans la composition de chaque circonvolution, les rattache par continuité de fibres avec les diverses commissures et notamment avec la grande commissure du corps calleux, de manière non-seulement à rattacher l'un à l'autre, pour en faire un organe unique, les deux hémisphères cérébraux, mais encore à rattacher, par l'intermédiaire des commissures, les unes aux autres les circonvolutions symétriquement correspondantes de chacun des deux hémisphères.

Cette disposition structurale permet de comprendre comment le cerveau, en tant que centre d'action, conserve son unité organique tout en comportant la multiplicité d'éléments organiques d'action relativement aux diverses conditions de la réalisation de la fonction unitaire.

Ainsi, pour la perception des sensations dont les conditions fonctionnelles se produisent dans un côté du corps, de même que pour la production des mouvements volontaires d'un côté, l'action de la couche corticale de l'hémisphère du côté opposé est indispensable, aussi bien que l'action conductrice des expansions lamelleuses de substance blanche en continuité avec les fibres sensitives et motrices des cordons centraux de l'axe cérébro-spinal.

Mais, pour l'unité de la perception, à propos des impressions transmises simultanément par les deux côtés du corps, aussi bien que pour la coordination volontaire de mouvements complexes auxquels doivent concourir des parties symétriques, le concours des deux hémisphères, réunis en un seul organe par le moyen des éléments organiques de connexion, est indispensable; ce qui suppose l'intégrité fonctionnelle dans les deux hémisphères, soit de l'élément organique central (couche corticale), soit de l'élément organique d'union conductrice (fibres blanches).

En considérant enfin que la subdivision des hémisphères cérébraux en circonvolutions et en lobes est étroitement liée au rapport de connexion et de continuité de la couche corticale avec les diverses parties du corps par l'intermédiaire des expansions lamelleuses de substance blanche qui se continuent à travers divers organes nerveux et par les cordons conducteurs de l'axe cérébro-spinal et des nerfs sensitifs et moteurs jusqu'aux divers organes de sensation et de mouvements, on conçoit la possibilité d'actions organiques spéciales, sans que l'unité soit réellement détruite dans l'organe de l'intelligence et de la volonté.

C'est ainsi, suivant M. Parchappe, qu'on peut s'expliquer la participation prédominante que les lobes antérieurs du cerveau prennent à la production de l'acte complexe qui est la plus haute expression de l'intelligence, la parole. Se plaçant ensuite sur le terrain de l'observation, M. Parchappe examine ce qu'enseigne la pathologie en ce qui concerne la parole.

Toutes les fois, dit-il, que l'intelligence est profondément altérée d'une manière générale, avec ou sans paralysie des mouvements des organes de l'articulation, la parole est rendue impuissante à exprimer des idées, lors même que des sons articulés demeurent possibles. Et dans ce cas ce n'est pas seulement le langage articulé qui est plus ou moins profondément troublé, ce sont aussi toutes les espèces de langage.

Dans des cas où l'intelligence est intacte, le langage articulé se montre plus ou moins profondément altéré ou même entièrement perdu, par suite d'une altération évidente dans les mouvements volontaires indispensables pour la formation des sons articulés.

L'intégrité de l'intelligence dans ces cas se démontre par la conservation de la faculté tout entière des autres espèces de langage, et notamment du langage écrit.

Dans un autre ordre de cas, où l'intelligence paraît généralement intacte, la faculté du langage articulé se montre altérée d'une manière partielle, avec ou sans paralysie, par suite d'une impuissance bornée à l'usage de certains mots, de certaines catégories de mots, et le plus ordinairement des mots qui désignent des choses, des personnes ou des lieux, c'est-à-dire des substantifs.

Ici l'altération du langage articulé représente évidemment une lésion partielle de la mémoire.

Les observations de faits pathologiques offrant ces divers caractères remontent à des époques très-anciennes.

Jusque-là rien qui ne soit connu depuis longtemps et très-généralement accepté.

Ce qui à notre époque a provoqué et mérité de nouvelles distinctions, ce sont des cas dans lesquels l'existence d'altérations partielles ou générales du langage articulé s'est manifestée, bien que, d'une part, l'intelligence fût parfaitement intacte, ainsi que le prouvait la conservation entière de la faculté des autres langages, et que, d'autre part, les mouvements autres que ceux qui sont aptes à produire des sons articulés fussent parfaitement conservés.

Ce sont de tels faits qui ont conduit à admettre, indépendamment de l'intelligence et de la mémoire et indépendamment de la motilité, une faculté spéciale de coordination des mots à parler, rapportée par M. Bouillaud à un organe spécial qu'il a désigné sous le nom d'organe législateur de la parole articulée, et dont il a placé le siége dans les lobes antérieurs du cerveau; faculté dont la privation a donné lieu à l'emploi du mot déjà usité *alalie*, et à la création des mots nouveaux *aphémie* et *aphasie*.

La détermination de ce qu'il y a d'essentiellement caractéristique dans l'altération de la parole propre à ces cas spéciaux ne présente pas de difficultés invincibles.

En effet, les mêmes appareils musculaires se trouvent en fait soumis à divers centres d'action impulsive et déterminante, pour divers ordres d'actes corrélatifs à diverses fonctions.

Si l'action normale des centres nerveux autres que le cerveau est indispensable pour que cet organe puisse réaliser en acte les mouvements prescrits par la volonté, la conservation de cette action normale, quand le cerveau ne peut plus agir en tant qu'organe de volonté, suffit pour maintenir la possibilité des mouvements.

Il y a donc un mode d'altération de la parole qui peut être conçu, dans l'état d'intégrité de l'intelligence et de la motilité générale, comme dépendant d'une altération spéciale de motilité volontaire, celle qui a pour but et pour effet la détermination et la coordination des mouvements volontaires pour l'articulation des sons.

Et en ce sens les vues de M. Bouillaud me paraissent justifiées.

Il y a lieu pourtant de remarquer que le fait de la puissance de coordonner des mouvements ne suppose pas nécessairement l'existence d'un organe distinct doué d'une aptitude spéciale.

La coordination des mouvements dans les diverses parties d'un même côté du corps, et dans les parties similaires des deux côtés se trouve réalisée par les conditions de rapport des centres d'activité avec les instruments d'action, et, pour que la coordination s'effectue, il suffit que la force du centre d'activité se déploie suivant une tendance actuelle déterminée.

Si la coordination pour la réalisation des mouvements associés, qui se rapportent, indépendamment d'une action de la volonté, aux diverses fonctions de la vie générale, peut être considérée comme indépendante d'un organe de coordination, distincte de l'organe de détermination du mouvement, pourquoi en serait-il autrement pour la réalisation de l'espèce particulière de mouvements associés par lesquels se produisent les sons articulés de la parole?

En ce qui se rapporte à l'organe cérébral de la parole, l'aptitude de coordonner les mouvements des deux côtés pour la formation des sons articulés doit dépendre de l'action conductrice des éléments nerveux de communication entre les deux hémisphères, de même que les mouvements pour chaque côté dépendent des éléments conducteurs qui transmettent l'impulsion déterminante du mouvement de la partie centrale dans chaque hémisphère aux cordons et aux nerfs conducteurs de la motilité volontaire.

Si ces éléments conducteurs, de communication entre les hémisphères et d'impulsion déterminant des mouvements dans chaque hémisphère, se rattachent dans l'organisation cérébrale principalement ou exclusivement aux lobes antérieurs, cette disposition doit avoir pour effet de rattacher à ces lobes la faculté de la parole en tant qu'elle dépend de la motilité.

C'est là ce que l'anatomie n'a pas encore déterminé, et ce que la pathologie semble autorisée à admettre.

Quels sont, en effet, les enseignements fournis à cet égard par la pathologie?

Ici l'on vient tout d'abord se heurter sur cette objection de l'inconstance du rapport entre les lésions fonctionnelles et les lésions cadavériques, mais il ne faut pas désespérer de la persévérance dans ses recherches.

En soumettant les faits à une discussion approfondie, je crois être parvenu à déterminer entre les altérations fonctionnelles et les altérations organiques du cerveau un rapport qui demeure constant à travers toutes les contradictions apparentes de l'anatomie pathologique, et d'après lequel j'ai cru pouvoir établir que dans les fonctions cérébrales de sensibilité, d'intelligence et de volonté, la couche corticale cérébrale joue le rôle d'organe central d'action, et la substance blanche le rôle d'organe conducteur.

Cette doctrine ne me paraît pas infirmée par les faits que M. Bouillaud et MM. Dax et Broca ont invoqués à l'appui de leurs vues particulières.

Je la crois même propre à concilier, dans une certaine mesure, ce qu'il y a d'apparemment contradictoire dans les faits et les opinions.

Suivant cette doctrine, la relation qui peut exister entre les lobes antérieurs des hémisphères cérébraux et la fonction de la parole dépend non pas de ce que les lobes antérieurs en masse, ou quelques-unes de leurs circonvolutions, sont des organes distincts de la faculté du langage; mais de ce que les lobes antérieurs, partie intégrante par leur couche corticale de l'organe unique de l'intelligence et de la volonté, contiennent dans leur substance blanche les éléments organiques de l'union des deux hémisphères et de la transmission des déterminations motrices volontaires, en ce qui se rapporte à l'accomplissement du langage articulé.

Toute altération notable de la couche corticale, dans une région quelconque des deux hémisphères, ayant pour effet d'entraîner une altération notable dans l'intelligence et expressément dans la mémoire, peut déterminer une altération dans la fonction de la parole, en rendant impossible l'enchaînement des idées, la représentation des idées par des mots, et l'acte de volonté motrice qui doit pouvoir commander les mouvements coordonnés pour la production des sons articulés.

Une altération de la couche corticale bornée à un seul hémisphère, qui aurait comporté la possibilité de la conservation de l'intelligence, est suffisante pour mettre obstacle à la fonction de la parole, en rendant impossible le concours des deux parties symétriques du centre d'action, qui seul peut produire dans chaque côté du corps des mouvements synergiques indispensables à l'articulation des sons.

Dans l'état d'intégrité de toute la couche corticale et de conservation de toutes les facultés intellectuelles, une altération de la substance blanche qui forme les moyens d'union des deux hémisphères, et les moyens de transmission des déterminations motrices volontaires aux organes musculaires de la parole, peut avoir pour effet de rendre l'articulation impossible, lors même que cette altération n'existe que dans l'un des deux hémisphères, lors même qu'elle serait bornée à l'un des deux lobes antérieurs, selon que l'attestent un grand nombre de faits pathologiques.

Ainsi se trouverait établie, d'après les données combinées de l'anatomie pathologique, de l'anatomie, de la physiologie et de la psychologie, la conciliation de toutes ces contradictions qui jettent la confusion dans le problème de la fonction de la parole, et se trouveraient en même temps, sinon complétement expliqués, au moins rattachés à des conditions physiologiques déterminées, à des éléments organiques distincts, tous les éléments de la fonction de la parole et tous les éléments des symptômes de la lésion de cette fonction qui se rencontrent dans l'état pathologique.

Et à ce sujet qu'il me soit permis de signaler un champ spécial d'observations et de recherches.

Il est une maladie assez commune pour qu'il soit donné à tous de l'observer, et qui a pour l'un de ses caractères essentiels l'altération de la parole.

C'est la paralysie générale des aliénés.

Dans la paralysie générale, dès son début et dans tout son cours, s'offrent simultanément, avec possibilité pour l'observateur de les distinguer, les deux altérations essentielles de la fonction de la parole, altération de l'intelligence et altération des déterminations volontaires du mouvement. Or, qu'enseigne l'anatomie pathologique sur la nature et sur le siége des altérations organiques auxquelles on doit rapporter les deux lésions essentielles qui représentent l'altération de la parole?

Je crois qu'il n'est plus possible de nier aujourd'hui que la condition anatomo-pathologique constante de la paralysie générale vraie ne soit une altération spéciale ayant pour siége la couche corticale cérébrale.

Et, comme je l'ai fait ressortir en 1841 de la discussion d'un grand nombre d'observations, il y a généralement dans cette maladie un rapport d'intensité et de profondeur entre les altérations de la parole et les altérations de la couche corticale dans les lobes antérieurs, ce qui, sous les réserves que j'ai faites, me paraît confirmer ce qu'il y a de plus essentiel dans l'opinion de M. Bouillaud.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— MM. Velpeau, Rayer, Brongniart, Cl. Bernard et J. Cloquet viennent d'être nommés membres de la Commission chargée d'examiner les pièces envoyées au concours (Institut) pour le prix Barbier, à décerner à l'auteur d'une découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

— MM. Rayer, Velpeau, Civiale, Cl. Bernard et Jobert (de Lamballe) ont été désignés pour faire partie de la Commission chargée d'examiner les pièces adressées au concours (Institut) pour le prix Godard, à décerner au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

Ce prix sera décerné par l'Académie pour la première fois.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1865, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1864, par M. le docteur P. GARNIER, collaborateur de l'*Union médicale*, et M. A. WAHU, médecin principal des hôpitaux militaires, retraité; 20e année. 1 vol. in-32 de 280 pages. Prix : 1 fr. 25.

Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie, par M. le professeur A. BOUCHARDAT, vice-président de l'Académie impériale de médecine; 2e volume de 962 pages. Prix des deux volumes : 14 fr. Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, libr.-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 57. — SAMEDI 13 MAI 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 13 MAI 1865. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Maladies régnantes. — Valeur séméiotique de l'aphasie. — Statistiques des blessures de l'armée de Crimée. — Peste des Cordillères. — Laryngoscope. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Les pneumonies se sont encore montrées très-fréquentes pendant le cours du mois d'avril et elles ont continué à présenter une gravité exceptionnelle. Le relevé administratif pour l'ensemble des hôpitaux en porte le nombre à 321, dont 215 suivies de guérison et 106 suivies de mort. Le rapporteur de la Commission des maladies régnantes, M. Gallard, pense que ce chiffre si élevé de mortalité, sur lequel il n'a pas de renseignements précis, doit porter en grande partie sur les vieillards et sur les enfants, et probablement aussi sur des sujets tuberculeux. Il n'est rien dit non plus dans le rapport des moyens de traitement employés, et c'est encore une lacune regrettable dans les documents qui ont été transmis.

On voit en effet qu'à la Salpêtrière la proportion des décès a continué à être considérable, quoique le nombre des pneumonies y ait sensiblement diminué. Dans le service de M. Vulpian, il est entré 4 nouvelles malades, dont 2 ont succombé, et M. Charcot en a eu 6, dont 1 seule, qui présentait cette forme de pneumonie à laquelle il a donné le nom d'abortive, a guéri. Dans tous ces cas, comme dans tous ceux des mois précédents, l'autopsie a permis de constater qu'il s'agissait bien de pneumonies franches et non de broncho-pneumonies.

Chez les adultes, c'est en général la pneumonie franche qui a prédominé. Par exception, M. Gallard a vu un cas de broncho-pneumonie chez un homme de trente et un ans, fort, vigoureux, bien constitué, et qui a succombé après avoir présenté très-peu de souffle avec un râle crépitant très-abondant, disséminé dans la plus grande partie de la poitrine. A l'autopsie, il n'a trouvé aucune trace d'hépatisation, mais une simple congestion lobulaire presque générale avec une abondante sécrétion muco-purulente.

Les pleurésies, moins graves que les pneumonies, ont été aussi très-nombreuses. Dans aucun cas on n'a été obligé de recourir à la thoracenthèse.

Les rhumatismes se sont maintenus encore à un chiffre très-élevé. Il y en a eu 333 pour tous les hôpitaux, sur lesquels 327 guérisons et 6 décès. M. Moutard-Martin, à lui seul, en a eu 13, et M. Bourdon, 9. M. Roger, à l'hôpital des Enfants, a eu 6 cas de rhumatisme articulaire aigu, dont 3 avec complications cardiaques et pleurales. Bien qu'ayant présenté en général une intensité modérée, ces rhumatismes se sont fait remarquer néanmoins par leur extrême ténacité et leur résistance aux divers moyens de traitement qui ont été mis en usage.

C'est pendant la première quinzaine d'avril surtout que les pneumonies et les rhumatismes ont prédominé. La seconde quinzaine a été marquée par l'invasion de quelques affections bilieuses et embarras gastriques et d'un petit nombre de fièvres typhoïdes. Ces dernières ne figurent dans le relevé de l'administration que pour le chiffre de 43 (27 guérisons et 16 décès). Mais les embarras gastriques paraissent s'annoncer comme beaucoup plus fréquents. M. Bourdon en a déjà vu 5 cas, dont 2 avec fièvre dans son service de la maison de santé.

Il n'y a que peu d'érysipèles, et généralement de forme bénigne.

Les rougeoles ont été très-nombreuses. A l'hôpital des Enfants, M. Roger a eu, dans le service des enfants, 3 cas venus du dehors et 5 cas contractés dans les salles, dont un seul a été mortel; et dans le service des garçons, 2 cas venus du dehors, 4 contractés dans la salle. L'un d'eux a présenté deux éruptions rubéoliques avec catarrhe, à trois semaines de distance; il a succombé à une broncho-pneumonie. M. J. Simon en a eu 15 cas dans son service. Une petite fille a succombé à une gangrène de la vulve consécutive à la rougeole. A Sainte-Eugénie, M. Bergeron n'en a eu que deux cas seulement. M. Millard en a observé 12 cas en ville, tous bénins, un entre autres chez un adulte, chez une jeune femme enceinte, peu de jours avant l'accouchement. L'enfant nouveau né n'a rien eu, tandis qu'un autre enfant plus âgé, qui couchait dans une pièce voisine, l'a contractée.

Il a observé enfin une rougeole sur un petit nègre de douze à treize ans. La période d'éruption avait été simplement caractérisée par une saillie très-marquée des papilles de la peau; la desquamation furfuracée a été aussi plus générale et plus abondante que d'ordinaire.

La scarlatine a été observée indistinctement dans les services d'adultes et d'enfants. Il y en a eu un cas dans chacun des services de M. Bergeron à Sainte-Eugénie, Béhier à la Charité, Grisolle à l'Hôtel-Dieu, et Gallard à la Pitié. Tous ces cas ont été bénins, à l'exception de celui de M. Grisolle, qui a eu une scarlatine hémorrhagique terminée par la mort. M. Roger, à l'hôpital des Enfants, en a eu 4 cas, 2 venus du dehors et 2 développés dans les salles. Les deux premiers ont guéri; les deux autres, atteints de tubercules pulmonaires, ont succombé.

La variole a continué à aller en décroissant. On en a compté pour l'ensemble des hôpitaux 124 cas (112 guérisons et 12 décès). Le nombre des cas contractés à l'intérieur des hôpitaux a considérablement diminué. Il n'en a été signalé qu'un seul cas à la Commission.

Le croup figure dans le relevé pour le chiffre de 22 cas, sur lesquels il y a eu 13 décès et 9 guérisons. A l'hôpital Sainte-Eugénie, sur 3 enfants trachéotomisés, M. Bergeron n'a obtenu qu'une guérison. A l'hôpital des Enfants, M. Roger a eu un cas de guérison sans opération, et sur 3 opérés il a eu 2 guérisons et 1 cas de mort. M. J. Simon a eu, sur 5 opérés, 3 succès et 2 morts. M. Millard a opéré un enfant de six ans qui a eu une angine couenneuse avec croup. La diphthérite ayant gagné les bronches, l'enfant a succombé trois jours après l'opération.

M. Millard a observé à l'hôpital des Enfants un coryza couenneux chez un petit garçon de trois ans; la maladie a débuté par les fosses nasales et s'est propagée derrière le voile du palais jusqu'aux amygdales; la mort est arrivée par adynamie avant que le larynx n'ait été envahi. Il a vu, en outre, deux cas de laryngite striduleuse, un en ville et un à l'hôpital. M. J. Simon en a également eu un cas dans son service.

Enfin, M. J. Simon a eu dans son service 3 cas de coqueluche, quelques bronchites simples, 2 cas de fièvre typhoïde grave et un cas de contracture douloureuse des extrémités. Les cas de coqueluche se sont montrés nombreux à la consultation de l'hôpital des Enfants.

Valeur séméiotique de l'aphasie dans le diagnostic de l'hémorrhagie du cerveau et du ramollissement par l'oblitération de l'artère de Sylvius.

Pendant que l'Académie continue à disserter sur l'aphasie et sur les problèmes complexes d'anatomie pathologique, de physiologie et de psychologie qu'elle soulève, suivons ici l'exposition des faits cliniques dont cette discussion provoque de toutes parts la publication. Dans l'une de nos visites à l'Hôtel-Dieu, dans le courant de l'hiver dernier, M. Lancereaux nous signalait plusieurs cas de ce genre qui étaient alors en observation dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, et il nous exposait quelques-unes des idées que ces faits lui avaient suscitées sur les rapports que pouvait avoir ce symptôme de l'aphasie avec certains troubles de la circulation encéphalique liés eux-mêmes avec des affections des organes centraux de la circulation. Déjà dans sa thèse inaugurale sur la thrombose et l'embolie cérébrale (1862), et dans un travail communiqué à la Société de biologie en septembre 1864, il avait insisté sur la coïncidence fréquente des troubles du langage articulé avec les affections cardiaques et vasculaires, que le mode de distribution de l'artère sylvienne lui paraissait suffisamment expliquer d'après les recherches les plus modernes.

Partant de cette donnée anatomique, que l'artère de Sylvius envoie une de ses branches aux circonvolutions frontales postérieures, et que, lorsqu'elle vient à s'oblitérer, les circonvolutions cessant d'être alimentées deviennent le siége d'un ramollissement incurable, M. Lancereaux s'est demandé si l'altération du langage articulé, si le symptôme aphasie ne pourrait pas servir à élucider le diagnostic souvent obscur de l'hémorrhagie et du ramollissement cérébral. Il en a appelé, sur ce point, à l'observation clinique, et voici ce que lui a montré l'analyse des faits suivants dont il vient de publier la relation dans l'un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Paris*, et dont nous ne donnons ici qu'une courte analyse.

Un premier fait est relatif à une femme âgée de cinquante-sept ans, entrée le 5 août dernier dans la salle Saint-Antoine de l'Hôtel-Dieu. Cette femme, qui était dans un état d'alcoolisme chronique, était en ce moment atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu avec endocardite. Après dix jours de séjour à l'hôpital, elle perd tout à coup connaissance et est frappée de paralysie de tout le côté droit. Deux jours après elle reprend sa connaissance, elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle ne peut y répondre; non pas qu'elle ne puisse articuler, car elle peut prononcer même très-aisément certains mots, mais les mots les plus usuels ne se présentent plus à sa mémoire. Elle reste une douzaine de jours dans cet état; puis elle tombe dans une somnolence et puis dans un coma profond dans lequel elle succombe.

A l'autopsie on constate ce qui suit :

Les vaisseaux qui rampent à la périphérie de l'hémisphère gauche du cerveau sont beaucoup plus développés que ceux du côté opposé. A l'origine de l'artère sylvienne gauche existe un caillot rougeâtre se prolongeant dans les collatérales qui en émanent. Sérosité peu abondante dans le ventricule. Le corps strié est en partie ramolli, ainsi que la partie postérieure des circonvolutions dans une étendue de 2 à 3 centimètres en profondeur.

Le cœur est volumineux, son tissu est flasque et mou. Les cavités droites sont dilatées. L'endocarde est blanchâtre. L'orifice mitral est un peu insuffisant, la valvule est épaissie à son bord libre. La cavité ventriculaire gauche est un peu grande. L'aorte renferme plusieurs plaques athéromateuses jaunâtres.

Les poumons emphysémateux sont œdématiés vers leur partie postérieure. La branche droite de l'artère pulmonaire est presque complétement obturée par un caillot qui se prolonge dans les branches de bifurcation.

Il existe enfin des thromboses veineuses des membres inférieurs, commençant à la partie moyenne des veines crurales et remontant jusqu'à la veine cave.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'un homme âgé de cinquante et un ans, entré le 21 janvier 1864 pour une affection cardiaque à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Bérard, qui constata un souffle très-fort au premier temps et à la pointe. Le 25, cet homme perd subitement connaissance et reste paralysé de tout le côté droit; les jours suivants, perte de la parole et obtusion de l'intelligence. La paralysie, d'abord complète, diminue progressivement dans le membre inférieur, ainsi que du côté de la face. Le malade est amené à l'Hôtel-Dieu le 21 juin, par M. Bérard qui prend le service de la clinique. C'est là que nous avons eu l'occasion de le voir plusieurs fois avec M. Lancereaux, qui nous a fait constater ce qui suit :

Chez cet homme grand, fort, robuste, au visage coloré, toutes les fonctions s'accomplissent bien à l'exception de celles du cœur et du cerveau. Le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle qui s'entend surtout à gauche et qui a son maximum à la base et se prolonge vers la pointe. Le deuxième bruit n'est pas dédoublé, mais il semble qu'il soit accompagné parfois d'un souffle très-léger. L'orifice aortique est intact. Le pouls est petit, faible, irrégulier et intermittent.

La jambe droite est incomplétement paralysée; le malade marche en fauchant. Le membre supérieur droit est complétement paralysé. La bouche est déviée à droite et en haut; tous les mouvements de la langue et des lèvres s'exécutent parfaitement; le malade ne bredouille nullement; cependant il ne peut articuler que quelques mots : *oui, non, monsieur*. Il lui est presque impossible d'en prononcer d'autres. Il signe son nom, mais il ne peut presque plus écrire d'autres mots. Néanmoins cet homme paraît avoir conservé à un haut degré certains sentiments, en particulier celui de la famille et celui de la reconnaissance.

Dans les derniers temps de son séjour à l'Hôtel-Dieu, ce malade semblait recouvrer en partie l'intelligence du sens des mots; il paraissait mieux comprendre la conversation et on parvenait, en l'y exerçant fréquemment, à lui faire prononcer d'une façon distincte d'assez longues phrases. Il était dans cette situation lorsqu'il fut envoyé à Bicêtre vers la fin de l'année.

Qu'il existe chez ce malade une lésion cérébrale, il n'y a pas à en douter; que cette lésion soit consécutive à l'obstruction de l'artère de Sylvius, c'est moins certain, mais c'est du moins ce que M. Lancereaux considère comme extrêmement probable, vu l'existence d'une affection cardiaque et surtout d'une lésion de la valvule mitrale. Il se fonde, en cela, surtout sur les faits assez nombreux qu'il a réunis dans sa thèse inaugurale, où la perte ou l'embarras de la parole a été notée douze fois sur quarante-six cas d'oblitération des artères carotides ou sylviennes, neuf fois avec l'oblitération des artères cérébrales gauches, et trois fois avec l'obstruction des artères cérébrales droites.

Pour montrer que l'aphasie est un signe appartenant au ramollissement plutôt qu'à l'hémorrhagie cérébrale, M. Lancereaux a rapproché des observations qui précèdent trois faits observés dans le même moment, et au sujet desquels, s'appuyant sur ce que les malades avaient conservé la faculté du langage articulé, il avait pu avancer qu'il s'agissait, non pas d'un ramollissement cérébral, mais bien d'un foyer hémorrhagique.

Dans le premier de ces faits, effectivement, on voit un sujet atteint d'hémiplégie subite à droite avec perte de connaissance, conservation de la mémoire des mots et du langage rendu difficile seulement par la gêne des mouvements, et à l'autopsie une hémorrhagie cérébrale du côté gauche avec irruption du sang dans les cavités ventriculaires.

Le second montre une hémiplégie subite de tout le côté droit, avec paralysie de la langue, conservation de la mémoire des mots et de la faculté de les articuler; hémorrhagie cérébrale à gauche.

Enfin, dans le troisième fait, la même série de phénomènes se reproduit presque identiquement : hémiplégie subite avec perte de connaissance et léger embarras de la parole, coma; hémorrhagie du centre de l'hémisphère gauche.

Ces cinq observations, recueillies presque en même temps dans l'espace de quelques semaines, étaient bien faites pour frapper l'attention. Toutefois M. Lancereaux ne s'en est pas tenu à cette première impression. En examinant plus attentivement le sujet, il en est venu à penser que l'aphasie, pour avoir une valeur réelle dans le diagnostic différentiel des affections de l'encéphale, devait être accompagnée de quelques autres signes.

Ainsi, dit-il, lorsque chez un malade ayant perdu subitement connaissance, on voit persister une hémiplégie avec aphasie, il y a lieu de songer à un ramollissement plutôt qu'à une hémorrhagie cérébrale; et ce diagnostic sera confirmé par l'existence d'une affection concomitante du cœur et surtout d'un rétrécissement mitral. Au contraire, une hémiplégie subite de cause cérébrale et sans aphasie est plutôt l'indice d'une hémorrhagie du cerveau; l'absence de lésion cardiaque appuierait dans ce cas le diagnostic. C'est là, ajoute-t-il, le fait ordinaire et qui s'explique facilement d'ailleurs, le siége d'élection des foyers sanguins du cerveau étant la partie externe du corps strié. Mais il n'en serait plus de même dans les cas où ces foyers s'étendraient jusqu'aux circonvolutions, ainsi que lorsque l'hémorrhagie envahit primitivement la partie postérieure du lobe frontal, ainsi que cela est arrivé dans l'un des faits observés par M. Broca; mais, dans ce dernier cas, il n'y avait point d'hémiplégie.

En résumé, des recherches de M. Lancereaux sur ce sujet, il ressortirait provisoirement, et sauf vérification ultérieure par des faits plus nombreux, que le diagnostic du ramollissement apoplectiforme consécutif à l'oblitération de l'artère de Sylvius, pourrait reposer sur la réunion de ces trois conditions symptomatologiques, savoir : les symptômes d'une lésion du cœur ou des gros vaisseaux, une hémiplégie subite et l'aphasie. La persistance des deux derniers symptômes, en l'absence d'une affection cardiaque, permettrait seulement de soupçonner l'existence du ramollissement.

C'est là un point de vue très-intéressant et qui mérite confirmation.

Statistiques des plaies et opérations pendant la guerre de Crimée.

Nous abordons aujourd'hui l'étude des plaies et des amputations qui ont été faites en Crimée. Quoique nous ne possédions que des documents peu détaillés, leur grand nombre permet cependant de formuler plusieurs conclusions. Ajoutons que les réflexions dont M. Chenu a orné l'énumération sèche et aride de chiffres nous est d'un grand secours. Les détails des faits principaux de la campagne sur le transport des blessés, l'organisation des ambulances et les conditions hygiéniques de l'armée faciliteront notre travail. Ces précieux renseignements servent à donner la raison d'une mortalité excessive pendant plusieurs périodes de la campagne.

Les plaies des membres ont offert toutes une gravité plus grande que celles que l'on observe dans nos hôpitaux, et il ne pourrait être établi de rapprochements à cet égard qu'entre les plaies produites par les roues d'engrenage et les plaies par armes à feu. Ces dernières sont considérées dans nos hôpitaux civils comme les plus graves et les plus meurtrières.

Voici, en général, quel a été le degré de gravité des plaies : en première ligne, on trouve dans la statistique les fractures compliquées, fractures comminutives avec plaies; puis les contusions profondes des membres, et enfin les plaies déchirées. En considérant la gravité des plaies par rapport à leur cause, on trouve que les plaies produites par les biscaïens, éclats de bombe et éclats de pierre ou de bois ont été suivies d'un plus grand nombre d'accidents mortels que les autres plaies; les plaies produites par des balles ont été un peu moins graves que les plaies précédentes. Mais par contre les plaies produites par les armes blanches ont été infiniment moins graves. Ainsi, pour les plaies du bras où il y a eu 115 blessés et 115 guéris, les plaies avaient été produites par le sabre, la lance ou la baïonnette. Pour la cuisse, il y a eu 118 blessés sur lesquels 4 seulement sont morts.

On verra plus loin quel a été le degré de mortalité après les blessures des membres, au moment où nous comparerons les résultats de la chirurgie française et de la chirurgie anglaise.

Sans vouloir entrer ici dans les détails des complications des plaies par armes à feu, nous pouvons retirer des fiches recueillies par M. Chenu la confirmation d'un fait connu, mais peu vulgarisé, à savoir : que les plaies des muscles sont suivies de rétractions violentes.

Nos livres de chirurgie, surtout depuis que M. Malgaigne a insisté sur ce point, établissent que la rétraction des moignons se produit surtout à la suite de l'inflammation. Or, les plaies par armes à feu ne sont jamais exemptes d'inflammation; on s'explique donc que les plaies des muscles par armes à feu soient suivies de rétractions. Et cela est parfaitement prouvé pour les blessures de la cuisse.

L'énumération des observations sommaires des soldats atteints de blessures de la cuisse, même sans fracture, renferme beaucoup de cas de rétraction de la jambe sur la cuisse, d'ankylose incomplète par brièveté des muscles.

On constate dans la statistique des blessures des articulations la gravité croissante des plaies des articulations, en remontant des petites vers les grandes, fait connu et qui a servi de critérium pour établir les indications des désarticulations.

Ainsi, la mortalité existe dans les proportions suivantes : plaies, contusions, déchirures, fractures et luxations réunies :

Épaule : guéris, 1461 ; morts, 484.

Coude : guéris, 245; morts, 79.

Poignet : guéris, 293 ; morts, 23.

Cuisse : guéris, 7; morts, 28.

Les détails de ces plaies sont douteux; il y a une coxalgie mise au nombre des blessures.

Genou : guéris, 461 ; morts, 185.

Coude-pied : guéris, 229; morts, 24.

Si nous rapprochons maintenant les résultats obtenus par les Anglais avec ceux obtenus par nous, nous constatons, en comparant exclusivement les plaies avec fractures, que pour la cuisse nous avons perdu 333 blessés sur 587, c'est-à-dire 59 0/0, tandis que les Anglais n'ont perdu que 69 blessés sur 194, c'est-à-dire 36 0/0.

Pour la jambe, nous avons perdu 135 blessés sur 602, c'est-à-dire 22 0/0; les Anglais en ont perdu 37 sur 214, soit 17 0/0. Les proportions pour les plaies du membre supérieur sont : fractures du bras avec plaies : blessés français, 26 0/0 de morts; blessés anglais, 9 0/0.

Plaies de l'avant-bras, fractures avec plaies : blessés français, 17 0/0 de morts; blessés anglais, environ 5 0/0 de morts.

La différence est à peu près la même dans les résultats du traitement des plaies des doigts et des orteils, et on peut dire en résumé que les plaies dans l'armée anglaise ont été traitées avec un succès infiniment plus marqué que dans l'armée française.

Invoquera-t-on le tempérament des anglais? A cela, il est facile de répondre par les faits : les soldats anglais ont résisté moins que les nôtres à la fatigue et à la mauvaise température de la Crimée. L'armée anglaise a eu au début de la campagne la moitié de son monde malade; elle a offert plus de cas de typhus, plus de cas de congélation. Ce n'est donc pas dans la force de résistance de l'armée britannique qu'il faut chercher la raison de la facile guérison des plaies.

Est-ce dans le mode de pansement ou dans les soins consécutifs?

Pour ce qui est du pansement en campagne, nos chirurgiens militaires se servent de l'eau froide; on recouvre une plaie d'un linge troué, après avoir rapproché les lèvres des plaies avec des bandes de diachylon, et on recouvre le tout de charpie mouillée. Le pansement anglais est peu différent, et on se sert de lin imbibé d'eau à la place de charpie mouillée; seulement le pansement mouillé est environné d'une toile gommée qui entretient l'humidité sur la plaie. Ce serait donc une assertion hasardée que d'attribuer le succès aux pansements de nos voisins.

Mais nous trouverons ailleurs la cause des insuccès. Nos malades, à peine pansés, étaient transportés d'une ambulance à une autre, d'une ambulance à un hôpital, suivant les ordres de l'intendance; le chirurgien qui avait opéré ou pansé les malades cessait de s'occuper d'eux. Ces derniers pendant des voyages de trois ou cinq jours, n'étaient soignés par personne ou par trop peu de monde; heureux encore si, pendant ce temps, les malades étaient une fois pansés. En un mot, les chirurgiens français faisaient forcément le pansement rare, et ce pansement, que nous sachions, ne peut être bon pour les plaies contuses autres que celles des doigts, et encore!

Les faits sur lesquels nous nous appuyons pour établir notre opinion sont consignés dans le livre de M. Chenu. On voit, par exemple, des blessés rester deux jours dans une ambulance, puis être évacués par mer sur un bâtiment qui, si rapidement qu'il marchât, ne mettait pas moins de trois jours à aller de la Crimée à Constantinople, et on nous a répété que dans ces conditions, bien qu'il y eût un chirurgien sur le bâtiment, on embarquait souvent les malades sans qu'on eût de linge de rechange suffisant, et sans qu'il y eût assez de médicaments à bord.

Les Anglais ne faisaient point de même; ils gardaient leurs blessés jusqu'à ce que la plaie fût en voie de cicatrisation, et c'est seulement alors qu'ils les expédiaient dans un hôpital. Cette pratique était excellente, et c'est à elle qu'on doit attribuer la plus grande part des succès obtenus dans la chirurgie des plaies.

Un sage a dit : Voir le mal, c'est commencer à y remédier. Que notre franchise soit ici excusée par l'autorité militaire. Les médecins de nos armées conseillant et aidant, on pourra désormais obtenir une bonne statistique de guérisons pour les plaies d'armes à feu dans les campagnes à venir, et nous n'aurons plus rien à envier à nos voisins anglais.

Les grandes amputations dans l'armée française n'ont pas été plus heureuses.

Voici les résultats :

Amputation de cuisse, 1,666; morts, 1,531.

Désarticulation du genou, 69; morts, 63.

Amputation de la jambe, 1,255; morts, 903.

Amputation totale ou partielle du pied, 156; morts, 117.

Les Anglais ont eu pour les mêmes catégories d'amputations :

Cuisse, 176 opérés; 115 morts.

Désarticulation du genou, 7; morts, 4.

Amputation de la jambe, 96; morts, 37.

Amputation et désarticulation totale ou partielle du pied, 25; morts, 3.

20 désarticulations coxo-fémorales ont été faites par les français; 9 ont été pratiquées par les Anglais, et les malades sont tous morts.

Pour le membre supérieur, voici les résultats :

Désarticulation de l'épaule, 222; morts, 137.

Amputation du bras, 1,173; morts, 654.

Désarticulation du coude, 79; morts, 52.

Amputation de l'avant-bras, 337; morts, 154.

Désarticulation du poignet, 68; morts, 41.

Voici les chiffres de la statistique anglaise :

Désarticulation de l'épaule, 45; morts, 15.

Amputation du bras, 114; morts, 29.

Pas de désarticulation du coude.

Amputation de l'avant-bras, 63; morts, 3.

Désarticulation du poignet, 4; mort, 1.

On le voit, les amputés de l'armée anglaise ont guéri en plus grande proportion que les amputés français. Eu égard au traitement de la plaie de l'amputation, nous avons déjà un des motifs de la diminution de la mortalité chez les anglais. Mais la statistique nous apprend qu'il y a eu des particularités dans la pratique anglaise. Il y a eu beaucoup moins d'amputations secondaires, c'est-à-dire à la suite d'inflammation des plaies et de nécrose des os fracturés.

Les Anglais ont fait seulement 13 amputations secondaires pour 100 primitives, tandis que les Français ont fait 25 amputations secondaires pour 100 primitives. Bien que, suivant la loi habituelle, les amputations secondaires soient moins graves que les amputations primitives, bien que les ambulances et les hôpitaux n'aient perdu que 46 pour 100 des amputés secondairement, tandis qu'ils ont perdu 74 pour 100 des amputés primitivement, en considérant le nombre des malades qui ont subi des amputations secondaires dans l'armée anglaise, on voit de la sorte que la statistique en bloc des amputations faites sur les soldats français a été grevée de presque la moitié des morts après les amputations secondaires.

A propos des amputations doubles, nous voyons que sur 120 amputations il y a eu 90 morts; les Anglais ont fait 9 opérations doubles sur lesquelles il y a eu 4 morts.

Nos chirurgiens ont pratiqué 94 résections, qui ont été suivies de mort 67 fois. Par rapport aux amputations, il avait été fait une résection sur 70 opérations. Les chirurgiens anglais ont pratiqué 47 résections, qui ont été suivies 12 fois de la mort. Ils avaient fait une résection sur 28 opérations. Sur le nombre des résections du coude exécutées par les anglais, il y a eu 3 morts seulement pour 17 opérés.

PESTE DES CORDILLÈRES,

Par M. le Dr Baldou.

(Extrait d'un Mémoire communiqué à l'Académie de médecine.)

Je désire appeler l'attention de l'Académie sur une épidémie qui a régné dans l'Amérique du Sud, parce que cette maladie a offert avec l'une de celles qui sévissait à Saint-Pétersbourg, et qu'on a désignée sous le nom de *fièvre récurrente*, certaines analogies, tout en présentant cependant des différences notables.

En 1854, on signalait dans les provinces nord du Pérou une épidémie que l'on a appelée *peste des Cordillères*, parce qu'elle n'a sévi que dans l'intérieur de la chaîne des Andes, sans jamais descendre au-dessous de quinze cents mètres d'altitude au-dessus du niveau de la mer.

De 1854 à 1859, l'épidémie marchant du nord au sud a parcouru toute cette partie des Andes qui traverse le Pérou et la Bolivie, plus les parties du Chili frontières de la Bolivie.

Étiologie. — Aucune cause générale ni spécifique n'a pu être constatée. Comme causes individuelles et déterminantes, je signalerai les refroidissements et les excès de boissons spiritueuses. Il y a lieu de faire remarquer ce fait que l'épidémie a paru soumise à des conditions d'altitude, puisqu'elle n'a frappé aucune localité située au-dessous de 1,500 mètres, tandis qu'elle a attaqué toutes les régions plus élevées et jusqu'aux populations de pasteurs qui habitent à 4,000 mètres et même au-dessus.

Symptômes et marche de la maladie. — Pas de période d'incubation. La maladie se déclare inopinément et sans prodrômes. Une *période algide* marque son début. De violents frissons, semblables à ceux d'une forte fièvre intermittente, secouent tous les membres; douleur vive au front et à l'occiput, pouls lent et déprimé, extrémités froides, chaleur de la surface du corps et de l'intérieur de la bouche diminuée. Durée de cette période : trois à cinq heures.

Période de réaction. — La peau devient sèche et ardente, la douleur de tête augmente, le malade accuse une chaleur générale très-incommode, soif modérée ou nulle, pouls peu élevé, dix à douze pulsations en sus du rythme normal, douleurs très-

vives et augmentant par le toucher à l'épigastre, aux lombes, au sacrum, le long des nerfs sciatiques, aux mollets, aux pieds, dans les bras; les yeux sont brillants; la langue, dans le plus grand nombre des cas, est humide, peu colorée et souvent reste ainsi pendant tout le cours de la maladie.

Le second jour et les suivants, ces symptômes de réaction persistent sans la moindre rémission. Plus de frissons. Mais un point, que je signale tout particulièrement, parce que c'est lui qui m'a mis sur la voie, et qui m'a inspiré l'idée de la médication qui a réussi, c'est que pendant les nuits tous ces symptômes éprouvent une recrudescence, un redoublement d'intensité extrêmes, qui privent les malades de tout repos et leur fait redouter la nuit qui va suivre.

Pendant la deuxième journée, tous les symptômes augmentent d'intensité, relativement à la journée qui a précédé, mais diminuent, relativement à la nuit. Inappétence complète pour les aliments, suspension absolue des forces digestives, au point que le moindre bouillon ne passe pas. L'intelligence reste saine, le malade s'exprime avec une certaine difficulté. Anxiété grande, respiration pénible, incomplète à cause de l'état douloureux des muscles thoraciques et du diaphragme. Pas de selles ou selles ordinaires; urines rares et colorées; au moindre mouvement, le malade pousse des plaintes et des gémissements, tant ses membres sont douloureux. Jamais de sueurs.

Ainsi se succèdent les jours et les nuits sans variations notables, tant que le malade ne commet pas d'imprudences, surtout tant qu'il ne prend pas d'aliments, et cette période dure de dix à quinze jours; puis vient la période de décroissance.

Pronostic. — Dans cette première attaque, la maladie se termine heureusement dans la presque totalité des cas, et alors les symptômes s'apaisent graduellement pendant le jour bien plus vite que pendant les nuits, qui restent longtemps agitées par les douleurs signalées.

Quand la maladie doit se terminer fatalement, ce qui n'arrive guère que dans les rechutes dont je vais parler, on observe quelquefois des pétéchies. L'économie succombe sans qu'il se manifeste des troubles nouveaux; je fais exception pour les diarrhées qui s'observent souvent, mais toujours par suite des préjugés des Indiens qui pensaient qu'il était indispensable de donner à manger aux malades.

Convalescence. — Quand tous les symptômes avaient disparu, les douleurs dans les muscles et dans les principaux troncs nerveux persistaient souvent pendant un ou plusieurs mois; dans tous les cas, l'économie restait longtemps dans un état d'anémie plus ou moins profonde, de laquelle résultait une incapacité complète pour tout travail actif et pénible.

Rechutes. — Après huit jours, quinze jours, un ou plusieurs mois écoulés depuis la fin de la maladie, pendant ou après la convalescence, l'épidémie resaisissait ordinairement sa victime. Elle se reproduisait avec ses mêmes périodes, ses mêmes symptômes, et le nombre des rechutes n'avait pas de limites. Seulement, chacune d'elles trouvant le sujet plus affaibli, présentait d'autant plus de danger d'une terminaison fatale.

Dans une famille, le père et la mère ont été frappés chacun huit fois; leurs trois enfants, âgés de trois à dix ans, chacun trois fois; tous ont survécu.

Sur une population de 1,200 habitants que contenait le village, dans lequel j'ai observé plus particulièrement l'épidémie, la mortalité a été de 250, divisée ainsi :

Enfants au-dessous de seize ans.	92
Adultes.	110
Vieillards au-dessus de soixante ans.	48
	250

Les deux sexes ont compté un nombre égal de morts.

Très-peu d'individus ayant échappé complétement à la maladie, je calcule que chacun des habitants de ce village a éprouvé en moyenne trois attaques, ce qui porte à 3,600 le nombre des cas de peste qui se sont déclarés dans cette localité pendant une année qu'a duré l'épidémie; fait rare dans les annales de la médecine.

Traitement. — Des divers moyens et agents thérapeutiques essayés par moi tour à tour, j'ai expérimenté que les émissions sanguines étaient funestes, l'opium et ses succédanés inutiles ou nuisibles, les boissons délayantes et rafraîchissantes agréables aux malades, mais sans action thérapeutique; les sudorifiques, sans action même physiologique; les purgatifs, dangereux et inutiles.

Les moyens que les indigènes employaient de préférence étaient la décoction de *cestrum hediondinum*, plante très-commune dans ces montagnes, et l'urine conservée dans laquelle ils faisaient dissoudre du sel marin. Ces deux médicaments étaient employés intus et extra en boissons et en lotions. Ceux qui le pouvaient ajoutaient à ces moyens le petit lait et la solution de crème de tartre. Ils combattaient la période algide avec de l'eau chaude sucrée. Avec cette thérapeutique-là, une famille des plus aisées du pays a eu quatre des siens malades pendant un mois au lit et convalescents pendant plusieurs mois.

Le sulfate de quinine s'était d'abord présenté à mon esprit à la vue de la période algide, mais celle-ci ne se reproduisant plus, j'avais renoncé à son emploi. Plus tard, en observant cette exacerbation si prononcée et si générale des symptômes pendant la nuit, l'insuccès de tous les autres moyens thérapeutiques aidant, je revins à l'idée de l'essayer.

Je choisis dans le lazaret que j'avais formé cinq des malades adultes les plus gravement atteints, trois hommes et deux femmes. Je donnai à chacun des hommes 1,25 centigrammes de sulfate de quinine, et à chacune des femmes 1 gramme; chaque dose de sel était administrée en solution dans 120 grammes d'eau additionnée d'une quantité suffisante d'acide sulfurique pour opérer la solution complète du sel. Les malades la prenaient en quatre fois, divisées dans les douze heures de jour, de manière que la dernière prise était administrée de sept à huit heures du soir.

A ma visite du matin, mes cinq malades accusèrent une amélioration très-marquée de leur état pendant la nuit, et malgré leur répugnance d'Indiens pour tout ce qui est amer au goût, ils demandèrent tous à continuer l'usage du médicament.

Pour abréger, je dirai qu'au bout de trois jours il ne fut plus possible de les garder au lazaret.

Je fis le même essai sur six autres malades, puis sur tous les épidémiés, et tous guérirent rapidement et sans convalescence.

Il en a été de même de tous ceux que j'ai traités à domicile, quand j'ai pu obtenir que mes prescriptions fussent exécutées, et cela n'était pas toujours, il s'en faut.

Un moment vint où l'acide sulfurique, m'ayant fait défaut, ainsi que tous autres moyens de rendre complète la solution du sel quinique, je dus l'administrer en pilules. J'observai bientôt qu'il n'était ni toléré ni digéré, et qu'il occasionnait des diarrhées qui aggravaient d'une manière dangereuse l'état des malades sans attaquer la maladie. L'association de l'opium au sel quinique, indiquée dans le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, ne modifia pas notablement ce résultat, et je dus attendre une nouvelle provision d'acide sulfurique pour reprendre ma médication.

A mon grand regret, je n'ai pu obtenir de faire qu'une seule autopsie. Je ne trouvai rien d'anormal dans les viscères thoraciques et abdominaux. Le cerveau et la moelle épinière n'ont pu être examinés.

Aucun fait ne m'a porté à admettre que la maladie fût contagieuse.

LARYNGOSCOPE EXÉCUTÉ D'APRÈS LES INDICATIONS DE M. LE Dr A. DUFOUR,

Par M. Capron, fabricant d'instruments de chirurgie.

Ce laryngoscope se compose d'une bague en cuivre traversée par trois vis qui permettent de fixer l'instrument sur des lampes de tout calibre.

La tête d'une de ces vis porte une tige sur laquelle glisse, à frottement dur, un miroir concave destiné à renvoyer les rayons lumineux dans la gorge du malade. Le miroir est percé de deux trous circulaires placés sur une ligne horizontale à égale distance du centre du réflecteur. En regardant par une de ces ouvertures circulaires, une personne placée à côté d'un observateur habitué à la laryngoscopie peut voir parfaitement l'image réfléchie par le miroir laryngien.

Le miroir réflecteur en plaqué d'argent est construit de façon à ce que la lumière soit toujours à son foyer principal, et par suite les rayons projetés sont parallèles, ce qui permet, si le malade s'éloigne ou se rapproche de la lampe, d'éclairer presque toujours avec la même intensité le fond de la gorge et d'éviter la grande variation d'éclairage obtenue par les appareils à lentille qui donnent beaucoup de lumière quand la gorge du malade est au foyer de la lentille, et beaucoup moins lorsqu'il en est autrement. Sur la bague, au point opposé à la vis qui supporte le réflecteur, se trouve soudée une petite tige transversale qui porte deux griffes verticalement placées, destinées, quand on veut, à supporter un verre coloré au cobalt ou à l'oxyde d'urane. Pour l'examen ophthalmoscopique, cet appareil, par le parallélisme de rayons qu'il envoie, permet d'éclairer à une assez grande distance sans que la lumière perde de son intensité. On peut également s'en servir pour éclairer le fond du vagin ou de l'oreille sans faire approcher le malade de la source lumineuse.

Les miroirs laryngiens sont en acier poli soudés sur tiges en maillechort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Morel-Lavallée. Il exprime le regret que le bureau n'ait reçu aucun avis de la mort de cet honorable collègue, parce que la Société n'a pu être représentée officiellement aux funérailles de son ancien président. M. Broca rappelle ensuite brièvement les principaux travaux de M. Morel sur les luxations de la clavicule, la hernie du poumon, les épanchements séreux traumatiques, la cystite cantharidienne, son ingénieux appareil en gutta-percha pour les fractures de la mâchoire, l'appréciation des méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre, etc., etc. Plusieurs de ces mémoires, ajoute M. le président, sont empreints d'une véritable originalité, et plusieurs d'entre eux sont honorablement cités dans tous les traités de pathologie.

La Société décide qu'une lettre de condoléance sera adressée, au nom de la Société, à la veuve de M. Morel-Lavallée, par le secrétaire général.

Sur l'invitation de M. le président, plusieurs membres donnent quelques détails sur la fin prématurée de M. Morel-Lavallée, qui paraît avoir succombé subitement aux suites d'une affection ancienne du cœur et des gros vaisseaux.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

La *Gazette médicale de Strasbourg;*

Le *Journal de médecine de Bordeaux;*

Le *Bulletin médical du nord de la France;*

Le *Bulletin général de thérapeutique;*

Les *Archives générales de médecine;*

La *Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1862;*

Le *Bulletin de la Société* (4e fascicule) *pour 1864.*

M. le docteur Simon Duplay adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale : *Des collections séreuses et hydatiques de l'aine,* pour le concours du prix Duval.

MM. Follin, Richer, Bauchet demandent un congé.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats à une place de membre titulaire. Cette commission se trouve constituée par MM. Depaul, Giraldès et Marjolin.

A propos du procès-verbal :

M. Giraldès présente, au nom de M. Hergott (de Strasbourg), de nouveaux spécimens d'appareils plâtrés, rendus imperméables par le vernis de résine de copal. Ces appareils sont restés pendant quinze jours dans l'eau tiède sans être pénétrés. M. Hergott se sert de vieille toile pour faire la charpente de ces appareils.

M. Hergott profite de cette occasion pour rappeler sa candidature au titre de membre correspondant national.

M. Lefort met également sous les yeux des membres de la Société des appareils analogues, de M. Langenbeck, faits par divers procédés et rendus imperméables au moyen de résine dissoute dans l'éther.

Discussion sur la coxalgie.

M. Boinet. Il y a deux points sur lesquels je désire faire quelques remarques.

Le premier est l'abaissement de la hanche, le second l'hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale.

Pour ce qui est du premier, M. Bouvier ne peut admettre que l'abaissement de la hanche puisse se rencontrer dans d'autres affections que la coxalgie, et il craint que je n'aie pris de vraies coxalgies pour des sciatiques. De plus, il pense que cet abaissement de la hanche et l'allongement apparent du membre qui en est la conséquence ne persistent pas dans la position couchée, comme cela a lieu dans la coxalgie.

Si je n'avais observé qu'un seul cas, et si je l'avais observé seul, je pourrais croire à une erreur de ma part, devant l'assertion de notre savant collègue, mais j'ai été si souvent frappé des phénomènes que j'observais que j'ai cru devoir les signaler à l'attention des autres, et dans un Mémoire que j'ai publié dans la *Gazette médicale,* en 1835, et que j'ai intitulé : *Du mécanisme de l'abaissement de la hanche, dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs,* j'en ai rapporté plusieurs observations qui me paraissent très-concluantes. Ces observations ont été recueillies dans le service de Sanson à l'Hôtel-Dieu, contrôlées par Sanson lui-même, et vues par tous ceux qui suivaient sa clinique à cette époque, et dont l'attention était fixée sur ce point. Depuis, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs autres cas avec Marjolin père et M. Malgaigne, et tous ces cas, où il n'y avait point de coxalgie, offraient tous les signes de cette affection, au moins tous les principaux signes admis par M. Bouvier, tels que l'attitude spéciale du corps, la claudication, la déformation, la douleur, l'allongement apparent, et pour plusieurs la rigidité de l'articulation... et cependant il n'y avait point de coxalgie, — ainsi les sciatiques chroniques, les contusions, les rhumatismes de la hanche, qui déterminent une claudication prolongée, présentent ces 5 signes que je viens de rappeler; dans d'autres affections du membre inférieur, dans les abcès du grand trochanter, dans les ankyloses et les tumeurs blanches du genou, en un mot, dans toutes les affections qui sont cause d'une claudication prolongée et quotidienne, on rencontre encore tous ces signes, moins la rigidité de l'articulation, à laquelle on peut imprimer des mouvements soit de rotation, d'abduction ou d'adduction; mais il y a douleur, allongement apparent de la jambe, abaissement de la hanche, déviation du bassin, courbure latérale de la colonne vertébrale, en un mot, cette attitude spéciale du corps qu'on remarque dans la coxalgie, et tous ces signes persistent dans la position couchée, position dans laquelle tous les malades ont été examinés. Hier encore, j'ai examiné un individu atteint d'une ankylose du genou et qui boîte depuis dix ans, j'ai pu me convaincre qu'il offrait tous les signes de la coxalgie, moins la rigidité de l'articulation; il y a aplatissement de la fesse, du côté malade; le pli des fesses n'est plus au même niveau, et celui du côté malade est bien plus bas que celui du côté sain, ainsi qu'on le remarque dans la coxalgie.

Je ferai remarquer que presque toutes mes observations ont été prises sur des adultes, et, par conséquent, sur des individus chez lesquels on rencontre rarement la coxalgie... Je dirai ensuite, que ces individus étaient en général de bonne constitution, à muscles bien développés, qu'ils n'ont jamais suivi le traitement recommandé pour les coxalgiques, qu'ils n'ont pas été mis à un repos absolu et qu'ils ont guéri cependant, sous l'influence de traitements appropriés soit à la sciatique, soit aux contusions, etc., et aussitôt que l'élément douleur, qui était la principale cause de la claudication, disparaissait, les parties revenaient peu à peu, et presque spontanément, à leur état normal; d'ailleurs, c'est la douleur seule, mais la douleur prolongée, et faisant boiter longtemps, ou le raccourcissement permanent d'un membre, qui produit les phénomènes de l'attitude spéciale du corps, la déformation, l'abaissement de la hanche, l'allongement apparent du membre, la claudication, aussi bien dans la coxalgie que dans certaines autres affections du membre inférieur, comme la sciatique, la contusion de la hanche, les abcès du grand trochanter.

D'après les faits que j'ai observés, je me crois donc autorisé à dire que l'abaissement permanent du bassin, l'allongement apparent d'un membre, etc., peuvent, après une claudication prolongée, se rencontrer dans d'autres affections que la coxalgie, et qu'il est possible, dans certains cas, de commettre une erreur de diagnostic, que cette

erreur a été commise assez souvent; bien entendu, que je ne parle que de la coxalgie arrivée à une certaine période; car, lorsque cette maladie débute, c'est-à-dire lorsqu'il y a seulement douleur dans la hanche, et, par suite, claudication, on ne peut que soupçonner la coxalgie, surtout si le malade est scrofuleux, sans pouvoir affirmer qu'elle existe, puisque tous les signes qui la caractérisent n'existent pas encore.

Je passe au second point; il s'agit de l'hydarthrose de l'articulation coxo-femorale; M. Bouvier est peu disposé à admettre que la coxalgie puisse débuter par cette affection, et il n'en connaît pas d'exemples clairement démontrés.

Quelles sont les raisons qui empêchent d'admettre que l'articulation coxo-fémorale puisse devenir le siége d'une hydarthrose? Y a-t-il quelque chose dans sa forme, dans son organisation qui s'y oppose? Au contraire, tout porte à croire que l'hydarthrose peut aussi bien exister dans l'articulation de la hanche que dans les articulations de l'épaule et du genou, et, si on ne la signale pas plus souvent dans cette région, cela tient à différentes causes : d'abord à l'épaisseur des parties molles qui recouvrent cette articulation, ensuite à la forme qu'on observe et qui n'est pas globuleuse comme dans celle du genou, parce que dans les épanchements des articulations énarthrodiales la tumeur envoie des prolongements produits par la présence du liquide dans les expansions articulaires de la synoviale. Alors, si l'hydarthrose peut exister dans l'articulation coxo-fémorale, on ne voit pas pourquoi elle ne pourrait pas devenir dans certains cas une cause de coxalgie, comme elle est une cause de tumeur blanche dans les autres articulations, car après tout la coxalgie n'est pas autre chose qu'une tumeur blanche. Je ne voudrais pas dire avec J. L. Petit, qui n'en rapporte pas un seul exemple, avec M. Parisse, qui fait intervenir l'hydarthrose comme cause prochaine de la luxation de la cuisse, que cette espèce d'hydarthrose est fréquente, mais je dis qu'on ne doit pas la nier; il faudrait alors rejeter comme n'ayant aucune valeur les observations de M. Lesauvage (*Archiv. génér. de médecine*, 2e série, t. IX); de MM. Parisse (*Archiv. belges de médec. milit.*), et surtout celle de M. Joly, qui a vu un cas d'hydarthrose coxo-fémorale sur le cadavre. Je comprends qu'on n'admette pas les raisons de J. L. Petit et de M. Parisse pour expliquer la luxation du fémur dans la coxalgie, mais je pense qu'on ne peut pas ne pas admettre que la coxalgie puisse quelquefois débuter par une hydarthrose.

M. VERNEUIL. Les Américains pensent que l'extension et la contre-extension sont utiles pour diminuer la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre. Je viens d'observer chez un de mes malades quelque chose qui confirme cette opinion. Dans un cas de coxalgie ancienne compliquée d'abcès, il survint, après l'évacuation du pus, une arthrite aiguë accompagnée de douleurs rendues intolérables à cause de la contracture musculaire coexistante. Les narcotiques et les calmants de toute espèce restèrent sans résultat. Alors, après avoir obtenu l'anesthésie au moyen du chloroforme, je plaçai le malade dans un appareil de Bonnet, auquel je fis ajouter de quoi faire l'extension et la contre-extension. Immédiatement les douleurs, d'abord si vives, disparurent presque complétement.

A cela, les Américains ajoutent la ténotomie, ce qui ne me paraît pas toujours nécessaire.

M. LEFORT. J'ai vu tout dernièrement l'extension et la contre-extension produire les mêmes effets chez un jeune malade que j'ai en traitement. Je cessai momentanément l'extension et les douleurs reparurent; j'y ai eu recours de nouveau, et de nouveau les douleurs cessèrent.

M. DEPAUL. Je commencerai par réclamer l'indulgence de mes collègues, parce que le temps m'a manqué pour résumer aussi brièvement que je l'aurais désiré ce que j'ai à dire.

Jusqu'à présent plusieurs membres de la Société se sont occupé avec grand soin du diagnostic et du traitement de la coxalgie; nous les avons tous entendus avec le plus vif intérêt. Seulement, ils ont volontairement laissé de côté ce qui a trait à la déformation des os qui peut survenir comme conséquence plus ou moins éloignée de la coxalgie. C'est sur ce point que je désire fixer maintenant votre attention.

Sans avoir la prétention de faire ici un historique complet de cette partie de la question, je dirai seulement que la science possède aujourd'hui peu de travaux sur ce sujet. Les auteurs anciens pensaient généralement que les femmes boiteuses avaient le bassin plus ou moins vicié, et chacun sait que Pen refusa d'épouser une femme sur le seul motif qu'étant affectée de claudication, elle devait avoir une mauvaise conformation du bassin. Depuis cette époque, l'opinion de Pen était restée généralement admise, quand, en 1825 ou 1826, Dupuytren appela de nouveau l'attention sur ce point et résuma ses leçons à peu près de la manière suivante : les femmes qui ont des luxations congénitales ou consécutives à la coxalgie survenue dans le jeune âge peuvent avoir le bassin assez bien conformé pour permettre l'accouchement naturel au terme de la gestation.

Plus tard, en 1835, M. Sédillot a publié sur ce sujet un travail important, qui a été le point de départ de tout ce qui a été écrit depuis sur cette question.

Gerdy a publié dans le journal l'*Expérience*, à propos de deux mémoires de Pravaz sur la coxalgie, une appréciation qu'il résume en disant que l'opinion de Dupuytren et de M. Sédillot n'est pas aussi absolument exacte qu'on se plaisait à le dire.

Enfin, M. Velpeau s'est contenté de reproduire dans son traité d'accouchements les diverses opinions soutenues jusque-là. Les ouvrages les plus récents sur ce sujet sont ceux de Lenoir (*Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements*) et de M. Hubert (de Louvain) (*Mémoires de l'Académie de Belgique*).

Je ferai remarquer, tout d'abord, qu'il importe beaucoup, au point de vue de l'obstétrique, de distinguer les luxations congénitales des luxations accidentelles, et parmi ces dernières les luxations anciennes et les luxations récentes.

Les luxations congénitales sont extrêmement rares. Je n'en ai jamais rencontré chez les nombreux enfants nouveaux-nés qui ont passé sous mes yeux.

La cause de la luxation doit être prise aussi en grande considération. Quand elle est traumatique, elle amène beaucoup plus rarement la déformation du bassin qui met obstacle à l'accouchement, surtout si elle est double.

Quand, au contraire, la luxation a été précédée de coxalgie, il a existé un état inflammatoire de l'os coxal et à cause de cela il y a eu arrêt de développement et ramollissement du tissu osseux. On s'est donc mépris quand on a voulu considérer en bloc, et sans dictinction aucune, l'influence des luxations sur la conformation du bassin. Il faut, de toute nécessité, faire des distinctions.

Quand il y a simplement luxation. il faut étudier séparément les luxations d'un seul côté et celles qui portent sur les deux articulations coxo-fémorales. Dans les luxations doubles congénitales ou fort anciennes, sans accidents inflammatoires évidents, la conformation n'est pas, en général, modifiée de manière à rendre l'accouchement impossible, il est même quelquefois très-facile dans ces conditions. Mais le bassin n'en porte pas moins des altérations de forme très-manifestes qui le différencient très-notablement du bassin normal pour un œil exercé et attentif. Dans ces cas, la déformation porte tout à la fois sur le détroit supérieur, sur le grand bassin et surtout sur le détroit inférieur. Le grand bassin est un peu rétréci, les crêtes iliaques sont relevées, le sacrum est un peu excavé, quoique régulier sur la ligne médiane. Le détroit inférieur est remarquable par un écartement plus ou moins considérable des tubérosités de l'ischion, qui produit un élargissement proportionnel de l'arcade pubienne. Toutes ces altérations de forme reconnaissent évidemment pour cause l'action des muscles pelvi-trochantériens. Tous ces muscles, en effet, se trouvent plus ou moins tiraillés par le fait de la luxation, dans laquelle le bassin est comme suspendu entre les deux fémurs, au lieu de reposer directement sur eux.

En est-il de même quand il y a luxation d'un seul côté? Je répondrai d'abord que je ne sais pas s'il existe dans la science de véritable luxation congénitale d'un seul côté; et par congénitale j'entends celle qui existe au moment même de la naissance. Pour ma part, je n'en connais pas d'exemple bien authentique. Quoiqu'il en soit, ou la luxation d'un seul côté est congénitale ou du moins très-ancienne ou elle est acquise et récente. Dans cette dernière condition, le bassin ne subit pas de déformation bien évidente. Quand, au contraire, la luxation unique est très-ancienne, la configuration du bassin peut être assez notablement modifiée pour apporter un obstacle considérable à l'accouchement.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1865.

29. État du cœur et du sang dans les principaux genres de mort violente, par M. Maréchal.
30. Réflexions et observations sur la fièvre puerpérale, par M. Labéda.
31. Des helminthes vivant dans le tube digestif, par M. Pasquiou.
32. De l'endopéricardite rhumatismale d'emblée, par M. Ruffey.
33. De quelques observations d'anatomie pathologique pour servir à l'étude de l'angine de poitrine, par M. Loupias.
34. Emploi thérapeutique des plantes de la famille des labiées, par M. Baronille.
35. De la piqûre anatomique, par M. Chouvet.
36. Considérations sur le développement du tissu osseux et sur les lésions élémentaires des cartilages et des os, par M. Ranvier.
37. Quelques considérations sur l'érysipèle, par M. Blockberger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 6 mai 1865, M. le docteur Vizerie, médecin-major de 1re classe, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau central a été terminé par la nomination de MM. Siredey, M. Raynaud et Gombeaux.

— Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres distingués. M. le docteur Hauregard, reçu à Leyde en 1817 et autorisé à exercer en France en 1821, vient de mourir dans un âge assez avancé. M. Hauregard, praticien aussi éclairé que zélé, a rempli longtemps les fonctions de médecin du Bureau de bienfaisance de l'ancien XIIe arrondissement et faisait partie de la Commission locale de salubrité. Il emporte les regrets de ses nombreux clients et de tous ses confrères dont il avait su conquérir l'estime.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 58. — MARDI 16 MAI 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 16 MAI 1865. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 MAI 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance est ouverte par une lecture de M. Coste sur la production des sexes.

On se souvient que M. Thury, professeur à l'Académie de Genève, après vingt-neuf expériences exécutées suivant ses préceptes sur un troupeau de vaches, crut pouvoir déclarer que la loi générale de la procréation des sexes était découverte.

L'auteur de cette ingénieuse théorie suppose que tout œuf non fécondé passe, pendant la période de sa maturation, par deux phases successives mais continues, durant chacune desquelles il aurait un caractère sexuel différent.

Dans la première moitié de cette période (maturation commençante) il serait *œuf femelle;* dans la seconde (maturation plus avancée) il deviendrait *œuf mâle*. Cette transformation subite est désignée par M. Thury par le nom de *vire*.

Pour contraindre l'œuf d'abord femelle, puis mâle, à développer celui des deux sexes que l'on veut produire, il faudrait régler le moment de l'accouplement de manière que la fécondation vînt saisir le germe dans la phase de maturation correspondante à la constitution dans laquelle il s'agirait de le fixer. Tel est le principe.

M. Thury suppose encore que tout œuf non fécondé se détache spontanément de l'ovaire, au début du rut chez les mammifères, au début de la menstruation chez l'espèce humaine, et que pendant la durée de cette période d'explosion de la fonction génératrice il descend lentement le long de l'oviducte, arrive à la matrice, subissant dans ce trajet la constitution femelle d'abord, la constitution mâle ensuite.

M. Coste a voulu étudier cette théorie. Il a d'abord dirigé son expérimentation sur les mammifères multipares, et cela sans succès.

Il conclut à ce que la loi Thury ne serait pas applicable aux mammifères multipares. L'est-elle aux mammifères unipares? Ce sera, pour M. Coste, l'objet d'une nouvelle série de recherches; nous en donnerons le résultat à nos lecteurs.

On trouvera au compte-rendu un travail de M. Mac-Donnel sur la matière amylacée des tissus fœtaux et du foie.

Dr E. Le Sourd.

HOPITAL NECKER. — M. BOULAY.

Rhumatisme articulaire. — Endocardite. — Lésions athéromateuses de l'endocarde dans les cavités gauches, et de tout l'arbre artériel. — Hémorrhagie cérébrale. — Mort. — Autopsie.

Le 13 février 1865 est entrée, dans le service de M. Boulay, à l'hôpital Necker, la nommée M... (Marie), âgée de vingt ans, polisseuse, couchée au n° 14 de la salle Sainte-Eulalie.

Cette femme est transportée dans un état de perte de connaissance complète, et voici les renseignements qui ont été fournis par les personnes qui la connaissaient et qui l'ont amenée :

Il y a trois mois, elle fut prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu et se fit soigner chez elle. On n'a pu dire si c'était la première. Quant aux renseignements héréditaires, ils font complétement défaut. Depuis le début de cette attaque, cette femme a été presque continuellement obligée de garder la chambre. Elle n'est jamais entrée à l'hôpital, et on n'a pu savoir quel traitement elle a pu suivre.

L'état dans lequel nous la voyons a débuté le 12 février au soir. La perte de connaissance est complète; la malade n'a aucune conscience de son état et ne fait entendre aucune parole. La tête est inclinée à droite et garde continuellement cette position. Le côté droit tout entier est infiniment moins mobile que le côté gauche, sans qu'il y ait toutefois une paralysie, une résolution complète de ce côté. On peut encore provoquer quelques mouvements de ce côté, surtout à la jambe. La sensibilité, très-obtuse du côté droit, est conservée du côté gauche.

A la face, bouche déviée; trismus très-considérable. Il est impossible d'écarter les deux mâchoires. Les yeux sont convulsés par moments; il y a un strabisme interne à droite et externe à gauche. La paupière droite ne se ferme pas complétement. Le facies est rouge sans être vultueux.

De temps en temps, il y a du hoquet avec rejet par la bouche d'une salive écumeuse et rougeâtre.

A l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle très-intense dont le maximum est à la pointe. Le pouls est fréquent, 150 pulsations.

L'auscultation du poumon fait entendre des ronchus dans toute la poitrine, mais pas de souffle appréciable.

Pas d'œdème des jambes, du ventre ni de la face. Un peu de carphologie. Incontinence des matières fécales et des urines. Ces dernières, retirées à dessein de la vessie, sont rougeâtres, troublées; il n'y a pas la moindre trace d'albumine. L'urine, au contraire, devient plus claire quand on la traite par l'acide.

Devant les antécédents, le bruit de souffle si manifeste que nous entendions, l'absence d'albumine dans l'urine, il n'y avait pas le moindre doute à avoir sur la nature de la maladie. Cet ensemble de symptômes constituait bien une variété du rhumatisme cérébral. Mais où était la lésion? Était-ce dans les méninges? mais nous avions une hémiplégie; nous devions alors penser à une propagation à l'encéphale du travail phlegmasique. Une autre hypothèse se présentait à notre esprit. Ne pouvait-il y avoir là une embolie cérébrale? Cette supposition était peut-être plus naturelle et expliquait mieux les symptômes si nets d'hémiplégie que nous avions sous les yeux.

Quant à l'hémorrhagie cérébrale, ni l'âge de la malade, ni l'aspect général des téguments, ni l'état du pouls, qui était fréquent sans être petit, ne nous permettaient d'en faire le diagnostic, qui, dans ce cas tout au moins, aurait pu être une hardiesse un peu imprudente.

En définitive, nous avons admis M. Boulay et moi l'une des deux premières hypothèses, tout en penchant plutôt du côté de la seconde.

Traitement. — Application de 15 sangsues aux apophyses mastoïdes. Sinapismes aux extrémités. Toniques à l'intérieur s'il était possible de les administrer.

Le 13 février au soir, aucun changement dans l'état de la malade.

Le 14 au matin, paralysie plus accusée que la veille du côté droit. Même état du pouls comme fréquence, mais plus petit et plus dépressible. La malade est de plus en plus insensible aux impressions extérieures. Il y a de la contracture par moments dans les membres. Les urines et les matières fécales sortent spontanément comme la veille. La respiration a des intermittences remarquables de calme et de stertor.

Traitement. — Lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale. On rase la tête, sur laquelle on applique un grand vésicatoire volant.

La malade s'affaiblit de plus en plus dans la journée, et succombe dans la nuit du 14 au 15 février; le vésicatoire n'a pas amené la plus petite phlyctène.

Autopsie. — Les parois du crâne ne présentent rien de remarquable, ainsi que la dure-mère. La pie-mère est un peu injectée, mais il n'y a pas la moindre exsudation. A la coupe du cerveau, qui est légèrement briqueté, on trouve à gauche un vaste foyer hémorrhagique, avec caillots dans son intérieur et détritus cérébraux. Les parois sont inégales et déchiquetées. En un mot, ce foyer ne présente rien de plus remarquable que dans un foyer hémorrhagique chez un sujet quelconque. Il y a destruction d'une partie du corps strié, de la face profonde des circonvolutions pariétales et frontales; en somme, le foyer est très-considérable et unique. Les artères que l'on voit à la base, mêmes celles que l'on peut suivre dans l'intérieur du cerveau, sont dures, béantes, présentent sur leur trajet une foule de petits athéromes durs et jaunâtres; la moindre traction sur une grande partie de ces athéromes les fait tomber dans la cavité du vaisseau. Ils contiennent dans leur intérieur des caillots légèrement adhérents et qui ne paraissent pas de date très-ancienne.

L'examen le plus minutieux de tous ces vaisseaux ne révèle la présence du moindre embolus.

Si on veut les suivre jusqu'au foyer, on s'aperçoit qu'une distance d'un demi-centimètre environ sépare les plus profonds du siége de l'hémorrhagie.

L'examen des vaisseaux de la substance corticale a été fait par mon collègue et ami M. Hayem, qu'un séjour d'une année à Bicêtre a rendu très-compétent en semblable matière. M. Hayem m'a montré, ce qui était très-évident, des corps granuleux de Gluge le long des parois des capillaires. Ces corpuscules pouvaient se désagréger, comme nous avons pu le voir sur sa préparation. Pour compléter la démonstration et montrer leur nature, nous les avons dissous aisément au moyen de l'éther. Cet état est tout à fait analogue à celui que l'on rencontre journellement à Bicêtre dans les autopsies de cerveaux de vieillards.

Le péricarde est légèrement distendu par un peu de liquide. Le cœur est hypertrophié; ses parois sont dures, mais pas trop épaisses; quand on presse sur elles, elles reviennent comme si elles étaient mues par l'action d'un ressort.

Les cavités droites ne présentent pas de lésions. C'est dans le ventricule gauche que siégent les lésions les plus curieuses. Aux environs des valvules et de leurs muscles et tendons, aspect jaunâtre de l'en-

FEUILLETON.

La Société de secours des amis des sciences a tenu le jeudi 4 mai sa huitième séance publique annuelle, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres, à la Sorbonne, sous la présidence du maréchal Vaillant, membre de l'Institut.

Le maréchal a ouvert la séance en remerciant l'auditoire de son empressement à se rendre à l'appel du conseil de la Société et du précieux encouragement qu'il donne ainsi à son administration.

M. Félix Boudet, secrétaire de la Société, a ensuite rendu compte de la gestion du conseil d'administration pendant l'année 1864.

M. Troost, professeur de chimie au lycée Bonaparte, a pris la parole après M. Boudet, et dans une leçon qui a vivement intéressé l'auditoire, il a exposé les propriétés les plus remarquables du magnésium, qui depuis quelque temps a pris une place importante dans l'industrie.

L'honneur de la découverte du magnésium appartient tout entier au directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris, M. Bussy, membre de l'Institut; l'assemblée, par ses applaudissements, a rendu un juste hommage à cette mémorable conquête de la science et à la création toute récente de la métallurgie du magnésium, qui est due aux beaux travaux de M. Henri Sainte-Claire Deville et du capitaine Caron.

M. Blanchard, membre de l'Institut, a terminé la séance par un remarquable éloge d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, ancien membre du conseil d'administration de la Société des amis des sciences et l'un de ses plus dévoués bienfaiteurs.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici intégralement le compte-rendu de la gestion du conseil d'administration, dans lequel M. Boudet a rendu un si légitime hommage à la mémoire des savants dont les noms ont été inscrits pendant le dernier exercice sur la liste des pensionnaires de la Société : Gratiolet, Seringe (de Lyon), Dunesme, Ch. Tissier, etc.

Obligés de nous restreindre, nous nous bornerons à en extraire les lignes suivantes, où l'on trouvera l'exposé de la situation financière de la Société, et un appel au zèle des souscripteurs, auquel nous ne saurions mieux nous associer qu'en en reproduisant les termes mêmes :

« Le capital de la Société, qui n'avait acquis que 18,364 fr. en 1863, s'est accru en 1864 de 26,411 fr. 75; il a ainsi atteint le chiffre de 268,774 fr. 65; le produit total des recettes s'est élevé cette même année à 59,213 fr. 90, représentés par 47,646 fr. de dons et souscriptions, et par 11,567 fr. 90 de revenu, et enfin la Société a distribué en secours 25,665 fr. au lieu de 21,046 fr. 70 qui avaient été employés à cette destination en 1863.

« Nous avons lieu de nous applaudir, sans doute, de ces heureux résultats, dit M. le secrétaire en terminant son compte-rendu; mais aussi, Messieurs, que de charges viennent de s'ajouter à nos charges anciennes! Nous sommes à peine parvenus au tiers de l'année, et déjà près de 4,000 fr. accordés en nouveaux secours ont presque épuisé nos ressources disponibles pour 1865.

« Si, toujours prêt à faire le plus noble usage de sa grande fortune, M. Sieber a offert à la Société un nouveau don de 3,000, si nos dévoués correspondants des départements ont fait une active et fructueuse propagande, ce n'est pas, il faut bien le reconnaître, en gagnant seulement chaque année quelques centaines de souscripteurs, que nous pouvons sortir de cette situation précaire, c'est par milliers qu'il faudrait en augmenter le nombre, c'est par le concours unanime de tous les hommes qui cultivent les sciences ou qui en exploitent les découvertes, ou qui en recueillent particulièrement les bienfaits, que nous pourrions arriver à une situation digne de notre but, digne de notre fondateur.

« Ah! si chacun de nous voulait regarder autour de lui, signaler à ses amis notre existence et nos besoins, parler de la noble mission que nous avons à remplir et du bien que nous avons fait, montrer la liste des veuves et des orphelins que nous avons adoptés, des savants que nous avons encouragés, rappeler les mémorables travaux des Gerhardt, des Laurent, des Dujardin, des Gratiolet, assurément le nombre de nos souscripteurs serait bientôt doublé, et la France pourrait s'enorgueillir d'avoir dignement répondu à l'appel de Thénard.

« Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi? Il appartient aux amis des sciences de montrer tout ce qu'on peut obtenir de la puissance de l'association inspirée par la reconnaissance des plus éminents services et la sympathie pour les plus nobles infortunes. »

Éléments d'anatomie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques, par le docteur THOMAS (de Tours), ex-professeur d'anatomie à l'école de médecine de Tours, chirurgien de l'hôpital de Tours, avec un atlas de 10 planches (1).

L'étude de l'ostéologie est une des parties les plus importantes de l'anatomie descriptive. On y apprend ce qu'on peut appeler la mé-

(1) Paris, 1865, chez A. Delahaye, éditeur.

docarde, comme s'il y avait de grandes taches; au toucher, ces taches sont dures, presque ossifiées. Les tendons sont durs en partie, leur coloration est devenue jaunâtre.

C'est aux environs de la valvule mitrale et à cette valvule que ces lésions sont le plus considérables. La valvule mitrale est comme déchiquetée, bordée d'une foule de ces petites végétations qui ont été si bien décrites par Corvisart; la valvule elle-même est parsemée de taches jaunâtres. Ces altérations présentent les mêmes caractères aux petites poches de l'ouverture aortique, qui sont bordées d'une manière complète par ces petites végétations, qui sont très-serrées l'une contre l'autre.

L'orifice pulmonaire est sain. Les orifices veineux des oreillettes ne présentent rien à considérer.

L'aorte offre le long de ses parois de nombreuses taches athéromateuses qui se poursuivent sur toutes les artères du corps.

Les poumons sont engorgés, surtout à leur base.

Dans tous les autres organes, rien ne mérite d'être noté.

Les articulations, quelques-unes du moins, ont été ouvertes; elles ne présentent aucune lésion.

L'observation que je viens d'avoir l'honneur de lire à la Société (1) me paraît intéressante à plus d'un titre. Elle est d'abord infiniment rare, et les recherches auxquelles je me suis livré dans les traités de pathologie interne et dans les articles des dictionnaires et compendium m'ont fait voir que les auteurs avaient admis la possibilité d'une hémorrhagie cérébrale à la suite du rhumatisme, mais d'une façon très-évasive. Dans l'article Rhumatisme du *Dictionnaire en 30 volumes*, M. Ferrus rapporte, sans la citer, une observation qui aurait paru dans les *Archives générales de médecine*.

Certainement le mode de pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale n'a rien de plus curieux dans ce cas que dans la plupart des hémorrhagies de ce viscère, mais les conditions dans lesquelles elle s'est faite rendent cette observation très-curieuse. En effet, il n'est pas fréquent de voir, surtout à l'âge de notre malade, tout le système artériel malade en totalité à la suite du rhumatisme.

Rien de plus commun assurément chez les jeunes sujets que l'endocardite, mais je ne connais pas d'exemple où la lésion se serait étendue dans toutes les artères pour aboutir finalement à l'accident qui aurait amené la mort de cette femme.

Quant à la marche, elle a présenté aussi un aspect singulier. Généralement le rhumatisme cérébral n'apparaît pas à une époque aussi éloignée des accidents aigus du début, et si cette anomalie était rencontrée par d'autres observateurs, elle pourrait éclairer le diagnostic de la lésion, qui me paraît expliquer surabondamment l'explosion tardive des accidents cérébraux.

On comprendra aisément les embarras que nous avons eus devant de pareils symptômes à poser un diagnostic exact, et j'ai fait voir dans le courant de l'observation les motifs qui nous avaient empêché d'admettre la lésion que j'ai décrite.

Depuis longtemps l'on sait que les hémorrhagies cérébrales sont souvent consécutives aux affections cardiaques; mais cet exemple à l'appui, je pense que ces hémorrhagies ne peuvent avoir lieu qu'à condition de rencontrer les lésions artérielles décrites dans cette observation.

A. Gouguenheim.

(1) Société médicale d'observation, séance du 24 mars.

OBSERVATION D'ACNÉ SEBACEA SYPHILITIQUE,

Par M. le Dr Chausit, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Le principal intérêt de l'observation suivante résulte de la forme qu'a revêtue l'éruption, forme rare, puisqu'elle a présenté tous les caractères d'une acné sebacea. C'est le premier et l'unique fait de ce genre qu'il nous a été donné d'observer; c'est peut-être aussi le seul qui soit consigné dans les annales de la science.

En voyant la syphilis prendre pour sa manifestation à la peau une lésion de l'appareil de la glande sébacée, on aurait pu supposer, d'après la connaissance que nous possédons de ses effets locaux les plus constants sur les tissus envahis, qu'elle aurait procédé là aussi par voie d'inflammation suppurative ou d'ulcération. En effet, dans l'état actuel de la science, les altérations vénériennes ayant pour siége les follicules cutanés, signalées et décrites par tous les auteurs, se rattachent à des inflammations pustuleuses qui correspondent, dans l'ordre des lésions simples du même appareil, aux variétés d'acné simplex ou d'acné indurata.

Le fait sur lequel nous avons l'honneur d'appeler aujourd'hui l'attention de la Société (1) nous montre, au contraire, la syphilide empruntant la forme d'une acné sebacea, c'est-à-dire d'une lésion fonctionnelle, d'une altération de sécrétion.

Établir ce fait, c'est élargir le cadre de l'anatomie pathologique de la syphilis; car, si les travaux publiés depuis quelques années sur cette matière ont eu pour résultat de démontrer que le virus vénérien peut étendre son influence morbide sur la plupart des organes profonds de l'économie, il est vrai de dire que cette influence se traduit toujours par les altérations bien définies de l'inflammation ou de ses conséquences, la suppuration, l'ulcération, l'hypertrophie par des dépôts fibro-plastiques. Mais il ne nous semblait pas encore établi qu'en frappant un appareil glandulaire, dont les conditions anatomo-physiologiques sont bien connues, la syphilis put y produire, non pas l'inflammation pustuleuse ou ulcérative, ce qui arrive le plus souvent, mais seulement une hypersécrétion de la matière normalement sécrétée.

A ce point de vue, il nous a semblé que cette observation méritait d'être signalée, car elle consacre l'importance du siége anatomique dans l'étude des maladies de la peau.

Au point de vue pratique, elle sanctionne, en lui donnant plus d'extension et de vérité, cette loi générale, confirmée par l'expérience clinique, que les syphilides peuvent se présenter sous les mêmes formes que les éruptions simples.

Voici cette observation :

Le 3 novembre 1856, la nommée P... Marie, âgée de cinquante-six ans, marchande des quatre saisons, s'est présentée aux consultations de mon dispensaire des maladies de la peau en demandant mes conseils pour le traitement d'une affection occupant diverses régions du visage, depuis sept ans déjà.

Cette femme, à complexion robuste, dont la santé est excellente sous tous les rapports, et qui n'a jamais eu d'autre maladie de la peau, nous donne les renseignements suivants sur le début et la marche de son éruption. En juin 1849, à la suite d'une très-grande et subite frayeur, les règles qui existaient en ce moment se supprimèrent tout à coup; elles n'ont pas reparu depuis. Le lendemain, l'éruption commença à se développer, et envahit en peu de jours l'étendue qu'elle occupe aujourd'hui.

Ce début fut accompagné d'une céphalalgie assez intense qui se dissipa bientôt pour ne plus revenir. Pas de chaleur ni de picotements au niveau des surfaces malades. Elle ne fit d'abord aucun traitement; mais, au bout de six mois environ, elle eut l'idée de faire assez régulièrement, tous les dix ou quinze jours, et cela pendant plus d'un an, des frictions avec un peu de farine de moutarde délayée dans le vinaigre. Ces applications, toujours suivies d'une irritation assez intense, n'eurent d'autres résultats que de provoquer peut-être une extension plus grande de l'éruption. Depuis cette époque, elle n'avait rien fait, et se résignait à garder son mal, disait-elle.

Aujourd'hui, 3 novembre, l'éruption occupe les joues, le nez, les sourcils et un peu le cuir chevelu au-dessus de la partie moyenne du front; elle est constituée par des plaques rouges circulaires ou semi-circulaires, boursouflées comme des engelures ou des plaques d'urticaire; cette rougeur est manifestement cuivrée. Les plaques sont incomplétement recouvertes par de petites écailles d'un gris sombre, très-adhérentes à la surface de la peau sur laquelle elles sont étalées à plat et non disposées par masses anguleuses et grenues comme les croûtes qui succèdent aux éruptions vésiculeuses ou pustuleuses.

Lorsqu'on cherche à détacher ces lamelles avec l'extrémité de l'ongle, opération qu'on n'exécute qu'avec difficulté, mais sans provoquer toutefois aucune douleur, on trouve la peau sous-jacente d'une teinte cuivrée, sans trace d'ulcération, ni de suintement; on voit alors l'orifice dilaté des follicules sébacés, assez visiblement aux pommettes et surtout sur le nez dont le volume, notablement augmenté, donne à cet organe, à part la coloration spéciale de la peau, l'aspect de l'acné rosacea. Sur les ailes du nez qui participent aussi à l'hypertrophie générale du tégument et où la teinte cuivrée est très-manifeste, il n'existe aucune concrétion lamelleuse, mais les orifices folliculaires sont extrêmement dilatés et ponctués par une matière d'un gris brunâtre; on dirait des grains de sable obstruant l'extrémité des glandes sébifères.

Dans les sourcils et au cuir chevelu, les lamelles sont un peu plus épaisses qu'à la face; elles reflètent une teinte noirâtre et rappellent assez bien la disposition et l'aspect de la couche sébacée qui s'accumule si fréquemment dans le cuir chevelu des enfants en bas-âge. Si l'on détache ces croûtes, on ne peut découvrir, malgré l'examen le plus attentif, plusieurs fois répété d'ailleurs, aucune trace de suintement indiquant une inflammation vésiculeuse ou pustuleuse. La coloration de la peau est d'un rouge cuivreux des plus accentués, et, autour des poils, l'orifice folliculaire paraît très-élargi.

Ces caractères ne permettent pas de mettre en doute la nature syphilitique de cette éruption, qui présente la physionomie d'une acné sebacea. Autour des surfaces malades, la peau offre une teinte grisâtre, terne, comme flétrie et qui donne plus de relief à la coloration cuivrée de l'affection elle-même.

Cette femme dit avoir été contaminée par son mari, il y a dix ans au moins. A cette époque, elle aurait eu un écoulement très-douloureux et très-abondant pour lequel elle subit en même temps que son mari un traitement qui dura trois mois. Plus tard elle éprouva des maux de gorge, mais elle affirme n'avoir jamais eu à la peau d'autre éruption que celle que nous voyons aujourd'hui. Elle n'a jamais eu non plus de rougeurs ni de boutons au visage.

Prescription : matin et soir prendre une pilule de proto-iodure de mercure de deux centigrammes et demi chacune.

Sous l'influence de ce traitement exclusivement interne, on voit se produire au bout de quelques jours une amélioration notable; c'est d'abord l'intumescence des plaques qui diminue, puis la teinte cuivrée devient moins foncée, et les écailles commencent à se détacher.

15 décembre. L'hypertrophie du nez a disparu, et cet organe a repris son volume normal; la teinte cuivrée de la peau est remplacée par une couleur grisâtre presque naturelle; on n'y voit ni écailles ni orifices dilatés; sur les ailes du nez seulement on trouve encore quelques concrétions grisâtres à l'orifice des follicules.

Les plaques des joues et du cuir chevelu présentent encore des lamelles peu épaisses, la tuméfaction et la coloration de la peau ont beaucoup diminué.

10 janvier 1857. Les lamelles ont complétement disparu sur toutes les surfaces malades. Partout la peau est lisse, souple, sans apparence cicatricielle; mais, sur les joues, elle présente encore avec la teinte spéciale un peu de tuméfaction. Les sourcils et le cuir chevelu sont nettoyés; on ne peut reconnaître sur ces points aucune trace de l'éruption. Sur les ailes du nez, quelques rares follicules présentent encore à leur orifice une légère concrétion grisâtre.

A la fin de février, la guérison était complète et définitive; la peau du visage ne présentait nul vestige de rougeur ni de boutons.

Cette observation nous offre bien un exemple d'acné sebacea parfaitement caractérisée dans sa forme par ses croûtes lamelleuses, grisâtres, plus ou moins adhérentes, et résultant, non de la dessiccation d'une éruption pustuleuse préalable, mais de l'exsudation de la matière sébacée elle-même, à l'orifice des follicules dilatés et béants.

Ce premier point établi, il nous reste à examiner la question de la nature de l'affection elle-même. Étions-nous en présence d'une acné sebacea simple ou d'une acné sebacea syphilitique?

En matière de syphilides, toute question de diagnostic a une importance capitale; car, si parfois il peut n'y avoir qu'inconvénient, sans conséquences fâcheuses, à faire subir à un malade un traitement spécial pour une éruption simple, il y a un danger plus réel à méconnaître la nature syphilitique d'une affection qui, sous certaines formes et dans certaines conditions, produit souvent des destructions aussi rapides qu'étendues.

Dans l'espèce, la nature vénérienne de l'éruption n'est pas moins bien nettement accusée que sa forme. Nous emprunterons les éléments de ce diagnotic à deux caractères principaux de l'affection elle-même, l'un négatif, pourrais-je dire, et l'autre positif; enfin à l'influence favorable du traitement.

(1) Société de médecine de Paris.

---

thode anatomique. Le langage qui formule la description des os est d'une grande utilité pour l'étude progressive des différents systèmes organiques, et cela est si vrai que les élèves entre eux mesurent leurs forces à la connaissance plus ou moins précise de l'ostéologie.

De tout temps l'ostéologie a été la partie la plus complète et la mieux définie dans les anatomies descriptives, et il semble qu'il n'y a plus rien à faire sur un terrain tant de fois remué depuis Aristote le naturaliste. Au commencement de ce siècle et à plusieurs reprises depuis, au moment où l'anatomie générale et comparée fournissait de si beaux sujets aux études de Bichat, Cuvier et de Blainville, on a cherché à grouper les différentes portions du squelette dans des études d'ensemble. Plus ou moins ingénieuses, ces vues générales ont eu plus ou moins de retentissement, puis sont tombées un peu dans l'oubli et sont reparues avec la thèse de Bertherand (de Montpellier), puis Lavocat (de Toulouse).

M. Thomas (de Tours) vient de faire paraître des éléments d'ostéologie où l'on trouve, indépendamment de bonnes descriptions, de nouvelles vues d'ensemble sur les os du tronc en particulier.

Voici ce que le livre présente de remarquable :

Au point de vue de la méthode, les os sont d'abord décrits avec leur forme, leur situation, leurs rapports. Immédiatement après sont décrits les os des animaux domestiques, et l'on trouve ce que ces os ont de commun avec ceux de l'espèce humaine. L'ostéogénie ou développement des os, étudié chez l'homme et les animaux, offre les mêmes points de comparaison.

Le livre de M. Thomas renferme une distinction du crâne en vertèbres, par analogie avec les vertèbres dont le but est de contenir la moelle et de fournir en avant des arcs destinés à contenir les viscères. L'auteur, pour cette raison, dans sa division du squelette croit devoir ranger la tête dans le système du tronc.

Depuis Vicq d'Azir, et malgré l'opinion de Cuvier, on considérait le crâne comme formé par quatre vertèbres : trois crâniennes et une faciale. M. Cruveilhier, reprenant ces idées, avait admis seulement trois vertèbres : une occipitale, une sphéno-temporo-pariétale, une sphéno-ethmoïdo-frontale. M. Thomas (de Tours), différent sur plusieurs points de M. Lavocat (de Toulouse), qui propose de diviser les vertèbres crâniennes en quatre vertèbres, une pour chaque sens, admet cinq vertèbres crâniennes : une occipitale, une sphénoïdale postérieure, une sphénoïdale antérieure et une ethmoïdale. Puis, considérant les temporaux comme deux moitiés de vertèbre non réunies sur la ligne médiane, il en fait une cinquième vertèbre.

Au lieu d'envisager les os de la face comme des vertèbres ayant tout à fait perdu la ligne de formation qu'on retrouve dans les vertèbres du crâne, il décrit les os de la face comme des segments d'arc, ayant quelque analogie avec les arcs costaux et destinés à circonscrire les cavités buccales et nasales.

L'auteur s'appuie sur les divisions qui existent sur le sphénoïde chez plusieurs animaux, sur le développement des os, le nombre des épiphyses qui est sensiblement analogue dans les os du crâne et les vertèbres, et ce qu'il croit être le point principal pour déterminer la vertèbre crânienne, c'est la partie fondamentale, c'est-à-dire le corps de la vertèbre. Le lecteur verra que l'apophyse basilaire, le corps du sphénoïde et l'ethmoïde peuvent être raisonnablement considérés comme des corps de vertèbre.

Outre ces points intéressants, le lecteur trouvera de bonnes descriptions de l'appareil hyoïdien, la discussion de l'homologie des membres supérieurs et inférieurs, tels que l'a décrite Vicq d'Azir.

Le livre de M. Thomas (de Tours) est très-intéressant, il attache; on sent que l'auteur est convaincu et qu'il aime son sujet, et c'est une qualité de plus ajoutée à la netteté des descriptions, dont l'étude est facilitée par un atlas de bonnes planches lithographiées.

Au point de vue des élèves, cet ouvrage est utile pour compléter les études faites aux cours ou avec un manuel, et l'os en main. La lecture du livre de M. Thomas (de Tours) leur gravera dans la mémoire l'ostéologie d'une manière durable.

Dr Armand Després.

Philosophie de la médecine, par M. le docteur T. C. E. Édouard Auber, chevalier de la Légion d'honneur. Un vol. in-18 de 185 pages, faisant partie de la bibliothèque de philosophie contemporaine. Prix : 2 fr. 50.

De l'exercice de la médecine, nécessité de reviser les lois qui le régissent en France. Lettres adressées à M. Jules Simon, par M. le docteur Delvaille (de Bayonne), précédées d'une lettre de M. Jules Simon. Un vol. in-8° de 144 pages. Prix : 2 fr.

De la liberté de l'enseignement médical, par M. le docteur Dupré, professeur d'anatomie et de chirurgie à l'École pratique. Une brochure in-8° de 32 pages. Prix : 75 c. Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie de Germer Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Examen critique du Mémoire de M. le docteur Libermann touchant la non-identité du choléra asiatique avec les fièvres cholériformes de Cochinchine, par M. le docteur Bourgogne père, de Condé (Nord). Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. Bruxelles, 1865, H. Manceaux, libraire. Paris, Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 32.

Le caractère négatif consiste dans l'absence de cet état gras et onctueux de la peau que l'on retrouve toujours dans l'acné sebacea simple, non-seulement au-dessous des lamelles croûteuses et à l'orifice des follicules, mais encore autour des surfaces malades. Cet aspect faisait complétement défaut chez notre malade.

Le second caractère présenté par l'éruption, caractère positif et toujours pathognomonique, est la coloration cuivrée de la peau. Les syphilides ne présentent pas toujours, il est vrai, cette teinte d'un rouge cuivreux, signalée par Swédiaur, et que Fallope comparait à la couleur chair de jambon; ce sont des nuances variant depuis le rouge sombre jusqu'au gris cendré; et cette circonstance, ignorée ou méconnue, avait servi de prétexte à une certaine école pour nier la spécificité même de la syphilis.

Mais en admettant ces exceptions réelles et assez nombreuses d'ailleurs, il n'en reste pas moins démontré aussi par l'observation clinique que la coloration cuivrée, quand elle existe, a une valeur absolue pour le diagnostic; c'est un symptôme pathognomonique révélant infailliblement la nature spécifique de l'éruption qu'elle accompagne, puisqu'on ne la rencontre jamais dans les éruptions simples.

Chez notre malade, cette coloration cuivrée de la peau était parfaitement accusée sur tous les points du visage où siégeait l'acné sebacea.

Quant aux caractères tirés de l'aspect gris-brunâtre des lamelles, de leur adhérence, ils n'avaient pas assez de valeur positive pour que nous ayons pu en tenir compte. C'est seulement dans les syphilides pustuleuses ou ulcéreuses que les croûtes offrent ces caractères tranchés qui permettent de les séparer nettement des formes simples. Et de tels faits ne sont pas rares dans l'histoire des syphilides, on peut citer des exemples analogues où l'examen comparatif des produits secondaires de l'inflammation ne fournit au médecin aucune ressource certaine pour le diagnostic. Ainsi, dans les cas de roséole, d'herpès circiné, de psoriasis, par exemple, ce n'est, à la rigueur, ni par la disposition de l'éruption, ni par l'aspect de la desquamation que se révèle le cachet de ces syphilides. La teinte spéciale constitue le principal et l'unique moyen de diagnostic, mais ce caractère ne manque jamais.

Maintenant, irons-nous chercher une nouvelle preuve de la nature spéciale de cette acné sebacea dans les commémoratifs fournis par la malade? En principe, la connaissance des antécédents n'a qu'une valeur secondaire; mais elle devient un utile moyen de contrôle, une garantie de plus de la spécificité de l'éruption, lorsqu'on s'est habitué de bonne heure à reconnaître les syphilides par leurs caractères spéciaux.

Autrement, en attachant trop d'importance à la recherche des antécédents, le médecin court grand risque de s'égarer, s'il est contraint de subordonner son diagnostic à l'aveu des malades, lorsqu'il se trouve en présence d'une affection dont la nature paraît douteuse ou se révèle sous une forme exceptionnelle. Il lui est facile alors de se laisser entraîner, de partager, par exemple, l'idée fixe de ces malheureux syphiliomanes qui rapportent toujours à une ancienne maladie vénérienne, bien guérie pourtant, l'origine de toutes les souffrances, de toutes les éruptions simples qui peuvent ultérieurement leur survenir.

D'un autre côté, il n'est pas rare de voir l'éruption simple se développer et conserver ses caractères propres chez un malade atteint déjà d'une syphilide pour laquelle il a ou n'a pas subi de traitement. J'en ai recueilli quelques exemples et je me borne ici à signaler le fait de cette coïncidence qui peut devenir une nouvelle source d'erreur, en exposant le médecin à méconnaître le cachet spécial de l'éruption primitive. Mais que de perplexités et d'incertitudes lorsque les malades opposent une dénégation absolue, soit par convenance ou fausse honte, soit par ignorance, comme cela arrive souvent chez les femmes.

Dans tous les cas, ces faits me semblent mériter la sérieuse attention des praticiens et justifier cette digression incidente sur le degré d'importance qu'il convient d'attribuer aux aveux des malades dans le diagnostic des syphilides.

Enfin, la nature syphilitique de cette acné sebacea a été encore établie par l'influence du traitement. C'est par l'usage seul du proto-iodure de mercure à l'intérieur que nous avons pu, dans l'espace de trois mois et demi, temps relativement assez court, obtenir la guérison complète d'une affection qui durait depuis sept ans. Ce résultat thérapeutique, en confirmant le diagnostic, a confirmé aussi la vérité de cet aphorisme du père de la médecine : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

DE L'HYSTÉROCAUTOMIE (1),

nouvelle méthode chirurgicale pour la guérison des déviations utérines,

Par M. le docteur A. Grenet, médecin de l'hôpital de Barbezieux.

Résumé des observations (2).

Obs. I. — *Rétroflexion du col, catarrhe utérin, érosions.* — Femme chloro-anémique, vingt-six ans; pas d'enfants; pas de fausses couches; menstruation irrégulière; traitée pendant deux ans dans une grande ville pour des douleurs utérines; opération le 28 janvier 1858; plaie guérie et col en direction normale au bout d'un mois; — succès.

Obs. II. — *Rétroversion, catarrhe utérin.* — Femme pléthorique, trente ans; trois fausses couches; la dernière six mois avant l'opération; opérée le 6 avril 1858; a eu un enfant depuis; — succès.

Obs. III. — *Antéversion, métrite parenchymateuse.* — Femme très-forte; menstruation régulière; accouchée au forceps en 1856; cicatrice profonde de la lèvre postérieure du col; opérée le 15 septembre 1858; l'utérus est redressé le trente-cinquième jour après l'opération, mais le col reste incliné en arrière, maintenu par la bride qu'on sent au fond du court sillon cicatriciel qui l'unit à la membrane recto-vaginale; heureusement accouchée à terme l'année suivante; — résultat incomplet.

Obs. IV. — *Rétroflexion et hypertrophie du col.* — Femme robuste, trente-quatre ans; cinq enfants; le dernier trois ans avant l'opération; opérée le 5 février 1859; l'hypertrophie du col a diminué sensiblement sous l'influence des douches froides; — succès.

Obs. V. — *Antéversion, ulcérations du col.* — Femme lymphatique, vingt-sept ans; menstruation régulière; deux enfants; une fausse couche trois mois avant l'opération; opérée le 28 mars 1859; est accouchée heureusement deux fois depuis; — succès.

Obs. VI. — *Antéversion, utéro-vaginite.* — Femme d'un tempérament sanguin, vingt-six ans; a eu deux enfants; après l'accouchement du dernier, il y a quatre ans, a eu une fièvre puerpérale; régulièrement menstruée; opérée le 17 avril 1859; l'écoulement vagino-utérin a presque entièrement disparu deux mois après l'opération; le col semblait alors descendu en verticale, mais après trois mois il s'est dévié de nouveau; — insuccès.

Obs. VII. — *Antéversion, aucune autre maladie reconnue des organes génitaux.* — Femme de constitution chétive, vingt-trois ans; un seul enfant il y a trois ans; menstruation régulière; opérée le 28 mars 1859; les douleurs insupportables et continuelles que la position couchée diminuait à peine ont cessé dès le lendemain de l'opération; — succès.

Obs. VIII. — *Rétroflexion du col, ulcérations fongueuses.* — Femme de constitution robuste, quarante ans; a eu un enfant il y a quinze ans; menstruation régulière; opérée le 24 janvier 1860; après la cicatrisation de la plaie, les bourgeons végétants du col, saignant au moindre toucher, ont nécessité la cautérisation au fer rouge, renouvelée trois fois; aucun accident n'est survenu depuis; — succès.

Obs. IX. — *Antéversion, métrite chronique interne.* — Femme de constitution assez bonne, vingt-trois ans; pas d'enfants; aménorrhéique depuis sept mois; opérée le 26 mai 1860; est accouchée dix mois après d'un enfant à terme; la gestation n'a fait que seconder l'action de l'opération; — succès.

Obs. X. — *Rétroflexion du col, ulcérations.* — Femme d'un tempérament nerveux, vingt-cinq ans; deux enfants; dysménorrhéique; opérée le 13 août 1860; depuis les ulcérations n'ont plus reparu et la menstruation s'est régularisée; — succès.

Obs. XI. — *Antéversion, utéro-vaginite chronique.* — Femme d'un tempérament nerveux et d'une faible constitution, sujette à de fréquentes et violentes attaques d'hystérie, vingt-huit ans; menstruation régulière; a eu un seul enfant sept ans avant l'opération pratiquée le 7 novembre 1860; l'écoulement utérin n'a pas diminué; les érosions du col ont été cautérisées très-souvent depuis avec les caustiques et le fer rouge, mais infructueusement; l'utérus est resté antéversé; on peut attribuer le résultat négatif de l'opération, soit à la ténacité des adhérences produites par une pelvi-péritonite ancienne, soit à la persistance de l'utéro-vaginite, ou soit encore à la violence des spasmes nerveux; — insuccès.

Obs. XII. — *Antéversion, érosions du col.* — Femme d'un tempérament nerveux, trente ans; menstruation irrégulière; a eu un enfant à l'âge de vingt ans; à fait une fausse couche depuis; opérée le 14 septembre 1860; la cicatrisation de la plaie hystérocautomique n'a été complète qu'au bout de deux mois; alors l'utérus s'est redressé, les règles ont reparu périodiquement, les érosions du col, qui se sont montrées de temps en temps pendant un an, ont fini par disparaître complétement; — succès.

Obs. XIII. — *Antéversion, métrite interne.* — Femme de forte constitution, vingt-cinq ans; menstruation régulière; a eu un enfant en 1859; à un an de là, la métrite a donné lieu à une hémorrhagie qui a duré deux mois; pendant ce temps l'utérus s'est inversé; il est resté dans cette position vicieuse après la cessation des accidents inflammatoires; opérée le 14 décembre 1860; l'utérus s'est redressé définitivement six semaines après; aucun accident depuis; — succès.

Obs. XIV. — *Antéflexion du col, ulcérations.* — Femme de bonne constitution, vingt-quatre ans; menstruation régulière; a eu deux enfants, le dernier trois ans avant l'opération pratiquée le 20 juin 1861; — succès.

Obs. XV. — *Rétroversion, fibroïde pédiculé du col.* — Femme de tempérament sanguin, trente-sept ans; n'a eu qu'un enfant à l'âge de vingt-deux ans; les règles qui avaient toujours été régulières étaient suspendues depuis neuf mois; ventre volumineux, tendu; sensation d'une boule dans l'hypochondre droit; soupçonnant une grossesse, la malade envoya chercher une sage-femme qui attendit pendant deux jours des contractions utérines qui ne devaient point arriver; mandé, je reconnus que l'utérus antéversé, volumineux, résistant, hypertrophié, vide, occupait presque toute la circonférence du détroit inférieur; le col, caché dans la cavité sacrée, fut difficilement abaissé; il portait au niveau de son orifice externe une excroissance muqueuse de la grosseur d'un œuf de pigeon; celle-ci fut tordue; la racine du pédicule brûlée au fer; quinze jours après, je fis l'opération de l'hystérocautomie; les règles parurent huit jours après; la malade était guérie au bout de six semaines; — succès.

Obs. XVI. — *Rétroflexion du col, érosions.* — Femme d'une très-forte constitution, vingt-six ans; menstruation régulière; a eu deux enfants; opérée le 7 février 1862; — succès.

Obs. XVII. — *Antéversion, ulcérations fongueuses du col.* — Femme lymphatique, vingt-huit ans; menstruation régulière; a eu un enfant et fait une fausse couche; a été opérée le 10 mai 1863; à la suite de l'opération, métrorrhagie qui a duré huit jours; la plaie hystérocautomique n'a été cicatrisée qu'au bout de deux mois; les fongosités du col ont nécessité deux fois l'emploi du cautère actuel; — succès.

Obs. XVIII. — *Antéversion, vaginite blennorrhagique.* — Femme de tempérament sanguin, vingt-cinq ans; trois enfants; menstruation régulière; opérée le 16 avril 1864; le col utérin s'est abaissé après la cicatrisation de la plaie, qui n'a été complétement guérie qu'au bout de trois mois; mais l'utérus est resté en antéflexion; — résultat incomplet.

Obs. XIX. — *Antélatéroversion.* — Femme petite, mais de bonne constitution, dix-neuf ans; a eu un enfant il y a six mois; menstruation régulière; l'examen le plus attentif ne m'a fait découvrir aucune affection concomittante; vomissements incoercibles; spasmes dans la poitrine et le ventre; torsion dans la région lombaire et l'hypochondre droit; opérée le 8 février 1865; les douleurs disparaissent dès le lendemain de l'opération et n'ont pas reparu depuis; le 6 mars, la plaie n'était point tout à fait guérie, mais l'utérus a repris sa direction normale; — succès.

Obs. XX. — *Rétroflexion du col, érosions, petite excroissance muqueuse à l'orifice.* — Femme de constitution très-robuste, trente-quatre ans; quatre enfants; deux fausses couches; menstruation régulière; opérée le 12 février 1865; la plaie a été guérie le vingt-cinquième jour; le col s'est maintenu en direction; la végétation folliculaire, qui avait été brûlée, ne s'est pas reproduite; — succès.

Ainsi, du 28 janvier 1858 au 12 février 1865, j'ai pratiqué vingt fois l'opération de l'hystérocautomie, la plupart en présence de confrères ou de sages-femmes, dans onze cas d'antéversion, un cas de rétroversion, un cas d'antélatéroversion de l'utérus, six cas de rétroflexion et un cas d'antéroflexion du col utérin.

J'ai obtenu la guérison de toutes les flexions du col et de huit versions de l'utérus. Dans deux cas d'antéversion, le résultat a été complétement négatif; dans deux autres, je n'ai obtenu qu'un redressement insuffisant. Toutefois, dans les deux derniers cas, les douleurs ont été considérablement amendées.

Sur ces opérées, huit avaient été traitées pour des érosions ou des ulcérations du col, deux pour des fongosités, sept pour des métrites utérines ou parenchymateuses; deux portaient des excroissances muqueuses; une seule était affectée de blennorrhagie; deux enfin n'offraient aucune autre maladie des organes génitaux. Pour ne commettre, à cet égard, aucune erreur de diagnostic, j'avais pris l'avis de confrères. Il y a tout lieu de soupçonner que quelques-unes, surtout celles affectées de métrite chronique, avaient eu des pelvi-péritonites latentes. Que de fois, dans la pratique, ne reconnaissons-nous pas la formation d'adhérences anciennes de la plèvre chez des tousseurs qui jusque-là ne soupçonnaient pas avoir eu des pleurésies!

Dans les résultats heureux que j'ai obtenus, il faut faire la part de la constitution, des mœurs, des habitudes de la femme et des conditions hygiéniques dans lesquelles elle vit. Ainsi, la malade qui fait le sujet de l'observation XI avait l'imminence morbide des femmes nerveuses des grandes villes, et elle n'a pas été guérie. C'est que les affections nerveuses « viennent compliquer les autres maladies, embarrasser leur marche, empêcher leur solution naturelle, leurs mouvements bienfaisants (1).

Les causes qui entretiennent les déplacements utérins et les autres affections de l'organe gestateur sont, dans certaines circonstances, d'une permanence obligée. A Paris, par exemple, les femmes, qu'elles vivent dans l'opulence ou la misère, qu'elles s'étiolent dans l'oisiveté d'un salon ou s'épuisent dans le travail de l'atelier, qu'elles vivent dans la dissipation ou la gêne, sont d'ordinaire d'une complexion molle, lymphatique, délicate, sujettes à des vapeurs, des étouffements et à ce genre de spasmes thoraciques ou abdominaux qui amène la dépression des forces et la perturbation dans les fonctions. Combien, dans toutes les classes, sont surchargées de goûts ou de besoins factices, d'inquiétudes ou de soucis réels; combien exaltent ou compriment leur imagination, concentrent ou laissent déborder leurs passions, se consument en désirs inassouvis ou s'abandonnent à la turbulence de leurs sensations et de leurs sympathies! Dans ce milieu de continuelle appétition, les sens émoussés ou surexcités tour à tour par les passions, impriment une stimulation exagérée aux organes génitaux. Les nuits passées au bal ou au spectacle, les excès de coït provoquent ou entretiennent la leucorrhée, et l'utérus, même alors qu'il a été redressé, peut bien tendre encore à s'ectropier.

Tandis que dans nos campagnes ou nos petites villes de province, les femmes vivent dans un milieu qui entretient la normalité de leur constitution, chez elles, l'organe utérin contracte rarement des maladies autres que celles qui proviennent d'avortements ou de pénibles parturitions; et, en ce cas, plutôt par phlogose que par anémie, point d'émotions pénibles, point d'appétits vénériens exagérés; leur vie pleine d'indolence et d'apathie morale s'exerce avec ordre, mesure et régularité.

Je cède, en terminant, la parole à M. Michel Lévy : « Les modificateurs hygiéniques, comme le mode d'alimentation, le genre d'exercice, la profession, les mœurs, etc., impriment aux actes de l'organisme des oscillations telles, qu'il en résulte un déplacement de forces et de sympathies; les viscères primitivement faibles acquièrent une prépondérance presque absolue; chez l'homme adonné aux travaux intellectuels, l'encéphale; chez le gastronome, l'estomac; chez la femme qui brise les liens d'une pudeur imposée, l'utérus (2). »

---

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

(2) Je ne donne aujourd'hui qu'un résumé des observations. Néanmoins, celles-ci ont été recueillies avec soin et accompagnées des détails les plus circonstanciés sur les antécédents et l'état présent des malades, sur les affections concomittantes, l'opération et ses suites. Analysées sans nul parti pris et sans système préconçu, asservies au seul arbitraire des faits, elles n'ont d'autre intérêt que celui fourni par leurs déductions logiques. Comme elles peuvent fournir la matière d'une brochure compacte, je me réserve, si besoin est, et selon l'accueil fait à ce premier Mémoire, de les colliger et mettre plus tard en lumière.

(1) Trousseau, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 87.

(2) Michel Lévy, *Traité d'hygiène*, t. I, p. 66.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 mai 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Recherches physiologiques sur la matière amylacée des tissus fœtaux et du foie, par M. le docteur R. Mac-Donnel. — Depuis la brillante découverte faite par M. Cl. Bernard de l'existence d'une substance amylacée dans le foie, et les découvertes subséquentes de M. Ch. Rouget et de M. Bernard de la présence de cette même substance dans des tissus en voie de formation, nombre de questions ont surgi à l'égard du rôle physiologique de cette matière amylacée. Les recherches considérables dont je ne donne ici que quelques résultats ont été entreprises dans le but de jeter quelque lumière sur ces questions.

I. On a cru que l'existence de la matière amylacée dans les tissus fœtaux persiste jusqu'à la fin de la vie intra-utérine et qu'elle ne disparaît qu'après la naissance, sous l'influence de la respiration et des mouvements volontaires. J'ai constaté, au contraire, que l'établissement de la respiration n'a aucune relation avec la disparition de la matière amylacée des tissus du fœtus. Cette conclusion est fondée sur les faits suivants : 1° Dans le tissu articulaire, où la matière amylacée apparaît de très-bonne heure, ainsi que l'a déjà montré M. Rouget, elle disparaît aussi de très-bonne heure, c'est-à-dire bien avant l'existence de la respiration. 2° Il en est à peu près de même pour la matière amylacée des cellules de la peau, de ses appendices cornés et de quelques autres parties. Cette matière y existe en grande quantité au début de la formation de l'embryon, et on n'en trouve plus guère de trace quelque temps avant la naissance. Ainsi j'ai trouvé 1,3 grain de matière amylacée dans 7 grains de la substance cornée d'un pied de veau (fœtus de quatre mois), tandis que chez un fœtus de veau complètement développé, il n'y avait pas assez de matière amylacée pour que je pusse en apprécier la quantité. Ainsi encore, en comparant nombre d'embryons et de fœtus de veau l'un à l'autre, j'ai trouvé que la couleur brune particulière que produit sur la peau une goutte de solution acidulée d'iode va en augmentant d'intensité jusqu'à un certain âge (époque de l'apparition des poils), après lequel l'intensité diminue graduellement. Des recherches comparatives analogues sur la racine des poils, sur la matière cornée, etc., m'ont montré que la matière amylacée augmente jusqu'à un certain moment de la vie intra-utérine, et diminue ensuite avant la naissance et conséquemment avant l'établissement de la respiration pulmonaire. 3° Dans le tissu pulmonaire des embryons de mammifères, la matière amylacée est en immense quantité à une certaine période. Le résidu sec de ce tissu contient plus de 50 pour 1,000 de matière amylacée. A la fin de la vie intra-utérine, avant le premier mouvement respiratoire, la dextrine animale ne se trouve plus qu'en quantité très-minime ou même manque complètement dans les poumons.

4° Dans le tissu musculaire il y a une quantité très-variable de matière amylacée chez des embryons de même âge, mais il est certain que cette quantité est moindre à l'époque de la naissance que quelque temps avant, et qu'elle y reste notable encore jusqu'après la naissance. Chez les agneaux, quelquefois, la dextrine animale ne disparaît complètement des muscles que quelques semaines après la naissance. Au contraire, dans le cœur, c'est-à-dire un organe musculaire qui devient actif bien longtemps avant les muscles des membres, la matière amylacée disparaît avant la naissance. Il semble donc qu'il y ait une relation entre le développement des tissus et la quantité de matière amylacée qu'ils contiennent, et non, comme on l'a cru, que la matière amylacée des tissus fœtaux disparaît sous une influence exercée par la respiration pulmonaire.

5° Il n'y a pas de matière amylacée dans le tissu de la corne nouvelle des daims, ni dans les fibres musculaires nouvelles de l'utérus examinées après l'accouchement, mais j'en ai trouvé dans le tissu des muscles de la poitrine chez un pigeon nourri pendant six jours de sucre et d'amidon, et j en ai rencontré dans le tissu des muscles de la morue, de la raie et quelquefois du lapin, tissu où elle paraît exister comme ingrédient normal. Elle existe aussi dans le tissu musculaire des animaux hibernants.

II. Chez des animaux soumis à leur alimentation ordinaire et paraissant à l'état de santé, non-seulement le poids du foie, comparé à celui du corps entier, varie considérablement, mais aussi la proportion de matière amylacée dans le foie varie beaucoup.

Le volume du foie des chats, à l'état de santé, nourris de viande, est presque le double de celui du foie des lapins au moment de la plus grande activité de la digestion ; néanmoins, le foie d'un gros chat bien nourri ne donne pas plus des deux tiers de la quantité de matière amylacée donnée par le foie d'un lapin nourri de carottes, de pain et de persil. Les aliments saccharins donnent donc origine à la matière amylacée du foie beaucoup plus aisément que les aliments azotés. Il est certain cependant que le foie peut faire de la matière amylacée avec de la fibrine du sang, du gluten du blé, comme avec de la viande fraîche. Contrairement à l'opinion d'un physiologiste éminent, je me suis assuré qu'il n'y a pas plus de matière amylacée dans le foie des animaux nourris de gélatine que chez ceux qui sont soumis à une abstinence complète. La gélatine n'est donc pas transformée en matière amylacée par le foie. Il en est de même de la graisse.

(Commissaires : MM. Milne Edwards, Coste et Cl. Bernard.)

— **M. Michaux**, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Savoie, adresse à M. Flourens une lettre accompagnée d'un Mémoire relatif à l'affection spéciale signalée dans la note de M. Carret, présentée à l'Académie dans la séance du 17 avril dernier, et dans lequel il cherche à prouver que les épidémies et les endémies attribuées par ce médecin à l'influence funeste des poêles en fonte sont des maladies connues et attribuables à d'autres causes, et qu'il ne se dégage pas d'oxyde de carbone des parois incandescentes de ces sortes de poêles.

A ce Mémoire est joint un extrait authentique du procès-verbal de la séance du 4 décembre 1864 du Conseil d'hygiène et de salubrité publique de la Savoie, dans laquelle cette question a été discutée. Ces pièces sont renvoyées à la Commission des arts dits insalubres, qui avait été chargée précédemment de l'examen de la note de M. Carret.

— **M. Émile Decaisne** adresse un Mémoire intitulé : *Mortalité dans la ville de Paris ; sa marche décroissante dans les dernières années.* Il attribue les heureux résultats qu'il signale dans son travail aux améliorations de toute nature apportées à la topographie de la ville pendant ces dernières années.

(Renvoyé à l'examen de la Commission de statistique.)

— **M. Lefèvre** écrit pour demander que les divers Mémoires qu'il a présentés depuis 1859 sur la question relative à l'étiologie de la colique sèche des pays chauds soient admis au concours pour le prix dit des arts insalubres. A cette lettre en est jointe une autre accompagnant un opuscule imprimé relatif à l'emploi des cuisines et appareils distillatoires dans la marine, que l'auteur prie de joindre aux autres pièces.

CONCOURS

pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, à l'École de Strasbourg.

L'École du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, est destinée à recevoir des élèves qui, après leur réception au doctorat, sont appelés à devenir aides-majors de 2e classe, en passant un an à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Aux termes du décret impérial du 27 avril 1864, l'École du service de santé se recrute annuellement, par la voie du concours, par des élèves qui, sans avoir encore pris d'inscriptions, rempliront les conditions exigées pour être admis à prendre une première inscription de doctorat.

Un concours pour l'admission à l'École du service de santé militaire de Strasbourg s'ouvrira :

A Paris, le 4 septembre 1865 ;
A Bordeaux, le 14 du même mois ;
A Toulouse, le 17 du même mois ;
A Montpellier, le 21 du même mois ;
A Lyon, le 24 du même mois ;
A Strasbourg, le 29 du même mois.

D'après la disposition ci-dessus mentionnée, seront admis à ces concours :

Les élèves pourvus du diplôme de bachelier ès-lettres et du diplôme de bachelier ès-sciences restreint ou complet.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier 1865, plus de 17 ans et moins de 20 ans (aucune dispense d'âge ne peut être accordée) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade au moins de major ; en outre, elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ;

4° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires.

Pour les élèves qui obtiendront le dégrèvement intégral ou partiel du prix de la pension ou du trousseau, l'engagement dont il vient d'être parlé sera remplacé par un engagement régulier au service militaire.

Toutes les conditions qui viennent d'être indiquées sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

— La Société médicale du VIe arrondissement tiendra sa réunion mensuelle le lundi 29 mai, à huit heures du soir, dans une des salles de la mairie, place Saint-Sulpice.

Ordre du jour. — 1° Hygiène, par M. Dequevauvillers.
2° Un cas d'anthrax, par M. le docteur Machelard.
3° Bronchite pseudo-membraneuse, par M. le docteur Moreau.
4° Un cas d'hématurie, par M. le docteur Dumon.
5° Un cas d'affection du rein, par M. le docteur Monceau.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 59. — JEUDI 18 MAI 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 18 MAI 1865. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 MAI 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bouillaud a terminé hier l'argumentation commencée dans l'avant-dernière séance. Après quelques observations critiques sur le discours de M. Trousseau, il a dit son dernier mot sur la question et formulé ses conclusions, auxquelles il a apposé son *ne varietur*, afin qu'il n'y ait plus place pour aucune équivoque à leur égard. Nous reproduisons ces conclusions avec la plus scrupuleuse exactitude, ainsi que le nouveau défi jeté par M. Bouillaud aux contradicteurs de sa doctrine.

L'événement capital de cette séance a été l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique. Suivant les prévisions générales, M. Gubler a été nommé au premier tour par une grande majorité, 55 voix sur 77. M. Guéneau de Mussy a obtenu 12 voix, M. Hardy 8, et M. Boinet 1.

La nomination de M. Gubler porte le chiffre des membres titulaires de l'Académie au complet. M. le président Bouchardat a été heureux d'en faire la remarque.

Avant le scrutin, l'Académie a entendu la lecture, par M. Niepce, d'une observation d'extirpation complète du bras et de l'épaule, et un rapport officiel favorable de M. Ch. Robin sur le spéculum laryngien de M. le docteur de Labordette) de Lisieux).

L'Académie aura à procéder, dans la prochaine séance, à l'élection d'un trésorier, en remplacement de M. Gimelle que des motifs de santé ont obligé à se démettre de ces fonctions.

Dr Brochin.

ÉPIDÉMIE DE SAINT-PÉTERSBOURG.

Nous recevons de notre honorable correspondant M. Doubowitsky un nouveau document dont nos lecteurs apprécieront tout l'intérêt. C'est la relation de la *fièvre récurrente*, écrite par le professeur de clinique médicale de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, M. Eck. Nous ne saurions trop remercier nos très-honorés correspondants des travaux qu'ils ont bien voulu nous communiquer et qui nous permettent de nous rendre compte de l'épidémie russe. Nous laissons la parole au professeur Eck :

Saint-Pétersbourg, le 24 avril (ancien style) 1865.

Au mois d'août de l'année passée parut à Saint-Pétersbourg, pour la première fois, une nouvelle espèce de fièvre d'un genre typhoïde. Les cas de cette fièvre se multipliant au mois de septembre avec rapidité, la maladie fut reconnue pour être la même espèce de fièvre épidémique observée en Angleterre depuis des années déjà sous le nom de « relapsing fever, » fièvre à rechutes. En octobre, les hôpitaux en furent encombrés; on a dû créer de nouveaux hospices pour recevoir les malades.

Cette maladie se présente sous la forme d'une fièvre typhoïde, entrecoupée par un, même deux intervalles, et se compose de paroxysmes et d'intermissions. Le premier accès commence par un frisson bien caractérisé, suivi d'une chaleur intense, 39 à 40° centigrades d'abord. La chaleur dure sept à huit jours, s'élevant à 41°, dans quelques cas graves même jusqu'à 42°,3 centigrades. La température tombe le 7e, 8e, exceptionnellement le 9e, 10e jour, rapidement : un malade qui présentait à huit heures du matin le chiffre 41°, montre à midi 36° et se trouve couvert de sueur. Plusieurs malades ressentent même un frisson en se refroidissant avec tant de rapidité. La langue ressemble à celle de la fièvre typhoïde. Le pouls est toujours fréquent, à 120-140, même plus encore; il n'est *jamais* redoublé. Les urines ne contiennent qu'exceptionnellement un peu d'albumine. Les symptômes nerveux sont en proportion de la fièvre : céphalalgie, douleurs des reins les plus intenses, courbature, vertige, délire, stupeur; quelques malades deviennent sourds. Épistaxis fréquentes, hémorrhagie intestinale plus rarement. On remarque sur la peau de l'abdomen, le plus souvent, mais aussi sur tout le tronc, un grand nombre de petites taches rouges, ecchymotiques, de véritables pétéchies à 1 ou 1 millimètre et demi de diamètre.

L'herpès aigu de la face apparaît sur quelques malades, tandis qu'avec la fièvre typhoïde il n'existe jamais.

La rate enfle chaque fois, déborde même les côtes, pouvant atteindre un très-grand volume; elle est le plus souvent douloureuse.

Le foie augmente de volume presque toujours; la douleur hépatique est plus ou moins sensible. Les cas graves se compliquent souvent de la jaunisse, sans rétention de bile. Cette jaunisse a un caractère particulier : elle peut exister jusqu'à la mort; elle peut aussi disparaître avec le premier accès, ne reparaissant plus dans le second. Elle peut survenir au second, même au troisième. Elle disparaît beaucoup plus vite que la jaunisse catarrhale : dans l'espace de vingt-quatre heures un malade jaune redevient blanc. Il y a catarrhe à l'estomac avec vomissements; les doses de quinine un peu fortes sont ordinairement rendues; plus souvent il existe un catarche intestinal, sous la forme de diarrhée.

Le catarrhe des bronches est fréquent, parfois capillaire. La parotite est rare.

Toutes les femmes enceintes avortent ou accouchent avant terme d'un fœtus vivant.

Après la sueur, le malade se remet et entre, en un petit nombre de cas, définitivement en convalescence. Beaucoup plus souvent, après une intermission de cinq à neuf jours, suit le second accès. Les symptômes de l'intermission sont une pâleur anémique prononcée, des restes de douleurs et d'enflure du foie et de la rate, quelques sensations névralgiques, faiblesse, etc., etc. Nous n'avons pas encore trouvé les signes d'après lesquels nous pourrions prévoir la rechute.

Le second accès commence avec ou sans frisson. L'intensité de la fièvre se trouve la même, ou plus forte, aggravée par l'anémie, résultat du premier accès. Délire, prostration, diarrhée. Le second accès dure quatre à cinq jours, exceptionnellement six à sept jours. Il se termine le plus souvent par une sueur plus ou moins abondante.

La convalescence après le second accès est bien moins franche et complète. L'anémie surpasse celle d'une fièvre typhoïde. On remarque souvent un peu de chaleur vers le soir. Les forces ne reviennent pas; il s'en suit un état nerveux, anémique, languissant, de longue durée. Durant cet état de langueur, on observe de temps en temps un peu d'intermission d'un jour à l'autre. La durée de cet état anémique nerveux est en proportion directe de l'âge des malades; les jeunes se rétablissent plus vite; les malades âgés meurent après trois, quatre ou cinq semaines de maladie. Ceux qui survivent reprennent leurs forces bien lentement.

Les cas d'un troisième accès ou d'une seconde rechute ne sont pas rares. On les observe sur des individus plutôt jeunes. Le troisième accès peut ne pas être très-grave et ne durer que deux ou trois jours. Mais il peut aussi devenir dangereux par des symptômes typhoïdes, des hémorrhagies nasales ou intestinales, même par la jaunisse survenue durant l'accès.

Quant à un plus grand nombre de paroxysmes, les cas sont assez rares. Nous avons cependant vu des vieillards passer par une série d'accès et d'intermissions, et mourir après huit à dix semaines dans un sixième ou septième accès.

Malgré la gravité des symptômes, le danger est, en comparaison avec la fièvre typhoïde, moins grand. On voit se rétablir des malades que l'on aurait cru devoir mourir. La maladie est plus dangereuse pour l'âge avancé. La jaunisse est une complication dangereuse; les jaunes meurent en plus forte proportion. La mortalité est de 4 à 8 pour cent; les hôpitaux ont pu donner des chiffres moins favorables, vu qu'on n'y admettait que les cas les plus graves, refusant, faute de place, ceux qui paraissaient moins dangereusement atteints.

La mort peut survenir à la fin du premier accès, le septième ou le huitième jour. Elle peut suivre le second accès. D'autres malades meurent dans l'état nerveux anémique après trois ou quatre semaines de maladie. Il y a des cas de mort par paralysie du cœur au commencement du second accès, où l'on ne s'y attendait guère. Ces malades conservent leur présence d'esprit, tombent dans un état algide, ressemblant au choléra asiatique, et meurent dans une à trois heures.

Les convalescents se rétablissent très-lentement. La faiblesse musculaire, des douleurs névralgiques, la dyspepsie, la pâleur et le dépérissement durent longtemps.

Anatomie pathologique. — Les phénomènes les plus constants se trouvent à la rate : hyperémie avec augmentation de volume souvent très-considérable; on a vu la rupture de la rate avec hémorrhagie abdominale. D'autres fois la rate donne des signes d'inflammation; ce sont les granulations de la rate qui se trouvent grossies, infiltrées jusqu'à suppuration; dans d'autres cas on trouve des foyers cunéiformes en pyramide, la base à la périphérie, le sommet dirigé vers le centre de la rate. Après la jaunisse le foie se présente jaune, infiltré de graisse; les conduits biliaires toujours libres, la vésicule contenant une bile épaisse, vert-bouteille. Catarrhe de l'estomac et des intestins. Les plaques de Peyer ne sont jamais prises. Le cœur flasque de couleur jaune; les fibres musculaires du cœur ont perdu leur structure normale, ne montrant plus les rayures transversales (Herrmann). Le sang en dissolution formant des grumeaux peu consistants. Les poumons beaucoup plus anémiques qu'on ne les voit après le typhus. Le cerveau avec ses enveloppes ne présente ordinairement rien de particulier, sauf l'anémie pareille à celle des autres organes du corps. On a cependant vu des hémorrhagies méningiennes en nappe, provenant d'une inflammation hémorrhagique de la dure-mère (Kremianski).

Étiologie. — La fièvre à rechutes s'est présentée comme épidémie en même temps avec le typhus exanthématique. Au commencement de cette épidémie (septembre, octobre), on amenait aux hôpitaux presque exclusivement des malades de la fièvre à rechutes. Au mois de novembre commença à paraître le typhus exanthématique qui, après le mois de février, a pris le dessus; depuis cette époque nous avons beaucoup plus de typhus que de fièvre à rechutes. Le nombre total des malades diminue chaque jour, et nous avons déjà des lits vacants dans tous les hôpitaux. Une influence mutuelle de ces deux fièvres fut remarquée sur plusieurs malades : les malades du typhus présentaient une douleur au foie; sur le corps des malades de la fièvre à rechutes nous vîmes paraître la roséole du typhus.

Les petits enfants ont été généralement épargnés, jusqu'à présent, par la fièvre à rechutes. Nous avons eu des malades de tout âge, à commencer de sept ans, hommes et femmes indistinctement, les femmes en plus petit nombre.

La fièvre à rechutes est une maladie contagieuse. Un grand nombre de collègues et d'individus au service médical ont été atteints par la contagion. La contagion se développe principalement dans les hôpitaux. Les blanchisseuses chargées du linge des malades de la fièvre à rechutes ont gagné cette maladie, ce qui prouve que le linge peut être porteur du principe contagieux. Nous n'avons pas encore vu des convalescents de la fièvre à rechutes être de nouveau frappés par la même maladie; mais un grand nombre d'entre eux ont passé par le typhus.

Les premiers cas avaient paru sur des individus en pleine santé, avec des symptômes caractéristiques. Plus tard furent atteints des malades chroniques avec des maladies organiques du cœur, catarrhe des bronches, néphrite albumineuse, tubercules, etc., etc.

L'immense majorité des malades de la fièvre à rechutes appartient aux basses classes du peuple. La moyenne classe participe par médecins, prêtres, administrateurs, généralement par ceux qui, par leur relation avec les malades, s'exposent à la contagion. Ceux-ci, une fois malades, communiquent la maladie aux autres membres de leurs familles. Le typhus se présente plus également réparti dans la population.

On a cherché les causes dans la nourriture principalement végétale (Botkin). On a trouvé de l'ergot en plus forte proportion dans le pain. Les pommes de terre ont souffert de leur maladie et sont sujettes à la pourriture. Les choux de l'année passée sont de mauvaise qualité. Mais il reste des doutes sur cette origine du mal, vu que la fièvre à rechutes, une maladie contagieuse, parut durant la saison de la navigation et avait été observée l'été passé à Odessa. De plus, il nous arrive des nouvelles des diverses provinces de la Russie, concernant des observations sur la même espèce de maladie en 1864 : elle a pu être importée.

Traitement. — Passant sur les mesures prises par le comité d'hygiène publique, nous exposerons le traitement thérapeutique en peu de mots. N'ayant pas trouvé jusqu'alors un remède spécifique sûr, nous avons été réduits à combattre les symptômes.

La première tâche fut de diminuer la température dès le commencement de la chaleur. Nous eûmes recours à l'eau, donnant des bains de cuve à 5 ou 6 degrés au-dessous de la température des malades. Nous enveloppions d'autres malades dans des draps mouillés pour quinze minutes. Nous nous servions d'éponges trempées pour les malades moins graves. Pour arroser la tête, nous nous servîmes d'une eau à 10° au-dessous de la température des malades. Nous atteignîmes notre but, celui de baisser la température, dans la plupart des cas. La température descendait chaque fois de 1 1/2 à 2 degrés. Après quelques heures, la chaleur augmente de nouveau et exige la réitération du même procédé de deux à quatre fois par jour.

Nous évitons les vomitifs et sommes sobres de purgations. Nous donnons l'acide hydrochlorique ou le chlore pour le catarrhe de l'estomac; l'acide phosphorique ou sulfurique en cas d'hémorrhagies; le nitrate d'argent, l'acide tannique pour les diarrhées; la quinine et l'opium pour les fortes douleurs et les symptômes nerveux. Le calomel en petites doses pour la jaunisse sans effet visible. Nous soutenons les forces avec de la nourriture liquide, du vin, du quinquina, des remèdes analeptiques, sumbul, valériane, arnica. Nous évitons toute sorte d'exutoires et les saignées, craignant d'augmenter l'anémie dangereuse des malades.

Les rechutes viennent malgré tout traitement.

Les convalescents exigent un régime tonique prolongé.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De la tuberculisation pulmonaire dans ses rapports avec les affections locales des organes respiratoires.

J'ai l'intention de démontrer que la phthisie tuberculeuse, dans la très-grande majorité des cas, est consécutive aux différentes affections, surtout aux affections phlegmasiques des organes ou tissus qui entrent dans la composition de l'appareil laryngo-pulmonaire. Or, il n'y a rien de moins admis qu'une telle proposition.

On accorde bien encore que la tuberculisation des poumons puisse être provoquée par la faiblesse de l'organisme, et notamment par l'anémie qui est une cause ou une condition de cette faiblesse, mais on ne veut pas qu'elle soit occasionnée par les affections aiguës ou chroniques des organes respiratoires.

Cette question de savoir si les tubercules sont ou ne sont pas consécutifs aux affections phlegmasiques de l'organe pulmonaire a été, comme l'on sait, vivement débattue dans le commencement de ce siècle. D'un côté Broussais, défendant l'opinion traditionnelle du *rhume négligé*, soutenait que la tu-

berculisation se montrait comme le résultat des phlegmasies thoraciques. D'un autre côté, Bayle, Laënnec, M. Louis, etc., et tous ceux qui ont éclairé par leurs travaux l'histoire anatomique de la tuberculisation, regardaient le développement des tubercules comme primitif, spontané et tout à fait indépendant des affections phlegmasiques des organes respiratoires.

On sait que cette dernière opinion a prévalu et qu'elle fait pour ainsi dire loi dans la science; chose bien facile à concevoir, si l'on réfléchit à l'autorité toute puissante des anatomo-pathologistes que je viens de citer. Je l'ai partagée bien longtemps, mais j'ai été forcé de l'abandonner depuis que j'ai observé les faits qui vont être exposés plus loin.

Si l'on veut connaître les raisons sur lesquelles sont fondées les opinions contradictoires des célèbres polémistes qui ont si longtemps agité cette question, on voit qu'en somme elles se réduisent à des hypothèses de pathogénie.

C'est ainsi que Broussais, regardant le tubercule comme produit par une dégénérescence des vaisseaux lymphatiques du poumon, avance que cette dégénérescence est l'effet presque constant de la phlogose des vaisseaux capillaires sanguins qui a pris naissance dans la muqueuse, dans le parenchyme ou dans le tissu de la plèvre. Bayle, au contraire, ne veut pas que les tubercules résultent d'une lésion phlegmasique qui doit être de nature sthénique, parce que les tubercules ne peuvent être produits que par des causes débilitantes.

En voilà assez pour montrer sur quelle base reposait la vive polémique qui eut lieu à ce sujet. On est tout étonné de voir que la discussion s'agite en dehors de l'observation pure qui, on me l'accordera facilement, est la seule base sur laquelle puisse être traitée, d'une manière solide, la question du développement primitif ou consécutif de la tuberculisation pulmonaire.

Or, quand on observe purement et simplement le développement et la marche des tubercules dans leurs rapports avec l'explosion et la marche des lésions phlegmasiques de l'appareil laryngo-pulmonaire, on constate que le plus ordinairement les symptômes de tuberculisation apparaissent après les symptômes d'une affection des organes respiratoires.

C'est ce qu'il sera facile de démontrer cliniquement en parcourant les différentes affections de l'organe pulmonaire. Commençons par les affections dites catarrhales de la membrane muqueuse laryngo-bronchique, qui sont la laryngite, la trachéite, la bronchite.

Laryngite. — Un menuisier, qui n'avait jamais été enrhumé, arrive tout en sueur pour travailler dans une maison ouverte à tous les vents. Il se sent manifestement refroidi au bout de quelques instants; puis le soir il est pris tout à coup d'une laryngite caractérisée par une toux assez intense, un sentiment de sécheresse à la gorge, et une raucité qui passe bientôt à l'aphonie. Ces symptômes durent aussi quelque temps, sans que cet ouvrier se sente malade et affaibli au point de ne pas travailler. Mais, au bout de deux mois environ à partir du début brusque de la laryngite, il éprouve des lassitudes, il maigrit rapidement et beaucoup, sa toux devint plus mauvaise; elle est caractérisée par des quintes qui provoquent des nausées et des vomissements; il a des sueurs la nuit, et ne mange plus avec le même plaisir qu'auparavant. En même temps quelques crachats sont striés de sang. Bientôt apparaissent les signes physiques de la tuberculisation qui va toujours en augmentant et qui fait périr le malade.

Trachéite. — Une femme est mouillée par la pluie en allant faire des ménages. Elle garde ses vêtements mouillés pendant toute la matinée. Puis le soir elle est prise de tous les symptômes de la trachéite, tels que toux, sentiment de sécheresse et d'ardeur dans la trachée, et bientôt d'expectoration de matières muco-purulentes. La voix a conservé son éclat et son timbre. Il n'y a aucun sentiment de dyspnée. Ces symptômes durent ainsi quatre mois, puis tout à coup on observe : une fatigue inaccoutumée, une toux intense qui provoque des nausées et des vomissements, un amaigrissement rapide, des sueurs nocturnes, de la fièvre le soir. Ces symptômes vont toujours en augmentant; puis la malade entre à l'hôpital présentant tous les signes physiques et rationnels de la phthisie qui finit par l'emporter au bout de quelques semaines.

Bronchite. — Un entrepreneur quitte Paris pendant un jour pour affaires dans la banlieue. C'est au commencement du printemps, et, comme il fait beau soleil, il croit pouvoir se passer de son paletot qu'il laisse à la maison. Mais, à peine est-il parti, que le ciel se couvre de nuages, et qu'il se trouve exposé à un froid assez vif pendant toute la journée. Il rentre chez lui mal à l'aise, et il est pris au milieu de son sommeil d'une toux assez fatigante. Il éprouve en même temps un sentiment de dyspnée. Le lendemain la toux n'a fait qu'augmenter; il y a expectoration de matières pituiteuses, et on perçoit des râles vibrants dans toute la poitrine. Les symptômes précédents éprouvent de temps à autre des exacerbations et des rémissions. Cinq mois environ après le début de cette bronchite, le malade maigrit tout à coup et beaucoup, ses forces l'abandonnent, sa toux devient violente, accompagnée de nausées et de vomissements; il y a quelques crachats sanguins. Aux râles vibrants de la bronchite s'ajoutent bientôt des râles bullaires (craquements humides) dans les fosses sus-épineuses; puis la consomption va toujours en augmentant, et le malade succombe dans les symptômes ultimes de la tuberculisation.

Je donne en raccourci ces trois faits, que je prends au hasard au milieu d'une foule de cas semblables, pour montrer la manière dont se groupent et se succèdent les symptômes du catarrhe et ceux de la tuberculisation. Il y a, comme on le voit, deux explosions de symptômes qu'on ne peut pas confondre : 1° explosion des symptômes ordinaires du catarrhe laryngien trachéal ou bronchique, arrivant immédiatement après le refroidissement qui a causé le catarrhe; puis 2° explosion des symptômes de tuberculisation survenant des semaines ou des mois après le début du catarrhe.

Les symptômes qui annoncent le développement des tubercules, pour parler des principaux et de ceux que le malade se rappelle parfaitement avoir éprouvés, sont l'amaigrissement rapide, la perte des forces, les sueurs nocturnes, la fièvre vespérale, le crachement de sang et la nausée ou le vomissement, provoqués par la toux. Ce dernier phénomène, qui ne se voit guère dans la séméiologie moderne de la phthisie, a une grande valeur diagnostique, et figure en première ligne parmi les signes que Morton reconnaissait à cette maladie, « atque quidem hæc « vomendi dispositio cum tussi conjuncta mihi est inter certis- « sima pathognomica tussis phthisicæ. »

Cette succession de symptômes catarrhaux et tuberculeux se constate nette et positive environ sept fois sur dix phthisiques pris au hasard. L'ancienne expression de *rhume négligé* est donc parfaitement applicable à l'affection de ceux qui deviennent phthisiques après avoir contracté un rhume; j'aimerais pourtant mieux encore l'expression de *rhume dégénéré*.

Il ne faudrait pas me prêter cette opinion que le catarrhe de la membrane muqueuse des voies aériennes est suivi fatalement de la tuberculisation pulmonaire. Cela n'arrive ainsi que dans certains cas exceptionnels et chez ceux seulement qui ont une disposition aux tubercules. Dans la très-grande majorité des cas, et fort heureusement, les catarrhes se développent, se guérissent ou durent sans que la tuberculisation se mette de la partie.

Ainsi donc, pour résumer ce qui a été dit jusqu'à présent : l'explosion des symptômes de la tuberculisation a lieu très-souvent après l'explosion des symptômes ordinaires du catarrhe des voies aériennes. Mais, sur la masse de ceux qui contractent un catarrhe des voies aériennes, il n'y a que l'exception sur laquelle se développent plus tard les tubercules pulmonaires.

Le rhume ou catarrhe sur lequel vient s'enter le tubercule est survenu chez quelques malades pour la première fois. Chez d'autres, la tuberculisation ne se montre avec ses symptômes caractéristiques après un rhume que lorsque le patient s'est enrhumé déjà plusieurs fois. Aussi recommande-t-on de faire cette question aux malades suspects de tuberculisation : « Vous enrhumez-vous souvent et facilement? » C'est bien reconnaître par là qu'il y a un rapport de succession entre le rhume et les tubercules.

Il y a une condition physiologico-pathologique qui a une influence capitale sur le développement des tubercules arrivant après un catarrhe, c'est le mauvais état des fonctions digestives ou l'état dyspeptique.

Si l'individu affecté de catarrhe conserve l'intégrité de son appétit et sa facilité de digestion, ses forces et son teint, il n'a rien à craindre de la tuberculisation. Si, au contraire, avec un catarrhe préexistant, la réparation alimentaire est entravée par des fatigues physiques, des causes morales, des aliments mauvais ou insuffisants, etc., on peut craindre que le développement des tubercules ne vienne s'ajouter à l'état catarrhal.

Dans les cas où l'affaiblissement des fonctions digestives et réparatrices existait déjà avant le début du catarrhe, les tubercules se développent presque en même temps que le catarrhe et les symptômes des tubercules viennent bientôt se confondre avec ceux du catarrhe.

Partant de là, on doit reconnaître qu'il y a un grand danger à contracter un rhume pour les convalescents dyspeptiques, les chlorotiques, les diabétiques, etc., comme aussi il y a une grande indication thérapeutique à maintenir en bon état, par tous les moyens possibles, les fonctions digestives chez ceux qui sont affectés d'une lésion des organes respiratoires.

Mais il n'y a rien d'absolu ou de mathématique dans tout ce que je viens de dire; et tel malade sera affecté de catarrhe, puis de dyspepsie, sans être fatalement condamné pour cela à devenir tuberculeux. Il y a une disposition individuelle à la phthisie, comme il y en a une au cancer, à l'arthrite noueuse, à la pneumonie et même au catarrhe, car il y a des gens qui ne s'enrhument jamais.

Mais nous n'en avons pas fini avec les catarrhes. Il y a de ces inflammations aiguës ou chroniques de la membrane muqueuse laryngo-bronchique qui sont, pour ainsi dire, larvées ou dissimulées soit par une dénomination spéciale qui ne les signale pas, soit par une maladie générale dans laquelle elles existent comme lésions constituantes de cette maladie générale. Telles sont l'asthme et la coqueluche, qui ne sont au fond que des affections catarrhales; telles sont la dothiénenthérie et la rougeole dans lesquelles il y a une bronchite des mieux caractérisées. Or, je rappellerai que de l'aveu de tous les médecins, on cite les maladies précédentes comme ayant le grave inconvénient de se terminer souvent par la tuberculisation pulmonaire. Pourquoi? C'est, il me semble, parce qu'il y a un catarrhe dans ces différentes maladies.

Après le catarrhe, on doit citer d'autres phlegmasies thoraciques comme pouvant donner lieu aussi au développement des tubercules, je veux parler de la pneumonie et de la pleurésie. On me dira que ces deux phlegmasies sont des affections consécutives à la tuberculisation. C'est vrai pour certains cas. Mais souvent l'apparition de la pneumonie et de la pleurésie a lieu tout à coup comme celle du catarrhe, immédiatement après un refroidissement, et ce n'est qu'après un certain temps et au milieu d'une convalescence douteuse qu'apparaissent les symptômes qui trahissent la tuberculisation. Je dirai, pour l'avoir souvent observé, qu'il y a une proportion plus grande de tuberculisation après la pleurésie qu'après la pneumonie.

Citons encore dans cette revue l'hémoptysie comme une affection qui peut entraîner des tubercules à sa suite. Je m'empresse de reconnaître que dans la très-grande majorité des cas l'hémoptysie est un symptôme de tuberculisation pulmonaire, mais il y a des fois où il est impossible de ne pas voir que l'hémoptysie, ou plutôt la congestion sanguine qui la produit, est elle-même cause de tubercules. Voici entre autres faits deux observations qui démontrent la chose :

1° Une jeune fille bien portante, d'une belle constitution, qui n'avait jamais été malade et qui n'avait jamais toussé, éprouve pendant son époque menstruelle une émotion qui arrête immédiatement ses règles. Presque aussitôt elle éprouve de la dyspnée, puis, dans la soirée, elle est prise d'une hémoptysie abondante qui dure quelques jours, tout en diminuant d'intensité, et qui s'accompagne d'anorexie. Au bout de ce temps, cette jeune fille tousse et expectore un peu de muco-pus; en même temps l'amaigrissement survient et l'on constate bientôt tous les signes rationnels et physiques de la phthisie tuberculeuse.

2° Un jeune maçon, vigoureux et bien portant, faisait parade de ses forces à l'aide d'un exercice gymnastique qui consistait en ce que ce jeune homme, étant couché sur le dos et ayant saisi un lourd moëllon avec ses deux mains, il l'élevait et l'abaissait alternativement au-dessus de sa poitrine. Tout à coup ses forces le trahissent, et le moëllon lui tombe sur le sternum de la hauteur de quelques centimètres. Il éprouve à l'instant même un sentiment de douleur et d'oppression, puis bientôt il expectore du sang. Cette hémoptysie dure ainsi pendant quelques jours, puis, au bout d'un mois, on constate tous les signes rationnels et physiques d'une tuberculisation pulmonaire.

Il est impossible, dans une question semblable et après tout ce qui précède, de ne pas rappeler en terminant l'influence de la respiration de certaines poussières sur la production des tubercules. De cette manière on pourra mettre en comparaison l'influence tuberculigène des inflammations laryngo-bronchiques produites par les refroidissements avec celle des mêmes inflammations déterminées par les corps étrangers pulvérulents.

Les poussières nuisibles sont les poussières de coton, de laine, de crin, de plâtre, mais surtout celles d'émeri, de grès, de silice. Le polissage de l'acier fait périr de phthisie presque tous les ouvriers employés à Sheffield. Sur 2,500 d'entre eux, à peine 35 arrivent-ils à cinquante ans. Le docteur Knight a remarqué que pas un polisseur de fourchettes d'acier n'atteint sa *trente-sixième* année; le docteur Younk a observé que les tailleurs de grès de la carrière Waldshut succombent presque tous à la phthisie. (Michel Lévy, *Traité d'hygiène.*)

On voit par là que l'influence tuberculigène des laryngo-bronchites produites par les poussières délétères est bien plus active que celle des inflammations catarrhales produites par les refroidissements. Quand on considère que la totalité ou la grande majorité des ouvriers qui respirent des poussières malfaisantes contractent la phthisie, on se demande comment avec cela on peut persister dans l'hypothèse (car c'est une pure hypothèse) que le développement du tubercule est spontané. Pour continuer à soutenir que le développement des tubercules pulmonaires est primitif, spontané, et ne dépend que d'une disposition native de l'individu affecté, il faudrait démontrer: 1° que ceux qui respirent des poussières délétères et qui contractent la phthisie, ne doivent le développement de cette maladie qu'à leur nature essentiellement tuberculeuse, ou bien 2° que la maladie consomptive à laquelle succombe la masse des ouvriers qui ont respiré les poussières précitées n'est pas la phthisie tuberculeuse. Mais qu'est-ce qui voudrait se charger d'une semblable démonstration ?

J'admets que, parmi les ouvriers qui respirent des poussières délétères, il y en ait dont les constitutions, primivement saines et vigoureuses, luttent longtemps contre l'influence tuberculigène des poussières; mais à la fin ces constitutions fléchissent à leur tour devant l'intensité de cette maligne influence. Et l'on voit en fin de compte que des individus nombreux, à tempéraments différents, succombent tous ou presque tous plus ou moins tard à la tuberculisation des poussières.

Il résulte des considérations précédentes que l'immunité en fait de tuberculisation, qui est la loi chez ceux qui contractent des catarrhes par refroidissement, est au contraire l'exception minime chez ceux dont le catarrhe tient à la respiration des poussières. Cela prouve encore que la disposition ou la non disposition aux tubercules n'a rien d'absolu. Elle varie suivant l'intensité et la répétition de la cause qui a produit l'inflammation des voies respiratoires; et, par conséquent, il n'y a pas en dehors des causes dites occasionnelles une disposition fatale de l'individu qui le condamne ou le soustrait nécessairement par avance à la tuberculisation. Les phlegmasies catarrhales dues à la respiration des poussières sont très-puissantes pour amener à leur suite la tuberculisation, parce que chaque jour se répète la cause qui les a produites. Il en serait très-probablement de même des catarrhes dus au refroidissement, si chaque jour un nouveau refroidissement venait raviver l'inflammation catarrhale.

Ce qui fait que les partisans de l'hypothèse du développement spontané des tubercules ont conservé leurs opinions à ce

ce sujet, malgré les faits si positifs que je viens de signaler et de rappeler, c'est en partie parce qu'ils n'ont jamais voulu admettre qu'une inflammation ou une lésion qui n'a pas son siége précis dans le sommet des poumons puisse y provoquer la formation de tubercules.

Comment nous fera-t-on comprendre, disaient-ils, qu'une pleurésie partielle qui occupe la moitié inférieure du poumon puisse faire naître des tubercules dans le sommet du même poumon? Comment une pleurésie peut-elle donner lieu aux mêmes produits tuberculeux sur le poumon du côté opposé à celui où elle existe, ainsi qu'on en voit quelquefois des exemples? Comment, disaient-ils encore, une bronchite qui occupe surtout la partie inférieure des deux poumons, peut-elle développer des tubercules dans le sommet de ces organes? Comment enfin, me dira-t-on, le sommet de l'un ou de l'autre poumon peut-il être frappé d'une lésion tuberculeuse sous l'influence d'une laryngite ou d'une trachéite?

Si les faits que j'ai cités sont vrais, et il est impossible de les décliner, les arguments précédents n'ont pas l'importance qu'on leur a accordée.

En effet, pourquoi n'y aurait-il pas dans les organes respiratoires un état de solidarité, un *consensus* de réflexions nerveuses qui ferait sécréter le tubercule dans le sommet du poumon, sous l'influence pathogénique de toute lésion occupant un des points de l'appareil laryngo-pulmonaire; lésion pouvant même influencer et affecter de tubercules le poumon du côté opposé à celui sur lequel elle existe?

Du reste la toux est un symptôme commun à toutes les lésions de l'organe laryngo-pulmonaire; pourquoi la toux n'aurait-elle pas l'inconvénient de provoquer la formation de tubercules là où ils doivent se développer, c'est-à-dire sur le sommet du poumon?

Cette solidarité, qui englobe tout un appareil pour produire des lésions de tissu dans un point éloigné de celui où est le foyer excitateur de ces lésions, est une chose largement admise en pathologie. On sait qu'une laryngite ou une trachéite peut être produite par un refroidissement qui a agi, non sur la région cervicale, mais bien loin de là, sur les pieds; pourquoi la même laryngite ou trachéite ne provoquerait-elle pas à son tour des tubercules dans le sommet du poumon, bien qu'il y ait une certaine distance entre le siége des tubercules et celui de la phlegmasie provocatrice?

Est-ce que l'appareil oculaire n'est pas également solidaire, à ce point que lorsqu'un œil subit une lésion quelconque, on voit l'œil du côté opposé s'affecter également, bien qu'il n'ait subi aucune violence directe?

Et encore, pour en finir, ne sait-on pas qu'un des dangers du cathétérisme est que le contact de la sonde puisse provoquer la formation d'une phlegmasie purulente, non sur le canal lui-même, la vessie ou les uretères, mais le plus haut possible dans l'appareil urinaire, sur le rein lui-même? On me dira que ce résultat fort grave n'arrive pas toutes les fois qu'on sonde un malade. C'est vrai. Mais il y a à cette lésion rénale provoquée loin du point d'excitation une disposition, comme il y en a une pour que l'individu qui s'est enrhumé soit affecté de tubercules dans le sommet du poumon.

La conséquence de tout ce qui précède est que la tuberculisation se montre comme lésion secondaire, et consécutive aux différentes lésions de l'appareil laryngo-pulmonaire. C'est une terminaison qu'on doit toujours craindre quand les organes respiratoires sont primitivement affectés, surtout d'une phlegmasie aiguë ou chronique.

EXPÉRIENCES PHYSIOLOGIQUES SUR LA DÉGLUTITION,

faites au moyen de l'auto-laryngoscopie,

Par M. le Dr H. Guinier.

L'auto-laryngoscopie m'a démontré, et je fais voir très-facilement sur moi-même (1) que, dans le mouvement successif et décomposé de la déglutition, le bol alimentaire passe directement, sans renversement préalable de l'épiglotte, sur le plancher formé par la contraction de la glotte.

De même, les liquides employés sous forme de gargarisme séjournent au-dessous de l'épiglotte et sont en contact direct avec les replis muqueux intra-laryngiens et les cordes vocales.

D'où il suit que la simple contraction des cordes vocales suffit pour s'opposer au passage des corps étrangers dans la trachée. Cette contraction est d'ailleurs automatique et liée par action réflexe à la sensation produite par le contact du corps étranger sur la muqueuse des régions sus-glottiques et en particulier de l'épiglotte, qui jouerait le rôle d'organe sensitif spécial.

DU QUINOÏDE ARMAND.

Si l'apiol a dévié, dans son action thérapeutique, de la voie antipériodique que lui avaient primitivement tracée son père, le regretté docteur Joret, et son parrain, notre savant confrère M. Homolle, saluons dans le principe actif et amer du *Berberis vulgaris* un concurrent peut-être terrible de l'écorce du Pérou.

Tout amateur des bois, des haies et des sentiers fleuris connaît le *vinetier* (*Berberis vulgaris* L.), joli arbrisseau avec son écorce d'un blanc cendré, son feuillage d'un vert gai, sa tige armée d'épines, ses belles grappes de fleurs et ses baies vermeilles, poussant spontanément dans presque toute la France. Cette plante est encore bien connue par l'admirable disposition de ses *anthères* et par l'exquise sensibilité de ses *filets*, que la moindre piqûre excite à se contracter et à se grouper en faisceau.

Les feuilles nouvelles sont très-recherchées des bestiaux.

Mais voici un industrieux et patient chimiste, M. Armand, qui, s'appuyant sur de fugaces renseignements fournis par l'antiquité, sur l'autorité d'un nom médical lyonnais justement estimé, qui s'est occupé depuis 1843 de la recherche du principe actif de cette plante et sur de nombreuses observations prises à Paris dans un grand centre nosocomial, dans le midi de la France, à Alger et ailleurs, vient nous vanter le principe actif de cette plante, comme un véritable succédané du quinquina... sans avoir certains inconvénients de la célèbre écorce.

Le nouvel agent thérapeutique est maintenant offert au monde médical sous la forme d'alcoolé, de dragées, de pilules, de vin, d'élixir, sous le nom de *Quinoïde Armand*. Il a de puissants parrains : M. Piorry l'a expérimenté plus de trois ans à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, et il reconnaît que son action est au moins égale à celle du sulfate et même de l'alcoolé de quinine, et qu'il ne détermine pas les phénomènes cérébraux que produisent les préparations de quinine soluble données à haute dose. La rate malade et la fièvre ont été guéries aussi promptement et sûrement que par le sel quinique.

M. Vincent, médecin de l'hôpital du Dey, à Alger; M. Payn, chef de service à la maison centrale de Lorhac; MM. Bibroch, Decaisne, Fleugel, Bosée, Letour, Crainer, Bourdoncle, Berthet, etc., ont aussi expérimenté le *Quinoïde Armand* et s'en sont très-bien trouvés.

Il faut qu'il y ait du vrai dans ce concours d'hommes convaincus, et nous engageons très-fortement nos confrères pratiquant dans des contrées paludéennes, où les fièvres d'accès sont à l'ordre du jour, d'expérimenter le médicament. Quand on songe au prix énorme du sulfate de quinine, et au tribut considérable que l'écorce américaine nous fait payer tous les ans à l'étranger, il est du devoir du médecin d'essayer un agent qui se place déjà sous un tel patronage, et qui pourrait combler cette lacune ouverte depuis déjà si longtemps : *Donnez-moi un fébrifuge aussi puissant que le quinquina, mais moins cher et plus commun que le quinquina;* ou, suivant les expressions de M. Bussy : *Donnez-nous un produit organique ou autre qui puisse, sinon remplacer complétement le quinquina, du moins le suppléer, de manière à en réduire beaucoup la consommation.*

Je déclare, pour mon propre compte, que depuis que je sais que le quinoïde Armand est facile à se procurer dans presque toutes les pharmacies de Paris, je l'emploie depuis plusieurs mois dans tous les cas où les préparations quiniques sont indiquées, et que les résultats que j'ai déjà obtenus me conduisent à répéter son application; ce n'est pas que les occasions soient communes à Paris de rencontrer des fièvres purement intermittentes. Mais il est une foule de désordres morbides, à forme périodique plus ou moins accentuée, qui trouvent dans le quinoïde Armand une médication importante. Telles sont : les névralgies, les névroses intestinales, l'atonie de l'estomac, la dyspepsie, les périodes de convalescence dans certaines fièvres typhoïdes, les fièvres éphémères à type intermittent, et qui sont liées plutôt à des influences météorologiques qu'au miasme paludéen, les fièvres puerpérales légères et tant d'autres troubles fonctionnels dans lesquels nous voyons tous les jours le quinquina produire les meilleurs effets, et qui se trouveraient aussi bien de l'usage du quinoïde, sans engendrer cette ivresse quinique qui a bien ses inconvénients.

Essayez donc, chers confrères, le quinoïde Armand, et venez nous dire ici ce qu'il a produit dans vos mains honnêtes et expérimentées.

Dr A. Chéreau.

DU SIÉGE DES COMBUSTIONS RESPIRATOIRES,

recherches expérimentales,

Par MM. Estor et Saintpierre.

1. L'opinion qui règne aujourd'hui dans la science veut que les combustions respiratoires se passent dans les capillaires généraux, ou plus spécialement dans les capillaires des muscles. Certains ont même admis qu'elles avaient lieu dans la molécule des tissus. Dans le travail dont nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui le résumé et les conclusions, nous nous proposons de démontrer que l'oxygène absorbé dans le poumon est employé à produire des oxydations qui ont lieu dans tout le torrent circulatoire; que ces oxydations sont même très-actives dans le système artériel; que le système des capillaires généraux, et particulièrement celui des capillaires musculaires, ne favorisent les combustions respiratoires qu'en retardant la marche du sang. Nous insistons sur ces faits que l'acide carbonique n'est que le dernier terme des combustions respiratoires, plus complexes qu'on ne l'admet généralement; qu'il n'y a, à proprement parler, ni sang artériel, ni sang veineux, mais un seul et même liquide dans un état de mutations progressives depuis le poumon jusqu'au poumon.

2. D'après un grand nombre d'expériences sur les gaz du sang, nous calculons les variations de l'oxygène dans le sang artériel.

	Pour 100.
Artère carotide	21,06
Artère rénale	18,22
Artère splénique.	14,38
Artère crurale.	7,62

Ces chiffres nous démontrent que du cœur aux membres le sang artériel s'appauvrit plus en oxygène qu'en traversant les capillaires.

3. Nous démontrons par l'expérience que l'absorption de l'oxygène par un muscle détaché du corps est une propriété générale des tissus aussi manifeste dans les glandes que dans les muscles, et sans relation avec les combustions proprement respiratoires.

4. Nos expériences nous apprennent encore que les capillaires musculaires n'augmentent la vénosité du sang qu'en retardant sa marche.

5. L'étude chimique des combustions respiratoires nous amène à les diviser en quatre classes : 1° oxydations directes par simple fixation d'oxygène; 2° oxydations directes causes de dédoublements; 3° oxydations indirectes suites de dédoublements; 4° oxydations complètes et résolution des composés en éléments ultimes, eau et acide carbonique.

6. Dans le système artériel, les oxydations sont directes, ou indirectes suite de dédoublements. Dans les systèmes capillaire et veineux elles sont complètes jusqu'à la destruction des composés. . . . .

7. Dans les tissus, les phénomènes chimiques les plus fréquents sont des dédoublements dont les résultats sont quelquefois des oxydations. Dans le sang, au contraire, les oxydations précèdent généralement les dédoublements.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 mai 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Manouvrier (de Valenciennes), Palanchon (de Cuisery), Guillemot (de Louhans);

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Loir-et-Cher et dans l'arrondissement de Pau (Commission des épidémies.)

3° Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie), par M. le docteur Billout; d'Audinac (Ariége), par M. le docteur Dehoey; de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur de Lagarde; de Barbottaut et de Castera-Verduzan (Gers), par MM. les docteurs Peyrecave et Matet, et de l'établissement thermal militaire de Bourbonne, par M. le docteur Cabrol. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une étude sur l'opération césarienne et le sacrifice de l'enfant, par M. le docteur Dambre. (Commissaires : MM. Danyau et Jacquemier.)

2° Un rapport sur le service médical des bains de mer de Villers (Calvados), par M. le docteur Foubert. (Commission des eaux minérales.)

3° Un rapport de vaccinations, par M. le docteur Arsonneau (de Mirambeau).

4° Une note de M. le docteur Schnepf sur le traitement efficace des affections catarrhales, de la phthisie et des consomptions en général par le galazyme (lait en fermentation).

5° Une note rectificative de M. le docteur Pélikan concernant l'article publié par le journal français de Saint-Pétersbourg sur l'épidémie de fièvre récurrente. (Commission déjà nommée.)

— **M. Mêlier** présente une brochure intitulée : *Études expérimentales sur le dégagement d'électricité dans les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon*, par M. le docteur Lambron.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Goffres, un travail intitulé : *Considérations historiques, hygiéniques et médicales sur le camp de Châlons;*

Et, au nom de MM. les docteurs Baroffio (Félice) et Mantelli (Nicole), un recueil synthétique des lois, décrets et règlements sur le personnel du service sanitaire militaire en Italie.

— **M. Régnault** dépose sur le bureau, au nom de M. Félix Achard, un travail sur la réforme des hôpitaux par la ventilation renversée.

— **M. Depaul** présente, au nom de M. le docteur Dumoulin, un travail sur l'action reconstituante des eaux de Salins.

— **M. le Président** informe l'Académie qu'elle aura à procéder dans la prochaine séance à l'élection d'un trésorier.

LECTURE.

Extirpation du bras et de l'épaule. — M. le docteur **Niepce** lit une observation ayant pour titre : *Extirpation du bras, de la clavicule et de l'omoplate gauche.*

Il s'agit d'un homme âgé de trente-deux ans, qui avait eu le bras gauche arraché par l'engrenage d'une roue dans la scierie de marbres de Saint-Léger. L'humérus était broyé à sa partie supérieure et l'articulation largement ouverte, la clavicule et l'omoplate brisées en plusieurs fragments. M. Niepce procéda immédiatement, avec l'aide de MM. les docteurs Burdel (de Tramage) et Bouchard (de Dompierre-les-Ormes), à l'extirpation complète de l'épaule. Le malade guérit sans accident consécutif. L'opération a été pratiquée le 17 décembre 1860. (Commissaires : MM. Larrey et Gosselin.)

RAPPORT.

Spéculum laryngien. — **M. Ch. Robin**, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Trousseau et Gosselin, lit un rapport officiel sur l'emploi du spéculum laryngien de M. le docteur de Labordette (de Lisieux).

Cet instrument, dit M. le rapporteur, d'une introduction facile, est supporté sans nausées par le plus grand nombre des sujets. Il permet d'examiner aisément l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, l'ouverture supérieure du larynx, les portions de l'arrière-gorge placées à ce niveau et l'état de ces parties soit directement, soit dans le miroir dont sont munis certains modèles du spéculum laryngien. Il facilite par suite l'introduction des instruments destinés à agir sur ces organes, et il rend particulièrement sûr et rapide le cathétérisme de la trachée en permettant à l'œil de suivre l'extrémité de la sonde jusque dans l'orifice supérieur du larynx; il peut par conséquent être utile dans l'administration des secours à donner aux noyés et asphyxiés.

La commission propose, en conséquence, d'adresser le présent rapport à M. le ministre des travaux publics, en réponse à sa demande concernant l'avis de l'Académie sur le mérite de cet instrument. (Adopté.)

(1) Toutes les expériences afférentes à ces propositions ont été faites par le docteur Guinier, le 22 avril 1865, d'abord publiquement à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau; et en second lieu, en présence des membres de la Société de biologie, dans sa séance du samedi 22 avril 1865.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Gubler.

En deuxième ligne, M. Guéneau de Mussy.

En troisième ligne, M. Hardy.

En quatrième ligne, M. Boinet.

Le nombre de membres votants est de 77, majorité 39.

Au premier tour de scrutin, M. Gubler obtient.	55 voix.
M. Guéneau de Mussy.	12
M. Hardy	8
M. Boinet	1
Billet blanc	1
	77

M. Gubler, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu. Son élection sera soumise à l'approbation de l'empereur.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir proclamé le résultat du scrutin, ajoute qu'il est heureux d'annoncer à l'Académie que cette élection porte le nombre de ses membres titulaires actuels à 100. L'Académie est par conséquent au grand complet.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. Bouillaud est appelé à la tribune pour terminer l'argumentation commencée dans l'avant-dernière séance.

Discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. BOUILLAUD déclare qu'il est rappelé sur le terrain de la discussion, ou, comme il le dit, sur le champ de bataille par la résistance de M. Trousseau. M. Trousseau a parlé de faits sur lesquels il s'était appuyé pour ne pas adopter la doctrine de la localisation du sens de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau. Ces faits ne sont pas probants. Qu'y voit-on, en effet? Dans l'un, il s'agit d'un abcès traumatique du lobe moyen sans aphasie. Il n'y a rien là qui aille contre la doctrine. Dans un second, il y a eu destruction complète du lobe frontal droit, par ramollissement cérébral, suite de thrombose, avec hémiplégie et conservation de la parole; c'est le renversement de toutes les observations connues. Dans un troisième fait, il y a eu, dit-on, aphémie et paralysie de la sensibilité du côté droit; mais ces symptômes disparaissent plusieurs jours avant la mort, et à l'autopsie on trouve les lobes antérieurs sains et une lésion dans les lobes postérieurs. Est-ce là un fait sérieux et que l'on puisse donner comme étant en contradiction avec la doctrine? Le quatrième fait est celui que M. Trousseau a dit tenir de M. Vulpian. Mais ce fait n'a pas été encore publié, M. Vulpian se propose de le publier, et ce ne sera qu'alors seulement qu'on pourra juger de sa valeur.

Voilà à quoi se réduit la statistique des faits contradictoires de M. Trousseau.

Qu'on veuille bien mettre en regard de cette statistique celle des faits qui sont en faveur de la doctrine. En 1846, lors de la présentation de mon troisième Mémoire à l'Académie, dit M. Bouillaud, j'avais réuni de 7 à 800 observations prises indistinctement dans tous les auteurs qui se sont occupés des maladies du cerveau, et sur ce nombre il y en avait 85 dans lesquelles il y avait eu abolition plus ou moins complète de la parole avec lésion de l'une des portions des lobes antérieurs du cerveau. Depuis lors j'ai fait une nouvelle statistique de 47 observations, dont 29 présentent la même coïncidence. Ces 29 cas réunis aux 85 dont il vient d'être question forment un total de 114 cas de lésion des lobes antérieurs du cerveau avec altération de la parole.

Ici M. Bouillaud énumère ces faits et rapporte l'histoire des deux ou trois cas les plus récents et qui offrent un intérêt plus particulier.

Que répondre, ajoute-t-il, à ces cas-là? On voit qu'en définitive le Waterloo de la doctrine n'est pas encore arrivé, et qu'elle n'a ni à se rendre ni à mourir.

M. Bouillaud aborde ensuite le point de vue psychologique de la question, et tout en exprimant le regret qu'ici encore M. Trousseau ne lui ait pas donné l'appui de son talent et de son éloquence, il n'en espère pas moins pour cela que sa cause sera gagnée. M. Trousseau n'a pas compris ou n'a pas voulu comprendre les distinctions essentielles établies dès longtemps entre les divers éléments de cette question, et il a persisté à voir une perturbation ou un affaiblissement de l'entendement tout entier là où les faits démontrent de la manière la plus évidente qu'il existe une lésion circonscrite, un trouble borné à la seule faculté de la parole, avec intégrité de toutes les autres facultés intellectuelles.

Après quelques considérations sur le point de vue métaphysique de la question, M. Bouillaud termine et résume toute son argumentation dans les propositions suivantes, que nous reproduisons textuellement :

1° Puisque, M. Lélut excepté, tout le monde reconnaît que la faculté de la parole est une faculté *spéciale* et *déterminée*, le principal argument de notre savant collègue contre l'*organologie phrénologique* est victorieusement réfuté;

2° Puisque cette faculté *spéciale* de la parole existe bien, il faut nécessairement qu'elle ait dans le cerveau, l'instrument de toutes les facultés intellectuelles et morales, un siége *spécial;*

3° Puisque des observations *suffisamment nombreuses*, et *bien pesées*, ont démontré que les lésions de la faculté *spéciale* de la parole, produites par des lésions du cerveau, ont constamment lieu dans les lobes ou lobules antérieurs de cet organe, et que cette faculté persiste, lorsque les lésions du cerveau occupent *exclusivement* les deux autres lobes ou lobules de cet organe, il s'ensuit de la manière la plus nécessaire que le siége *spécial* de la faculté *spéciale* de la parole existe dans les lobes ou lobules antérieurs du cerveau.

Une conséquence, un corollaire des trois propositions précédentes, c'est que le *siége* de M. Lélut, quelque bien *fait* qu'il ait été, est et demeure renversé de fond en comble;

4° La simultanéité assez commune des lésions de la faculté de la parole avec les lésions des facultés d'*écrire* et de *lire*, nous invite et nous autorise à penser que le siége du principe de ces deux facultés doit être *proche voisin* de celui du principe de la parole.

C'est là, d'ailleurs, un intéressant sujet de recherches cliniques sur lequel nous appelons toute l'attention des bons observateurs.

On dira peut-être qu'on a rappporté des observations contradictoires à celles sur lesquelles repose la démonstration de notre localisation. Oui, sans doute, on a rapporté de telles observations; mais nous les avons discutées, *pesées*, et nous avons reconnu que nulle d'entre elles ne réunissait les conditions que réclame une observation *bien faite*.

Depuis près de vingt ans, nous avons promis un prix de 500 fr. à l'auteur d'une observation de cette dernière espèce, et nul concurrent ne s'est encore présenté.

Que nos adversaires, de leur côté, proposent un prix de 500 fr. à l'auteur d'une observation *bien faite* de lésion de la faculté spéciale de la parole avec une lésion du cerveau portant exclusivement sur les lobules antérieurs de cet organe, et nous leur prédisons qu'ils n'attendront pas vingt ans pour qu'il se présente un ou plusieurs concurrents.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 9 mai 1865 ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Bonaccorsi, médecin-major de 1re classe à l'hôpital de Bastia.

Au grade de chevalier. — M. Bonnet-Large, vétérinaire en 2e au 12e régiment d'artillerie.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 mai.

Ordre du jour. — M. Giraud-Teulon : Communication sur le strabisme et les opérations qu'il réclame.

— La Société médicale d'observation, présidée par M. le professeur Béhier, vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1865-66.

Ont été élus : M. Dujardin-Beaumetz, vice-président; M. Paul Topinard, secrétaire, et M. Cornil, vice-secrétaire trésorier.

— M. Assézat commence chez Frédéric Henry, galerie d'Orléans, la réimpression d'une série d'ouvrages curieux et peu communs réunis sous ce titre général : *Singularités physiologiques.* Chacun de ces volumes, du prix de 3 fr., tiré à petit nombre sur beau papier vergé, avec titre rouge et noir, sera accompagné d'une introduction et de notes. Le premier volume, la *Lucina sine concubitu*, de Johnson, est en vente. L'éditeur examine surtout les idées de l'auteur anglais dans leurs rapports avec la question des générations spontanées, et avec celle des esprits incubes, sans négliger la partie bibliographique de son sujet, à laquelle il apporte des faits nouveaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Grand dictionnaire universel du XIXe siècle, comprenant les divisions suivantes : 1° Langue française; — 2° Histoire; — 3° Géographie; — 4° Biographie; — 5° Mythologie; — 6° Types et personnages littéraires (partie neuve); — 7° Bibliographie (partie neuve); — 8° Anthologie littéraire (partie neuve); — 9° Beaux-arts (partie neuve); — 10° Sciences; — par M. Pierre LAROUSSE. Paris, 1865, Larousse et Boyer, libraires-éditeurs, rue Saint-André-des-Arts, 49. — Le grand dictionnaire paraît par fascicules de 40 pages in-4°; chaque fascicule renferme la matière de 2 volumes in-8° de chacun 400 pages; les fascicules paraissaient d'abord de mois en mois; aujourd'hui ils paraissent tous les 25 jours; bientôt ils paraîtront de 20 en 20 jours, puis de 15 en 15 jours; enfin la dernière année de la publication, un fascicule sera mis en vente chaque semaine; en sorte que, de toutes les *Encyclopédies*, depuis le monument élevé par Diderot jusqu'au lexique de M. Littré, le *Grand Dictionnaire du XIXe siècle* est l'œuvre littéraire qui aura mis le moins de temps à parcourir son cycle de publication. Prix de chaque fascicule, 1 fr. — Aujourd'hui, dix-sept fascicules sont en vente. On peut souscrire à forfait, c'est-à-dire à l'ouvrage complet, qui aura au moins 200 fascicules, en adressant à M. P. LAROUSSE deux billets à ordre de chacun 75 fr. à 6 et à 12 mois. On bénéficie ainsi d'une remise de 50 fr., 25 %. Ceux qui possèdent déjà des fascicules défalqueront de la somme de 150 francs autant de francs qu'ils ont de fascicules.

Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations, par le docteur Charles FERNET, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50.

Critique médicale : le Vitalisme et l'Organicisme, par le docteur MONTANIER. In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Ces deux ouvrages se trouvent à Paris chez P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 60. — SAMEDI 20 MAI 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 20 MAI 1865. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cysticerques chez l'homme. — Mort.

Les cysticerques, vers vésiculaires, graine de ladrerie, qui, comme on sait, sont assez communs chez le porc, sont la larve du ténia qui, avant d'arriver à son entier développement passe par une série de métamorphoses. Voilà en quelques mots ce qui se passe : les derniers anneaux du ténia, chargés d'œufs fécondés se détachent du reste du ver et donnent naissance à de jeunes embryons qui ne sortent de leur coque que lorsqu'ils ont été évacués par les selles et avalés de nouveau. Parvenus dans l'estomac, l'enveloppe s'ouvre et les jeunes embryons arrivent dans les diverses parties du corps où ils se transforment en cysticerques. Il faut donc que les œufs produits par le ténia aient été avalés pour se métamorphoser en cysticerques, et pour que le cysticerque devienne ténia il faut qu'il ait été mangé avec la chair qui le contient.

On comprend, d'après cet exposé, que si le ténia est assez commun chez l'homme, il ne peut en être de même des cysticerques, car il faudrait dans ce cas ingérer des anneaux de ténia. Aussi les faits de ce genre sont-ils très-rares, et c'est ce qui nous a engagé à publier l'observation suivante qu'a bien voulu nous communiquer M. E. Onimus :

Le nommé B... âgé de trente-deux ans, gendarme de la garde, entre le 6 juin dernier dans le service de M. Godelier, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Depuis sept jours il se plaint de malaises, d'inappétence, de maux de tête. Ces symptômes, traités d'abord comme un embarras gastrique, font croire, en s'aggravant, à une fièvre typhoïde pernicieuse. Il n'y a point de fièvre (52 pulsations); langue blanche, chargée, douleurs à l'épigastre, éructations nombreuses, nausées, vomissements de matières jaunes; pas de diarrhée, pas de gargouillement ni de douleur à la fosse iliaque droite, pas d'éruptions sur l'abdomen; rien du côté des voies respiratoires. Le malade répond difficilement aux questions qu'on lui adresse; on dirait qu'il a perdu toute mémoire, il commence à parler, puis il retombe aussitôt dans une somnolence complète. De temps en temps il sort de cet état d'assoupissement pour s'agiter dans son lit. Il se plaint de violents maux de têtes et de bourdonnements d'oreilles.

On prescrit : sangsues, calomel, vésicatoire, glace sur la tête.

Le 7 juin, le pouls est toujours peu fréquent (58 pulsations); le malade est encore dans le même état de coma, il ne répond presque plus aux questions, il tire néanmoins la langue lorsqu'on le lui demande. Il a arraché le vésicatoire qu'on lui avait mis sur la tête.

Le 8 juin, il y a un peu moins d'hébétude, le malade se plaint toujours de maux de tête. Les selles sont involontaires; pouls à 62. L'absence de fièvre, les maux de tête, le coma font croire à une méningite.

Les jours suivants le coma augmente; le malade reste presque immobile dans son lit, ne fait plus aucune réponse; il fait parfois des efforts pour parler; le regard est fixe, la respiration devient ronflante, suspirieuse, de temps en temps il gonfle ses joues et fait comme s'il soufflait sur un objet; il laisse entendre des gémissements sourds; ses yeux s'injectent; le pouls est petit, la langue est chargée, fuligineuse. Il meurt le 13 juin.

Il serait peut-être curieux de rapprocher ici de cette description les symptômes observés chez le porc ladre : « Les yeux, dit M. Davaine, sont ternes, la membrane buccale est blafarde, quelquefois parsemée de taches violettes; le pouls est petit et inégal, la respiration ralentie, l'air expiré fade. (Davaine, *Des maladies parasitaires*, p. 625.) »

A l'autopsie, on ne remarque rien de particulier aux membranes du cerveau, la dure-mère n'est ni injectée ni soulevée. On trouve près de la scissure de Sylvius de petits grains blancs et en même temps deux petites vésicules que l'on reconnaît être des cysticerques; on en rencontre encore trois autres près des veines choroïdiennes et une tout à fait en arrière, à la base du cerveau. Les vésicules sont revêtues par une membrane mince de tissu cellulaire. Les muscles sont farcis de cysticerques dans les espaces interfibrillaires, tant le cœur que les muscles du tronc et des membres. (Ordinairement c'est surtout dans le cœur qu'on trouve les cysticerques.)

Dix-sept de ces cysticerques ont été donnés à deux jeunes chats nourris avec du lait. Ceux-ci ont été tués vingt jours après, et l'on n'a rien trouvé dans les intestins, ni cysticerques plus ou moins développés, ni ténias en voie de formation. L'alimentation est-elle la cause de l'évacuation des cysticerques ingérés? ou bien le ténia ne peut-il se développer chez le chat? Quoiqu'il en soit, de ce qu'on n'a rien trouvé dans les intestins de ces deux chats, on n'en peut conclure que les vésicules trouvées dans les muscles et dans le cerveau n'étaient pas des cysticerques, car à la vue simple toute erreur est facile, et pour plus de certitude on en a fait l'inspection microscopique.

Nous terminerons en faisant une remarque qui nous a été suggérée et par cette observation et par celles qu'a recueillies M. Davaine, c'est que chacun des parasites que l'on rencontre chez l'homme a, pour ainsi dire, son terrain spécial. Ainsi, les hydatides sont communes dans le foie, le poumon; les cysticerques dans le tissu cellulaire intermusculaire, dans les membranes du cerveau; les trichines ne se rencontrent dans aucune de ces parties, on ne les trouve que dans la fibre musculaire. Ces différents tissus, tissu glandulaire, cellulaire ou musculaire ont donc chacun leurs parasites propres.

Statistiques des plaies et opérations pendant la guerre de Crimée.

Des hôpitaux ont été installés, à Constantinople et dans les environs, sur le territoire turc, destinés à recevoir les malades et les blessés qui étaient évacués des ambulances de la Crimée. Ils ont été établis à la hâte, sur des terrains qui semblaient les plus propices. Ces hôpitaux contenaient un nombre variable de lits, et on peut les ranger en cinq classes : en hôpitaux de 1,500 lits et au-dessus, de 1,000 et au-dessus, de 600 et au-dessus, de 400 et au-dessus, et de 300 et au-dessus.

Au moment de la récente discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, on s'est fort préoccupé de l'influence du nombre des lits d'un hôpital sur la mortalité, et l'on a été presque unanimement d'accord sur la nécessité de substituer autant que possible les petits hôpitaux aux grands.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner quelle a été la mortalité dans les hôpitaux de l'armée, et on pourra en tirer quelques utiles déductions. Les malades qui ont été reçus dans ces hôpitaux étaient des blessés évacués des champs de bataille, des typhiques ou des fiévreux. Ce sont là les catégories les plus nombreuses; quelques maladies syphilitiques, des congélations et des dyssenteries constituaient le reste des maladies observées en assez grand nombre pour être comptées.

Les hôpitaux, remplis de soldats atteints de ces maladies, ont présenté des variations dans le chiffre de la mortalité.

Les hôpitaux de plus de 1,500 lits, tels que l'hôpital de Péra, celui de Gulhané, ont perdu 10,822 malades sur 64,965 entrés, c'est-à-dire environ 16 et demi pour 100.

Les hôpitaux de plus de 1,000 lits, comme l'hôpital de Daoud-Pacha, de l'Université de Ramichiflick n° 1, ont perdu 7,043 malades sur 70,067 entrés, c'est-à-dire environ 10 pour 100.

Les hôpitaux de plus de 600 lits, l'hôpital de Varna et celui de Dolma-Bagtché, sur 14,919 entrés, ont eu 2,819 morts, ou 18 pour 100 de décès.

Les hôpitaux de plus de 400 lits, hôpitaux de Maltepé, Nagara et de l'École militaire, n'ont eu une mortalité que de 14 pour 100 : 29,421 entrés, 4,157 morts.

Enfin, les petits hôpitaux de Kanlidgé, Kalchi et de l'École militaire ont offert une mortalité de 18 pour 100 : 6,123 entrés, 1,159 morts.

Voilà des chiffres bien contradictoires, et, à ne prendre que ces documents, on arriverait à une conclusion opposée à celle de la Société de chirurgie. Mais il y a quelques explications que le livre de M. Chenu nous permet de donner.

Ainsi, pour la série des hôpitaux de 1,000 lits et au-dessus, nous voyons que trois des hôpitaux n'avaient été ouverts que vers le milieu de 1855, et l'un d'eux n'avait reçu de malades qu'en 1856. Ce dernier, en particulier, n'avait reçu pour ainsi dire que des convalescents, et il n'avait perdu que 48 malades sur 1,064.

Les hôpitaux de Maslak, du Champ de manœuvre et de l'Université n'avaient point reçu de malades atteints de typhus en 1855, tandis que les autres hôpitaux en avaient été encombrés. Ce fait peut expliquer la diminution de la mortalité. Ajoutons encore que ces hôpitaux n'ont point reçu de malades au moment du grand choléra du mois de juin 1855.

C'est aux malades de ce genre que doit être attribuée l'élévation du chiffre de la mortalité des hôpitaux de 600, 400 et

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils (1) *par le docteur* CH. SÉDILLOT, *médecin inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire de Strasbourg.*

M. Sédillot fait paraître en ce moment une nouvelle édition de son *Traité de médecine opératoire*. Le premier volume est en vente; le second est sous presse. L'ouvrage du professeur de Strasbourg étant depuis longtemps déjà un livre classique, bien connu de tous ceux qui pratiquent la chirurgie, ou qui s'intéressent aux progrès de cette science, il serait superflu d'en donner ici une analyse. Tout au plus pouvons-nous nous permettre, en annonçant la publication de la nouvelle édition, de signaler les modifications et les additions que l'auteur a cru devoir apporter dans la réimpression de son œuvre.

Les changements sont assez nombreux. Ils étaient nécessaires pour consigner les innovations plus ou moins importantes qui se sont produites pendant la période de dix années écoulées depuis la deuxième édition.

Il en résulte que plusieurs paragraphes ont été remaniés, et, par là même, ont acquis une physionomie presque nouvelle. Ainsi constituée, cette troisième édition joint au mérite d'un traité didactique complet de médecine opératoire l'avantage de présenter un résumé des recherches et des opinions de l'éminent professeur. A ce titre, elle ne manquera pas d'être accueillie avec intérêt par le public médical. M. Sédillot, en effet, occupe depuis longtemps un rang honorable parmi ceux qui se tiennent à la tête du mouvement scientifique; il a pris une part active aux divers perfectionnements introduits dans la chirurgie opératoire depuis trente ans, et ses opinions exercent dans la science une influence et une autorité incontestées, que peu de chirurgiens ont acquises par une pratique plus étendue, un enseignement mieux suivi et des travaux plus importants et plus nombreux. Qu'on jette un coup d'œil sur la liste des principaux ouvrages de l'auteur, et l'on reconnaîtra qu'il n'y a guère de points dans l'art chirurgical où M. Sédillot n'ait porté ses investigations, n'ait cherché à réaliser un progrès. — Procédés opératoires, observations cliniques, études anatomo-pathologiques et physiologiques, recherches expérimentales, etc., tels sont les fruits de ce long et incessant labeur. Ils sont un témoignage puissant de l'activité et de l'ardeur scientifique qui ne cessent d'animer M. Sédillot, malgré les exigences multiples de la position élevée qu'il occupe.

Dans l'étude de la médecine opératoire, il ne suffit pas de connaître les diverses méthodes et les procédés d'exécution. Ce qui est plus difficile, et précisément ce que cherche celui qui n'est pas à même de se rendre compte par lui-même, c'est une appréciation judicieuse de la valeur réelle des modifications proposées. Le livre de M. Sédillot renferme tout ce qu'il faut pour satisfaire à cet égard le praticien qui le consulte; et nous ajouterons que l'habileté bien connue de l'opérateur et la grande expérience du clinicien sont de sûrs garants de la validité des jugements et des préceptes donnés par l'auteur. — Sous ce rapport, l'ouvrage de M. Sédillot diffère essentiellement des nombreux traités que nous possédons aujourd'hui sur la matière. Ce n'est pas seulement un manuel d'amphithéâtre, ni un résumé pur et simple des méthodes et procédés opératoires les plus usités, sans autre appréciation que celle fournie par la statistique des résultats définitifs. On n'y trouve pas non plus cette agglomération de documents historiques et critiques, d'observations cliniques, etc., qui jette de la confusion dans les descriptions et leur donne une étendue démesurée.

M. Sédillot a su éviter ces différents écueils et renfermer les principaux éléments de la médecine opératoire dans un cadre suffisamment complet, tout en donnant à chaque description des proportions convenables et en rapport avec l'importance du sujet.

Ce qui distingue surtout le traité de M. Sédillot, et qui lui donne un caractère personnel bien accentué, c'est que les procédés opératoires et leur appréciation sont toujours envisagés au point de vue de leur application clinique. Partout, on sent le clinicien habile, le professeur exercé à la pratique, qui a observé et qui juge. On voit que la plupart des procédés décrits ont été essayés et comparés, et que les motifs de la préférence de l'auteur s'appuient sur des indications mûrement pesées et des résultats fournis par l'expérience. Parfois même, le clinicien devance l'opérateur et signale les désiderata que l'art doit chercher à combler pour remplir convenablement une indication aujourd'hui impossible à réaliser, faute de moyens mécaniques suffisants. Mais la partie la plus originale du livre de M. Sédillot, celle par laquelle il révèle le mieux son utilité pratique, et par la-

(1) 3e édition avec figures. Deux volumes grand in-8°; prix : 18 fr. — Strasbourg, Treuttel et Wurtz. Paris, J.-B. Baillière, etc.

300 lits. L'hôpital de Varna et celui de Nagara ont été encombrés de cholériques; il en a été de même de l'hôpital de Kanlidgé. Enfin, parmi les petits hôpitaux dont la mortalité a été de 18 pour 100, on trouve que celui de l'École préparatoire n'avait presque que des blessés, et on conçoit alors pourquoi le nombre des morts a été aussi élevé.

Certes, la question de la supériorité des petits hôpitaux sur les grands ne tire point de la statistique précédente un éclaircissement absolu, mais elle n'est point obscurcie de nouveau, et c'est déjà quelque chose.

Il resterait encore à étudier ici les ambulances, mais nous laissons ce soin à ceux qui ont vu par eux-mêmes comment elles étaient installées et ce qu'elles pouvaient laisser à désirer.

Nous croyons aussi que le travail si important de M. Chenu prêterait à des considérations détaillées si l'on étudiait les sommaires d'observations accumulées dans le rapport de notre distingué confrère du Val-de-Grâce. Ce serait là un grand travail, difficile et peut-être ennuyeux pour nos lecteurs, et nous les renverrons aux livres de nos chirurgiens d'armée. Une opinion fondée sur les faits observés en Crimée ou en Italie les a inspirés et enrichis des détails qui nous manquent. Ces ouvrages complètent et rendent profitables les commentaires sur les statistiques.

Albuminurie chronique avec anasarque. — Traitement par l'eau-de-vie allemande et par les fumigations de benjoin. — Guérison.

Nous avons observé à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Bouchut, un fait de guérison d'anasarque produite par l'usage de l'eau-de-vie allemande et des fumigations de benjoin. La rapidité du résultat nous a paru rendre ce cas intéressant et digne d'être publié.

Jonquard Nicolas, quatorze ans, entré le 14 avril 1865. Cet enfant, dont la mère est morte de la poitrine, n'a eu ni gourmes ni glandes, n'est pas sujet à la diarrhée.

Il y a deux ans il a été malade pendant deux mois, avec une enflure de tout le corps, strabisme, diplopie, vomissements et diarrhée; puis tous ces accidents ont disparu.

Depuis quinze jours, sans troubles fonctionnels et sans aucune douleur, il a enflé de nouveau; a continué à manger et à se promener.

État actuel. — Enfant de petite taille, peu développé, sans traces de puberté. Tout le corps est le siége d'une infiltration séreuse, considérable surtout aux mains et aux pieds, plus marquée aux bourses, qui sont énormes et transparentes. L'enflure existe aussi sur les paupières et sur les joues.

Langue naturelle, bon appétit, pas de vomissements ni diarrhée; ventre un peu tendu, avec matité à l'hypogastre, qui est le siége d'une fluctuation sourde.

La rate et le foie ont leur volume naturel.

Le cœur a sa matité normale, et ses battements n'offrent rien de particulier.

Le côté droit de la poitrine résonne bien, et partout on y entend le murmure vésiculaire normal; dans le côté gauche il n'y a pas de matité, mais la résonnance est un peu moindre, le murmure vésiculaire est affaibli, et à la partie postérieure et inférieure existe un peu de râle sous-crépitant.

L'enfant dort bien, voit parfaitement clair, n'a aucun trouble sensorial.

La peau est modérément chaude; pouls régulier, 100 pulsations.

Les urines, traitées par la chaleur, donnent un précipité abondant d'albumine, grumeleux, insoluble dans l'acide nitrique. Eau-de-vie allemande, 40 grammes; fumigations de benjoin.

Le 15 l'enfant a vomi et été plusieurs fois à la garde-robe; il est un peu moins enflé et l'albuminurie est moindre. Fumigations de benjoin. — Le 16, fumigations de benjoin. — Le 17, fumigations de benjoin et 40 grammes d'eau-de-vie allemande. — Le 18, quatre gardes-robes abondantes; l'anasarque semble diminuer. — Le 20, l'albumine a disparu des urines; les bourses et le reste du corps n'ont plus d'œdème. — Le 27, la guérison se maintient; exeat.

Dans ce cas on voit une hydropisie considérable, caractérisée par la suffusion séreuse de tout le tissu des membres supérieurs et inférieurs, par l'œdème du scrotum et de la verge, par la bouffissure du visage, par l'ascite et l'œdème du poumon, guérir rapidement par les drastiques et par les fumigations résineuses aromatiques. Si le fait n'est pas nouveau, il est au moins de ceux qui méritent de fixer l'attention des médecins.

EMPOISONNEMENT PAR LA DIGITALINE

suivi de guérison,

Par M. le docteur Alfred Dubuc, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 26 septembre dernier, à 5 heures 1/4 du soir, je vois arriver toute effarée, dans mon cabinet, la dame X..., qui m'apprend que son mari, en proie à des chagrins persistants et désirant mettre fin à ses jours, venait d'avaler d'un seul coup, il y avait environ dix minutes, 45 à 50 granules de digitaline, préparation dont il faisait habituellement usage contre des battements de cœur auxquels il était sujet.

Je me rends en toute hâte, et je me trouve en présence d'un homme de quarante-cinq ans, grand, robuste, étendu sur son lit; sa figure exprime l'égarement; il ne répond point aux questions qui lui sont adressées (il m'a raconté depuis qu'à ce moment il n'avait aucune conscience de lui-même et qu'il n'avait gardé aucun souvenir des premiers instants que j'avais passés auprès de lui).

Les mains et les pieds étaient froids; les arcades dentaires serrées les unes contre les autres, à tel point qu'il fut impossible de les écarter pour ouvrir la bouche; le pouls, petit, dur, serré, régulier, battait quatre-vingts fois par minute. J'aperçus sur une table le flacon de digitaline, qui était entièrement vide.

Je prescrivis :

Poudre d'ipéca.	1 gramme 50
Tartre stibié.	5 centigr.

en trois paquets à prendre de cinq en cinq minutes.

Pendant le temps nécessaire pour aller chercher le vomitif à la pharmacie, X... recouvra la parole, et me confirma qu'il avait avalé d'un seul coup 45 à 50 granules de digitaline que renfermait le flacon. Il éprouvait une soif extrêmement vive et des envies de vomir; déjà il avait uriné deux fois.

Les trois prises d'ipéca et d'émétique, suivies de l'ingestion d'un bol d'eau tiède, restent sans effet. J'engageai le malade à enfoncer profondément ses doigts dans le gosier, ce qui fut immédiatement suivi du vomissement d'une assez grande quantité de liquide aqueux un peu verdâtre.

A quelques minutes de là, il avala sans difficulté des tasses d'eau tiède. Sa soif étant toujours très-vive, je l'engageai à répéter la même manœuvre pour provoquer de nouveaux vomissements; le liquide fut rendu tel qu'il avait été ingéré.

A ce moment (cinq heures trois quarts), le pouls était devenu irrégulier, intermittent et ne battait plus que soixante fois par minute. La respiration était très-fréquente, entrecoupée, incomplète; je trouvai, à mon grand étonnement, soixante-huit mouvements respiratoires par minutes.

Le malade se plaignait de douleurs et de crampes dans les cuisses et surtout dans les mollets; il existait encore des nausées, et bientôt il survint de violentes douleurs d'entrailles.

Désirant provoquer les gardes-robes, qui jusque-là n'avaient pas eu lieu, je fais avaler, à un quart d'heure de distance, deux verres d'eau tenant chacun en dissolution 20 grammes de sulfate de soude, et je prescris un grand lavement avec 40 grammes du même sel; quelques minutes après, je fais administrer une première tasse de café noir, et je recommande d'en donner une pareille toutes les demi-heures.

Le malade se plaint d'un grand sentiment d'abattement et d'une vive douleur à la région frontale; cependant les extrémités se sont un peu réchauffées; le pouls, dur, irrégulier, varie entre 50 et 60. L'intelligence est intacte.

A sept heures et demie, le malade a eu une selle copieuse et a vomi une petite quantité de liquide aqueux; il éprouve un sentiment très-prononcé d'anéantissement.

La figure est colorée; les pupilles sont légèrement dilatées; le mal de tête dure encore, mais les douleurs d'entrailles ont à peu près disparu; les extrémités sont chaudes et même un peu brûlantes.

Le pouls, dur, petit, très-irrégulier, ne bat plus que quarante fois par minute; à l'auscultation du cœur, on entend des battements irréguliers, intermittents, mais pas de souffle.

Le nombre des respirations n'est plus que de vingt à vingt-quatre par minute.

L'intelligence est intacte; langue humide, soif apaisée. Il y a encore de la somnolence.

Le malade a déjà pris trois tasses de café; je recommande d'en donner encore une toutes les demi-heures.

A onze heures et demie du soir, je trouve le malade assoupi; il a été de nouveau abondamment à la garde-robe; son pouls est régulier, bien frappé, 70 pulsations par minute. — Eau sucrée et de fleurs d'oranger pour la nuit si le malade a soif.

Le 27 septembre, dix heures du matin, X... a passé une nuit très-agitée; il a tenu presque tout le temps des discours incohérents; à chaque instant, il se retournait dans son lit. Il a encore vomi et a eu plusieurs selles abondantes, mais depuis le matin les gardes-robes ont cessé; il a encore des nausées.

Le faciès est altéré, les yeux excavés, les joues ridées; toute la physionomie exprime une grande prostration.

La peau est chaude et même un peu brûlante; le pouls, que j'avais laissé la veille au soir à 70 pulsations, est retombé à 40 pulsations par minute, ce qui me paraît tenir à ce que pendant la nuit on a cessé l'usage du café; il est petit, dur, très-irrégulier; certaines pulsations sont très-rapprochées; d'autres, au contraire, séparées par un grand intervalle.

X... se plaint de vives douleurs sus-orbitaires et sur le trajet du rachis; il éprouve un sentiment d'ardeur au fondement et au col de la vessie; il urine, mais à des intervalles assez éloignés et en assez petite quantité à chaque fois.

L'intelligence est intacte, ainsi que les fonctions des différents organes des sens. — Une tasse de café toutes les demi-heures.

A midi et demi, même état que précédemment. Le malade a vomi une petite quantité de matières aqueuses; pas de gardes-robes. Je prescris, outre le café, une infusion de bourrache coupée au tiers avec du vin blanc.

A trois heures du soir, le malade est calme; il a de la propension au sommeil.

La peau est chaude sans être brûlante; le pouls est remonté à 72; les intermittences se font sentir seulement toutes les 4 ou 5 pulsations, mais elles sont encore très-accusées. Encore quelques vomissements de matières aqueuses, pas de gardes-robes.

Continuation de la tisane et du café. Lavement avec 40 grammes de sulfate de soude.

A cinq heures et demie du soir, comme le malade n'a presque pas uriné, je fais ajouter 3 grammes de nitrate de potasse par chaque litre de tisane.

Même état du pouls qu'à trois heures, même état général.

On continue le même traitement, mais en espaçant davantage les tasses de café.

A onze heures du soir, le malade est assez calme; il a été une fois à la garde-robe à la suite du lavement purgatif; il a uriné en petite quantité; plus d'envies de vomir. Le pouls, moins irrégulier que dans la journée, bat 52 fois par minute.

Suspendre pendant la nuit l'administration du café.

Le 28 septembre, à neuf heures et demie du matin, la nuit a été beaucoup moins agitée que la précédente.

En ce moment, X... se trouve assez bien. Le pouls présente de notables changements : il bat 44 fois par minute, mais l'irrégularité a presque entièrement disparu; les pulsations sont de force égale et bien rhythmées, à part quelques-unes.

Pas d'envies de vomir, pas de gardes-robes; émission pendant la nuit d'une petite quantité d'urine; chaleur de la peau à l'état normal.

Je recommande encore cinq ou six tasses de café noir dans la journée.

A sept heures du soir, le malade a bu du bouillon avec plaisir. Le pouls, toujours serré, n'est presque plus irrégulier; il bat 72 fois par minute.

X... se plaint d'avoir la bouche empâtée; il a encore vomi une fois des matières aqueuses; une selle abondante. La peau est modérément chaude.

Je recommande de suspendre le café, de continuer la tisane et le bouillon.

---

quelle il est incontestablement supérieur, est manifestement celle qui a trait aux indications des opérations. Toutes y sont rappelées avec un soin et une précision qu'on chercherait vainement ailleurs. Souvent même, ces exposés constituent de véritables chapitres de thérapeutique chirurgicale, si bien résumés que rien n'y est à ajouter ou à retrancher. Quoi de plus sagement pensé et de mieux exprimé que les courtes descriptions consacrées au traitement des fractures et des luxations, — aux plaies par armes à feu, — à l'hémostasie, — aux accidents des plaies et des grandes opérations, — aux indications des amputations, — à celles des résections et du trépan, — aux considérations générales sur les hernies et leurs complications, — à certaines affections des voies génito-urinaires, etc. — Tous ces paragraphes sont autant d'exposés succincts, mais complets, de l'état actuel de la science, qui seront toujours consultés avec avantage. Aussi croyons-nous, que c'est à ces excursions dans le champ de la thérapeutique chirurgicale qu'est due la meilleure part du succès obtenu par le traité de M. Sédillot.

Rien n'a été négligé pour mériter la faveur, qui ne tardera pas de s'attacher à cette nouvelle édition. L'impression est large et soignée. — Le format est plus grand que celui des manuels. — La plupart des nombreuses et belles figures que contenait déjà la deuxième édition ont été reproduites. Quelques dessins nouveaux ont été ajoutés. Signalons, à propos des figures, un perfectionnement dû à l'imprimeur Silbermann, et qui ne tardera pas à être imité. Par le moyen des procédés polychromiques, les artères et les veines, dans tous les dessins qui servent à la démonstration des opérations de ligature, ont été coloriées en rouge et en bleu. La direction et les rapports des vaisseaux ressortent ainsi avec plus de netteté, et il nous a paru que cet essai avait bien réussi. — Voilà pour les modifications apportées dans l'exécution. Indiquons maintenant les principales additions introduites par l'auteur.

Après avoir fait remarquer que les progrès véritables en médecine opératoire sont beaucoup plus rares qu'on ne serait tenté de le croire en présence de la multitude de modifications et d'inventions instrumentales proposées chaque jour, il reconnaît cependant l'utilité d'un certain nombre d'améliorations apportées dans l'exécution de plusieurs opérations spéciales. Le lecteur peut se rendre compte immédiatement du degré d'importance qui sera accordée à chacune de ces innovations en lisant la préface placée en tête de la troisième édition. Dans cette préface, M. Sédillot passe en revue et apprécie successivement,

1° La section sèche ou l'écrasement linéaire, dont il approuve le principe et l'idée heureuse, mais dont l'emploi ne lui paraît pas susceptible d'être aussi généralisé qu'on l'a prétendu.

2° La méthode diaclastique, déjà abandonnée par son inventeur, et dont il ne restera tout au plus que l'instrument, qu'on pourra peut-être utiliser dans le traitement de certaines ankyloses.

3° Les pansements par occlusion, que M. Sédillot croit dangereux et nuisibles, parce qu'ils sont en opposition avec les principes qui, d'après lui, doivent invariablement servir de règle de conduite au chirurgien dans le traitement des plaies; c'est-à-dire, le libre écoulement des liquides et le danger de leur rétention, cause la plus redoutable de la putridité.

4° Le drainage, d'une efficacité réelle, à la condition d'être institué par de larges ouvertures.

5° Les sutures métalliques, auxquelles M. Sédillot ne reconnaît pas les avantages qu'on leur a attribuées dans ces derniers temps, sans qu'il les rejette absolument.

6° La cautérisation en flèches, procédé excellent, mais destiné à rester exceptionnel.

7° La cautérisation électrique, par les procédés de M. Ciniselli et de M. Tripier, qui n'ont point encore jusqu'à présent justifié les grandes espérances qu'ils avaient fait concevoir.

8° Le traitement des anévrismes par la compression digitale.

9° Enfin, les résections sous-périostées, auxquelles est consacrée une description approfondie, qu'on était en droit d'attendre de la part de M. Sédillot. On sait, en effet, que depuis plus de quinze ans M. Sédillot étudie avec une sorte de prédilection cette intéressante question qui lui a déjà fourni l'occasion de publier de nombreuses et importantes recherches. Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les développements qu'il donne sur ce sujet. Dans un chapitre des plus intéressants et tout à fait neuf, qui sert d'introduction aux généralités sur les résections, M. Sédillot, résumant tous les travaux récents et généralisant la question, entreprend, ce qui n'avait pas encore été fait jusqu'à ce jour, d'établir la définition précise de la résection en général, et des divers procédés de résection en particulier; résection simple; — résection sous-périostée; — ostéoplastie par déplacement et transport des lambeaux périostés; — ostéoplastie par déplacement; — évidement sous-périosté; — résection temporaire, etc. En même temps, il détermine les attributions et la valeur relative de chacun de ces modes opératoires, dont l'ensemble constitue la grande classe d'opérations dites résections. Sans doute, on peut trouver là matière à discussion, puisque les faits relatifs à cette question sont encore à l'étude, et qu'un très-petit nombre seulement sont

Le 29 septembre, la nuit a été excellente; sommeil interrompu. Ce matin, X... sent les forces et l'appétit renaître.

Pouls bien frappé, à peine irrégulier, 48 pulsations. Les urines ont été plus abondantes que les jours précédents; aucune espèce de douleur. — Potages, suppression du café, continuation de la tisane.

A six heures du soir, l'état du malade est très-bon; pouls, 52 à peine, irrégulier. Il a pris un potage avec plaisir dans la journée.

Le 30 septembre, la nuit a été meilleure encore que la précédente; pouls très-régulier, à 76; chaleur de la peau normale, un peu d'appétit; trois ou quatre gardes-robes liquides depuis la veille. Côtelette. Le malade se lève dans la journée.

Le 1er octobre, le malade est entièrement rétabli; aucune irrégularité du pouls, 60 pulsations.

Depuis cette date, j'ai revu X... plusieurs fois; il ne lui est resté aucune espèce d'incommodité comme conséquence de sa folle tentative.

Cette observation me semble mériter à plusieurs égards de fixer l'attention. Il est évident que le choix de la digitaline fait par notre malade trouve son explication dans l'immense retentissement qu'avaient eu peu de temps auparavant les débats d'une affaire qui a tristement ému l'opinion publique. Il faut s'attendre désormais à voir plus souvent que par le passé la digitaline servir d'arme à ceux qui voudront en finir avec leur propre existence ou attenter à la vie d'autrui; de là, je crois, la nécessité pour le médecin, quand il jugera utile de prescrire de la digitaline, de n'en faire remettre à son malade qu'une petite quantité à la fois et l'obligation pour le pharmacien de ne jamais enfreindre à cet égard l'ordonnance du médecin.

Une question soulevée par l'observation qu'on vient de lire, c'est celle de savoir quelle est la dose de digitaline nécessaire pour faire périr un adulte bien constitué; il y a lieu de se demander, par exemple, si la dose de cinq centigrammes environ avalée par notre malade était suffisante pour entraîner la mort. Il est évident tout au moins que cette dose de cinq centigrammes, avalée en une seule fois, constitue une quantité excessive; les auteurs dont l'autorité fait loi en pareille matière, MM. Homolle et Quevenne, MM. Trousseau et Pidoux, M. Bouchardat, recommandent expressément de n'élever qu'avec la plus extrême circonspection et en tâtant bien le terrain la dose de digitaline jusqu'à 7 ou 8 milligrammes par jour, et de tenir le malade en observation continue afin de pouvoir suspendre l'administration du médicament au moindre signe d'intolérance; MM. Tardieu et Roussin, de leur côté, déclarent dans leur relation médico-légale de l'affaire à laquelle je faisais allusion plus haut, qu'administrée à la dose de un à quelques centigrammes la digitaline tue infailliblement.

La dose nécessaire pour amener la mort doit varier d'ailleurs dans une certaine limite avec la force des individus et leur degré d'impressionnabilité pour la substance toxique.

Quoi qu'il en soit, si l'on tient compte de trois cas d'empoisonnement par la digitaline rassemblés par M. E. Hardy dans un article des archives (1), cas qui se sont tous terminés par la guérison et dans lesquels les doses ingérées avaient été sensiblement les mêmes que dans l'observation qui nous occupe, on arrive à cette conclusion que peut-être la quantité de substance toxique avalée par notre malade était insuffisante pour entraîner la mort. Il est juste aussi de faire remarquer que le traitement mis en usage chez lui presque tout de suite après l'ingestion du poison et qui a consisté dans un vomi-purgatif, et l'emploi du café noir a sans doute contribué pour sa part au résultat favorable.

L'infusion de café m'a semblé extrêmement utile contre les troubles consécutifs à l'absorption de la digitaline. Lorsque le malade en avait pris quelques tasses le pouls se relevait, devenait plus fréquent, plus régulier; le résultat était tellement sensible dès le soir du premier jour, qu'en présence d'une amélioration aussi frappante je crus pouvoir discontinuer l'administration du café pendant la nuit, mais le lendemain matin le pouls que j'avais laissé la veille assez régulier, battant 70 fois par minute, était retombé à 40 et devenu très-irrégulier; je fis alors reprendre l'usage du café, et sous son influence les troubles de l'organe central de la circulation ne tardèrent pas à s'amender de nouveau. Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que le café, qui est l'antidote par excellence des poisons narcotico-âcres, puisse être employé utilement contre une substance qui a mérité d'être rangée par ses effets toxiques à côté des solanées vireuses.

L'observation précédente nous fournit encore quelques renseignements intéressants au sujet de l'action physiologique de la digitaline.

Nous trouvons à noter du côté des phénomènes de la vie de relation, la perte de connaissance et le resserrement des mâchoires qui ont marqué le début de l'empoisonnement, puis le délire et les hallucinations de la première nuit, et enfin un sentiment de grande prostration. Les troubles du côté des appareils de la vie organique ont consisté dans des envies de vomir assez persistantes, des douleurs d'entrailles suivies de gardes-robes, un peu de ténesme vésical et des besoins d'uriner assez fréquents. Toutefois la fonction urinaire est plutôt restée au-dessous de l'état normal qu'elle ne l'a dépassé, puisque dès le second jour j'ai dû ajouter du nitrate de potasse à la tisane pour provoquer une émission plus abondante d'urine. Mais les troubles les plus accentués et les plus persistants sont assurément ceux qui se sont montrés du côté de l'appareil central de la circulation.

Tout à fait au début le pouls marquait 80, et les mouvements respiratoires petits, entrecoupés, incomplets, s'élevaient jusqu'à 64 par minute; toutefois cette particularité me semble tenir bien plutôt au trouble général qui accompagne l'introduction à haute dose d'une substance toxique quelconque dans l'organisme qu'à une propriété particulière de la digitaline, en vertu de laquelle les mouvements du cœur, après avoir été accélérés tout d'abord, comme le veut Sanders (d'Édimbourg), seraient ensuite ralentis.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, il résulte bien clairement des détails consignés dans notre observation que la digitaline, conformément à l'opinion des physiologistes et des médecins les plus autorisés, est le poison du cœur par excellence.

(1) Voyez *Archives générales de médecine*. Juin 1864, p. 754 et suiv.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 mai 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical;*

Les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris.*

Discussion sur la coxalgie.

M. DEPAUL, après avoir résumé les distinctions qu'il a établies dans la dernière séance entre les luxations congénitales et les luxations acquises, et parmi ces dernières entre celles qui sont anciennes et celles de date récente, insiste sur l'importance de ne pas confondre les bassins *difformes* avec les bassins *viciés*. Les premiers peuvent permettre un accouchement facile; les derniers, au contraire, apportent au moment de la parturition des difficultés plus ou moins grandes.

M. Depaul donne en abrégé l'histoire d'une jeune personne atteinte d'une double luxation congénitale, ou au moins très-ancienne, pour laquelle on vint le consulter. Il s'agissait de savoir si cette jeune fille pouvait se marier. L'examen extérieur paraissant tout à fait insuffisant, le toucher vaginal, pratiqué avec tous les ménagements nécessaires, permit de constater un rétrécissement très-notable des deux diamètres obliques. M. Depaul conseilla de ne pas marier cette jeune personne. En général, dit M. Depaul, plus la maladie aura débuté à une époque rapprochée de l'enfance, plus la viciation sera prononcée. Dans le cas de luxation unique et acquise vers dix ou douze ans, la déformation porte sur un seul côté et donne à l'ensemble du bassin une figure qui se rapproche de celle du bassin oblique ovalaire. L'ogive de l'arcade sous-pubienne est altérée dans sa régularité. L'une des tubérosités sciatiques est éloignée de la ligne médiane, la courbure antérieure du sacrum est augmentée, surtout au niveau de son tiers inférieur, la région coxygienne est déviée du côté malade et plus ou moins redressée par le tiraillement des muscles pelvi-trochantériens. De plus, il y a des complications concomitantes dans la colonne vertébrale qui se dévie en sens variable suivant le côté malade.

Les anciens chirurgiens et accoucheurs, ajoute M. Depaul, se contentaient de parler de claudication et ne spécifiaient pas davantage. Or, on peut boiter pour bien des causes; il en est une, en particulier, qui n'est pas aussi rare qu'on le pense généralement, je veux parler du *rachitisme partiel* portant sur un des deux membres pelviens ou même sur un segment de ce membre, comme la cuisse, par exemple. M. Depaul, à ce propos, met sous les yeux de la Société un bassin et les deux fémurs d'une femme morte à la Clinique. Le fémur gauche, beaucoup plus court que le droit, porte d'une manière évidente les traces du rachitisme, il est plus court, moins développé; ses extrémités épiphysaires sont volumineuses et sa diaphyse offre une incurvation antérieure et externe. Chez cette femme, le rachitisme s'était localisé sur cette seule portion du squelette, ou, tout au moins, l'avait frappé d'une façon beaucoup plus marquée. Aujourd'hui même, on peut voir à la Clinique une autre femme chez laquelle le rachitisme porte sur un seul des avant-bras.

Dans quelques autres circonstances, un membre vient à manquer, comme moyen de support, d'où l'absence de pression sur le bassin de ce côté. C'est ce qu'on peut observer dans le cas d'amputation de la cuisse ou de fracture consolidée avec chevauchement considérable. Dans ces cas, toute la pression s'exerçant d'un seul côté, on voit le diamètre oblique correspondant plus ou moins diminué d'étendue. M. Depaul a pu constater ce fait sur une jeune dame américaine. Une application de forceps est devenue nécessaire, tant à cause d'un léger rétrécissement que par la difficulté de pousser à la fin du travail, une des bases manquant pour prendre un point d'appui dans l'effort.

Une autre difformité peut aussi être cause de gêne et de difficulté au moment de l'accouchement, c'est la luxation unique avec ankylose dans une adduction forcée du membre ankylosé qui gêne l'accès des organes génitaux. C'est ce qu'a vu M. Depaul chez une femme de la clinique qui ne put accoucher qu'en se plaçant sur le côté.

Enfin, dans d'autres cas, comme chez une femme qui est encore dans le service d'accouchement, les branches ischio-pubiennes peuvent être rapprochées l'une de l'autre par suite du ramollissement produit par l'inflammation de toutes les parties circonvoisines, et alors on peut observer un rétrécissement plus ou moins prononcé de l'orifice inférieur du bassin.

M. TRÉLAT. M. Depaul a rapporté un grand nombre de faits très-intéressants, mais ce qu'il a dit a plutôt trait à des lésions diverses qu'à la coxalgie elle-même. Or j'ai cherché, depuis huit ou dix jours, des observations d'accouchements rendus difficiles ou impossibles par suite de coxalgie contractée pendant l'enfance, et j'ai eu grand'peine à en trouver une bien authentique. Il ne me paraît donc pas prouvé, par les faits, que des luxations consécutives à la coxalgie puissent déterminer dans le bassin des viciations suffisantes pour entraver l'accouchement.

La seule chose qui paraisse évidente, c'est que l'influence des luxations varie suivant le sens dans lequel s'est fait le déplacement. Si les auteurs qui se sont occupés de cette question ne sont pas d'accord, si Dupuytren nie l'influence des luxations sur la conformation du bassin, tandis que M. Sédillot lui accorde une action très-grande, si Lenoir et M. Huber (de Louvain) admettent que cette influence peut manquer dans certains cas (luxations doubles) et se manifester dans quelques autres (luxations d'un seul côté), cela tient à ce que ces chirurgiens n'ont pas tenu un compte suffisant de la forme et de la direction du déplacement. C'est ce que prouvent toutes les pièces connues, qu'on les emprunte au musée Dupuytren, à celui de la Maternité ou à la collection particulière de M. Depaul.

Une disposition sur laquelle M. Depaul n'a pas suffisamment insisté, c'est l'ensellure qui a pour résultat nécessaire le redressement du bassin, par suite duquel le détroit supérieur se trouve dirigé directement en avant tandis que l'inférieur regarde en arrière.

Enfin, dans certains cas, on voit que les fémurs, s'étant portés en haut et en arrière, la moitié antérieure de la circonférence pelvienne s'est abaissée, ce qui a pour résultat un rétrécissement du détroit inférieur.

En somme, et pour me résumer, je dirai que pour apprécier convenablement l'influence des luxations coxalgiques sur la conformation

---

définitivement acquis à la science. Mais on saura gré à M. Sédillot d'avoir élargi le cadre des résections et de les avoir envisagées d'une manière qui est au moins nouvelle, si elle ne constitue pas un progrès. Quelle que soit l'issue réservée à ces points controversés, il faut reconnaître que l'opposition formulée par M. Sédillot dès le début de la discussion a eu une grande influence, en ce sens que, servant en quelque sorte de contre-poids, elle a tempéré l'élan des esprits qui se seraient probablement laissé entraîner dans une fausse voie, à la suite des observations mal interprétées de M. Larghi, et des expériences de M. Ollier. Après la classification des procédés de résection viennent quelques considérations sur l'ostéogénie et le rôle du périoste; puis les indications très-bien tracées des résections en général. On retrouve dans tout ce chapitre les idées déjà exprimées par l'auteur dans ses travaux antérieurs, et on voit qu'il s'est de plus en plus affermi dans sa conviction touchant l'impuissance du périoste seul à reproduire l'os, et dans la confiance qu'il accorde au procédé de l'évidement sous-périosté, dont il est le promoteur. M. Sédillot ne rejette point les résultats généraux fournis par la statistique; ainsi, par exemple, en ce qui concerne les anévrismes, il a emprunté quelques chiffres aux tableaux de M. Broca; pour les amputations, il cite les relevés de MM. Malgaigne, Th. Trélat et Chenu; pour les résections, ceux que M. Bœckel a ajoutés à la traduction d'Heyfelder. Mais il ne mentionne pas les résultats particuliers relatifs à chaque opération. Il n'y attache qu'une médiocre importance, parce qu'il ne lui paraît pas possible de rapprocher avec une réelle utilité des éléments d'origine aussi dissemblable.

Ceux qui veulent tout trouver dans un traité, parviendraient sans doute à découvrir çà et là quelques petites lacunes dans l'ouvrage dont nous venons de nous occuper. Pour notre part, nous eussions voulu y voir des détails plus étendus sur les perfectionnements apportés dans ces derniers temps aux appareils de prothèse.

Le second volume doit contenir des améliorations notables touchant les opérations spéciales. L'auteur annonce entre autres des additions importantes sur la chirurgie oculaire, le traitement des fistules vésico-vaginales et l'ovariotomie, dues à la collaboration de M. le professeur Stœber, dont tout le monde apprécie la compétence, et au concours de MM. les agrégés Hergott et Kœberlé. La seconde partie ne sera donc pas moins digne que la première de la faveur du public médical.

Dr Gaujot.

— La 32e session du congrès scientifique de France doit s'ouvrir à Rouen le lundi 31 juillet prochain, à une heure, au palais des consuls.

Un appel est fait, non-seulement aux amis du commerce, de l'industrie, de l'histoire, des lettres et de l'archéologie, mais aussi aux amis des arts et des sciences, aux médecins. Une section toute particulière est réservée à ces derniers, aussi croyons-nous devoir mentionner les questions qui sont proposées :

1° De l'influence des crises industrielles en général et de la crise actuelle en particulier sur la santé publique dans notre localité;

2° Des causes de la mortalité des enfants dans les villes de fabrique et des moyens d'y remédier;

3° Les croisements entre races différentes sont-ils une cause de stérilité ou de dégénérescence de l'espèce?

4° Des effets des abus alcooliques sur les produits de la conception et de la fréquence des maladies nerveuses chez les enfants des personnes adonnées aux excès de liqueurs spiritueuses;

5° De la mort apparente, de son diagnostic;

6° De l'action préservatrice du vaccin;

7° Le vaccin doit-il être régénéré, et quels sont les moyens d'arriver à ce but?

8° Des questions d'hygiène qui se rattachent au passage d'un cours d'eau dans l'étendue d'une grande ville;

9° Des grossesses gémellaires, de leurs causes, de la vitalité des enfants qui en proviennent;

10° Des maladies auxquelles sont plus particulièrement exposés les ouvriers des filatures et autres professions industrielles du pays;

11° Est-il possible de donner aux sourds-muets une éducation intellectuelle en dehors des méthodes enseignées dans les établissements qui leur sont spéciaux?

12° Des réformes et des améliorations à introduire dans l'assistance publique;

13° De l'augmentation du nombre des aliénés. Les asiles actuels sont-ils suffisants? Quelles modifications pourrait-on apporter dans l'organisation de ces établissements?

14° Des causes de réforme pour la conscription militaire particulières à la Seine-Inférieure;

15° Quelles sont les causes des maladies épidémiques à Rouen? Quels remèdes pourraient y être apportés? Pourquoi la peste, si fréquente dans le moyen âge, n'y a-t-elle pas reparu depuis deux siècles?

M. le docteur Goffres, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes, est détaché au camp de Châlons pour y remplir les fonctions de la direction du service médical pendant la durée des opérations.

du bassin, il faut surtout tenir compte des positions relatives des différentes pièces du squelette.

Contrairement à l'opinion de M. Depaul, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de faire intervenir, comme condition de ces déformations, l'inflammation du squelette. Avec M. Bouvier, je pense que l'influence mécanique suffit à elle seule pour en rendre compte.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Amputation de Chopart sans rétraction du tendon d'Achille.

M. MARJOLIN présente une jeune fille de quinze ans chez laquelle il a pratiqué, il y a plus de deux ans, l'amputation partielle du pied, suivant la méthode de Chopart, pour une carie des os du pied. Voulant éviter tout ce qui pouvait favoriser la rétraction du tendon d'Achille, assez souvent observée après cette opération, il a suivi le précepte donné par Lenoir de conserver un lambeau plantaire aussi épais que possible. Ce procédé a été suivi d'un plein succès; car, malgré la persistance prolongée de trajets fistuleux, aujourd'hui cicatrisés, et le séjour pendant toute une saison aux bains de Berck, où, par la nature même du sol (sable très-fin), l'enfant était obligé de faire de grands efforts pour marcher, le moignon n'est nullement déformé. Dans la station verticale, il porte entièrement sur la face plantaire et non sur l'extrémité antérieure du lambeau. Il n'y a, du reste, aucune claudication.

Atrophie d'une tumeur volumineuse de la langue obtenue par la ligature des deux artères linguales.

M. DEMARQUAY présente un homme de quarante-huit ans chez lequel une énorme tumeur de la langue avait fini par produire une impossibilité presque complète de la phonation, de la mastication, de la déglutition et de la respiration, en même temps qu'une altération profonde de la santé générale; le malade ne pouvait plus manger et la respiration était devenue tellement difficile que M. Demarquay hésita un instant pour savoir s'il ne pratiquerait pas la trachéotomie comme opération préalable. Cependant il résolut de faire la ligature des deux artères linguales.

Dès le lendemain, la tumeur de la langue subissait une atrophie notable, qui a toujours été en augmentant depuis l'opération.

Aujourd'hui, cet homme, tout en n'étant pas complétement guéri, peut parler, manger, avaler et respirer sans grande difficulté. Sa santé générale est devenue excellente.

M. BROCA fait remarquer que l'idée de l'opération faite par M. Demarquay se trouve consignée dans le *Traité de la génération* de Harvey. Il la pratiqua le premier sur l'artère spermatique pour amener l'atrophie d'une tumeur volumineuse de l'un des testicules. Cette première tentative de la méthode générale fut suivie de succès.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

M. le docteur **BERRUT** met sous les yeux de la Société un kyste de l'ovaire enlevé par lui avec succès chez une femme qui avait subi antérieurement un grand nombre de ponctions.

Cette même observation a été communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 9 courant.

Une Commission, composée de MM. Boinet, Demarquay et Huguier, est chargée de rendre compte de cette observation intéressante.

— **M. KINGSLEY** (de New-York) présente, par l'organe de M. Larrey, un nouvel obturateur des solutions de continuité de la voûte palatine.

Cet instrument est formé de caoutchouc et offre ceci de particulier qu'il existe à sa partie postérieure une portion souple et amincie destinée à représenter le voile du palais.

M. DEMARQUAY fait observer que des instruments analogues ont déjà été imaginés en France par plusieurs personnes et en particulier par M. Villemure.

M. LARREY insiste pour faire remarquer qu'aucun des obturateurs confectionnés antérieurement ne présente cette partie postérieure mobile destinée à remplacer plus ou moins complétement le voile du palais.

M. Kingsley ajoute que M. C. F. Stearn, chirurgien attaché à l'armée de l'Amérique du Nord, a fait construire avant lui quelque chose d'analogue à l'obturateur qu'il présente aujourd'hui, mais rien de semblable à l'appareil qu'il met en ce moment sous les yeux de la Société sous le rapport de la mobilité de sa partie postérieure.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 avril 1865. — Présidence de M. FORGET.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce à la Société l'élection de M. Bergeron à l'Académie de médecine.

— **M. DE PIETRA-SANTA** lit un travail statistique sur la mortalité comparée des villes de Paris et de Londres.

La discussion de ce mémoire est remise après la lecture que doit faire M. Gros d'un rapport sur la statistique de la mortalité du département de la Seine pendant vingt-quatre ans, relevée par M. le docteur Deville.

COMMUNICATION.

M. GUIBOUT. J'ai été témoin dernièrement d'accidents hystériques dont les désordres se manifestaient sur le système nerveux et sensorial.

Je fus appelé inopinément dans un restaurant où une jeune mariée de dix-neuf ans, belle et d'une forte constitution, en sortant du repas de noces, avait été prise immédiatement d'un délire sans fièvre. C'était une suite de divagations accompagnées des gestes et des mouvements les plus désordonnés; elle avait été mise avant mon arrivée, par les personnes qui l'entouraient, dans le plus simple appareil, et c'est en ce costume qu'elle se livrait par moments aux danses les plus excentriques. Remarquez que cette jeune femme appartient à une famille très-honorable, et qu'elle n'était entourée que de personnes parfaitement élevées. Dans d'autres moments, étendue sur un divan, elle me parlait en termes plus qu'affectueux, comme si elle me connaissait depuis longtemps, et elle repoussait les soins de son mari. Tout en reconnaissant la légèreté de son costume, elle voulait aller au bal, se croyait au milieu d'un jardin orné de fleurs, voulait qu'on lui cueillît des roses, et, se levant de son divan, se livrait de nouveau à une danse effrénée.

La crise parut se terminer par une sécrétion d'une urine claire et très-abondante. Je la reconduisis à son domicile avec sa belle-mère; un sommeil profond de deux heures suivit ces désordres; puis, s'étant réveillée, elle demanda à être habillée et conduite à sa noce, où, trouvant le bal dans tout son entrain, elle y prit part sans que dans la suite de cette soirée ni depuis il se soit passé rien d'extraordinaire.

J'ai su que parmi ses ascendants il n'y avait eu aucun membre affecté d'aliénation mentale, que cette jeune personne n'avait jusqu'alors eu aucun accident hystérique, mais qu'au moment de son mariage elle avait été fort préoccupée de questions d'argent, quelques mo ifs de jalousie, et elle était très-fatiguée.

Peut-on appeler les phénomènes dont je viens de parler du nom d'hystérie? Le mot hystéricisme ne lui conviendrait-il pas mieux pour caractériser les accidents qui tiennent du système nerveux sans pouvoir préciser complétement l'hystérie?

M. BRIQUET. Je me demande si l'observation de M. Guibout est bien un fait d'hystérie; excepté l'émission de l'urine, je ne vois rien qui caractérise une attaque d'hystérie; il n'y a eu aucun accident convulsif; si les phénomènes n'avaient été si rapides, ils tiendraient plutôt de l'aliénation mentale, mais ce n'est pas sa marche ordinaire, quoique des troubles intellectuels accompagnent parfois chez des jeunes filles des accidents nerveux.

M. RICHARD. Cette observation semble se rapporter à la folie hystérique, quoique cette forme ait une durée plus longue; elle n'a été ici que de trois heures, elle est souvent de plusieurs jours; un symptôme fréquent, qui a manqué dans cette observation, est la boule hystérique.

M. CHAUSIT. Cette jeune personne avait quelques motifs de jalousie. J'ai été témoin d'un fait semblable.

Une jeune femme trouve son mari absent pendant la nuit; sa tête se perd, elle voulait battre tout le monde, et surtout les hommes qui se présentaient; j'avais été appelé avec M. Boulin, le médecin ordinaire; nous fûmes obligés de la lier; l'accès disparut en quelques heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le jury du concours pour deux places de médecin au Bureau central des hôpitaux de Paris vient d'être arrêté.

Sont nommés :

Juges titulaires : MM. Guérard, Hervieux, Horteloup, Matice et Marjolin.

Juges suppléants : MM. Monneret et Alph. Guérin.

— Les *Archives de médecine navale* pour mai 1865 renferment les travaux originaux dont suit l'énumération :

I. Contributions à la pathologie de la race nègre, par M. le docteur Chassaniol, ancien médecin en chef de la marine, à Saint-Louis (Sénégal).

II. Considérations sur les épidémies de fièvre jaune et les maladies de la Vera-Cruz (Mexique), pendant la première moitié du dix-neuvième siècle, d'après les registres de l'hospice civil de Saint-Sébastien, par M. le docteur Bouffier, chirurgien principal (2e article).

III. Études sur la nature et les causes des lésions traumatiques à bord des bâtiments de guerre, suivant les professions, par M. le docteur A.-J.-C. Barthélemy, chirurgien de première classe, chirurgien-major du yacht impérial *l'Aigle* (5e article).

IV. Santé et hygiène. Discours prononcé à l'ouverture du cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier, le 25 avril 1865, par M. Fonssagrives.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 près de l'hôpital de la Charité.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT pour Paris et les Départements. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 22 MAI 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. le docteur Bergeret avait adressé à l'Académie des sciences un travail concernant un plan d'études des agents atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie. Ce Mémoire vient d'être l'objet d'un rapport.

M. Jules Cloquet, tout en rendant hommage aux intentions de l'auteur, n'a pas cru qu'on pût donner suite à ce plan d'études. Il ne s'agissait rien moins que de tenir un registre exact de tous les phénomènes atmosphériques. Le médecin, le prêtre, l'instituteur, le vétérinaire, les propriétaires de chaque commune, tels sont les observateurs. L'État et l'Association médicale feraient les frais.

M. Bergeret s'est laissé entraîner par une belle conception, mais nous estimons que nos lecteurs partageront l'opinion de M. Cloquet. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GOSSELIN.

Conjonctivite purulente blennorrhagique de l'œil gauche, traitée par des injections d'un mélange d'eau et d'alcool. — Guérison sans ulcération ni opacité de la cornée.

Le 22 mars est entré à l'hôpital de la Pitié, service de M. Gosselin, un jeune homme de 22 ans, atteint d'une conjonctivite purulente blennorrhagique de l'œil gauche.

Le début des accidents remontait à 5 jours, et le malade n'avait encore subi aucun traitement, lorsque nous pûmes constater les symptômes suivants : les paupières de l'œil gauche sont gonflées, rouges et luisantes; leurs bords libres sont agglutinés par un pus épais et jaunâtre. En les écartant l'un de l'autre, on remarque une photophobie intense qui provoque une contraction énergique de l'orbiculaire.

La conjonctive palpébrale est rouge et épaisse, et le cul-de-sac inférieur rempli par une grande quantité de pus. La conjonctive oculaire fortement injectée forme un chémosis inflammatoire considérable autour de la cornée, et présente à sa surface de petits dépôts purulents. La cornée qui est voilée par du pus, est saine, transparente, sans ulcération ni opacité; aucun trouble dans la chambre antérieure; l'iris est également sain, et la pupille régulière et mobile.

De plus, le malade accuse des douleurs circumorbitaires très-fortes; l'autre œil est sain. Une légère pression sur la verge fait sortir une goutte de muco-pus épais et jaunâtre. La blennorrhagie datait d'un mois à peu près, lorsque l'œil gauche s'est enflammé, sans que le malade puisse se rappeler le moment de l'inoculation, et la manière dont elle a pu se faire.

M. Gosselin commence le 23 mars, au matin, le traitement suivant :

Injection, toutes les deux heures, d'un mélange contenant un tiers d'alcool ordinaire pour deux tiers d'eau; une personne écarte fortement les paupières, tandis qu'une autre pousse l'injection avec une petite seringue en verre.

La première injection produit une douleur très-vive, mais qui ne dure pas plus de dix minutes; dans l'intervalle des injections, le malade doit tenir sur son œil des compresses imbibées d'eau froide.

Le lendemain 24, il y a moins de suppuration, et les injections ne font presque plus souffrir le malade.

Le 25, diminution assez notable de la suppuration, injections non plus toutes les deux heures, mais toutes les quatre heures du même mélange au tiers.

Le 26, le gonflement des paupières et le chémosis ont diminué très-notablement. A partir de ce jour, le malade tiendra sur son œil des compresses imbibées du même mélange au tiers, avec lequel on ne fera plus que trois injections dans la journée.

Le 27, peu de pus au niveau du bord libre des paupières et à la surface du globe oculaire.

La cornée, toujours saine et transparente, continue à ne laisser voir aucun trouble appréciable dans la chambre antérieure. A partir d'aujourd'hui, le mélange est fait avec trois quarts d'eau et un quart d'alcool, les injections seront faites trois fois par jour.

Les 28 et 29, le gonflement des paupières a presque disparu; le malade ouvre l'œil facilement; le chémosis qui n'est plus recouvert de pus, se résorbe. La cornée, toujours transparente, laisse voir l'iris intact, et la pupille régulière se dilate et se resserre. Deux injections par jour du même mélange au quart.

L'amélioration se continue les jours suivants.

Le 4 avril, M. Gosselin supprime les injections et touche légèrement la face interne des paupières, où la conjonctive est hyperémiée, mais ne présente pas de granulations, avec le crayon de sulfate de cuivre.

Dès lors, la guérison marche rapidement.

Le 15, nouvel attouchement avec le sulfate de cuivre. Le chémosis a disparu complètement, et la conjonctive palpébrale a repris en quelques points son aspect normal.

Aujourd'hui, 9 mai, l'œil est à peu de chose près revenu à son état naturel. Seulement, les conjonctives palpébrales inférieures sont encore un peu hyperémiées, sans aucune apparence de granulations, et le malade a de temps en temps une douleur circumorbitaire. Il se sert de lunettes bleues, et continue l'emploi de l'opiat au copahu et au cubèbe pour sa blennorrhagie qui n'est pas terminée.

M. Gosselin n'a pas manqué de faire au malade toutes les recommandations nécessaires, pour l'empêcher d'inoculer l'œil droit, soit avec le produit de la blennorrhagie, soit avec le pus de l'œil gauche. Néanmoins, pendant les premiers jours d'avril, la conjonctive droite a présenté dans toute son étendue une injection et une rougeur qui ont donné des craintes. Cette conjonctivite a disparu promptement après trois applications de compresses imprégnées d'alcool mélangé de trois quarts d'eau.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Sur un genre de surdité grave chez les fumeurs, priseurs et buveurs.

On rencontre souvent chez les fumeurs et les buveurs, même chez ceux qui prisent ou chiquent le tabac, une otite particulière dont la gravité se révèle dans un bref délai par une surdité rebelle et souvent irremédiable.

Cette otite, à vrai dire, s'annonce par des caractères insidieux et qui peuvent facilement tromper un observateur même attentif et expérimenté.

Ainsi le malade ne présente ni un écoulement puriforme du conduit auditif, ni une accumulation de mucosités dans les trompes ou l'oreille moyenne, ni d'épaississement des membranes de l'oreille et notamment de celle du tympan.

Cette affection est liée bien manifestement à cet état morbide de la constitution que produit l'action longtemps prolongée des substances délétères et en particulier du tabac et de l'alcool, surtout chez les jeunes gens et même les personnes plus avancées en âge. Une sorte d'engourdissement ou de torpeur dans l'oreille, avec un sentiment particulier de refroidissement dans le même organe, mais presque jamais de douleur; une absence de cérumen dans le conduit auditif, une disposition tout à fait normale de la cloison et des osselets; peu ou point de vascularisation pathologique des membranes; ajoutez encore une sécheresse extrême avec granulations très-petites du pharynx, des fosses nasales, des trompes et de l'oreille moyenne, tels sont les principaux symptômes qui caractérisent cette singulière affection d'une manière toute spéciale. Il est rare qu'une seule oreille soit malade, plus souvent les deux oreilles sont affectées en même temps; seulement il y en a toujours une qui a été malade la première et qui est plus sourde que l'autre. Sans être très-prononcée au début, la surdité ne laisse pas que d'être fort gênante et augmente rapidement. Les bourdonnements existent presque toujours dans la première période de la maladie et leur timbre particulier tient du sifflement. Ce signe est très-important.

Autrefois, cette otite des buveurs, des priseurs et fumeurs, était confondue avec ces surdités appelées nerveuses, parce que la cause restait inconnue. J'ai moi-même commis cette méprise plus d'une fois et pendant longtemps, et je le confesse sans remords; à vrai dire, l'erreur est d'autant plus difficile à éviter que les symptômes anatomiques et physiologiques ayant une grande ressemblance, tout le diagnostic différentiel repose sur la connaissance de la cause (l'alcoolisme chronique, l'usage immodéré du tabac), et en second lieu sur la marche de la maladie et aussi sur certains symptômes subjectifs qui ne laissent pas que d'être insidieux dans un grand nombre de cas.

Pourtant, en interrogeant avec soin les commémoratifs, on arrive à un diagnostic exact dans les premiers temps de l'affection, et on peut même être utile au malade, surtout s'il est permis d'intervenir avant qu'il ne soit entré dans la troisième période que j'appelle paralytique. C'est là ce que je vais chercher à démontrer par les considérations suivantes. Cette forme de surdité, n'ayant point été étudiée avant moi, je vais en décrire les particularités d'après ce que j'ai observé.

L'expérience enseigne qu'on peut admettre trois périodes dans la marche de cette affection :

La première, ou période d'excitation (éréthisme, intolérance pour le bruit, bourdonnements à timbre aigu, ou plutôt sifflements).

La deuxième période est la période que j'appelle période de dépression. Le malade recherche les bruits, les sons aigus. Les bourdonnements ont disparu ou bien sont intermittents, fugitifs, comme un écho lointain et très-affaibli de ce qu'ils étaient à la première période.

La troisième période est invariablement caractérisée par la paralysie du nerf auditif. C'est la période que j'appelle paralytique.

Symptômes de la première période. — Le malade, habitué depuis longtemps à l'usage immodéré du tabac et des alcooliques, sous quelque forme qu'il les ingère, habitué parfois aussi à la fréquentation des estaminets, éprouve en général, tout à coup et pendant la nuit, un sifflement dans les deux oreilles, intermittent et comparable à un tintement métallique. Ce bruit morbide diminue pendant le jour, augmente après les repas, surtout après le repas du soir et se continue jusqu'au matin sans interruption; en même temps les bruits légers sont douloureux à l'oreille. La conversation à voix modérée est aussi très-fatigante et le malade se bouche à chaque instant les oreilles avec les doigts ou du coton, non-seulement dans la rue, mais chez lui, dans un salon, au milieu de ses familiers, dont la voix avec ses timbres variés lui était connue depuis longtemps.

Cette période peut durer quelques jours, quelques semaines, un ou deux mois au plus, rarement au-delà; elle est alors remplacée par la deuxième période dite de dépression.

Deuxième période. — Cette période commence en général par un sentiment d'amélioration apparente dont le malade se réjouit : ainsi, les bourdonnements diminuent d'une manière sensible ou même disparaissent entièrement, l'intolérance pour le bruit et les sons aigus a également cessé pour faire place à un état opposé; par exemple, le patient recherche les grands bruits, les conversations bruyantes; il se plaint qu'on lui parle trop bas. Mais ce calme trompeur ne dure que peu de temps, et la dernière phase de la maladie va se montrer dans un bref délai et parfois subitement. Dans le court espace d'une nuit le malade est devenu complétement sourd, au grand étonnement de ses proches et de ceux qui l'entourent.

Troisième période. — Cette troisième période, que j'appelle période paralytique ou de paralysie, est la plus longue et la plus cruelle des trois périodes; car, à l'exception de quelques cas heureux dans lesquels l'art intervient à temps et procure une certaine amélioration momentanée ou durable, la surdité persiste indéfiniment jusqu'à la mort et se joue de tous nos moyens.

Le phénomène le plus saillant de cette troisième période de l'otite des fumeurs, priseurs et buveurs, est l'abolition plus ou moins entière du sens de l'ouïe (1).

Comme le plus souvent les deux oreilles sont affectées ensemble la surdité est parfois complète, et les deux nerfs acoustiques sont également atteints de paralysie presque au même degré et à peu près en même temps. Cependant il est rare qu'une des deux oreilles ne soit pas un peu moins affectée que celle du côté opposé, ce qu'il est facile de constater, soit avec le diapason promené sur le crâne, soit avec la montre tout simplement; mais, quoiqu'un des nerfs acoustiques paraisse plus profondément lésé que son congénère, l'affection n'en est pas moins pour cela aussi grave d'un côté que de l'autre; car s'il est vrai de dire que le malade peut encore percevoir soit les battements d'une grosse montre appuyée sur l'oreille, soit le diapason fortement appliqué sur la tempe, toute conversa-

(1) C'est dans cette période que le malade présente souvent aussi le tremblement de la langue, l'embarras de la parole, des troubles de la vision.

tion n'en est pas moins impossible, et le pauvre malade est tout à fait inhabile à entendre la parole articulée.

D'ailleurs l'expérience a encore prouvé que la surdité ne tarde pas à devenir complète, et même d'autant plus vite qu'un traitement mal conçu est suivi avec plus de persévérance.

Dans cette période extrême, le malade présente un de ces cas auxquels j'ai appliqué depuis longtemps l'expression singulière, en apparence, mais au fond très-exacte, de *noli me tangere*, voulant désigner par cette appellation les dangers d'une médication active dans une circonstance aussi désespérée; car tout le monde comprendra facilement qu'il est inutile de rendre un malade plus sourd par une tentative de traitement, et de compromettre ainsi l'art et la science aux yeux des gens du monde, déjà trop disposés à nous accuser d'impéritie, même quand nous remplissons vis-à-vis d'eux un triste devoir.

Causes. — Cette affection est invariablement causée par cet état morbide de la constitution que produit l'action longtemps prolongée des substances délétères et en particulier du tabac et de l'alcool, sous quelque forme que ces deux poisons soient introduits dans notre économie.

C'est là un fait d'observation qui se trouve confirmé par l'expérience de chaque jour et qui nous dispense de tout commentaire à ce sujet.

Diagnostic. — Le diagnostic ressort tout naturellement de l'exposition des symptômes faite précédemment; rappelons encore cependant que les symptômes anatomiques sont négatifs, c'est-à-dire que les membranes de l'oreille appréciables à nos moyens actuels d'investigation, ne présentent aucune lésion apparente ou réelle; seulement, si l'on vient à explorer la gorge et le pharynx, on constate que les amygdales sont en général petites, de plus une rougeur violacée de l'isthme du gosier, et, comme incrustés dans le tissu muqueux, une quantité innombrable de petits points rouges, granuleux, qui donnent aux membranes l'aspect caractéristique du chagrin. Les fosses nasales présentent le même aspect dans toute leur étendue. Maintenant, si l'on vient à engager le malade à faire une forte expiration, le nez et la bouche fermés, et que le chirurgien applique son oreille contre celle du patient, on entend manifestement la colonne d'air entrer dans la caisse, sans donner lieu à des bruits muqueux ou à des craquements; mais le bourdonnement apparaît pour la première fois ou augmente à l'instant, et cette augmentation du bruit morbide dure ainsi quelquefois des heures, des jours, pour ne plus disparaître qu'avec la guérison, quand un traitement convenable est institué à temps, ou pour faire place à la troisième période de la maladie dans laquelle la paralysie du nerf auditif est incontestable.

Ajoutons encore que la sonde en gomme élastique peut parcourir la plus grande partie de la trompe sans faire reconnaître d'obstruction soit muqueuse, soit membraneuse, soit un rétrécissement aigu ou chronique; la douche d'air, poussée avec douceur et à l'aide du soufflet, ne donne lieu à aucun susurrus ou bruit anormal. L'inspection méthodique de la membrane du tympan elle-même ne laisse voir ni épaississement de son tissu, ni vaisseaux dans ses lames ou le long du manche du marteau. Cet important osselet est parfaitement à sa place, sans saillie ni projection en avant.

Toute la maladie est évidemment dans le nerf acoustique et peut-être aussi dans les parties adjacentes de l'encéphale, car j'ai eu maintes fois l'occasion de constater en même temps un affaiblissement progressif et bien marqué de la vision, l'injection de la papille ou une certaine titubation, le tremblement de la langue, l'embarras de la parole, chez les mêmes sujets qui présentaient le type le plus complet de la singulière affection que je décris en ce moment. Mais, si les symptômes anatomiques ou objectifs font défaut, il n'en est pas de même des symptômes physiologiques ou subjectifs, qui sont parfaitement caractérisés dans les trois périodes de la maladie; ainsi l'éréthisme de tout l'appareil auditif dans la première, la dépression dans la deuxième, la paralysie plus ou moins complète du nerf acoustique dans la troisième, et l'abolition de la fonction.

Lorsque l'on constatera cette réunion de symptômes, toute erreur sera impossible.

Pronostic. — Le pronostic de cette maladie est d'une extrême gravité, car je n'ai pu réellement guérir que les sujets, bien rares à la vérité, qui consentaient à rompre avec leurs funestes habitudes (tabac et alcool).

La partie la plus importante du traitement est là : ne plus fumer, ne plus priser, renoncer aux alcooliques; viennent ensuite les autres moyens médicaux que nous allons faire connaître.

Il y a pourtant certaines indications à remplir quand le malade vient réclamer en temps opportun les secours de notre art.

A. TRAITEMENT GÉNÉRAL.

1° Dans la première période, des *ventouses* seront appliquées aux apophyses mastoïdes, ou des sangsues à l'anus si le sujet est hémorrhoïdaire. Chez les femmes on excitera le flux menstruel par des moyens appropriés;

2° Les *purgatifs drastiques* seront encore un adjuvant utile des émissions sanguines, principalement les aloétiques.

La formule qui m'a le mieux réussi est la suivante :

Aloès succ. . . . . }
Résine scammonée. . . . } āā 1 gramme.
Gomme gutte. . . . . . . }

Mêlez et F. S. A. des pilules de 20 centigrammes. — A prendre, deux le soir, en se couchant, et deux ou trois fois la semaine.

3° Viendront en troisième lieu les altérants, surtout le calomel, le soufre, puis les préparations arsenicales, à petites doses.

Calomélas. . . . . . 0,50 centigrammes.
Sucre pulvérisé . . . 5 grammes.

Mêlez et divisez en vingt paquets. — Un toutes les deux heures, jusqu'à ce que les gencives soient touchées.

Soufre sublimé et lavé. . . . 1 gramme.
Poudre d'althéa. . . . . 5 grammes.

Mêlez et divisez en vingt paquets. — A prendre, quatre paquets dans la journée.

Sirop d'écorces d'oranges. 125 grammes.
Arséniate de soude. . . . 0,05 centigrammes.

Mêlez. — Une cuillerée à café le matin, à jeûn, dans une tasse de tisane de gentiane, houblon, saponaire, ou pensée sauvage.

B. MOYENS LOCAUX.

1° Dans la première période, les fumigations portées jusque dans la caisse de l'oreille, et additionnées d'acide acétique ou d'acétate d'ammoniaque, m'ont seules paru vraiment utiles. On pourra voir la manière de les préparer et de les administrer aux malades (1). Les ventouses viennent en deuxième lieu, et ce serait une faute de ne pas les employer.

2° Dans la seconde période et même dans la troisième, l'électricité a toujours, quand on l'a mise en usage, produit un mal affreux et hâté le dénoûment de la maladie, c'est-à-dire la paralysie du nerf acoustique et une surdité irremédiable.

3° Mais les injections faibles avec la strychnine, la vératrine surtout, d'après les formules que j'ai données (2), m'ont procuré des résultats inespérés.

J'ai rapporté ailleurs plusieurs observations démonstratives, et nous prions le lecteur de les lire avec attention (3).

INFLAMMATION SPONTANÉE

de la bourse séreuse prérotulienne dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu,

Par M. le Dr B. BALL, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les complications nombreuses qui, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, peuvent affecter le tissu cellulaire et ses principaux dérivés, il en est une qui jusqu'à présent n'a jamais été signalée, du moins à notre connaissance : nous voulons parler de l'inflammation spontanée des bourses séreuses sous-cutanées dans le voisinage des articulations envahies. Le fait que nous allons rapporter nous a donc paru digne, en raison de sa nature exceptionnelle, d'être signalé à l'attention de la Société (4).

G..., peintre-vitrier, âgé de cinquante-neuf ans, d'origine piémontaise, mais résidant depuis l'âge de vingt ans à Paris, nous fait appeler auprès de lui le 3 novembre 1862.

Cet homme, d'une taille élevée, et dont le système musculaire est bien développé, jouit d'une santé habituellement bonne, malgré sa maigreur excessive.

Il affirme positivement n'avoir jamais été malade avant l'époque actuelle, ce qu'il attribue, non sans quelque apparence de raison, à la vie sobre et laborieuse qu'il a coutume de mener, et à ses habitudes parfaitement régulières. Il est marié et père d'un fils vigoureux, qui partage avec lui une petite chambre assez humide, située au rez-de-chaussée, et n'ayant accès que sur la cour.

Malgré l'insalubrité évidente d'un pareil logement, notre malade n'avait jamais éprouvé la moindre atteinte de rhumatisme articulaire, lorsque, deux jours avant notre première visite, il fut pris d'une douleur vive à l'épaule droite, accompagnée d'une tuméfaction prononcée et d'une impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement. Obligé de suspendre ses travaux, il espérait se rétablir après quelques jours de repos; mais les symptômes s'étant aggravés et d'autres articulations se trouvant prises, il s'est enfin décidé à subir un traitement régulier.

État actuel. — Le 3 novembre, nous trouvons le malade couché dans le décubitus dorsal, les traits contractés par la souffrance et condamné à une immobilité presque complète. Il existe un mouvement fébrile très-prononcé, avec chaleur à la peau, sécheresse de la langue, et 120 pulsations par minute.

Les articulations envahies sont en ce moment au nombre de quatre, l'épaule, le coude et le poignet du bras droit, et l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Les symptômes locaux, la tuméfaction, la douleur et la rougeur sont infiniment plus prononcés au coude-pied que sur tous les autres points : cette articulation, en effet, ne s'est prise que la nuit dernière, tandis qu'au membre supérieur les accidents, qui datent déjà de trois jours, sont en voie de décroissance.

Les autres articulations sont dans un état normal; cependant nous avons remarqué au-devant du genou droit un calus épidermique très-prononcé, et qui correspond assez exactement à la partie inférieure et externe de la rotule. Nous apprenons de la bouche du malade que cette disposition se rattache à l'habitude constante de mettre en terre le genou droit lorsqu'il est occupé à badigeonner la partie inférieure des murs; le poids du corps porte encore en grande partie sur ce point, circonstance importante à noter, comme on le verra plus tard. Rien de semblable n'existe au genou gauche.

L'auscultation du cœur, pratiquée avec la plus grande attention, ne nous a fait entendre aucun bruit de souffle; les battements de cet organe, quoique accélérés il est vrai, sont pourtant réguliers et parfaitement isochrones au pouls radial. Les artères superficielles ne présentent aucune trace d'ossification.

La matité précordiale occupe un espace d'environ 4 centimètres carrés; la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal.

Il existe un léger bruit de souffle continu à gauche dans les vaisseaux du cou; rien de semblable à droite.

La respiration, étudiée avec soin, ne nous a rien offert d'irrégulier. Il existe un peu de sonorité exagérée aux deux bases en arrière; cependant le murmure vésiculaire s'entend assez bien sur ce point, et le malade n'a jamais eu, dit-il, l'habitude de tousser en hiver. En avant, la sonorité est normale.

La langue est sèche, comme nous l'avons déjà fait observer, et recouverte d'un enduit jaunâtre; la soif est vive et l'anorexie complète. Il existe de la constipation depuis trois jours. L'abdomen n'est point ballonné, mais la percussion donne de la matité au niveau du cœcum et de l'S iliaque.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes; il est un peu douloureux à la pression.

Les urines sont rares, rouges, et laissent déposer un sédiment briqueté.

La surface du corps est d'une teinte un peu blafarde et terreuse; les sclérotiques sont légèrement jaunâtres.

Il n'existe point de céphalalgie, point de troubles des sens spéciaux ni de l'intelligence; mais le malade est privé de sommeil depuis plusieurs jours, et son moral est péniblement affecté.

Nous prescrivons un vomitif composé de tartre stibié, 0,10; ipéca en poudre, 1 gramme, et nous faisons envelopper de ouate les articulations malades.

Le 4 novembre, le malade a eu des vomissements bilieux et une selle liquide. Le pouls est tombé à 104; il y a moins de tuméfaction, moins de sensibilité que la veille aux articulations du membre supérieur, mais le coude-pied continue à être très-douloureux et fortement enflé.

Nous prescrivons : sulfate de quinine, 1 gramme, dans une potion acidulée par l'acide sulfurique, et comme tisane du chiendent nitré. Diète; deux bouillons.

Le 5, aucune modification sensible ne s'est produite dans l'état général. L'articulation tibio-tarsienne continue à être rouge, tendue, douloureuse. Les articulations du bras sont visiblement détendues, et le malade peut exécuter avec ce membre des mouvements plus étendus que la veille. Le pouls est à 104. — Sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Du 6 au 10, le malade a été soumis à l'influence de 2 grammes de sulfate de quinine par jour; le pouls s'est abaissé jusqu'à 88 pulsations par minute; les articulations du bras sont revenues à l'état normal; l'articulation tibio-tarsienne s'est peu à peu dégonflée et a recouvré quelques mouvements. En présence de cette amélioration sensible et des accidents généraux éprouvés par le malade sous l'influence du sulfate de quinine, qui provoque des tintements d'oreilles, de la surdité et une gastralgie fort pénible, nous nous décidons le 10 novembre à cesser l'usage de ce médicament.

Le 11, le malade nous annonce le retour des accidents du côté d'une articulation nouvelle. Le genou droit est devenu le siége d'une tuméfaction considérable et douloureuse, et les mouvements de cette articulation se sont trouvés brusquement enrayés.

Nous examinons immédiatement le point affecté, qui est devenu le siége d'un gonflement diffus, mal circonscrit et difficile à limiter, surtout en présence de la sensibilité excessive manifestée par le patient; l'épaisseur de l'épiderme en cet endroit est encore un obstacle à l'exploration. L'articulation tibio-tarsienne paraît complétement libre, et des mouvements assez étendus peuvent s'y passer sans arracher comme autrefois des cris de douleur au malade.

Le pouls est remonté à 108, et la peau est chaude et sèche.

Le malade refuse absolument de revenir à l'usage du sulfate de quinine : nous nous bornons donc à prescrire cinq centigrammes d'extrait thébaïque pour calmer la douleur, et nous faisons garnir l'articulation de ouate.

Le 12 novembre, le malade a passé une nuit blanche : la douleur est excessive, et l'opium n'a produit aucun soulagement. La tuméfaction du genou a beaucoup augmenté depuis hier, sans avoir sensiblement changé de caractère. Le pouls est à 120.

Nous prescrivons dix centigrammes d'extrait thébaïque et des applications landanisées *loco dolenti*.

Le 15 novembre, la tuméfaction, la douleur et les symptômes généraux ayant encore augmenté, nous faisons appliquer 12 sangsues autour du genou; mais, pour leur permettre d'entamer la peau, il a été nécessaire d'appliquer des cataplasmes chauds pour ramollir l'épiderme qui s'est ensuite détaché en plaques lamelleuses : c'est seulement alors que les sangsues ont pu tirer du sang.

Le 16 novembre, le malade éprouve un certain degré de soulagement, et la tuméfaction a diminué : en même temps elle a changé de caractère. Elle offre en ce moment une forme triangulaire : deux prolongements qui remontent sur les côtés du tendon rotulien, représentent la base du triangle, dont le sommet se dirige en bas : il est constitué par une saillie arrondie qui proémine manifestement au-devant de la rotule, et un peu en dehors. En outre, un phénomène important, qui nous avait jusqu'à présent échappé, se révèle pour la première fois : je veux parler d'une fluctuation, manifeste au-devant de la rotule, obscure sur les côtés du tendon rotulien, et qui paraît avoir été masquée jusqu'alors par l'épaisseur de la calotte épidermique.

Il nous est cependant impossible d'imprimer au genou aucun mouvement, sans provoquer de la part du malade les plus vives réclamations. La pression exercée sur les côtés de l'articulation est également très-douloureuse, au dire du sujet.

Il existe encore de la fièvre, et le pouls est à 108.

Il devenait évident, en présence de ces symptômes, que nous avions affaire à une inflammation de la bourse séreuse prérotulienne, mais de cette bourse hypertrophiée par les habitudes du malade, qui posait, comme nous l'avons dit, le genou droit en terre pour se livrer à son travail.

Mais, préoccupé des accidents rhumatismaux aigus que le malade venait de présenter, et frappé de l'impossibilité d'imprimer des mouvements à l'articulation fémoro-tibiale, nous étions en proie à de vives anxiétés. En réfléchissant à l'existence de communications accidentelles qu'on a signalés chez certains sujets entre les synoviales articulaires et les bourses séreuses sous-cutanées, nous avions songé à la possibilité du passage du liquide intra-articulaire dans la cavité séreuse : cet accident aurait pu d'ailleurs se produire par la perforation de la synoviale et l'effusion de son contenu dans le tissu cellulaire. Ces craintes, partagées par un habile chirurgien auquel nous avons fait voir le malade, nous ont enchaîné la main, et ne nous ont pas permis de pratiquer les incisions qui paraissaient indiquées par le premier diagnostic. Des applications constantes de cataplasmes lau-

(1) *Leçons cliniques*, t. I.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Ibid.*
(4) Société médicale d'observation, séance du 21 avril 1865.

danisées furent donc notre seul traitement local; l'opium fut en outre administré à haute dose (0 gr. 30).

Du 17 au 22 novembre, la tuméfaction a rapidement augmenté, au point de devenir énorme : en même temps, elle avait perdu sa forme régulière et formait une masse fluctuante, épanchée en quelque sorte autour de la région du genou à sa partie antérieure; on sentait la fluctuation, on voyait le gonflement sur les côtés du tendon rotulien. Les douleurs éprouvées par le sujet étaient intolérables; la jambe était maintenue dans la flexion; la fièvre était intense et le malade complètement privé de sommeil.

L'amincissement de la peau sur quelques points faisait présager que la nature opérerait bientôt l'ouverture que nous hésitions encore à pratiquer. Pendant la nuit du 22 au 23 novembre, une perforation fistuleuse s'établit vers la partie inférieure et externe de la tumeur : une énorme quantité de pus complètement inodore et bien lié s'échappa par l'ouverture : la couche du malade en fut inondée, et le liquide s'écoula jusque sur le parquet. Appelés près de lui le lendemain matin, de bonne heure, nous le trouvâmes notablement soulagé, et fort satisfait de ce résultat, qui ne laissait pas de nous inspirer de graves appréhensions. Toutefois, l'ouverture s'étant faite spontanément, il ne pouvait y avoir aucun inconvénient à pratiquer de nouvelles incisions; c'est ce que nous fîmes en plusieurs endroits, de manière à laisser couler une quantité encore très-considérable de pus.

Le 24 novembre, nous trouvâmes le malade dans un état satisfaisant; le facies était excellent, le pouls assez calme (96 pulsations), la peau moite; il avait enfin goûté une nuit de repos, et pour la première fois, depuis le début de la maladie, il éprouvait un mouvement d'appétit.

Surpris d'un résultat aussi heureux qu'inespéré, nous interrogeâmes l'état local, et grâce au dégonflement qui s'était opéré, il nous fut aisé de constater que le genou n'offrait aucune déformation extérieure, qu'il jouissait de toute la liberté de ses mouvements, et que la main appliquée sur la rotule ne ressentait pas cette sensation de crépitation que l'observateur perçoit habituellement, dans les mouvements de flexion et d'extension, quand une articulation a été longtemps affectée de rhumatisme aigu. Cette sensation, nous la percevions très-nettement au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, dont les mouvements étaient loin d'offrir la même liberté. A partir de ce moment, la convalescence a rapidement marché; mais la suppuration a duré longtemps, grâce surtout à la pusillanimité du malade, qui n'a jamais voulu subir aucune injection, ni se soumettre à aucun traitement actif. La cicatrisation complète des ouvertures n'a eu lieu que deux mois plus tard, le 22 janvier : le malade est allé compléter son rétablissement à la campagne; peu de temps après, il retournait vivre dans son pays natal, où il jouit encore aujourd'hui d'une excellente santé.

Résumé. — Un homme de 59 ans, d'une vigoureuse santé, est pris d'un rhumatisme articulaire aigu, qui, après s'être montré à l'épaule, au coude et au poignet droits, envahit l'articulation tibio-tarsienne du même côté. Le sulfate de quinine avait triomphé de ces accidents, lorsque des phénomènes, en apparence semblables, se manifestent autour du genou. Bientôt une collection purulente s'est formée dans la bourse séreuse prérotulienne : elle s'est accompagnée de symptômes fébriles, d'une flexion forcée de la jambe sur la cuisse, et d'une douleur extrêmement vive : au bout de sept jours, elle s'est ouverte spontanément; des incisions nombreuses ont accéléré l'évacuation du pus; et la guérison du malade a permis de constater que l'articulation du genou était restée étrangère au travail phlegmasique qui s'était opéré autour d'elle.

Réflexions. — Il était difficile, nous le croyons du moins, d'éviter au premier abord une erreur de diagnostic chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire. Rien ne paraissait plus naturel, d'après la marche des accidents, que d'admettre une communication soit primitive (1), soit consécutive, entre la cavité articulaire et la collection purulente placée au-devant d'elle. La flexion forcée du genou, l'impossibilité de faire agir la jambe, les douleurs éprouvées par le malade sur les côtés de l'articulation, enfin la persistance des phénomènes généraux, tout contribuait à confirmer notre erreur, et à nous faire porter un pronostic qui ne s'est heureusement pas vérifié.

Il est donc utile de savoir que dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, des bourses séreuses sous-cutanées peuvent devenir le siége d'une inflammation spontanée. Les faits de ce genre sont évidemment peu fréquents : il n'en est fait aucune mention dans les traités classiques, et s'il en existe des observations dans la science, nous n'avons pas été assez heureux dans nos recherches pour les retrouver. Cependant M. le docteur Peter a bien voulu nous communiquer une observation analogue à la nôtre; nous en présentons ici le résumé :

Dans le courant de l'année 1864, un homme vigoureux de 34 ans, tailleur de son métier, est entré dans le service de M. le professeur Trousseau. Il était atteint depuis quatre jours d'un rhumatisme articulaire aigu, qui avait envahi les épaules et les genoux. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, les coudes furent atteints, et, pour la première fois, on constata l'existence d'un bruit de souffle à la pointe du cœur.

Deux jours plus tard, cet homme se plaignait de souffrir à la malléole externe du côté droit. Il existait en effet une tuméfaction des téguments, qui offraient une coloration rosée, et sous lesquels une fluctuation légère était d'ailleurs évidente. Le lendemain, des phénomènes de même nature se manifestaient à la malléole externe du côté gauche. Peu à peu, l'épanchement formé dans la bourse séreuse devint considérable à droite; mais jamais il n'y eut de rougeur vive, ni d'œdème circonvoisin, ni aucun autre phénomène pouvant faire admettre l'existence d'un abcès.

Les articulations tibio-tarsiennes sont restées intactes pendant tout le cours de la maladie; les autres jointures sont graduellement revenues à l'état normal. L'affection des bourses séreuses a duré douze jours, et le malade a quitté l'hôpital après un séjour de trois semaines, conservant toujours un bruit de souffle au cœur.

En rapprochant cette intéressante observation de la nôtre, nous y trouvons, malgré quelques différences, de nombreux points de contact. Bien que dans le premier cas il y ait eu une inflammation suppurative, qui ne s'est point manifestée dans le second, nous voyons que chez l'un et l'autre malade l'affection des bourses séreuses a été précédée d'un rhumatisme poly-articulaire, d'une intensité moyenne; nous voyons que les jointures voisines du point malade ont été respectées; nous voyons enfin, fait digne de remarque, que dans l'un et l'autre cas, l'inflammation s'est portée sur les points fatigués par les habitudes du métier, chez l'un et l'autre malade. Si la bourse séreuse prérotulienne et les bourses malléolaires existent chez tous les sujets à l'état normal, il n'en est pas moins vrai que l'attitude prise par les tailleurs hypertrophie la bourse de la malléole externe, et que chez notre patient la bourse prérotulienne avait évidemment subi une influence analogue.

« L'inflammation des bourses séreuses, » disent MM. Denonvilliers et Gosselin, « est presque toujours la conséquence de quelque violence extérieure, telle qu'un coup, une chute, une plaie ou une contusion. Il est très-rare qu'elle naisse spontanément, ou par l'effet d'une cause interne; mais elle est préparée par l'action longtemps continuée des pressions ou des frottements auxquels ces membranes sont exposées par suite d'habitudes particulières ou de manœuvres professionnelles. Aussi, dans les bourses séreuses accidentelles, l'inflammation survient-elle souvent sous l'influence des mêmes circonstances qui ont favorisé le développement de la poche anormale (1). »

Il est incontestable que, chez notre malade au moins, l'inflammation de la bourse prérotulienne a été complétement spontanée : aucun choc, aucune violence extérieure ne sont venus développer sur ce point un travail phlegmasique, et l'immobilité parfaite du membre rhumatisé nous est garantie par la douleur vive que ressentait le malade, et par les soins des personnes qui l'entouraient et qui ne l'ont jamais laissé seul. Toutes les causes accidentelles se trouvent donc écartées dans ce cas, et l'on est alors naturellement porté à se demander si le rhumatisme ne doit point être invoqué comme cause efficiente de cette phlegmasie spontanée, que l'on pourrait alors rapprocher du rhumatisme des gaînes tendineuses, connu depuis longtemps, mais sur lequel l'attention a été plus particulièrement attirée par des travaux récents; mais il faut se rappeler que cette inflammation des synoviales tendineuses coïncide habituellement avec un travail morbide ayant pour siége les articulations voisines, et que presque toujours on peut la regarder comme le résultat d'une propagation directe; rien de semblable dans les deux cas que nous venons de relater.

Il est évident d'ailleurs que le rôle du rhumatisme a été singulièrement exagéré par beaucoup d'observateurs, et qu'on n'est pas autorisé à rapporter à cette cause unique tous les accidents, toutes les lésions qui peuvent se développer dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Il est donc possible que dans le fait que nous venons de relater il n'y ait eu qu'une simple coïncidence, et nullement un rapport de cause à effet; pour avoir le droit de formuler une opinion motivée à cet égard, il faudrait pouvoir s'appuyer sur un plus grand nombre de faits, car la fréquence est en pareil cas l'un des principaux éléments d'une appréciation sérieuse.

Mais il nous paraît utile d'appeler l'attention des observateurs sur ce point, car on voit souvent des lésions qui passaient pour exceptionnelles devenir plus fréquentes lorsqu'on s'occupe de les rechercher.

Notons cependant que dans l'arthrite blennorrhagique cette complication singulière est assez fréquente. M. le docteur Verneuil, qui a bien voulu nous communiquer ce renseignement, vient d'observer, il y a peu de temps, un cas de ce genre qui sera prochainement publié.

Si l'inflammation rhumatismale des bourses constitue une exception dans l'espèce humaine, chez les animaux elle devient presque la règle. D'après Gurlt (2), l'inflammation des bourses muqueuses dans le cours du rhumatisme aigu, bien que très-rare chez l'homme, est aussi fréquente que celle des synoviales articulaires elles-mêmes chez les animaux; elle peut d'ailleurs coïncider avec l'arthrite rhumatismale, ou se présenter isolément.

Il est juste de rappeler que les bourses séreuses peuvent quelquefois s'enflammer spontanément pendant la convalescence d'une maladie grave. M. le docteur Barth a vu la bourse de l'acromion devenir le siége d'un hygroma à la suite d'une fièvre typhoïde (2). Mais nous croyons que ce fait ne présente aucune analogie avec les deux observations que nous avons rapportées; il n'existait point chez nos deux malades une dépression générale bien caractérisée, et d'ailleurs la phlegmasie locale s'est manifestée pendant le cours de la maladie, et non pas à la période de déclin.

Il appartient au lecteur de tirer de l'exposé qui précède les conclusions qui lui paraîtront les plus sages. Mais en tout cas, qu'il s'agisse d'une conséquence directe du rhumatisme articulaire ou d'une simple coïncidence, nous croyons être utile aux praticiens en leur signalant une erreur de diagnostic facile à commettre, et qui peut exercer une influence fâcheuse sur le traitement.

(1) Wenzel Gruber, in *Prager Vierteljahresschrift f. d. g. Heilk.* Jahrg. 2, 1845. Bd I. S. 95.

(1) *Compendium de chirurgie pratique*, t. II, p. 23.

(2) *Beiträge zur vergleichenden pathologischen Anatomie der Gelenkkrankheiten*, p. 50. Berlin, 1853.

(3) *Union médicale*, 1853, nº 78.

ANOMALIES DE L'IRIS.

Par M. le Dr Fano.

On sait que les anomalies de l'iris sont nombreuses et atteignent tantôt l'iris lui-même, tantôt la pupille. Les principales sont : l'absence totale ou partielle de l'iris, les divisions de cette membrane, ses déplacements, ses variétés de coloration; la multiplicité des pupilles, la situation anormale de cette ouverture, ses diverses configurations, son absence. Les deux observations suivantes, recueillies à ma clinique, ont chacune un certain intérêt; la première, en ce que l'ophthalmoscope a permis de déterminer un vice de conformation de la choroïde analogue à celui que présente l'iris; la seconde, comme exemple de duplicité de la pupille par la présence dans l'aire de cette ouverture d'un tractus ressemblant au tissu de l'iris.

Obs. I. *Coloboma partiel de l'iris et de la choroïde du côté droit.* — Georges Picard, âgé de six ans, est conduit à la clinique de M. Fano, en juillet 1864, pour une blépharite ciliaire. Les parents ne se préoccupent nullement d'une difformité qu'il présente à l'œil droit. De ce côté, la conjonctive et la cornée ne présentent aucune anomalie; l'iris manque totalement dans son huitième inférieur environ, de façon que la pupille représente, au lieu d'une ouverture circulaire, une ouverture en forme d'une ellipse coupée au milieu de sa longueur. L'extrémité inférieure de cette cornée répond au point de jonction de la cornée et de la sclérotique.

Cette pupille se contracte seulement par son arcade supérieure. A l'ophthalmoscope, les milieux réfringents sont transparents; la papille optique est normale, la vascularisation de la rétine est riche; à une petite distance de la papille, on aperçoit quelques vaisseaux choroïdiens dans les conditions ordinaires; un peu plus loin, et vers le *haut* de l'image ophthalmoscopique (image renversée), existe une petite plaque blanche répondant à une atrophie de la choroïde. Puis, aux limites de l'image ophthalmoscopique, et toujours vers le haut, on constate une plaque très-grande d'une *blancheur éclatante*, parcourue par les vaisseaux rétiniens; cette plaque a la forme semi-lunaire. La choroïde manque donc dans une portion de la partie inférieure de l'œil, et précisément au voisinage de la portion d'iris absente.

La vision n'a pas la même énergie des deux côtés; de l'œil gauche, l'enfant lit le nº 1 de Jæger; de l'œil affecté de coloboma, il ne lit que le nº 4. Des caractères d'imprimerie qu'il lit à 96 centimètres, avec l'œil gauche, ne peuvent être distingués qu'à 43 centimètres avec l'œil atteint de coloboma.

Obs. II. *Duplicité de la pupille gauche par la présence dans l'aire de cette ouverture d'un tractus ressemblant au tissu de l'iris.* — Le nommé Lefébure, vingt-et-un ans, chapelier, s'est présenté le 27 décembre 1860. Il apprend que, depuis sa plus tendre enfance, l'œil droit est faible, et que, depuis cette époque, l'état de l'organe n'a pas sensiblement changé. L'œil gauche a toujours été bon.

Actuellement, il existe quelques granulations vers l'angle externe des deux paupières supérieures; les mouvements des globes sont parfaits; la pupille, de chaque côté, contractile. De l'œil *gauche*, Lefébure lit les caractères d'imprimerie les plus petits. De l'œil *droit*, il ne distingue bien que des caractères d'un centimètre de haut; encore lui semble-t-il qu'il les voit à travers un brouillard. La partie antérieure de la sclérotique, de ce côté, tout autour de la cornée, est un peu plus bleuâtre qu'à gauche; on constate de plus à la partie supérieure et interne de la sclérotique droite une légère bosselure, dont le tissu est parcouru par quelques vaisseaux veineux.

En examinant l'œil gauche par l'éclairage latéral à la lampe, on reconnaît que la pupille est *divisée en deux parties par un tractus ayant la forme et l'apparence d'un fil*, de couleur jaune chamois, analogue à la couleur de l'iris correspondant. Ce fil s'attache, par ses deux extrémités, à la circonférence de la pupille au niveau d'un diamètre oblique de cette ouverture. Il se tend, quand la pupille se dilate, et décrit des ondulations, lorsque la pupille se resserre.

La pupille du côté droit n'offre rien de semblable.

L'examen comparatif des membranes profondes de l'œil, des deux côtés, ne révèle aucune différence, ni des rétines, ni des papilles optiques, ni des choroïdes. Lefébure présente donc, à droite, une de ces amblyopies congénitales qui ne se révèlent à l'ophthalmoscope par aucune lésion matérielle appréciable.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 mai 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Hygiène publique. — Rapport sur un mémoire de M. BERGERET concernant un plan d'études des agents externes ou atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie. — L'Académie a renvoyé à une Commission composée de MM. Rayer, Velpeau et J. Cloquet l'examen d'un Mémoire de M. le docteur Bergeret ayant pour titre :

Exposition d'un plan d'études des agents externes ou atmosphériques qui sont toujours en rapport avec notre économie, jour et nuit, depuis notre naissance jusqu'à notre mort et qui ont la plus grande influence sur l'ordre normal de nos phénomènes vitaux. (Manuscrit de 41 pages, suivi de 12 tableaux.)

L'auteur de ce travail, frappé de l'importance de l'hygiène et de la difficulté, de l'impossibilité même, de résoudre isolément plusieurs des questions qu'elle soulève, propose, pour arriver à leur solution, d'établir sur toute la France un vaste système d'observations faites dans chaque commune et coordonnées à Paris par une réunion de savants. Les observateurs seront le médecin, le prêtre, l'instituteur, le vétérinaire, les propriétaires de chaque commune; l'État fera les frais d'administration, la Société médicale les frais d'instruments.

Le médecin consignera ou fera consigner les observations sur des tableaux qu'il enverra à une Commission cantonale; cette Commission fera sur ces tableaux un rapport qu'elle enverra à une Commission d'arrondissement qui, à son tour, dressera un rapport et des cartes

des observations de l'arrondissement, et enverra son travail à une Commission départementale qui agira de même et transmettra son rapport à la Commission centrale à Paris. Cette Commission publiera tous les dix ans un rapport dont un exemplaire sera envoyé dans chaque commune.

Les observations seront nombreuses. On notera quatre fois par jour la hauteur du thermomètre et du baromètre et la quantité d'électricité atmosphérique; chaque jour la pression barométrique sur les montagnes et dans les mines; chaque jour la force et la direction des vents, les degrés de l'hygromètre, l'état du ciel, la quantité d'eau tombée, la direction des orages, la quantité d'ozone. On devra décrire la configuration du sol, la nature et la quantité de ses productions, l'influence des divers procédés agricoles, les cours et les masses d'eau, leur nature et leurs propriétés; en donner l'analyse chimique; indiquer la fréquence relative des maladies observées; décrire toutes les conditions hygiéniques des usines et des habitations d'ouvriers, et même, s'il est possible, donner leur photographie; donner le nombre des décès par jour, l'âge des décédés et la nature de leur maladie, le mouvement des naissances, filles et garçons, légitimes et naturelles, en indiquant, s'il y a lieu, le degré de parenté des père et mère; enfin la quantité de bétail et de volaille, la description des épizooties et le tableau de la mortalité qui s'en est suivie. Aussi le nombre de tableaux à établir est-il considérable; trois sont annuels, mais neuf sont mensuels et doivent être à la fin de l'année résumés en un nouveau tableau, ce qui fait 120 par commune chaque année.

L'auteur ne s'est pas bien rendu compte sans doute du travail considérable qu'il imposait à des personnes occupées de fonctions laborieuses; des dépenses onéreuses dont il chargeait le trésor public et la caisse de l'Association médicale, destinée à un tout autre usage non moins respectable, et de l'incertitude que présenteraient des observations recueillies souvent par des personnes inexpérimentées ou insuffisamment instruites. Entraîné par le désir, très-louable sans doute, de voir élucider des points obscurs et importants de la science, il n'a pas aperçu les difficultés de toute nature qui s'opposaient à la réalisation de son projet, et qui nous paraissent insurmontables. Aussi votre Commission a-t-elle l'honneur de proposer de répondre à M. le ministre que l'Académie ne saurait accorder son approbation à ce travail et qu'il n'y a pas lieu de donner suite au plan d'études qui y est développé.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et l'Académie décide qu'une ampliation en sera envoyée à M. le ministre. (Commissaires : MM. Rayer, Velpeau, J. Cloquet, rapporteur.)

— **M. B. SCHNEPP** adresse une note sur le traitement efficace par le galazyme des affections catarrhales, de la phthisie et des consomptions en général.

Le galazyme est une boisson mousseuse, enivrante, préparée avec du lait d'ânesse. L'idée de cette préparation tire son origine de la croyance que la phthisie pulmonaire n'existe pas parmi les populations nomades des steppes de la Russie, par suite de l'usage du kumis, lait de jument fermenté.

— **M. ERNEST MAURIN** adresse une note intitulée : *Du système d'égouts de Marseille; ses avantages et ses inconvénients pour la santé publique et des ports*, venant à l'appui de son *Mémoire sur Marseille au point de vue de l'hygiène.* (Commissaires : MM. Combes, Morin.)

— **M. NETTER** adresse un Mémoire ayant pour titre : *Nouvelles observations de fièvres typhoïdes relatives à l'importance de l'élément buccal et à l'heureuse influence de gargarismes acidulés.* (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

— **M. J.-B. TROUILLOT** adresse un Mémoire autographié intitulé : *Recherches sur les effets vitaux produits par la combustion de la houille.* (Commissaires : MM. Ch. Sainte-Claire Deville, H. Sainte-Claire Deville, Daubrée.)

— **M. RIVOALEN** adresse une note relative à l'influence que peut avoir sur la production du choléra l'insalubrité des fosses d'aisances à certaines époques et dans certaines circonstances. (Renvoi à la Commission du prix Bréant.)

— **M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE** écrit à l'Académie pour la prier de lui présenter, conformément aux règlements en vigueur, deux candidats pour la chaire de zoologie (Annélides, Mollusques et Zoophytes) vacante au Muséum d'histoire naturelle par le décès de M. Valenciennes.

Cette demande est renvoyée à la section d'anatomie et de zoologie.

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL** signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, un ouvrage intitulé : *Origine et transformation de l'homme et des autres êtres*, que l'auteur, M. P. Trémaux, adresse pour le concours du prix biennal;

Un autre opuscule ayant pour titre : *Dupuytren*, par M. F.-L. Gaillard.

— **M. P. BROUARDEL** adresse, pour le concours du prix fondé par M. Godard, un ouvrage imprimé ayant pour titre : *De la tuberculisation des organes génitaux de la femme.* (Renvoi à la même Commission.)

— **M. EDMOND MARX** adresse, pour le concours du prix fondé par M. Godard à décerner en 1865, un Mémoire imprimé intitulé : *Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.* (Renvoi à la Commission chargée de l'examen des pièces adressées pour le concours du prix Godard.)

— **M. J.-J. MASLOVSKY** écrit pour prier de hâter le travail de la Commission chargée de l'examen d'un Mémoire qu'il a précédemment adressé, et ayant pour titre : *Nouveau système de traitement de la syphilis dans le climat du Nord.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 17 mai 1865 ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Houneau, médecin principal de 2e classe, et Mouillac, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Azaïs et Gouchet, médecins-majors de 2e classe, Tardif, médecin aide-major de 1re classe.

— L'inspection médicale du service de santé militaire vient d'être arrêtée pour cette année de la manière suivante :

1er *arrondissement.* — M. Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Le 5e corps d'armée, moins les 19e et 21e divisions territoriales (15e, 16e et 18e divisions).

2e *arrondissement.* — M. Maillot, président du Conseil de santé des armées.

Le 6e corps d'armée (11e, 12e, 13e et 14e divisions territoriales) et les 19e et 21e divisions.

3e *arrondissement.* — M. le baron Larrey, membre du Conseil de santé.

Le 2e corps d'armée (3e et 4e divisions territoriales).

4e *arrondissement.* — M. Hutin, membre du Conseil de santé.

Le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales), l'École du Val-de-Grâce.

5e *arrondissement.* — M. Ceccaldi, médecin inspecteur.

La 17e division militaire, les trois divisions d'Alger, d'Oran et de Constantine.

6e *arrondissement.* — M. Sédillot, médecin inspecteur, directeur de l'École du service de santé militaire.

Le 3e corps d'armée (5e, 6e et 7e divisions territoriales), le personnel de l'École du service de santé militaire de Strasbourg.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le 26 mai, à la Faculté de médecine, cabinet du doyen.

Ordre du jour. — Lecture de MM. de Vauréal, Dugué, Menjaud et Peulevé.

Rapport de M. Rigal.

— M. le docteur Jounia commencera le mercredi 24 mai un cours public d'accouchements dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis de quatre à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La syphilis vaccinale devant l'Académie impériale de médecine, par M. le professeur Depaul. In-8° de 88 pages. Prix : 2 fr. *franco.* Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le microscope et son application spéciale à l'étude de l'anatomie végétale, par M. le docteur Hermann Schacht, traduit d'après la 3e édition allemande par M. J. Dalimier. 1 vol. in-8°, avec 100 figures dans le texte et 2 planches. Prix : 8 fr. Savy, libr.-édit., rue Hautefeuille, 24.

Étude sur le délire aigu sans lésions, par M. le docteur Thulié, ancien interne de Charenton. In-8° de 124 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Anatomie descriptive et dissection, par M. le docteur J. A. Fort, ancien interne des hôpitaux. 4e fascicule. Névrologie. Un vol. in-12, avec figures. Prix : 3 fr. Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

L'Année pharmaceutique ou Recueil des remèdes nouveaux et revue des travaux les plus importants en pharmacie, histoire naturelle médicale, thérapeutique, chimie, qui ont paru en 1864, par L. Parisel, pharmacien de 1re classe. Ouvrage honoré de la souscription du ministre de l'instruction publique et du ministre de la guerre. 5e année (1865). Un vol. in-18 de 428 pages. Prix : 1 fr. 50. Paris, Victor Masson et fils, libr.-édit.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 62. — SAMEDI 27 MAI 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 27 MAI 1865. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL BEAUJON. Leçons de physiologie clinique. Physiologie du sang. Quantité de globules. — Insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur de l'utérus; hémorrhagie après la délivrance. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

PARIS, LE 26 MAI 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Piorry a occupé seul la tribune sur la question de la localisation du sens de la parole. Il a fait une appréciation très-juste et très-sensée des points de vue principaux sous lesquels se présente cette question, et une critique fondée de la tendance de quelques médecins à multiplier sans motif les unités morbides en faisant d'un symptôme une maladie. Nous avons assez souvent combattu chez M. Piorry l'abus d'une tendance contraire pour qu'il nous soit particulièrement agréable aujourd'hui de constater notre accord avec lui dans l'espèce. Oui, M. Piorry a raison de considérer l'aphasie non comme une entité morbide spéciale, mais comme le symptôme d'une lésion organique dont il s'agit de déterminer le siége.

Le siége de cette lésion est-il connu? Là est le vrai point de la question. M. Bouillaud dit oui, d'autres disent non. Nous sommes de ceux qui doutent et attendent une démonstration péremptoire de l'une ou de l'autre opinion, tout en convenant que les plus grandes probabilités paraissent être en faveur de celle de M. Bouillaud.

Mais le doute ne va pas au tempérament de M. Bouillaud. Rien n'est respectable assurément comme une conviction. Mais en toute chose l'excès est nuisible; il y a un mot dans la langue pour exprimer l'attachement opiniâtre d'une personne à son opinion; ce mot ne devrait jamais trouver sa place dans les discussions scientifiques. On se rappelle comment M. Bouillaud a accueilli jusqu'ici les observations qu'on lui a opposées, et en quels termes il a qualifié en particulier celle que nous a communiquée récemment un de nos correspondants. M. Velpeau n'a pas été plus heureux. Se souvenant d'un fait qu'il avait déjà communiqué il y a vingt-deux ans à l'Académie et qui lui semblait réunir toutes les conditions stipulées par son collègue, M. Velpeau tendait déjà la main pour recueillir, au profit de la caisse de l'Association, le montant du prix proposé, quand, à la surprise générale, M. Bouillaud a écarté ce fait comme inadmissible, non authentique, et anatomiquement, physiologiquement et moralement impossible.

Décidément le prix de M. Bouillaud sera difficile à gagner.

Mais voyons quel est ce fait. Avant que M. Velpeau le communiquât à l'Académie, nous avions déjà entre les mains la lettre suivante, adressée par M. Faure à M. le professeur Bouillaud, sous le couvert de la *Gazette des Hôpitaux*. Elle vient trop bien à point pour n'avoir pas ici sa place. Nous la reproduisons textuellement :

A M. le professeur Bouillaud.

Monsieur et illustre maître,

Permettez-moi d'apporter dans cette discussion qui reçoit tant de solennité du caractère même de ceux qui y prennent part, un fait qui pour moi est resté étrange, précisément parce que j'ai eu l'honneur de suivre vos leçons et de lire vos livres.

En 1843, dans le mois de mars, il entra dans le service de M. Velpeau un homme affecté d'une maladie des voies urinaires. C'était un perruquier d'une soixantaine d'années. A part sa maladie de la prostate, il paraissait jouir d'une excellente santé, il était très-gai, très-rieur, plein d'entrain et de malice, et bien évidemment en possession de toutes ses facultés. Mais ce qui rendait cet homme vraiment remarquable, c'était sa loquacité intarissable; jamais, on peut le dire, il n'y eut plus grand babillard, chaque événement devenait pour lui la cause d'interminables raisonnements, et plus d'une fois on vit les autres malades de la salle se plaindre de ce voisin qui ne leur laissait de repos ni jour ni nuit.

Dans la nuit du 11 au 12 mars, cet homme mourut presque subitement.

Je fis l'autopsie sous les yeux de M. Delpech, interne de M. Velpeau, aujourd'hui membre de l'Académie.

Hypertrophie de la prostate, maladie de la vessie et de l'urèthre, etc., etc.

Pour compléter l'autopsie, et dans la pensée qu'il pouvait avoir succombé à une apoplexie, on ouvrit le crâne : le cerveau, mis à nu, nous offrit alors le tableau le plus inattendu.

Toute la partie antérieure des deux lobes cérébraux avait disparu dans l'étendue de quatre centimètres au moins du diamètre antéro-postérieur et dans toute sa largeur correspondante. A la place de la portion du cerveau manquante, on trouvait une tumeur dure, de nature fibreuse et adhérente à la dure-mère dont elle paraissait provenir. Cette tumeur était bilobée et chacun de ces lobes avait le volume d'un œuf. La substance cérébrale, en contact avec la tumeur, était ramollie, rouge, et en quelque sorte pulpeuse.

En résumé, cet homme, qui a conservé jusqu'au dernier jour son bon sens, son esprit, et sa faculté de s'exprimer, dans toute leur netteté normale, avait depuis longtemps une lésion des plus graves qui avait désorganisé une grande partie de ses lobes cérébraux antérieurs.

Les détails de ce fait sont restés parfaitement présents à ma mémoire, mais pour leur donner toute l'authenticité possible, j'ai cru devoir rechercher et rappeler les divers témoignages dont ils ont été l'objet dans le temps.

1° M. Velpeau a présenté à l'Académie le cerveau et la tumeur : il a insisté sur l'antagonisme existant entre ce fait et certaines doctrines en faveur auprès de quelques personnes (séance du 14 mars 1843);

2° M. Delpech a consigné cette observation dans le *Traité de physiologie* de M. Longet;

3° Les journaux ont rendu compte de la présentation à l'Académie ainsi qu'il suit :

Gazette des Hôpitaux. — Tumeur squirrheuse entre les deux lobes antérieurs, qu'elle a déprimés, et auxquels elle a fait subir une perte de substance... Cet homme était surtout remarquable par sa loquacité et sa salacité.

Gazette médicale. — Tumeur de nature squirrheuse développée sur les faces du cerveau, elle a pris la place des deux lobes antérieurs... Perruquier très-loquace, cynique dans ses propos... Cette observation serait opposée à la doctrine qui place le siége de la faculté de la parole dans les lobes antérieurs, elle concorde avec les idées de M. Flourens qui localise toutes les facultés dans les parties centrales de l'encéphale, au point que, d'après lui, les parties périphériques peuvent être lésées sans qu'il y ait abolition de l'intelligence, ni des instincts.

Journal des Connaissances médico-chirurgicales. — Tumeur volumineuse, de nature squirrheuse, développée sur les faces du cerveau et ayant pris la place des lobes antérieurs. Aucun symptôme indiquant une lésion cérébrale.

Archives. — Tumeur ayant pris la place des deux lobes antérieurs. Ce fait vient contredire formellement l'opinion qui place dans les lobes antérieurs l'organe législateur de la parole.

Dr FAURE.

Voilà qui, avec les déclarations de MM. Velpeau et Delpech, établit suffisamment, ce nous semble, l'authenticité du fait.

Quant à sa signification, nous serions bien tenté de dire avec M. Guérin, qu'elle est décisive et qu'elle ruine la doctrine de M. Bouillaud. Mais nous croyons devoir nous montrer un peu moins sévère et, quelque excellentes que soient les raisons de M. Guérin, nous ne considérons pas encore comme irrévocable et sans appel ce jugement porté au nom d'une logique un peu trop rigoureuse peut-être. A la place de M. Bouillaud, — que notre éminent confrère nous pardonne, — il nous semble qu'au lieu de regarder ce fait comme impossible, ce qui par parenthèse était peu flatteur pour ceux de ses collègues qui l'ont observé, nous l'eussions accepté franchement, mais en nous réservant le droit d'interprétation. Et, nous fondant sur les exemples nombreux, que renferme la science, de tumeurs qui par leur développement lent et graduel compriment, déforment ou déplacent des organes essentiels, sans troubler sensiblement leurs fonctions, nous eussions demandé à MM. Velpeau et Delpech, s'ils s'étaient bien assurés, chez le sujet en question, si les lobes antérieurs du cerveau, ainsi refoulés, comprimés et comme déplissés sous la pression de la tumeur, qui s'était développée en leur lieu et place, mais non aux dépens de leur tissu, n'avaient pas conservé, dans leurs rapports nouveaux et sous la forme et le volume auxquels ils étaient réduits, l'intégrité de leur texture et partant leur aptitude fonctionnelle habituelle.

C'est un point de vue qui nous paraît digne d'être sérieusement examiné, ce qui vaudrait mieux qu'une négation ou une fin de non-recevoir tirée d'une prétendue impossibilité.

A mardi prochain, la suite de la discussion.

L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un trésorier, en remplacement de M. Gimelle, que son âge et l'état de sa santé ont obligé à résigner cette fonction. C'est l'honorable M. Gobley, qui a été appelé par les suffrages de ses collègues à cette utile fonction, qui est en même temps une des dignités de l'Académie.

Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

PHYSIOLOGIE DU SANG.

QUANTITÉ DE GLOBULES.

Les parties constituantes du sang, c'est-à-dire les globules, la fibrine, le sérum, dont nous venons d'esquisser la composition chimique, se trouvent dans des proportions déterminées. La quantité de globules a été appréciée par des méthodes d'analyse très-diverses qu'on peut grouper ainsi : 1° pesage indirect ou direct des globules secs et séparés du plasma; 2° poids des globules humides; 3° numération des globules; 4° appréciation chromométrique.

La première est celle de Prévost et Dumas, Andral et Gavarret, modifiée par Becquerel et Rodier, Popp, Courlier, Schérer, Simon; elle calcule indirectement et par déduction le poids des globules desséchés; après avoir séparé le caillot et le sérum, desséché l'un et l'autre, on déduit du résidu du caillot les éléments solides en dissolution dans l'eau, ainsi que la fibrine (d'un autre échantillon); le chiffre restant représenterait le poids des parties solides des globules. Cette méthode a donné en moyenne 125 à 130 parties de globules supposés secs pour 1000 parties de sang.

On suppose ainsi que toute l'eau contenue dans le sang fait partie du sérum, et doit lui être attribuée; car les globules ne renferment pas de véritable sérum, ainsi que nous l'avons démontré. D'une autre part, le caillot retient plus ou moins de sérum, de sorte qu'on retranche du résidu solide un chiffre très-variable qui n'a point de rapport constant avec la quantité des éléments solides contenus dans les globules.

Une analyse plus directe a été préconisée par Figuier et perfectionnée par Dumas, Gorup; certaines solutions salines (entre autres le sulfate de soude) étant mêlées au sang, les globules traversent plus difficilement le filtre; on peut ainsi obtenir ces corpuscules sans mélange de fibrine; mais on ne détermine ainsi que les parties coagulables des globules, tandis qu'on perd tous les sels et les parties non coagulables appartenant aux globules.

La deuxième méthode évalue la proportion des globules à l'état humide; Schmidt (de Dorpat) qui l'a découverte cherche à déterminer, par des procédés micrographiques, le volume des globules desséchés; or, en se desséchant sous le microscope, un globule perd 68 à 69 centièmes de son volume et contient par conséquent de 31 à 32 pour 100 d'éléments solides; d'une autre part, Schmidt a mesuré le volume du sérum emprisonné dans le caillot et il a constaté que le caillot même le plus rétracté contient encore 20 volumes de sérum pour 100; les 4/5 du volume du caillot proviendraient donc des globules; par ces divers calculs, Schmidt est arrivé à ce résultat singulier que le nombre indiqué pour le poids des globules supposés secs n'a qu'à être multiplié par 4 pour donner le poids des globules humides, et servir ainsi à déterminer en même temps le poids du sérum contenu dans le caillot; la connaissance de ce poids permet de calculer la somme des éléments appartenant aux globules.

Or, les globules humides représentent 470 à 540 parties sur 1000; Lehman arrive au même résultat, c'est-à-dire à 512 pour 1000; ce chiffre s'accorde parfaitement avec celui des globules secs indiqué par Andral et Gavarret, 125 à 130 multiplié par 4. Ainsi les globules forment dans le sang environ les 500/1000 ou la moitié de la masse totale.

Parchappe a employé de son côté un procédé analogue à celui de Schmidt. Enfin la meilleure méthode de pesage des globules humides appartient à Hoppe; mais elle ne s'applique qu'au sang couenneux, c'est-à-dire au sang dont la fibrine vient se coaguler isolément à la surface en une couche distincte et blanche, privée de globules. La quantité de fibrine contenue dans une quantité précise de plasma ou de sang, peut être déterminée facilement; on peut ainsi arriver au chiffre du plasma de ce sang; en déduisant ce chiffre de la quantité totale du sang, on a le poids des globules humides.

Un troisième mode d'analyse, ou méthode numérique de Vierordt, consiste à compter les globules sous le microscope; on aspire une petite quantité de sang frais dans un tube capillaire bien gradué et on en mesure le volume; puis on fait passer ce sang dans un liquide qui ait la propriété de l'étendre, sans alté-

(1) Voir les numéros des 2 et 4 mai.

rer les globules (eau gommée, eau albumineuse). Le mélange ainsi obtenu est repris par une pipette, étendu en lignes régulières sur un porte-objet où on le laisse sécher; puis on place ce porte-objet sous le microscope et on compte les globules. Dans un millimètre cube de ce sang, le nombre moyen des globules est d'environ 4,180,000 et 5,551,000.

Si l'eau gommée ou un autre liquide empêchait absolument les courants d'endosmose entre le contenu des cellules et le liquide intercellulaire, on aurait, par ce procédé, un moyen certain de préciser, par la quantité de solution emprisonnée dans le caillot, et par celle qui se trouve dans le sérum, combien le caillot retient encore de sérum. Après déduction faite de cette dernière quantité et de la quantité de fibrine, on obtiendrait le poids des globules humides; la méthode de Vierordt aurait donc un double avantage; mais il n'en est pas ainsi; elle est entachée d'erreur, en ce sens qu'aucun liquide ne laisse les globules absolument intacts. Aucun ne les prive du pouvoir d'endosmose.

Le dernier procédé a été proposé sous le nom de chromométrique par Welker : « On juge de la richesse du sang en « globules par la quantité de liquide incolore qu'il faut y ajou- « ter pour faire arriver la teinte à un certain degré, dont la « valeur a été déterminée directement. Comme terme de com- « paraison, il prend un millimètre cube de sang, en compte les « globules et l'étend d'une quantité déterminée d'eau alcoolisée, « puis il ajoute à l'échantillon à examiner la quantité liquide « titrée pour le ramener à une teinte identique, et il tient note « de cette quantité. Il admet que l'intensité de la couleur du « sang est en rapport direct avec le nombre des globules rou- « ges, et la quantité de liquide incolore qu'il faut ajouter pour « égaliser la coloration est proportionnée à l'abondance de ces « corpuscules (Milne Edwards). » Mais, comme le fait très-bien observer l'éminent physiologiste auquel j'emprunte ces paroles, la teinte du sang est influencée aussi par la quantité de globules blancs, et j'ajoute par la densité variable du sérum ainsi que par la quantité des gaz oxygène et acide carbonique qui ont une influence incontestable sur la forme des globules et par conséquent sur leur pouvoir réfringent.

Les résultats obtenus par ce procédé ne sont donc pas toujours comparables entre eux. L'échelle chromatique ne saurait fournir une analyse précise.

QUANTITÉ DE SANG CONTENU DANS L'ORGANISME.

Après avoir déterminé la quantité relative de ses éléments, il nous reste à apprécier la masse totale du sang.

Les méthodes les plus connues pour arriver à cette appréciation sont les suivantes : 1° l'extraction du sang par une saignée artérielle assez considérable pour entraîner la mort; Herbst, par des expériences de ce genre chez divers animaux vertébrés, a constaté que le sang qui s'écoule ainsi représente un douzième du poids du corps chez le bœuf, un seizième chez le chien, et seulement un vingt-neuvième chez les oiseaux; ces résultats n'ont aucune signification, car on ne peut ni extraire la totalité de ce liquide, ni apprécier celle qui reste dans les organes; Haidenhain, par des pressions exercées sur les vaisseaux, a cherché à obtenir cette dernière quantité; mais cette modification n'a pas de valeur réelle; la facilité plus ou moins grande avec laquelle le sang se coagule chez les divers animaux influe considérablement sur la portion qui s'écoule au dehors, et sur celle même qu'on obtient par pression. Or, dans les hémorrhagies, c'est par suite de la formation d'un caillot, et non à cause de l'épuisement complet de l'organisme, que le sang finit par l'arrêter.

2° Une méthode plus indirecte a été proposée par Valentin : pratiquer une première saignée, injecter dans les veines de l'animal une quantité considérable et connue d'eau salée, et quelques minutes après, répéter la saignée; ensuite, dans chaque échantillon, on détermine la quantité de matières solides et on compare la proportion des parties solides et de l'eau; par un calcul très-simple on obtient ainsi la quantité totale de sang avec laquelle cette eau a été mélangée dans l'organisme. Mais voici des objections graves; l'eau ne se mêle pas uniformément avec tout le sang; le sang, chargé d'eau, fait des échanges endosmotiques avec les tissus voisins; ainsi il cède de l'eau aux reins et s'augmente lui-même des éléments qui sont en dissolution dans les parties péri-vasculaires. Ces expériences de Valentin sont donc entachées d'un vice radical; toutefois les résultats acquis par ce physiologiste méritent d'être relatés; ainsi il a constaté que le poids total du sang varie d'une espèce à l'autre, et se trouve dans un rapport à peu près constant avec le poids du corps chez les divers individus d'une même espèce. Chez le chien le sang représente un quart du poids du corps; chez le mouton un cinquième; chez le lapin un sixième. Les expériences n'étant pas praticables chez l'homme, M. Valentin est arrivé, après diverses considérations assez plausibles, à estimer le poids du sang à environ 23 pour 100 du poids du corps, c'est-à-dire à 15 ou 20 kilogrammes pour un homme de stature ordinaire.

Ces évaluations sont évidemment exagérées.

3° Un troisième genre d'expérience a été mis en usage sur des suppliciés par Wrisberg, et tout récemment par Lehman et Weber. « Ils pesèrent le corps avant et après la décapitation, et « par la différence de poids ils évaluèrent la quantité de sang « qui s'était écoulée du corps; puis ils injectèrent de l'eau « dans les artères du tronc et de la tête, jusqu'à ce que ce li- « quide, en sortant par les veines, fût presque incolore; d'après « le poids relatif des matières solides contenues dans le sang « écoulé et dans l'eau sanguinolente, ils calculèrent la quantité « de sang qui pouvait être restée dans le cadavre (Milne Ed- « wards). »

Dans un cas le sang répandu fut estimé à 5,540 grammes, qui donna 5 grammes de résidu sur 28; l'eau sanguinolente était de 6,050 grammes, laquelle donna 37 grammes de résidu.

Or ce résidu correspond à celui de 1,980 grammes de sang; par conséquent le corps contenait au moins 5,540 + 1,980 grammes de sang, c'est-à-dire 7,500; le corps pesant 60 kilogrammes, le sang représentait un huitième du poids total ou 12,2 pour 100.

Mais l'injection ne donne pas tout le sang contenu dans les vaisseaux.

4° Une quatrième méthode est celle de Welker. On délaye tout le sang (comme dans le procédé de Valentin) jusqu'à ce qu'il acquière la couleur d'un échantillon composé d'une certaine quantité de sang, qu'on mesure et délaye dans une quantité déterminée d'eau. Le chiffre d'eau nécessaire pour ramener tout le sang à la coloration typique, permet d'en calculer la masse totale (Welker, Heidenheim). Parmi les animaux vertébrés, ceux qui ont moins de sang ont aussi moins d'activité physiologique; ainsi les poissons n'ont que 1,07 à 1,87 pour 100 de sang, la grenouille 5,8 pour 100, la souris 8 pour 100, et l'oiseau 8,49 pour 100.

Par ce même procédé, Welker a trouvé la quantité relative de sang plus élevée chez l'homme que chez la femme; c'est un résultat indiqué aussi par Valentin. Mais toutes les espèces de sang ne possèdent pas la même puissance de coloration.

Il existe une dernière méthode qu'on peut appeler mixte, et que Panum a utilisée pour apprécier la quantité de sang dans l'inanition; nous exposerons ce procédé et ses résultats à l'occasion des anémies par misère.

DE L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA,

sur le segment inférieur de l'utérus. — Hémorrhagie après la délivrance,

Par M. le Dr Jounia.

La cause de l'implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est regardée comme inconnue; si la caduque n'est pas autre chose que la muqueuse utérine (Coste), ce phénomène me paraît trouver une explication naturelle. En effet, l'hypertrophie de la muqueuse peut être insuffisante pour maintenir l'œuf dans le voisinage de la trompe, ou bien le bourgeonnement qui doit le fixer ne se fait pas en temps utile; dans l'un et l'autre cas l'œuf, par son propre poids, doit tomber sur le point le plus déclive de la cavité utérine. On pourrait en conclure que les cas d'insertion du placenta sur le col doivent être rares chez les femmes affectées de déviations ou de flexions du corps de l'utérus. On s'expliquerait en outre l'influence que peuvent avoir au début de la grossesse de longues promenades à cheval, en voiture, une chute, etc., circonstances qui peuvent être regardées comme favorisant la progression ou le décollement de l'œuf. La cause de l'avortement dans le premier mois est obscure; ne peut-on pas admettre que l'œuf, tombant sur le col, détermine une irritation suivie de contractions utérines qui amèneront son expulsion; si ces contractions sont faibles ou font défaut, l'œuf croîtra et le placenta s'étalera sur le segment inférieur de l'utérus. Cette explication se rapproche de celle de Giffart, contredite par Levret; il admettait que le placenta se décollait et tombait sur le col, tandis que je crois que dans les circonstances que j'ai indiquées l'œuf tombe sur le col dès son arrivée dans la cavité utérine, c'est-à-dire avant la formation du placenta. Lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, le ventre de la femme ne se développe jamais comme dans les grossesses ordinaires; à terme, l'utérus offre à peine le volume qu'il devrait avoir au cinquième mois; l'enfant, peu développé, succombe dans plus de la moitié des cas (Nægelé). C'est donc dans tout le courant de la grossesse que l'influence funeste de cette anomalie se fait sentir. L'hémorrhagie des trois derniers mois a été longuement traitée par MM. Jacquemier, Nægelé, Cazeaux, Simpson, etc.; ce journal a bien voulu publier un de mes articles sur ce sujet, je n'ai pas à m'occuper de cet accident; ce qu'il m'importe de faire remarquer en ce moment, c'est que la délivrance accomplie tout danger n'a pas disparu. C'est sur le segment inférieur que se développent anormalement les vaisseaux utéro-placentaires, cette partie est bien moins pourvue de fibres musculaires que le fond, par suite la rétraction en sera bien plus lente. La femme, affaiblie par les hémorrhagies antérieures, est donc menacée après la délivrance d'une perte nouvelle dont on comprend la gravité; le sang ne coule pas en abondance, mais l'écoulement est continu et avec lui s'échappe le reste de vie de la femme. Le pronostic sera bien plus grave si les manœuvres ont déterminé quelques lésions du col : « Elles détermineront, après l'accouchement, une hémorrhagie difficile ou impossible à arrêter. Le sang sort alors immédiatement après la délivrance en jet mince et uniforme, bien que la matrice se contracte convenablement, tous les moyens employés pour augmenter ces contractions ne suffisent pas pour arrêter cet écoulement peu abondant en apparence et la mort ne tarde pas à arriver. (Nægelé, p. 120.) » D'après cette citation, les incisions du col devraient être évitées, elles sont souvent indispensables; lorsque l'hémorrhagie menace les jours de la femme, l'indication est de désemplir l'utérus, dût-on recourir aux incisions ou même à l'accouchement forcé de Pusoz. D'après ce que je viens d'écrire, la perte doit se produire après la délivrance, même sans lésion chirurgicale du col, par le fait seul du développement anormal du placenta sur le segment inférieur; j'ai dit sans lésion chirurgicale, car celle que provoque le passage de l'occiput étant constante pourrait, suivant l'opinion de M. Nægelé, donner lieu à une hémorrhagie mortelle. Relativement au pronostic, on doit remarquer que la perte, par son peu d'abondance, peut être méconnue; est-elle reconnue, on n'a qu'un traitement douteux pour y remédier : tous les moyens propres à faire contracter l'utérus auront peu d'effet sur le segment inférieur dont la rétraction est faible; leur action sera nulle si l'hémorrhagie tient surtout à une lésion du col. Le tampon est évidemment contre-indiqué; la compression de l'utérus ne remédie à rien, celle de l'aorte pourrait donner de bons résultats, mais combien de temps faudrait-il la prolonger? Les moyens qui me paraîtraient le mieux devoir réussir sont les injections intra-utérines astringentes, mais elles sont dangereuses. La solution de perchlorure de fer, directement appliquée sur les vaisseaux béants et sur la plaie du col, me paraîtrait le traitement le plus efficace. On pourrait se servir d'une éponge de médiocre volume attachée à l'extrémité d'une sonde métallique, on l'imbiberait de la solution et l'on badigeonnerait le segment inférieur de l'utérus en imprimant des mouvements de rotation à l'instrument introduit dans le col.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Un rapport sur une épidémie de variole, par M. le docteur Barthélemy (de Vigy); 2° le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département du Gers. (Comm. des épidém.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur l'application des forces électriques envisagées dans leurs rapports avec les eaux minérales d'Aix en Savoie, par M. le docteur Despine. (Comm. des eaux minér.)

2° Une relation des épidémies observées à Rueil en 1863 et 1864, par M. le docteur Chairon. (Comm. des épidém.)

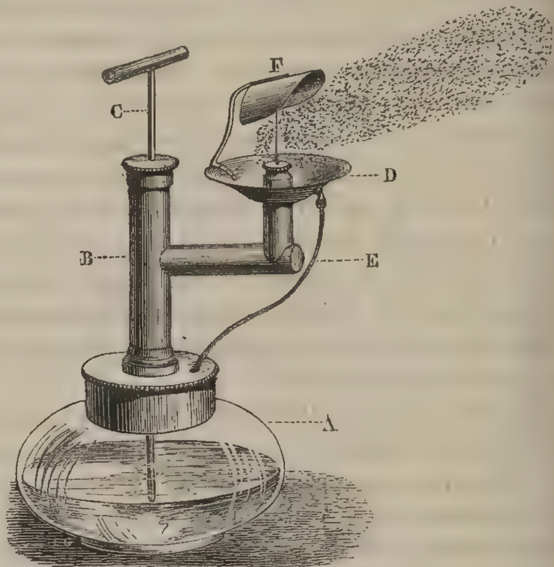
3° Une lettre de M. le docteur Pons (de Bez) sur la faculté de la parole et sa localisation;

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Sucquet;

5° Une note descriptive sur un nouveau pulvérisateur nommé hygroconisateur, imaginé par M. Renault.

Le perfectionnement de cet appareil, destiné, comme l'indique son nom, à la pulvérisation des liquides, consiste en ce que les molécules hydriques sont si tenues qu'elles ressemblent à un nuage de fumée.

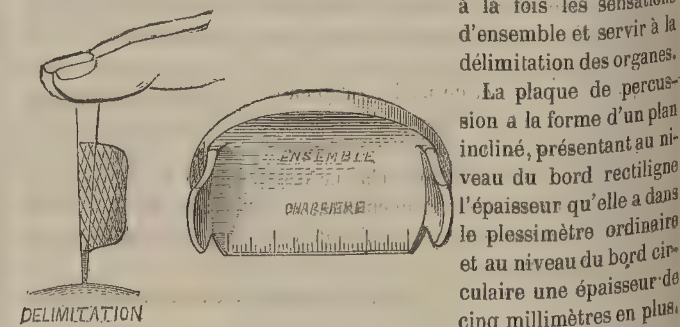
La construction de cet appareil, on ne peut plus simple, le rend très-portatif et d'un maniement facile.



A. Récipient en verre.
B. Corps de pompe.
C. Tige munie de deux pistons.
D. Cuvette pour recevoir le liquide condensé.
E. Tube en caoutchouc conduisant l'eau de la cuvette dans le récipient.
F. Plaque recevant le jet du liquide.

6° La description et le modèle d'un nouvel instrument plessimétrique, le placorganomètre, inventé par M. Léonce Souligoux, élève en médecine (Comm. M. Piorry).

L'idée sur laquelle repose le placorganomètre est celle-ci : fournir à la fois les sensations d'ensemble et servir à la délimitation des organes.



La plaque de percussion a la forme d'un plan incliné, présentant au niveau du bord rectiligne l'épaisseur qu'elle a dans le plessimètre ordinaire et au niveau du bord circulaire une épaisseur de cinq millimètres en plus.

Avec le placorganomètre, après avoir obtenu les sensations d'ensemble, on arrive à la délimitation en faisant exécuter à l'instrument un mouvement de quart de cercle, de telle sorte que le bord rectiligne restant appliqué, le bord circulaire se redresse et vient servir de surface de percussion. On fait avancer graduellement l'instrument dans cette position, jusqu'à ce que le changement de son se produise.

Les nombreuses expériences faites à l'Hôtel-Dieu ont pleinement fait ressortir les grands avantages du placorganomètre de M. Souligoux.

Nous reproduisons l'instrument dans ses deux applications et réduit de moitié.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un trésorier en remplacement de M. G melle.

Deux membres de l'Académie se sont mis sur les rangs : M. Jolly et M. Gobley.

Le nombre des membres présents et prenant part au vote est de 73, majorité 37.

Au premier tour de scrutin, M. Gobley a obtenu. . 40 voix.

M. Jolly 32

Il y a eu un billet blanc.

M. Gobley, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé trésorier de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir proclamé le résultat du scrutin, adresse, au nom de l'Académie, des remercîments à M. Gimelle, trésorier sortant.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Piorry.

Discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. PIORRY. Plusieurs questions de premier ordre, importantes au point de vue physiologique et même pratique, ont été soulevées par le rapport de M. Lélut, relatif au Mémoire de M. Dax.

Les premières ont trait à la localisation de certains phénomènes intellectuels et des fonctions cérébrales.

D'autres portent la discussion sur les organes que plusieurs médecins considèrent comme présidant à la faculté du parler, à l'articulation des sons, à la coordination des mots.

D'autres encore se rapportent au siége de la mémoire des mots, et à celles-ci se rattachent les considérations relatives à l'impossibilité de l'émission ou à l'oubli de certains termes, de certaines catégories d'expression, accidents de paralysie ou d'anervismie, auxquels on a donné les noms d'alalie, d'aphasie, d'aphémie, et que j'ai désignés, au moins dans certains cas, par l'expression que je crois juste d'amnémonomie.

D'autres enfin se rattachent à cette grande controverse qui domine la médecine entière : un ou plusieurs symptômes d'une lésion, simples ou multiples, peuvent-ils, doivent-ils être considérés comme des unités morbides, comme des maladies?

Je n'ai pas l'intention de résoudre ces nombreuses et importantes questions. La discussion dans laquelle il faudrait entrer pour arriver à un résultat aussi désirable exigerait plus de temps que ne le comporte un discours académique; j'ai seulement le désir d'élucider quelques points de l'immense sujet en litige.

Les phénomènes de l'intelligence sont-ils dus à une action du cerveau dans son ensemble, ou les divers éléments psychologiques qui les constituent sont-ils liés à des parties isolées et circonscrites de l'encéphale?

Depuis l'époque où l'on a rattaché au cerveau la manifestation des facultés intellectuelles, c'est-à-dire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, les physiologistes, les psychologistes ont considéré, comme M. Lélut paraît encore vouloir le faire, les phénomènes si complexes de la pensée et des éléments qui la composent à l'encéphale considéré en général. Telles étaient, sans doute, les croyances de Camper lorsqu'il mesurait l'angle facial et qu'il cherchait à préciser par son degré d'ouverture les dimensions du cerveau, et partant le degré de l'intelligence; telle était la manière de voir de Haller, de Bichat et celle des naturalistes en général, alors qu'ils s'attachèrent à déterminer dans les divers êtres le volume du système nerveux intracrânien considéré en lui-même, et le poids, l'étendue du cerveau comparé au volume du corps des animaux.

Cette manière de considérer les actes psychiques semblait, au premier abord, être liée à l'idée de l'individualité du principe qui anime les êtres organisés vivants, c'est-à-dire de l'âme, idée qui du reste n'a que faire dans cette discussion, puisqu'elle n'est en rien infirmée par l'admission de diverses parties plus ou moins distinctes existant dans l'encéphale et ayant des fonctions spéciales. Que plusieurs organes ou un seul soient chargés de fonctions séparées ou confondues, cela n'exclut en rien l'existence unique d'un point de départ, d'un agent animateur qui dans une première manière de voir influerait sur le cerveau dans son ensemble, et dans une seconde opinion aurait pour moyen de transmission des parties isolées du même organe.

Gall, en cherchant à démontrer que le cerveau était composé de diverses parties, dont les actions étaient distinctes, ne niait donc en rien l'existence de l'agent central admis par les autres psychologistes. Ses immenses et laborieuses recherches, dirigées par un esprit d'observation et par une sagacité rares, ont porté une atteinte bien grave à l'opinion qui admettait l'unité organique de l'encéphale.

Il savait bien lui, qui, par une dissection aussi adroitement pratiquée qu'ingénieusement imaginée, étendait cet organe sous une forme membraneuse, qu'il était impossible de distinguer nettement par des lignes de séparation, par des membranes, par des intersections vasculaires les divers compartiments encéphaliques; mais il se rappelait sans doute cette grande loi de l'organisme : que toutes les parties constituantes du corps de l'homme et de l'animal, bien que chargées chacune d'actions différentes, sont unies les unes aux autres par des liens de continuité, de contiguïté, de vascularisation et d'innervation.

Que l'on n'argüe pas contre l'opinion qui admet la pluralité des organes et des fonctions cérébrales, de la continuité et de l'identité de structure des divers points de la masse encéphalique, car les fonctions des nerfs, en apparence partout semblables au point de vue de leur organisation, sont en rapport avec des actions sensoriales, motrices ou nutritives différentes, et il doit en être ainsi pour le névraxe lui-même.

Que des psychologistes peu versés dans la physiologie expérimentale ou dans la pathologie admettent encore qu'il n'y ait pas de fonctions distinctes attachées à tel ou tel département de l'encéphale, cela se conçoit; mais pour le clinicien, il est impossible de nier l'évidence, et je craindrais d'étaler une érudition inutile si je réunissais ici les faits innombrables qui prouvent la localisation de diverses fonctions cérébrales, et si je citais les autorités aussi nombreuses que respectables qui ont mis hors de doute le positivisme de cette localisation.

On ne peut contester sans doute que les diverses parties qui composent le cerveau sont contiguës et continues les unes aux autres. Mais les divers éléments qui constituent l'intelligence ne sont-ils pas liés aussi pour former par leur ensemble la pensée? et ces divers éléments ne sont-ils pas cependant très-distincts? Psychologiquement il y a ici les mêmes circonstances qui se retrouvent anatomiquement. Le cerveau est un avec des organes multiples qui ont des connexions entre eux; ainsi l'intelligence, bien qu'unique dans son essence, se compose de facultés différentes entre elles et dont l'ensemble la constitue.

Que Gall n'ait pas toujours été dans le vrai en assignant à telle partie de l'encéphale telle aptitude intellectuelle qu'il admet, cela est possible, et pour la plupart de ces aptitudes il est probable que le siége des organes qu'il leur assigne comme siége est plutôt hypothétique et arbitraire que prouvé; mais s'il est une partie du cerveau dont la fonction semble être hors de doute, c'est celle qui est en rapport avec la mémoire ou les diverses mémoires admises par l'illustre auteur de la phrénologie.

C'est derrière l'os frontal, c'est surtout au-dessus de la voûte orbitaire, c'est-à-dire dans les lobes antérieurs du cerveau, que Gall a placé les organes de la mémoire, et il a bien distingué celle-ci en diverses espèces dans lesquelles il n'a pas omis la mémoire des mots. C'était un fait d'observation vulgairement connu bien avant Gall que la saillie des yeux, laquelle résulte ordinairement de la dépression de la voûte orbitaire, existe très-fréquemment chez les gens dont la mémoire est très-développée, et il en est ainsi de la proéminence de la région frontale, surtout par en bas et latéralement; je dis latéralement, car sur la ligne médiane et au voisinage de la racine du nez, la saillie du front correspond en général à l'amplitude du sinus frontal, amplitude qui n'a aucune influence sur les fonctions de l'intelligence.

Or, les parties de l'encéphale qui correspondent à l'os frontal sont les circonvolutions antérieures des hémisphères encéphaliques. Le plancher qui supporte la face inférieure des lobes antérieurs est même en rapport de position avec les corps striés, circonstance qui peut avoir un certain degré d'importance.

Ce sont précisément ces circonvolutions antérieures, organes de la mémoire, d'après Gall, qui ont été considérées par M. Bouillaud comme les régions encéphaliques qui régissent pour ainsi dire l'articulation des mots ou la parole; notre collègue distinguant avec soin ce qui a trait soit aux anervismies, qui rendent cette articulation de la voix difficile ou impossible, soit au défaut d'influence cérébrale, qui empêche les mots d'être formés, a placé dès 1822, dans les circonvolutions antérieures, les *organes législateurs de la parole*, et c'est sur des faits nombreux et remarquables, appuyés par des observations multipliées de divers auteurs, qu'il a appuyé sa manière de voir. Plusieurs autres cas ultérieurement observés, et principalement ceux qui ont été recueillis ou mentionnés par MM. Auburtin et Broca, ont conduit à rapporter à la troisième circonvolution cérébrale gauche l'organe qui préside à la parole. C'est principalement sur cette limitation si resserrée que nos collègues ont dirigé leurs argumentations.

Les uns ont cité des faits assez nombreux dans lesquels les malades atteints de troubles dans la parole avaient porté pendant leur vie des lésions des circonvolutions ayant leur siége dans l'hémisphère gauche, et quelques autres ont rapporté un certain nombre d'observations, rares d'ailleurs, de troubles semblables avec quelque altération de structure existant dans les circonvolutions du côté droit.

Avant de discuter quelles sont les raisons physiologiques de cette plus grande fréquence à gauche que présentent, dit-on, des encéphalies accompagnées de modifications dans la parole, il est bon d'attendre que des faits ultérieurs du même genre que ceux qui ont été mentionnés par MM. Auburtin et Broca viennent encore en augmenter la valeur.

Les cas d'alalie, d'aphasie, d'aphémie, d'aphélie, que l'on a cités, ne se rapportent pas tous à la même série de troubles intellectuels. Ainsi qu'on l'a fait observer, les uns se rattachent à des altérations dans les fonctions des organes moteurs qui président à la parole; d'autres, comme dans le cas du professeur Lordat, consistaient dans la perte de la mémoire de certains mots et dans des troubles de l'intelligence, et presque tous les faits cités se rapportent à ce manque de mémoire, à l'oubli de certains mots, et quelquefois de certains actes ou de diverses séries d'actions. Presque toujours il s'est agi dans les faits cités de graves lésions cérébrales : hémorrhagies, ramollissements, ayant donné lieu à des paralysies.

Lorsque l'on publia dans ces derniers temps des travaux sur l'aphasie, l'aphémie, etc., on était loin, comme l'étymologie de ces termes le prouve, de penser qu'il s'agissait en général ici d'une perte de mémoire. M. Trousseau, se hâtant d'accepter tout d'abord les idées de M. Broca, les outrepassa de beaucoup, et il fit de ce symptôme ou de ces symptômes le *monstrueux assemblage* dont il a parlé. Ce fut pour lui *une maladie*.

Dans une note, insérée dans le *Courrier médical*, je critiquais assez vivement la manière dont on avait considéré le phénomène dont il est ici question, et par conséquent les termes par lesquels on le désignait; je m'étonnais que M. Trousseau, l'ennemi mortel des mots grecs, eût disserté si longuement pour savoir s'il fallait se servir des termes d'alalie, d'aphasie ou d'aphémie; alors M. Trousseau ne parlait pas de la perte de la mémoire de certains mots, qui est la cause réelle du plus grand nombre des cas d'aphasie.

Or, dans ma note, je rappelai que j'avais publié dans les premiers temps de ma carrière médicale deux faits de ce genre, remarquables à tous les points de vue : l'un se rapportait à un ancien négociant, qui ayant été atteint d'hémorrhagie cérébrale, pouvait écrire, mais avait *oublié* la lecture, et qui, étant incapable de relire les caractères qu'il avait tracés, se remit à l'*a b c* comme un enfant et réussit à pouvoir épeler et lire couramment; il n'y parvint qu'avec beaucoup de temps et en s'y prenant pour le faire comme si jamais il ne l'avait su. L'autre cas est celui d'un vieux prêtre, M. P..., qui ayant eu une céphalorrhémie à gauche, laquelle l'avait laissé paralytique à droite, avait entièrement *perdu la faculté de trouver les substantifs, quels qu'ils fussent ;* ce n'était pas l'idée qui lui manquait, mais bien son expression par la parole. La manière dont il s'exprimait était on ne peut plus curieuse; et, par exemple, voulait-il demander un chapeau, ce malheureux mot chapeau lui faisait entièrement défaut, et il se servait de verbes, de pronoms, d'adjectifs, pour rendre son idée : « Donnez-moi mon..., ce qui se met sur la..., » mais le mot tête ne lui venait pas; il cherchait vingt fois à exprimer sa pensée, et la chose lui présentait une difficulté insurmontable. C'était si peu la parole qui ne pouvait être proférée, et c'était si bien la mémoire des substantifs qui était perdue, que si l'on prononçait les mots : chapeau, tête, etc., à l'instant même il les répétait dix fois de suite avec une rapidité extrême; seulement, une minute ne se passait pas sans qu'il fût de nouveau impossible à ce malade de les avoir à sa disposition.

Une nouvelle attaque vint, après un an, mettre un terme à la triste existence de M. P..., et après beaucoup de démarches, j'arrivai à pouvoir pratiquer la nécroscopie de l'encéphale. Je constatai *dans la partie antérieure du corps strié gauche* trois kystes apoplectiques qui étaient évidemment de l'attaque qui avait eu lieu précédemment.

Dans le travail récent dont il vient d'être parlé ainsi que dans mes leçons cliniques, je ne manquai pas d'établir qu'il ne s'agissait pas dans les cas de ce genre d'une perte partielle de la parole, mais bien de la mémoire, et qu'en conséquence *aphasie* ne valait pas mieux, pour les désigner, qu'*aphélie* ou *alalie*, et je proposai le terme *amnémonomie*, qui signifie exactement : affection qui consiste dans l'absence de la mémoire des mots.

Mais tous les faits d'aphasie, d'amnémonomie ont-ils été rigoureusement observés, et n'en est-il pas quelques-uns sur l'exactitude desquels on pourrait élever plus d'un doute? N'a-t-on pas choisi au hasard et groupé pour en faire un tableau parfois discordant, et comme l'a dit M. Trousseau, un monstrueux assemblage de faits légèrement observés et qui ne sont guère en harmonie entre eux? Voici, par exemple, certaine observation, que j'ai recueillie dans mon service à l'Hôtel-Dieu, au mois de décembre dernier, et que je ne reconnais pas le moins du monde dans la narration que M. Peter, *mon chef de clinique, a communiquée, sans m'en prévenir, à M. Trousseau.*

Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une couche, éprouva des phénomènes d'encéphalite dont la cause me parut être cet état du sang qui existe dans l'ensemble de symptômes dits puerpéral. Bientôt, elle perdit connaissance et ne prononçait que quelques mots; ce n'était pas la mémoire qui manquait, mais bien l'intelligence, dont l'affaiblissement était extrême; c'était bien un coma profond et non *l'aphasie* qu'elle présentait; survint une rougeur violacée, puis une nécrose de l'une des jambes. Je l'attribuai à une emphraxie artérielle suivie d'oblitération, produite par des caillots; et j'en inférai qu'il se passait quelque chose de pareil dans l'encéphale. J'étais conduit à admettre ce fait par le souvenir de cette observation recueillie aussi à l'Hôtel-Dieu en 1834, dans le service que je faisais conjointement avec M. le docteur Bally, et dans laquelle il s'agissait d'une artérite de la radiale qui s'éleva successivement vers la brachiale et la vertébrale, et qui fut bientôt suivie de contractures du côté opposé du corps. Ces phénomènes me firent annoncer une oblitération par des caillots, des artères de l'encéphale du côté où existait l'artérite du bras, et la nécroscopie vérifia ce diagnostic. Or, dans l'observation du mois de décembre, il paraît, car M. Peter ne *m'a pas fait voir* la pièce anatomique, qu'il y avait aussi une oblitération, par un caillot de très-mince calibre, de l'artère minime que M. Trousseau désigne par le mot *sylvienne.*

Ce cas me paraît si peu une amnémonomie, que je viens encore d'être témoin d'un fait d'encéphalite qui a de l'analogie comme symptômes avec celui-ci. Malheureusement, la nécroscopie ne pût être pratiquée, parce que le cadavre fut réclamé. Avec un peu de complaisance, on aurait pu aussi considérer cette femme, qui venait d'accoucher, comme une aphasique.

Cette malade était constamment assoupie; on la réveillait cependant avec facilité, et comme elle avait éprouvé des douleurs quand on avait palpé sa tête, il arrivait toutes les fois qu'on voulait la faire parler, qu'elle disait seulement : *vous me faites mal.* Or, ce serait là, si l'on voulait tout confondre, une aphasie; mais il ne s'agissait réellement ici que d'un réveil incomplet, dans lequel la malade, sous l'influence du souvenir du mal qu'elle avait éprouvé, et rêvant en quelque sorte, répétait les expressions dont elle s'était précédemment servie.

Pour se faire une juste idée du symptôme amnémonomie, il faut bien savoir qu'il se manifeste comme phénomène dans l'état de santé. Beaucoup de gens ne se ressouviennent qu'avec peine des substantifs, et sont obligés de les chercher alors qu'ils veulent les employer; tel qui est très-heureusement doué de la mémoire des faits, possède à peine la faculté de retenir les noms propres; cela tient souvent à ce que l'attention étant davantage portée vers les choses, l'observation l'est fort peu sur les noms qui s'y rapportent.

Dans un premier concours, un médecin citait des faits innombrables, mais il ne pouvait se rappeler les noms des auteurs qui en avaient parlé; il reconnut bientôt que cette imperfection tenait à sa manière d'étudier, et désormais dans ses préparations de concours il s'occupa tout aussi bien des noms que des faits, et il arriva que dans les luttes nombreuses qu'il eut ensuite à subir personne ne lui a reproché l'oubli de citations d'auteurs.

Combien de fois n'est-il pas arrivé à la plupart des hommes de ne pas se ressouvenir du nom de la personne qu'ils connaissaient le mieux, et d'arriver même jusqu'à sa porte sans pouvoir le dire. Évidemment ce sont ici des faits du même genre que ceux qui ont porté à inventer la maladie fantaisiste dite aphasie.

Non certes, l'alalie, l'aphasie, l'aphémie, l'amnémonomie, pas plus que l'ataxie locomotrice, l'ictère grave, l'albuminurie ou urémie ne constituent point une maladie; ce sont là, au moins pour les cas qui ont provoqué la discussion actuelle, des symptômes, des conséquences de lésions variées qui entraînent la paralysie momentanée ou persistante de quelque partie circonscrite de l'encéphale. Ils ne suivent pas une marche régulière, coordonnée; ils n'ont pas une cause unique, virulente ou non; ils se déclarent comme des phénomènes pathologiques secondaires qui sont les conséquences d'altérations organiques simples ou multiples! Il est actuellement de mode de réunir quelques symptômes pour en former une maladie, et c'est un moyen assez facile de faire des innovations que l'on propose comme des découvertes nouvelles. Hélas! l'étude inexorable de l'anatomie, de la physiologie et de la diagnose positive, fait promptement justice de ces prétentions, et démontre bientôt que l'encadrement de quelques phénomènes morbides dans un cercle systématique où l'on veut circonscrire la maladie est tellement élastique et mobile qu'il est impos-

sible de l'édifier sur des bases raisonnables et surtout de le consolider.

Les conclusions de cette allocution sont celles que voici : 1° le cerveau est composé d'éléments multiples ayant chacun des fonctions spéciales; 2° les lobes et les circonvolutions antérieures des hémisphères paraissent être en rapport avec la mémoire et surtout avec celle des mots; 3° ce que l'on a dit être l'*aphasie* n'est qu'une *amnémonomie*, résultat d'une lésion permanente ou partielle des parties de l'encéphale en rapport avec la mémoire et la cessation ou la suspension de leurs fonctions; 4° l'*amnémonomie* ou aphasie, très-différente de l'impossibilité de prononcer les mots, n'est pas une maladie, mais un symptôme; pas plus que l'ataxie locomotrice, elle ne peut être considérée comme une unité morbide.

M. VELPEAU demande la parole. J'ai bien envie, dit-il, de me mettre sur les rangs pour gagner le prix proposé par M. Bouillaud; mais une crainte m'arrête. Je me souviens, il y a déjà longtemps de cela, que Delpech avait proposé un prix de 2,000 fr., somme considérable pour l'époque, pour celui qui lui montrerait un cas de guérison de fracture du col du fémur sans difformité. Il se présenta beaucoup de prétendants, mais aucune des observations qui lui furent adressées ne lui parut concluante, il trouvait à opposer à chacune d'elles quelque fin de non-recevoir. Il s'en rencontra une cependant, un jour, qui remplissait les conditions du programme, mais elle était de lui-même et il s'adjugea le prix. Je crains bien qu'il n'en soit de même pour le prix proposé par M. Bouillaud. Je voudrais donc, avant de me soumettre au jugement de notre collègue, qu'il voulût bien me faire savoir exactement ses conditions.

M. BOUILLAUD. Bien que je sois un peu voisin de la Gascogne, je ne suis cependant pas Gascon et je suis tout disposé à adjuger le prix à M. Velpeau, quoiqu'il soit plus riche que moi, s'il peut me prouver qu'il l'ait réellement mérité.

M. VELPEAU. Je l'accepterai tout de même pour la caisse des médecins de Paris.

M. BOUILLAUD. Voici mes conditions. Il s'agit de me montrer un cas dans lequel la parole aurait été conservée intacte, les deux lobules antérieurs du cerveau étant détruits ou plus ou moins profondément altérés. Mais j'entends être témoin du fait.

M. VELPEAU. Eh bien! voici le fait. (M. Velpeau raconte le fait cité plus haut dans la lettre de M. Faure.)

M. BOUILLAUD. Je n'accepte pas ce fait; il manque d'authenticité. Mais je prends au mot M. Velpeau, et je m'engage à lui donner le prix s'il me rend témoin d'un fait semblable.

M. VELPEAU. Je ne sais pas ce que M. Bouillaud entend par un fait authentique si celui-là ne l'est pas. Il a été observé et recueilli dans mon service. L'autopsie a été faite par l'un de mes internes d'alors, qui est aujourd'hui notre collègue à l'Académie et qui siége à côté de moi (M. Delpech). Il a eu pour témoin un grand nombre de médecins et d'élèves qui suivaient le service, entre autres un de nos confrères connu par des travaux scientifiques très-estimés, M. le docteur Faure. J'ai présenté moi-même les pièces pathologiques à l'Académie, et la relation du fait est consignée tout au long dans les *Bulletins de l'Académie*, t. VIII, page 864, et a été reproduit par tous les journaux qui rendaient compte de nos séances.

M. BOUILLAUD. Eh bien! en ce cas c'est un miracle.

M. DELPECH. Tout ce que vient de dire M. Velpeau est parfaitement exact. J'ai présenté dans le temps les pièces et l'observation à la Société anatomique, et je retrouverai au besoin le fait dans les bulletins de cette Société.

M. BOUILLAUD. Je déclare que je considère le fait comme impossible. Jamais vous ne me ferez admettre qu'il ait pu exister une lésion aussi considérable des deux lobes antérieurs du cerveau, non-seulement sans trouble de la parole, mais même sans aucun trouble intellectuel quelconque.

M. VELPEAU. A moins que nous n'ayons inventé cette observation, il faut cependant bien que M. Bouillaud se résigne à reconnaître son authenticité. Je crois que notre collègue dépasse en ce moment les limites d'une discussion académique. Puisqu'il est si incrédule, je vais lui donner lecture du passage du *Bulletin de l'Académie* où est consigné ce fait. (M. Velpeau lit cette relation.)

M. BOUILLAUD. Je maintiens que ce fait n'a pas toute la clarté et toute l'évidence nécessaires pour résoudre une question quelconque, et qu'il n'aurait jamais dû sortir de l'obscurité dans laquelle il est resté plongé pendant vingt-deux ans. Peut-on opposer un pareil cas aux cent seize faits positifs qui attestent l'exactitude de la loi que j'ai formulée? J'ai affirmé et j'affirmerai toujours qu'étant données des lésions graves des lobes antérieurs, moyens et postérieurs du cerveau, il est anatomiquement, physiologiquement et moralement impossible qu'il n'y ait pas de lésions fonctionnelles.

M. VELPEAU. Je n'ai nullement la prétention de chercher à renverser la doctrine de M. Bouillaud. J'ai rapporté un fait que j'ai vu, voilà tout. Que ce fait soit impossible au point de vue des théories de M. Bouillaud, soit. Mais savons-nous bien en réalité le point du cerveau où réside l'organe législateur de la parole? Il faut que nous osions avouer que nous savons peu de chose sur les fonctions du cerveau.

M. Bouillaud me somme de lui présenter un second fait semblable. Mais je n'irai pas le chercher. Cela regarde l'avenir. En attendant, que M. Bouillaud fasse ce qu'il voudra de ce fait, mais il n'a pas le droit de le repousser.

M. BOUILLAUD. Je n'ai pas nié le fait en lui-même, mais je l'ai déclaré impossible tel qu'on nous l'a présenté. Personne ne contestera la vérité de cette proposition de Béclard, le père de notre collègue : qu'il n'y a pas plus de lésions fonctionnelles sans organes lésés, qu'il n'y a d'organes lésés sans fonctions troublées. Je prie au surplus M. le président de vouloir bien nommer une Commission, et si cette Commission décide que je doive payer le prix, je suis tout prêt à m'exécuter.

M. VELPEAU. Je renonce au prix. Avec les conditions qu'y met M. Bouillaud, ce prix ne peut être donné et il ne le sera probablement jamais.

M. J. GUÉRIN. Je demande à l'Académie la permission d'insister sur le fait qui vient d'être communiqué ou plutôt rappelé par M. Velpeau. Ce fait est d'une importance capitale : il est à lui seul la solution du debat engagé.

Et d'abord, quoiqu'en puisse dire notre honorable collègue, M. Bouillaud, ce fait réunit toutes les conditions d'un fait authentique. Observé avec tout le soin désirable dans ses moindres détails, constaté et contrôlé par des personnes compétentes, recueilli pour son propre intérêt, et non en vue de contredire une doctrine qui n'était pas en cause, il offre tous les caractères de la vérité et de l'impartialité. Cependant que lui manque-t-il aux yeux de notre savant collègue? Il ne lui manque que de n'avoir pas été observé par lui, et il met pour condition à l'acceptation des faits à venir qu'il les aura vus, qu'on les lui aura fait constater? Mais M. Bouillaud n'y a pas songé; cette condition est tout à fait illusoire. On ne constate les faits de ce genre qu'après la mort des individus, puisqu'ils ne doivent point être annoncés pendant leur vie par la concordance absente des symptômes et des lésions. La fin de non-recevoir de M. Bouillaud ne saurait donc être acceptée, et le fait invoqué par M. Velpeau conserve toute son autorité et sa signification. Or, quelle est cette signification?

M. Bouillaud fait reposer sa doctrine du siége du langage dans les lobes antérieurs du cerveau sur 114 cas dans lesquels la lésion de cette partie de l'encéphale aurait coïncidé avec l'absence ou un trouble quelconque de la faculté du langage. Mais ce nombre de faits, très-digne d'intérêt à coup sûr, fut-il plus considérable encore, qu'il n'établirait qu'une coïncidence et non une relation étiologique nécessaire entre la lésion de l'organe et le trouble de la fonction. Or, cette relation, notre savant collègue ne s'en est aucunement préoccupé; il n'a produit, en effet, aucune preuve de la subordination de l'une à l'autre; il n'a fait que la supposer. Cependant, que montre le fait invoqué par M. Velpeau? Il montre que cette relation n'existe pas, qu'elle n'est pas possible, puisque dans ce cas les deux lobes antérieurs avaient été en grande partie détruits sans avoir entraîné le moindre trouble dans l'usage de la parole. D'après la doctrine de M. Bouillaud, la destruction de l'organe, considérée comme cause, impliquait la destruction de la fonction considérée comme effet. La logique le veut ainsi. Ce seul fait est donc la condamnation de la doctrine qui fait des lobes antérieurs du cerveau l'instrument et le siége du langage; c'est la ruine totale de la doctrine de M. Bouillaud.

PRÉSENTATION.

M. le docteur **PELIKAN**, correspondant de l'Académie, présente au nom de M. le docteur Rouchfuss (de Saint-Pétersbourg), un instrument destiné à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage et de la partie profonde du pharynx. M. Rouchfuss, au lieu des simples pinces coupantes qu'on employait jusque-là, emploie des ciseaux courbés en crochet à leur extrémité pour saisir et ne pas laisser échapper les tumeurs mobiles. La manière dont on ajuste ces ciseaux et les pinces à l'extrémité d'une tige, permet en outre de leur donner la direction exigée pour l'opération à pratiquer.

M. le docteur Rouchfuss a pratiqué plusieurs extirpations et excisions d'excroissances siégeant dans le larynx.

M. VOILLEMIER met sous les yeux de l'Académie un lipome des parois abdominales d'un volume énorme, qu'il a enlevé sur une jeune fille de seize ans. Ce lipome, dont l'origine remontait à l'époque de la naissance de cette jeune fille, avait complétement atrophié les muscles droits. L'opération a parfaitement réussi, et cette jeune fille est aujourd'hui complétement rétablie. M. Voillemier pense seulement que l'inextensibilité de la cicatrice deviendra un obstacle au développement des parois abdominales en cas de grossesse.

La séance est levée à cinq heures.

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Péan et Tarnier.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 63. — MARDI 30 MAI 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 30 MAI 1865. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 29 MAI 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Deux communications chirurgicales donnent à cette séance un intérêt véritable.

M. Civiale est venu lire une note sur le traitement des calculeux pendant les années 1863-1864. C'est la statistique des malades que ce chirurgien traite à Necker et à l'extérieur. Nous la publierons.

L'intérêt le plus sérieux est certainement pour la communication de M. Maisonneuve. Un crime a été commis dernièrement à Paris; M. Maisonneuve, appelé pour secourir le blessé, s'est trouvé en présence d'une blessure du tronc veineux brachio-céphalique gauche. La gravité de cette blessure était — comme on le comprend — extrême; la guérison a permis au chirurgien de l'Hôtel-Dieu de recommander le mode opératoire auquel il avait eu recours. Nous reproduisons en entier cette communication.

L'Académie s'est enfin réunie en comité secret, et nous apprenons que pour la place de M. Valenciennes on propose : en première ligne, M. Lacaze-Duthiers; en seconde ligne, M. Rousseau.

Ces présentations nous semblent dignes du corps savant qui vient de les faire. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

Origine et régénération des éléments histologiques du sang.

Dans les conditions normales de la vie, les recettes et les dépenses du sang s'équilibrent à peu de chose près, ainsi que le démontrent la quantité, la tension et la composition presque invariable du sang; si dans l'état physiologique il y a des oscillations, elles ne sont que transitoires; ainsi, pendant la digestion où les recettes sont si manifestement en excès, ces oscillations sont non-seulement chimiques, mais elles portent sur les éléments histologiques.

Ces éléments ne sont en effet que transitoires, et de nouveaux corpuscules viennent sans cesse prendre la place des anciens. Pendant la vie embryonnaire les globules peuvent se reproduire eux-mêmes; ils se divisent d'une manière indubitable (Remak); ce sont d'abord des cellules à noyau, qui naissent avec les vaisseaux; les couches internes des séries de cellules formant la paroi vasculaire se transforment directement en globules rouges; puis le globule se divise peu à peu en deux parties et se reproduit ainsi. Mais, chez le fœtus arrivé à quatre ou cinq mois, ces divisions cessent d'avoir lieu, et dès que le sang est entièrement formé, dès que le foie est constitué, l'augmentation des cellules ne se fait plus ni par dédoublement des corpuscules, ni par des productions provenant du sang lui-même: tous les faits démontrent que les éléments figurés du sang proviennent de parties situées en dehors du liquide nourricier. Leur rénovation se fait désormais soit d'une manière directe, par les glandes vasculaires, soit d'une manière indirecte, aux dépens des corpuscules élémentaires que charrie la lymphe, par conséquent dans les glandes lymphatiques et lymphoïdes.

Parmi les glandes vasculaires, c'est à la rate, au thymus, aux capsules surrénales et au foie qu'on a attribué le privilége de produire directement les globules rouges; mais ces trois premières glandes présentent une structure absolument identique à celle des glandes lymphatiques, de sorte qu'on peut interpréter leur action de la même manière que celle du système lymphatique proprement dit. Le foie possède, au contraire, une texture distincte, mais aussi son rôle en tant qu'organe hématopoïétique n'est pas démontré. C'est donc dans une transformation indirecte qu'il faut rechercher définitivement la genèse des globules rouges; ce sont les corpuscules lymphatiques qui en forment le substratum. La lymphe transporte dans le sang, et les matériaux provenant de l'usure des tissus, et les corpuscules lymphatiques et les globules blancs.

ORIGINE DE LA LYMPHE ET DES GLOBULES BLANCS.

La lymphe est composée comme le sang :

1° D'un plasma qui contient également une substance fibrinogène, une substance plastique qui détermine sa coagulation et tous les éléments du sérum;

2° De corpuscules appelés lymphatiques, véritables cellules à noyau, qui sont même entremêlés de quelques noyaux libres. Or, si ces corpuscules diffèrent des globules rouges par l'absence d'hématine et par la présence du noyau (qui manque dans ceux-ci), ils n'en ont pas moins tous un caractère commun, c'est la nature cellulaire.

S'il y avait un doute sur leur analogie, il disparaîtrait à coup sûr par la comparaison des globules lymphatiques avec les leucocytes du sang; ici l'identité est parfaite. On peut donc dire que la lymphe constitue une première ébauche du sang avec lequel elle se mêle définitivement après avoir parcouru les vaisseaux lymphatiques. Si on pénètre plus loin dans cette étude comparative, on constate une ressemblance complète des globules lymphatiques avec les cellules contenues dans les alvéoles des follicules et des glandes lymphatiques; ainsi les cellules glandulaires, les cellules de la lymphe et les globules blancs du sang constituent un seul et même élément; mais il y a plus, l'origine de ces divers éléments est commune, les globules lymphatiques dérivent évidemment des cellules glandulaires, car avant de passer par les glandes lymphatiques, la lymphe ne contient qu'un très-petit nombre de corpuscules, et ceux-ci proviennent des follicules. Or, parmi les glandes lymphatiques et folliculeuses, il faut compter désormais et par ordre d'importance :

1° Les glandes lymphatiques;

2° Les follicules;

3° Les membranes muqueuses elles-mêmes;

4° La rate, le thymus et la glande thyroïde dont la texture rappelle celle des follicules;

5° Le tissu cellulaire dont la texture si distincte joue un rôle très-analogue à celui des glandes;

6° Le foie vient clore cette série.

PREMIÈRE SOURCE DES GLOBULES. — GLANDES LYMPHATIQUES.

Toute glande lymphatique possède une enveloppe formée par un tissu cellulo-fibrillaire contenant de nombreux corpuscules connectifs et des fibres élastiques, enveloppe complète (perforée seulement au niveau du hile), et d'où partent de nombreux prolongements disposés en lames qui s'unissent entre elles régulièrement, de manière à former un réseau délicat qui occupe la plus grande partie de la glande. La glande proprement dite se compose de deux substances appelées corticale et médullaire.

1° *Substance corticale.* — Cette substance est constituée :

a. Par un grand nombre de corpuscules distincts, mais rapprochés, arrondis, comme vésiculaires, disposés en une ou plusieurs couches : ce sont les *alvéoles* qui sont placés entre les cloisons, mais sans en être entourés hermétiquement;

b. Par un sinus lymphatique péri-alvéolaire. Un espace, en effet, sépare les alvéoles de ces cloisons; c'est au centre de cet espace appelé sinus lymphatique que sont logés les alvéoles, qui se trouvent ainsi circonscrits indirectement par des cloisons, et maintenus en place par des filaments tendus entre la surface de l'alvéole et les cloisons, de manière à traverser en réseau anastomotique l'espace lymphatique.

Alvéoles. — Les alvéoles ont été considérés autrefois comme des vésicules closes, ou bien comme des vaisseaux lymphatiques dilatés, ou comme des lacunes remplies de lymphe et circonscrites par le réseau connectif; aucune de ces opinions n'est admissible; d'après les belles recherches de His et de Frey, ces organes doivent être envisagés ainsi : chaque alvéole est un corps spongieux autonome, dont la substance spongieuse est formée :

a. Par un réseau connectif extrêmement fin et serré de cellules étoilées, reliées entre elles par leurs prolongements; c'est le réseau de cellules intra-alvéolaires;

b. Par un réseau lâche de vaisseaux capillaires qui traversent la substance spongieuse et qui proviennent en partie des vaisseaux contenus dans les cloisons, en plus grand nombre des vaisseaux de la substance médullaire;

c. Par des cellules lymphatiques. Les trames fines du réseau sont occupées par le fluide lymphatique et par une quantité innombrable de cellules à l'état de suspension.

Ce sont ces trois éléments qui constituent l'alvéole; il n'a ni paroi propre ni membrane développée; sa surface est formée simplement par les couches antérieures du réseau intra-alvéolaire, et c'est de là que partent les filaments de soutien. Les rapports des deux réseaux cellulaire et capillaire sont moins nettement définis; des prolongements du réseau connectif s'insèrent ordinairement en s'élargissant sur la paroi des capillaires; or, d'après Heidenhain, qui a surtout étudié les follicules de Peyer, et d'après Ekardt, qui a généralisé cette donnée, les prolongements seraient creux, et leur cavité en communication ouverte avec celle des capillaires; le réseau de cellules se transformerait donc en un système bifurqué de capillaires; mais His et Frey nient cette communication; le prolongement cellulaire ne s'insère même sur le vaisseau capillaire que d'une manière médiate par des amas connectifs qui enserrent çà et là la paroi du vaisseau.

2° *Substance médullaire.* — La substance médullaire présente une texture plus complexe encore, sur laquelle His et Frey ont jeté un jour tout nouveau. Jusqu'ici on l'a considérée comme un lacis de vaisseaux lymphatiques enroulés (Kolliker), comme un lacis de capillaires à tunique celluleuse si lâche que le chyle peut pénétrer librement dans les interstices et de là dans les alvéoles (Bilbroth); pour Brüke, c'est une série de vaisseaux lymphatiques sans paroi.

Canaux. — En réalité, ce sont des *canaux* lymphatiques (distincts des vaisseaux de ce nom), canaux anastomosés, remplis entièrement d'éléments morphologiques de la lymphe et délimités par une membrane vitriforme avec quelques rares noyaux; dans l'un de ces canaux, qui sont lisses à l'intérieur, il y a un vaisseau sanguin muni d'une seule tunique sans membrane adventice; l'endosmose s'exerce facilement à travers cette paroi.

L'origine de ces canaux est dans les alvéoles de la substance corticale et particulièrement de ceux qui sont dirigés vers la substance spongieuse; à l'autre extrémité ces canaux ne se recomposent pas directement en vaisseaux lymphatiques efférents; ils s'ouvrent encore dans les alvéoles, de sorte qu'ils ne font qu'établir un système branchu, compliqué, de communication entre les éléments glandulaires de la substance corticale, et ce système est certainement destiné à mettre en contact par voie endosmotique le fluide lymphatique que ces tuyaux charrient avec le sang qui circule dans les capillaires placés dans l'axe du tube.

Lacunes. — Ce n'est pas tout encore. Entre ces tuyaux lymphatiques de la substance médullaire se trouve un système d'anfractuosités, de lacunes ou fentes communicantes, qui sont en rapport, d'une part, avec les sinus superficiels placés autour des alvéoles, et qui, d'une autre part, près du hile, se continuent avec les vaisseaux efférents.

Ces lacunes présentent un intérêt tout particulier; elles sont, de même que les sinus péri-alvéolaires, traversées par un réseau creux de corpuscules connectifs, étoilés, dont les prolongements s'insèrent à la paroi externe des canaux lymphatiques; or, ces prolongements sont creux et s'ouvrent librement dans les ruches des tubes lymphatiques, de sorte que le contenu des cellules peut entrer librement dans les tubes, et réciproquement.

C'est là une des origines probables de la lymphe. Ces cellules connectives intra-caverneuses sont du reste souvent dilatées, et contiennent des corpuscules lymphatiques, lesquels peuvent aussi s'accumuler librement dans les mailles du réseau formé par ces corpuscules.

Telle est la texture d'une glande lymphatique; ses rapports avec les vaisseaux lymphatiques sont moins bien définis. Des vaisseaux afférents qui pénètrent dans l'enveloppe, le contenu passe dans les sinus circulaires péri-alvéolaires, qui ne sont pas des branches des vaisseaux; ceux-ci perdent, en effet, immédiatement leurs parois, dès qu'ils ont traversé l'enveloppe; la lymphe entoure par conséquent les alvéoles, et de là suit deux directions : ou bien elle passe directement des sinus circulaires dans les anfractuosités entre les tuyaux lymphatiques de la substance médullaire et de là dans les vaisseaux efférents, ou bien des sinus elle pénètre dans les alvéoles, de là dans la trame connective intra-alvéolaire, puis des alvéoles dans les tuyaux lymphatiques de la substance médullaire et dans les vaisseaux de sortie.

Ainsi la lymphe qui est apportée par les affluents passe nécessairement par ces cavités si compliquées, où elle doit se frayer un passage entre les corpuscules lymphatiques, qu'elle entraîne en partie, et se trouver en contact avec le sang des capillaires placés au centre des canaux.

C'est dans ces glandes que s'élaborent la lymphe produit de la nutrition des tissus, et le chyle résultant de l'assimilation des produits alimentaires.

DEUXIÈME SOURCE DES GLOBULES. — FOLLICULES DES INTESTINS, DES AMYGDALES ET DE LA LANGUE.

Partout où il y a un vaisseau lymphatique, on trouve une glande lymphatique; à l'origine même des vaisseaux se trou-

(1) Voir les numéros des 2, 4 et 27 mai.

vent des follicules qui, pour être moins répandus dans l'économie, n'en jouent pas moins un rôle considérable, qui est identique, de même que leur texture, avec le rôle et la texture des glandes lymphatiques proprement dites. Tandis que les glandes lymphatiques contiennent plusieurs alvéoles ou espaces lymphatiques, les follicules ne contiennent qu'un seul alvéole; c'est là la seule différence qu'ils présentent avec les glandes lymphatiques proprement dites, dont ils constituent la forme la plus simple. Les plus nettement accusés se trouvent sur le trajet du tube digestif; mais ce ne sont pas les seuls, car on en constate sur d'autres muqueuses, sur la conjonctive, par exemple.

Les follicules de Peyer et de Brunner constituent le type le plus parfait de ces glandes simples; un épaississement membraneux condensé, sous forme d'enveloppe à la surface, une partie fondamentale tournée vers la tunique musculaire de l'intestin et perforée comme un réseau, enfin une couche intermédiaire, voilà le follicule intestinal; les lymphatiques qui en émergent n'ont aucun rapport avec la membrane d'enveloppe, mais ils entourent la partie médiane et profonde du follicule sans pénétrer dans sa substance; là ils forment des réseaux composés de canaux cylindriques qui convergent ordinairement en alvéoles, et ces alvéoles, de même que les alvéoles des glandes lymphatiques, entourent la substance fondamentale des follicules; ainsi l'analogie est complète avec les glandes lymphatiques.

Les *amygdales* ne sont que des glandes folliculaires constituées de la même manière; les lymphatiques émergent du tissu interfolliculaire, et entourent les follicules sous forme de réseaux sans y pénétrer (Th. Schmidt).

Les *follicules* abondent à la base de la langue, et loin de constituer une production morbide, comme le veut Böteher, ils constituent une nouvelle source de formations lymphatiques. Tous les follicules sont même moins marqués chez les individus morts dans l'amaigrissement (Frey); ils semblent être des foyers de rassemblement des corpuscules lymphatiques formés en excès, mais qui n'entrent dans le courant lymphatique que dans les conditions de mauvaise nutrition.

TROISIÈME SOURCE DES GLOBULES. — TISSU ADÉNOÏDE.

Une troisième source de globules lymphatiques, et qu'on ne soupçonnait pas avant les récentes recherches de His et de Th. Schmidt, c'est le tissu fondamental de la muqueuse digestive elle-même; considéré jusqu'ici comme étant formé par du tissu cellulaire, il présente en réalité la plus grande analogie avec les glandes de Peyer; c'est une substance adénoïde avec tous ses caractères :

1° Un réseau de travées connectives ou de cellules anastomosées en connexion avec les vaisseaux capillaires, et contenant dans ses mailles des cellules lymphatiques.

2° Des sillons. Dans ce tissu est sculpté un système de canaux et de sillons destinés à conduire le chyle résorbé; ces canaux prennent naissance dans les villosités, et s'ouvrent dans le réseau des vaisseaux chylifères sous-muqueux; ils ne présentent pas de paroi propre, et ne sont délimités que par la substance adénoïde voisine condensée.

3° Les espaces sinueux n'existent qu'à la périphérie, et là ils sont très-développés.

Telle est la substance adénoïde de l'intestin; ses rapports avec les follicules isolés agminés sont tels qu'on peut considérer ceux-ci comme une simple dépendance ou un amas de tissu adénoïde, et le tissu adénoïde lui-même comme du tissu lymphatique; les différences ne portent que sur des détails : ainsi les ampoules des glandes lymphatiques sont moins vasculaires que les follicules et la muqueuse adénoïde; dans la matière adénoïde, les vaisseaux sont partout; dans les follicules, les vaisseaux les plus volumineux sont à la périphérie, et la partie moyenne en est dépourvue.

Une autre différence entre ces trois organes glandulaire, folliculaire et adénoïde, consiste dans la répartition de la substance médullaire. Le tissu de la muqueuse, ainsi que les villosités et les plis muqueux, ne contiennent que des anfractuosités médullaires; les alvéoles des glandes possèdent aussi des sinus péri-alvéolaires.

La muqueuse buccale est douée de la même propriété que la muqueuse intestinale; le tissu lymphatique y abonde avec ses corpuscules, son réticulum, soit à l'état de follicules, soit à l'état d'infiltration (Th. Schmidt).

BLESSURE DU TRONC VEINEUX BRACHIO-CÉPHALIQUE GAUCHE suivie de guérison,

Par M. le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Malgré leur extrême gravité, les plaies des gros troncs veineux du cou n'ont que très-faiblement fixé l'attention des auteurs de chirurgie; on rencontre bien çà et là dans les nombreux travaux publiés sur la phlébite en général, sur l'hémorrhagie veineuse, ou bien sur l'entrée de l'air dans les veines, quelques cas de blessures des veines jugulaires, sous-clavières ou brachio-céphaliques; mais d'abord ces cas sont en très-petit nombre, et encore n'ont-ils été presque exclusivement envisagés qu'au point de vue anatomo-pathologique.

Le fait suivant me paraît offrir un intérêt spécial sous le point de vue pratique, d'une part, en ce qu'il m'a permis de préciser plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici un point important d'anatomie chirurgicale : la position réelle du tronc veineux brachio-céphalique gauche; d'autre part, en ce qu'il démontre que la lésion de cet énorme tube vasculaire n'est pas nécessairement mortelle.

Enfin, en ce qu'il m'a fourni l'occasion d'appliquer avec succès un mode opératoire dont la puissance n'est peut-être pas encore suffisamment comprise.

Relativement au premier point, la position du tronc veineux brachio-céphalique gauche, nous nous bornerons à dire que ce tronc veineux, si important par son volume, et sur lequel la plupart des auteurs d'anatomie ne donnent que des notions un peu vagues, présente ceci de particulier :

1° Qu'il est d'un volume énorme, au moins égal au volume du pouce;

2° Qu'il est placé directement en travers de la fossette cervicale inférieure, immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum;

3° Que dans ce point il n'est séparé de la peau que par une couche de tissu qui n'a souvent pas un demi-centimètre d'épaisseur, et que par conséquent il est extrêmement accessible aux violences extérieures.

Relativement au second point, la curabilité des lésions de cet organe, le fait dont nous allons exposer les détails en est une preuve irréfragable.

Nous ajouterons même, en raison des recherches que nous avons faites à ce sujet, que si la science n'a jusqu'à présent enregistré que des cas de mort dans les blessures de cet organe, cela tient probablement bien moins à l'excessive gravité de la lésion qu'à ce qu'on a dû méconnaître son existence précisément dans les cas où elle a été suivie de guérison.

Maintenant que l'attention des chirurgiens aura été éveillée sur ce point, nous pensons que les cas de guérison de cette lésion si grave ne tarderont pas à se multiplier.

4° Quant au procédé que nous avons cru devoir mettre en usage, il n'est autre que la suture entortillée, seulement avec des précautions qui nous paraissent essentielles pour en assurer l'efficacité dans ce cas spécial.

La première précaution consiste à passer l'aiguille à une grande distance des lèvres de la plaie, un centimètre et demi environ, afin qu'en rapprochant les chairs celles-ci soient fortement tendues et exercent par leur élasticité une compression profonde qui s'oppose à toute hémorrhagie interne. Cette précaution constitue la base de l'opération désignée autrefois sous le nom de point doré.

La seconde consiste à éviter avec soin de comprendre dans la suture les parois mêmes de la veine, afin de laisser le moins de chances possibles au développement de la phlébite et partant de l'infection purulente.

Blessure du tronc brachio-céphalique veineux du côté gauche. — Hémorrhagie considérable. — Suture compressive. — Guérison.

Le lundi 24 avril 1865, un assassin pénétrait dans les bureaux de l'ambassade russe, rue de Grenelle, 79, et frappait de plusieurs coups de poignard M. le comte de B... ainsi que deux autres personnes. Appelé presque aussitôt au secours des blessés, je trouvai M. le comte de B... étendu sans connaissance sur un sopha et des coussins disposés à la hâte, il paraissait exsangue; tous ses vêtements étaient souillés de sang, ses bottes mêmes en étaient pleines. Le pouls, ainsi que la respiration, étaient presque insensibles.

Parmi les blessures multiples dont M. de B... était atteint, une surtout attira mon attention : c'était une plaie longitudinale d'un centimètre et demi d'étendue, placée immédiatement au-dessus de la fourchette du sternum, un peu à droite de la ligne médiane, et paraissant dirigée profondément d'avant en arrière, et de haut en bas.

Au premier moment de mon examen, le blessé était évanoui et l'hémorrhagie se trouvait suspendue; mais, aussitôt que la circulation commença à se rétablir, un flot de sang d'un volume énorme surgit de la plaie. Ce sang était complétement noir, sans aucun mélange de sang artériel ni de bulle d'air. Ce qui me donna la certitude que les artères carotides, ainsi que la trachée, avaient échappé à la pointe du poignard, mais que celui-ci avait intéressé l'un des plus gros troncs veineux de l'organisme : le tronc brachio-céphalique gauche, qui, comme on le sait, croise perpendiculairement la direction de la trachée, en débordant un peu la fourchette sternale. L'absence de tout thrombus dans le tissu cellulaire profond du cou, me fit espérer que la pointe du poignard n'avait pas transpercé la veine, et que la paroi antérieure seule de cet organe avait été lésée.

Quoiqu'il en soit, je crus prudent de procéder sans retard à l'occlusion de la plaie, car, outre l'hémorrhagie déjà si grave, on pouvait craindre un accident bien plus redoutable encore, la pénétration de l'air dans le cœur.

Enfin, comme accident consécutif, on pouvait redouter l'inflammation intérieure de la veine, qui, pour être moins rapide dans ses conséquences funestes, n'en est pas moins aussi certaine.

Le procédé qui me parut le plus simple pour obtenir ce résultat, fut la suture dite entortillée. Je pris soin seulement de saisir une grande épaisseur et une grande largeur de tissu, et surtout d'éviter de comprendre les parois mêmes de la veine, afin, d'une part, d'obtenir une action compressive puissante; et, d'autre part, d'éviter autant que possible les chances de phlébite.

De cette manière, en effet, la plaie se trouvait exactement fermée dans sa profondeur, et la peau tendue par cette plicature forcée, exerçait sur les tissus sous-jacents une pression puissante et régulière qui s'opposait à toute hémorrhagie.

Après cette opération, je plaçai moi-même le malade sur un brancard et le fis transporter avec les plus grandes précautions à son domicile, où j'allai aussitôt le rejoindre pour lui continuer mes soins.

Le trajet, quoique un peu long, avait été parfaitement supporté; le pouls avait repris un peu d'ampleur, la respiration s'exécutait régulièrement, et surtout il ne s'était pas écoulé une goutte de sang, il ne s'était produit aucun thombus sous la plaie.

Mes honorables confrères, MM. les docteurs Nélaton et Langlebert, que j'avais priés de venir m'assister, voulurent bien m'aider à nettoyer à fond le malade, dont le corps était littéralement baigné de sang, à panser les légères blessures du dos et de la région cervicale, et à le placer dans son lit. Pour toute médication, nous conseillâmes seulement une potion calmante, quelques bouillons, et un peu d'eau rougie; en recommandant avec la plus extrême rigueur d'éviter tout ce qui pourrait provoquer la toux ou le moindre effort, en prescrivant aussi d'observer un silence absolu.

Grâce à l'intelligente énergie du blessé, ainsi qu'au dévouement des personnes dont il était entouré, les prescriptions furent religieusement observées; aussi dès le lendemain, la plaie était-elle déjà parfaitement close et n'avait-elle donné lieu à aucun écoulement sanguin. Un léger gonflement existait seulement au-dessous, mais ce gonflement n'avait rien qui put faire croire à une hémorrhagie intérieure, non plus qu'à un phlegmon. Nous nous bornâmes à faire appliquer des compresses d'arnica et à recommander au malade d'éviter le moindre effort susceptible de gonfler les veines, nous permîmes toutefois une alimentation réparatrice.

Les choses restèrent ainsi dans l'état le plus satisfaisant jusqu'au quatrième jour où je pus sans crainte retirer les aiguilles. La plaie me parut entièrement cicatrisée dans sa profondeur, les lèvres seules présentaient un léger écartement.

Les jours suivants, cet écartement diminua graduellement, et la cicatrisation prit une marche régulière.

Le sixième jour néanmoins, il surgit un incident qui me donna de vives inquiétudes. Le malade nous dit avoir éprouvé dans la nuit un léger frisson suivi de céphalalgie intense, d'agitation et de chaleur. D'après l'avis de M. le professeur Trousseau, appelé en consultation, de M. le docteur Oliffe, médecin ordinaire du malade, et de M. le docteur Langlebert, nous fîmes administrer le sulfate de quinine à la dose d'un gramme; le lendemain le même phénomène se reproduisit, mais avec une intensité moindre; nous réitérâmes la médication, et pensant avec mes honorables confrères qu'il s'agissait bien de phénomènes névralgiques, et non pas d'une phlébite, nous insistâmes sur la nécessité d'une alimentation plus substantielle, tout en continuant et variant la médication calmante.

Sous l'influence de ces moyens, le malade finit par être entièrement débarrassé de cet incident grave.

Quant à la plaie, la cicatrisation n'en avait été nullement interrompue; et le 12 mai le malade se trouvait définitivement guéri.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES PARASITAIRES par l'huile de pétrole purifiée,

Par M. le Dr P. MEILHAC (d'Argental).

Dans son article sur le traitement de la gale et des maladies parasitaires inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (14 mars 1865), M. Bouchut s'exprime ainsi :

« Peut-être pourrait-on employer l'huile de pétrole contre les oxyures et contre le ténia, *mais cela n'a pas été fait*, et au point de vue de l'action anti-parasitaire, cette huile n'a été mise en usage que dans la teigne. »

Or, voici ce que je lis dans le *Traité des maladies des enfants*, de Nils Rosen (de Rosenstein) (traduction de L. de Villebrune, 1778) :

« Feu le docteur Hasselquist dit, dans son *Voyage en Palestine*, que le ténia est très-commun en Égypte, et qu'au Caire le quart des habitants, surtout les juifs, en sont très-tourmentés. Le *meilleur vermifuge* qu'on y emploie est *l'huile de pétrole*, de vingt à trente gouttes en une fois dans de l'eau, pendant les trois derniers jours du déclin de la lune, et l'on se purge le quatrième jour. Si le ver ne sort pas, on y attend le déclin prochain pour recommencer la curation... Un médecin, ayant fait prendre inutilement pendant quatorze semaines plusieurs médicaments à un homme incommodé par le ténia, *lui* ordonna une demi-drachme de pétrole mêlée à une égale dose de térébenthine, pour être pris en trois fois. Le malade prit les doses en une fois pour ne plus en entendre parler, et il fut délivré en une fois du ver entier. Quelque temps après, le même médecin ordonna, le matin, trente gouttes du même médicament à une femme, et quarante autres à prendre l'après-midi, si le ver ne remuait pas. Elle fut aussitôt délivrée de neuf aunes d'un ver mort. »

Ces observations se trouvent aussi dans le *Traité des maladies vermineuses*, de Valérian-Louis Bréra, professeur à Pavie (traduction Bartoli et Calvet. An XII, p. 271), et de plus on peut y lire :

« A Montpellier, le pétrole *est fameux contre les vers*. Le pétrole est un remède très-excitant et beaucoup échauffant; on l'administre mêlé à quelque sirop ou à d'autres remèdes doués d'une force excitante antispasmodique (camphre, castoréum, laudanum, asa fœtida), à la dose de dix, vingt, trente gouttes. Vicat est arrivé peu à peu jusqu'à la dose de cent gouttes; plusieurs praticiens en conseillent l'usage externe dans les cas de douleurs de bas-ventre occasionnées par les vers. A cet effet, l'on prescrit des frictions sur toute la région du bas-ventre avec le pétrole tout seul ou mêlé à la bile de bœuf comme Mellin le conseille; de cette manière il est plus pénétrant et en même temps plus actif. »

Ces quelques citations suffisent pour prouver que l'emploi du pétrole contre le ténia, proposé par M. Bouchut, ne serait que le renouvellement d'une méthode digne d'être tirée de l'oubli. *Multa renascentur quæ jam cecidere, etc.* Si j'avais l'érudition du docteur Guirard (*Gazette des Hôpitaux*, 6 avril 1865), j'aurais peut-être pu faire remonter encore plus loin les souvenirs de l'usage interne du pétrole en médecine. Peut-être cet ingénieux correspondant de la *Gazette*, encouragé par le succès de ses recherches sur l'usage externe des huiles minérales, voudra-t-il aussi se charger de leur historique comme remèdes internes.

En attendant, il me semble que la thérapeutique aurait mauvaise grâce si elle traitait le pétrole en parvenu d'hier, car il est facile de lui redonner, en quelques moments, mille titres de bonne noblesse médicale, qu'il a perdus à travers les temps par omission ou par dérogeance.

EMPOISONNEMENT PAR LE PHOSPHORE,

Par M. le Dr TUNGEL (de Hambourg).

M. le docteur Tungel a eu l'occasion de faire dix-neuf nécropsies à la suite d'empoisonnement par le phosphore, et il n'a jamais trouvé, contrairement à l'opinion généralement répandue, d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale. Voici une nouvelle observation dans laquelle la mort était survenue très-rapidement, mais cependant assez tard pour pouvoir laisser des traces d'inflammation, et où l'on ne trouva pas seulement une simple rougeur. L'ictère et la transformation graisseuse du foie manquaient également.

Le 14 avril 1864, à neuf heures du soir, on amena à l'hôpital de Hambourg une domestique d'environ vingt-cinq ans. La malade était très-abattue et déjà si près de la mort qu'il n'était plus possible de tirer d'elle aucun renseignement. Mais la forte odeur de phosphore qu'exhalait son haleine mettait suffisamment sur la voie.

La malade mourut une demi-heure après son admission.

Les recherches de la police firent savoir que cette fille, domestique dans une table d'hôte, avait été renvoyée de sa place vers midi. Elle avait alors acheté des allumettes chimiques chez un épicier voisin. On l'avait trouvée le soir couchée sur son lit, gémissant et se tordant par suite de violentes coliques. Le médecin, appelé immédiatement, l'avait faite transporter à l'hôpital.

Autopsie. — L'on ne put faire l'autopsie que quarante heures après la mort.

Le corps ne présentait aucune apparence de putréfaction. Le sujet était assez vigoureux; la rigidité cadavérique existait encore par places. Coloration de la peau normale; couleur des muscles à peine plus pâle qu'à l'ordinaire.

Cerveau. — Le crâne, intact, est enlevé. L'arachnoïde est très-transparente. La pie-mère est très-injectée, avec un peu de sérosité. Substance cérébrale également injectée, avec un peu de sérosité dans les ventricules.

Cœur. — Il n'y a pas d'ecchymoses sur la surface du cœur; le ventricule gauche est dans la systole. Les cavités contiennent un peu de sang noir, liquide; les valvules ne sont pas altérées.

Poumons. — Sur la surface des deux poumons, de petites et rares ecchymoses. Pas de sang dans les grosses bronches. Pas d'altération du parenchyme pulmonaire.

A l'ouverture du poumon, on est frappé par une forte odeur de phosphore.

Foie. — Le foie est assez gros et pesait 1,770 grammes, mais il ne paraissait pas tuméfié. Il est médiocrement vasculaire. La vésicule biliaire contenait beaucoup de bile très-noire. Le foie n'exhalait aucune odeur de phosphore.

Rate. — La rate était tuméfiée et très-vascularisée.

Reins. — Les reins, gros et injectés, ne présentent aucune altération. Pas de sérosité dans le péritoine.

L'estomac renferme une matière liquide, épaisse, blanche ou légèrement rosée, que l'on trouve également dans le duodénum

La muqueuse ne présente pas la moindre coloration rougeâtre, pas plus qu'aucune autre altération.

Les villosités de la partie inférieure du duodénum présentaient une légère coloration foncée, mais avaient conservé toute leur intégrité.

La muqueuse du reste du canal digestif ne présente nulle part des traces d'inflammation ou de toute autre altération.

Le contenu de l'estomac, du duodénum et du jéjunum ne sentait pas le phosphore. Il se composait du liquide déjà cité, mêlé dans les parties déclives du jéjunum à des grumeaux transparents et visqueux. Il prenait dans l'iléon une teinte légèrement jaunâtre.

Dans la partie inférieure de l'iléon et du gros intestin, on trouvait des matières fécales brunes, épaisses, mélangées par places à des petits noyaux noirâtres.

Partout où se trouvaient ces matières, une forte odeur de phosphore, mais toutes les parties de la muqueuse en rapport avec ces matières ne présentaient aucune altération.

L'utérus contenait un fœtus d'environ deux mois. Le sang était partout noir et fluide et s'oxydait facilement à l'air.

L'analyse microscopique du foie, du cœur et des reins ne révéla aucune altération. Les recherches chimiques révélèrent une grande quantité de phosphore dans le contenu de l'intestin, et aussi dans le foie, mais aussi dans une proportion beaucoup moindre.

FORMULES EMPLOYÉES

dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires,

Par M. le docteur BEYRAN.

Opiat et bols sans odeur et sans saveur de copahu.

Copahu	} ãã p. é.
Goudron	
Magnésie	Q. S.

Mêlez.

Selon la consistance qu'on donne à ce mélange par l'addition de la magnésie, on obtient une masse qu'on emploie comme opiat, à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour, ou qu'on divise en bols ou en pilules.

M. Beyran, qui emploie ce mélange depuis 1860 dans les écoulements chroniques de l'urèthre sans rétrécissement et dans certains catarrhes de la vessie, a remarqué :

1° Que l'association du goudron au copahu masque complétement la saveur de cette térébenthine et lui enlève l'odeur;

2° Que cette association ne nuit nullement à l'action de ce médicament;

3° Que le goudron imprime au copahu des propriétés diurétiques très-marquées, ce qui n'est pas un mince avantage, dit M. Beyran, quand on pense que le copahu n'agit réellement comme anticatarrhal sur les muqueuses des voies urinaires qu'en les traversant directement (par l'urine saturée des principes de ce médicament).

Autre opiat très-efficace.

Copahu pur	30 grammes.
Magnésie calcinée	3 —
Cachou pulvérisé	5 —
Cubèbe en poudre	40 —
Essence de menthe	} ãã 5 gouttes.
— de canelle	

Mêlez.

Dose : de deux à quatre cuillerées à café dans du pain azyme, contre les écoulements de l'urèthre immédiatement après la période aiguë de l'uréthrite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 mai 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. CIVIALE lit le *Compte-rendu du traitement des calculeux qu'il a traités en 1863 et 1864.* (Sera publié.)

M. MELSENS écrit pour demander qu'un ouvrage imprimé dans les *Recueils de l'Académie royale de Belgique* et intitulé : « Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines, mercurielles, et les accidents consécutifs de la syphilis, » faisant suite à celui qu'il a présenté en mars 1849, soit admis au concours pour le prix dit des Arts insalubres. (Renvoi à cette Commission, et, s'il y a lieu, à celle des prix de médecine et de chirurgie.)

M. NETTER adresse pour le concours des prix de médecine et de chirurgie deux opuscules relatifs à l'héméralopie, et une note manuscrite intitulée : « Observations de guérisons de cette maladie obtenues sous le contrôle de M. le professeur Stœber. » (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. le docteur **FRÉMAUX** adresse une notice sur l'ouvrage intitulé : « Recherches pratiques sur la mortalité prématurée sous le rapport médical, ou la vérité sur les causes et les désastres du choléra-morbus épidémique et autres maladies, » qu'il a publié en 1864. (Commission du legs Bréant.)

M. le docteur **SCHNEPP** adresse une note ayant pour titre : « De la diminution et des oscillations de la thermalité des eaux minérales sulfureuses de Bonne. » (Renvoyé à l'examen de M. Ch. Sainte-Claire Deville.)

CORRESPONDANCE.

M. le docteur **TARDIEU**, doyen de la Faculté de médecine de Paris, remercie l'Académie, au nom de ce corps savant, pour le don qu'elle a bien voulu lui faire de plusieurs instruments destinés à enrichir ses collections.

M. MAISONNEUVE adresse un opuscule autographié, intitulé : « Note sur une blessure du tronc veineux brachio-céphalique gauche, suivie de guérison. » (Voir plus haut.)

M. le docteur **SAUNOIS** écrit pour remercier l'Académie de l'envoi de ses *Comptes-rendus* à la Société des sciences médicales de la Moselle, et fait hommage de l'opuscule qu'il vient de publier sous le titre de : « Histoire statistique de la phthisie pulmonaire à Metz, pendant la période décennale de 1850 à 1860. »

COMITÉ SECRET.

La section d'anatomie et de zoologie présente, conformément à la demande de M. le ministre de l'instruction publique, la liste suivante de candidats pour la chaire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) vacante au Muséum d'histoire naturelle par suite du décès de M. Valenciennes :

En première ligne, M. Lacaze-Duthiers, ancien professeur à la Faculté des sciences de Lille.

En seconde ligne, M. Louis Rousseau, naturaliste voyageur, aide naturaliste au Muséum.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 mai 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale.*

— M. Putégnat, membre correspondant à Lunéville, fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la stomatite gangréneuse.*

— M. le docteur Félix Achard offre à la Société une brochure intitulée : *La réforme des hôpitaux par la ventilation renversée, et la charité organisée au point de vue de la guerre par le corps médical.*

— M. le docteur Tourainne, médecin-major à l'artillerie du Mexique, adresse deux numéros de la *Gazette médicale de Mexico.*

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Goffres : *Considérations historiques, hygiéniques et médicales sur le camp de Châlons.*

— Le secrétaire du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre adresse les remerciments du président à l'occasion de l'envoi des *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t VI, fascicule 3e.

Fin de la discussion sur la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Je ne désire pas rentrer dans la discussion; je veux seulement, à titre de renseignement, rappeler que l'influence de l'action musculaire sur la déformation du bassin indiquée par M. Depaul se trouve confirmée par un Mémoire très-bien fait, très-étendu et accompagné de planches, publié par Hüschoff sous le titre suivant : *De mutationibus formæ ossium vi externa productis*, ainsi que par un travail de M. Fremery (d'Utreck).

Pour terminer, je voudrais protester sur la dénomination de *méthode américaine* donnée par quelques-uns de nos collègues à la méthode de MM. Sayre et Davis, qui n'est pas en Amérique une méthode universellement adoptée.

M. LEFORT. Si j'ai employé l'expression de *méthode américaine*, c'est que les deux chirurgiens qui ont préconisé cette méthode, M. Sayre et M. Davis, sont tous deux américains.

M. BLOT. Dans la dernière séance, M. Trélat déclarait qu'il avait en vain cherché dans les annales de la science une seule observation bien authentique de bassin vicié par suite de luxation consécutive à la coxalgie. En rappelant mes souvenirs et en compulsant mes observations, j'en ai trouvé deux qui ne laissent rien à désirer.

Dans la première, il s'agit d'une dame qui, parvenue au terme d'une première grossesse, ne put accoucher naturellement. Il fallut avoir recours à la céphalotripsie. Chez cette personne, que M. P. Dubois vit en consultation, le membre pelvien droit avait 10 centimètres de moins que le gauche par suite d'une luxation consécutive à une coxalgie survenue à l'âge de neuf ans. Le diamètre oblique droit était notablement diminué de longueur; l'antéro-postérieur n'avait que 0m,08.

Dans une deuxième grossesse, après avoir pris conseil de M. P. Dubois, je pratiquai l'accouchement prématuré au huitième mois, et j'obtins une fille vivante, qui a aujourd'hui huit ans.

Dans le deuxième cas, le raccourcissement du membre et la claudication étaient aussi considérables; il y avait également luxation unique datant de la première enfance, et les diamètres oblique et antéro-postérieur avaient subi un raccourcissement très-marqué; l'antéro-postérieur n'avait que 0m,075. L'accouchement eut lieu à huit mois à la suite d'attaques d'éclampsie compliquées d'albuminurie avec anasarque. L'enfant, mort pendant les attaques convulsives, était peu volumineux, et une simple application de forceps suffit à l'extraire.

Par contre, j'ai retrouvé dans mes notes cinq autres cas de claudication ancienne datant de l'enfance, et qui cependant n'étaient point accompagnés de déformation du bassin, et dans tous un ou plusieurs accouchements (sept dans un cas) ont pu avoir lieu sans difficulté au terme de la grossesse.

Dans l'un de ces cinq derniers cas, la claudication et le raccourcissement du membre ne dépendaient pas de luxation coxalgique, mais bien d'une atrophie générale de ce membre consécutive à des convulsions survenues pendant l'enfance.

Il résulte donc de ce qui précède que la luxation coxalgique d'un seul côté, quand elle se produit dans l'enfance, peut avoir pour résultat une viciation du bassin capable de mettre obstacle à l'accouchement; mais que, dans un bon nombre de circonstances analogues, le bassin peut conserver une forme et des dimensions qui permettent l'accomplissement facile de cette fonction.

A propos des faits de rachitisme partiel dont M. Depaul nous a entretenus dans la dernière séance, je dirai en quelques mots les détails principaux d'un fait intéressant et très-rare que j'ai observé à Montrouge, il y a quelques années, avec le docteur Pellarin.

Il s'agissait d'une femme en travail depuis un temps déjà fort long, chez laquelle deux applications de forceps avaient été déjà faites sans succès, quand je fus appelé auprès d'elle. Cette personne était d'une taille élevée; les membres étaient longs et droits, et cependant le toucher permettait facilement de constater un rétrécissement très-notable du bassin.

Une troisième application de forceps resta sans résultat, et, l'enfant ayant cessé de vivre, j'eus recours à la céphalotripsie. La sœur aînée de la malade, interrogée par moi, m'apprit que celle-ci avait été *nouée* à l'âge de trois ans.

Elle avait donc été affectée de rachitisme, dont les traces avaient complétement disparu sur les membres inférieurs, le bassin seul avait conservé les conséquences de l'arrêt de développement. Sans doute, ce n'est point là un exemple de rachitisme partiel; mais je me demande si les cas cités par notre collègue M. Depaul ne pourraient pas s'expliquer de la même manière que le précédent? Je me demande si le rachitisme, d'abord général, n'avait pas disparu dans tout le squelette, excepté dans les parties signalées par M. Depaul; de même que chez ma malade il n'avait laissé de vestiges évidents que sur le bassin.

M. TRÉLAT. Il est une confusion contre laquelle on ne saurait trop se mettre en garde, c'est celle qui consiste à réunir dans un même groupe toutes les variétés de claudication. M. Blot a eu bien soin de distinguer ceux qui reconnaissaient pour cause une coxalgie ancienne et ceux qui pouvaient dépendre d'autres causes; mais il me semble que M. Depaul n'a pas eu le même soin. Or, quel rapport y a-t-il entre la simple claudication dans laquelle la tête du fémur conserve ses rapports normaux avec la cavité cotyloïde, et la claudication qui est consécutive à la luxation coxalgique? il est certain que dans l'un et l'autre cas les résultats sur la conformation du bassin ne peuvent être les mêmes. Il faut donc d'abord séparer les claudications sans déplacement des claudications avec luxation, et, dans ce dernier cas, il faut surtout tenir compte du sens dans lequel s'est fait le déplacement de la tête fémorale et des rapports nouveaux entre les différentes parties du squelette (fémur, bassin, colonne vertébrale).

Dans les deux observations de viciation du bassin par luxation coxalgique citées par M. Blot, le rétrécissement porte sur le diamètre antéro-postérieur. D'un autre côté, M. Bonnet, professeur d'accouchements à Poitiers, m'adresse une brochure dans laquelle je trouve une observation de luxation traumatique ayant produit le rétrécissement bis-ischiatique. Comment expliquer ces différences, sinon par les directions suivant lesquelles les fémurs se sont déplacés?

M. BLOT. Je ferai remarquer à M. Trélat que si je n'ai pas donné la mesure exacte des diamètres obliques, cela ne veut pas dire qu'ils n'étaient pas altérés; seulement, comme sur le vivant, il n'est pas possible de les mesurer exactement, je n'ai pu donner la dimension précise que pour le diamètre antéro-postérieur.

Personne ne demandant plus la parole sur la question de la coxalgie, M. le président prononce la clôture de la discussion.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Tumeur congéniale située à l'orifice vulvaire, causée probablement par une hernie de l'ovaire.

M. MARJOLIN présente une petite fille de 21 jours, d'une bonne constitution, qui offre au niveau de l'orifice vulvaire, en arrière et à gauche, une tumeur irréductible, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un rouge très-vif, ayant au premier abord quelque ressemblance avec une tumeur érectile. Elle paraît formée par une partie de la membrane muqueuse vaginale, faisant hernie au dehors. Comprimée entre les doigts, elle donne la sensation d'une sorte de sac renfermant un petit corps assez ferme, de la grosseur d'un petit haricot. Ce corps, qui est libre dans cette cavité, est retenu par une sorte de pédicule aboutissant en arrière et à gauche à une petite échancrure. Par la pression, ni ce corps ni la membrane muqueuse qui le recouvre ne

sont réductibles. M. Marjolin pense que dans le doute où l'on est sur la nature du corps contenu dans la tumeur, il est préférable, pour le moment, de s'abstenir de toute opération, dans la crainte d'occasionner des accidents semblables à ceux qui avaient été communiqués à la Société par M. Guersant.

La mère a eu deux autres enfants ne présentant aucun vice de conformation, l'un d'eux a 5 ans et est bien portant, l'autre est mort à 14 mois.

M. BLOT. Je ne suis pas aussi sûr que M. Marjolin que nous ayons là sous les yeux un cas de hernie de l'ovaire. Ce qui m'inspire des doutes, c'est, d'une part, le siége de la tumeur, et, d'autre part, sa consistance et son volume. On comprendrait difficilement comment l'ovaire aurait pu se frayer un chemin à travers les différentes couches qui se trouvent au-dessous du cul-de-sac péritonéal postérieur pour venir faire hernie à la commissure postérieure de la vulve. Les hernies de l'ovaire s'observent plutôt dans l'épaisseur des grandes lèvres. Je reste donc dans le doute sur le diagnostic précis, et, pour ce motif, je crois que nous ne sommes pas suffisamment autorisés à repousser absolument toute tentative opératoire, sinon maintenant, au moins un peu plus tard.

M. TRÉLAT. Je partage complétement les doutes formulés par M. Blot relativement au diagnostic, et par conséquent aussi sur la conduite à tenir dans ce cas. Quoi qu'il en soit, s'il s'agit là d'un ovaire, ce serait un cas d'ectopie et non une hernie. Pour ce qui a trait à la consistance, il n'en faudrait pas tenir un trop grand compte, attendu que dans les ectopies la consistance des organes peut être modifiée.

M. GIRALDÈS. Il ne faudrait pas inférer de la dureté et du volume de la tumeur à la non-existence d'une hernie de l'ovaire, car j'ai vu souvent, dans les autopsies d'enfants nouveaux-nés, des ovaires très-durs et très-gros.

M. TRÉLAT ajoute qu'il ne faudrait pas assimiler ce cas à celui dont M. Guersant a autrefois entretenu la Société, car dans ce dernier la tumeur existait dans la grande lèvre et avait été prise pour un kyste. On ne pratiqua pas l'excision comme semble le croire M. Marjolin, mais on fit seulement la ligature du pédicule de la tumeur.

M. BROCA pense aussi que le rapprochement serait forcé, car dans le cas actuel il n'y a très-probablement pas de communication de la tumeur avec le péritoine, et d'ailleurs, ajoute-t-il, quand bien même elle existerait, on pourrait en obtenir l'oblitération. L'arrêt porté par M. Marjolin me paraît donc un peu trop absolu.

M. DEMARQUAY appuie les observations qui viennent d'être faites par MM. Blot, Trélat et Broca. Il ajoute qu'après avoir observé la petite malade pendant quelque temps, il appliquerait sur la tumeur une ligature élastique qui amènerait probablement l'oblitération du conduit péritonéal, s'il existe.

M. MARJOLIN se rallie à l'opinion de ses collègues et conclut que pour le moment il n'y a rien à faire.

Luxation et extraction de l'astragale.

M. DEMARQUAY présente un homme de 40 à 45 ans guéri d'une luxation de l'astragale avec déchirure des téguments et sortie de l'os qui dût être enlevé.

Cet accident fut suivi d'un *delirium tremens* qui dura plus de quinze jours. On ne put le faire cesser que par l'usage du laudanum à haute dose. Plus tard survint un phlegmon suppuré de toute la région. Les plaies cicatrisées, le membre fut placé dans un appareil dextriné. Aujourd'hui, la guérison est complète, mais il existe une ankylose presque complète de l'articulation, ce qui n'empêche pas le malade de marcher en s'appuyant seulement sur une canne.

Résection de la tête du fémur dans un cas de coxalgie.

M. MARJOLIN présente l'extrémité supérieure du fémur d'un jeune garçon de 7 ans, réséquée pour une coxalgie qui avait pendant quelque temps semblé guérie. C'est la cinquième opération de ce genre qu'il pratique. Deux fois la vie a été prolongée d'une année, puis ces malades ont fini par succomber épuisés par la suppuration. Dans les deux autres cas, une fois le succès a été aussi complet que possible. Quant au second malade opéré le 10 décembre 1864, l'amélioration a été assez grande pour qu'il put supporter le voyage à Berck.

M. Marjolin, qui se propose de revenir plus tard sur ce sujet, a voulu aujourd'hui faire constater par l'examen de la pièce fraîche, que la tête du fémur avait été presque entièrement détruite, et que l'ostéite, loin d'avoir été arrêtée par le cartilage épiphysaire, l'avait détruit dans un point et envahi une partie du col. La section qui a été faite au niveau de la base du col, a porté sur des portions saines du tissu osseux.

Chez ce malade il y avait une luxation du fémur, et d'après l'examen fait pendant l'opération, il est à craindre que l'os iliaque ne soit profondément altéré.

M. DEMARQUAY. Je me suis trouvé l'an dernier en présence d'un enfant atteint de coxalgie ancienne avec décollement considérable des parties molles, luxation consécutive et un état général déplorable. Je n'ai pas cru devoir faire la résection, je me suis contenté de pratiquer des contre-ouvertures. J'avais été arrêté par le mauvais état probable de la cavité cotyloïde et du fémur. Aujourd'hui mon jeune malade n'est pas complètement guéri, mais sa santé est considérablement améliorée et il commence à marcher avec des béquilles.

M. MARJOLIN. Il m'est arrivé assez souvent, dans les résections faites sur les métatarsiens, de tomber sur des os évidemment malades, je n'ai pas voulu désarticuler et cependant j'ai eu des guérisons. J'ai vu d'autres articulations que celle de la hanche suppurer, s'ouvrir et guérir avec conservation des mouvements; aussi je ne regarde la résection que comme l'*ultima ratio*. Néanmoins, je crois qu'on hésite trop souvent. Je sais bien qu'il peut y avoir des récidives dans d'autres points, et j'ai malheureusement vu des enfants amputés de la cuisse mourir, plus tard, d'abcès par congestion; mais enfin, ils avaient eu quelques années de vie et de santé. J'accorde qu'il n'est pas toujours possible de savoir à l'avance quels seront les désordres du côté du bassin, mais nous savons aussi que les fongosités ont une certaine tendance à se transformer et nous avons vu des surfaces osseuses très-malades se cicatriser. Pour ma part, j'ai l'habitude de respecter ces fongosités, je suis très-sobre de cautérisation et de rugination sur la cavité cotyloïde et les résultats obtenus m'ont jusqu'à présent donné raison.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1865.

38. De la folie consécutive aux maladies aiguës, par M. Hugnier.
39. Des mariages consanguins, par M. Sicaud.
40. Quelques mots sur la glycérine et particulièrement sur son emploi dans les affections cutanées, par M. Gatine.
41. De l'adénite inguinale aiguë d'origine vénérienne et de son traitement chirurgical, par M. Delaunay.
42. Du pemphigus chronique, par M. Guiraud.
43. Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'occlusion du sac au fer rouge, par M. Blot.
44. Essai sur la syphilis congénitale, par M. Quesada.
45. Anatomie, physiologie et pathologie des orifices auriculo-ventriculaires, par M. Touatre.
46. Considérations sur la colique de plomb, par M. Wanllegeard.
47. Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations, par M. Fernet.
48. Des accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu, par M. Dumolard.
49. Des altérations des viscères dans l'intoxication palustre chronique, par M. Iconomon.
50. De la goutte et du rhumatisme étudiés parallèlement au point de vue de leur identité, par M. Lapra.

— Par suite du décès de MM. Morel-Lavallée et Béraud, le mouvement suivant a lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. A. Richard, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, passe à l'hôpital Beaujon.

M. Verneuil, chirurgien de l'hôpital du Midi, passe à l'hôpital Lariboisière.

M. Bauchet, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse femmes, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Foucher, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital du Midi.

M. Panas, chirurgien de l'hospice de la Vieillesse hommes, passe à l'hôpital de Lourcine.

M. Tillaux, chirurgien du Bureau central, passe à l'hospice de Bicêtre.

M. Labbé, chirurgien du Bureau central, passe à l'hospice de la Salpêtrière.

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance le jeudi 1er juin.

Voici son ordre du jour :

Discussion sur l'influence de la grossesse, sur le moral et le libre arbitre de la femme. Question médico-légale (Verrier, Mattei, Legrand du Saulle).

La médecine. Histoire et doctrines. — La médecine dans les poëtes latins. — Galien et ses doctrines philosophiques. — Paul d'Égine et les médecins compilateurs dans le Bas-Empire. — De l'École de Salerne. — Albert le Grand et l'histoire des sciences au moyen âge. — Louis XIV, ses médecins, son tempérament, son caractère et ses maladies. — Les merveilles du corps humain. — De la circulation du sang et de son histoire. — De l'anatomie pathologique. — De la maladie, du malade et du médecin. — De la santé des gens de lettres. — Hygiène des malades, etc., etc., par M. Ch. DAREMBERG, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, professeur au collége de France. Un beau vol. in-8. Prix : 7 fr. Librairie académique Didier et Cie, 35, quai des Augustins.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 64. — JEUDI 1er JUIN 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 1er JUIN 1865. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 MAI 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier une très-intéressante et savante dissertation de M. Baillarger sur le point de vue physiologique et psychologique de la question de l'aphasie. Comme MM. Bouillaud et Trousseau, et la plupart des orateurs qui l'ont précédé d'ailleurs, il a commencé par établir une distinction radicale entre les cas où les lésions de la parole existent avec intégrité complète des mouvements qui servent à l'articulation des mots et ceux où elle est empêchée par la paralysie ou les convulsions des muscles qui concourent à ces mouvements, réservant exclusivement la dénomination d'aphasie pour les cas de la première catégorie.

Cela établi, M. Baillarger, négligeant le point de vue clinique si complétement traité par M. Trousseau, et réservant pour une seconde lecture la question anatomo-pathologique, est entré immédiatement dans l'étude du point de vue physiologique et psychologique du sujet. Il a cherché à démontrer que les cas d'aphasie avec conservation de la mémoire verbale ne semblaient pouvoir être expliqués, comme on a essayé de le faire, ni par l'amnésie des mouvements nécessaires à la parole, ni par la lésion d'un organe coordinateur du langage articulé. Après avoir combattu ces deux hypothèses, il a essayé de déterminer la lésion principale; il est arrivé à constater que, chez un certain nombre de malades au moins, cette lésion consiste dans la perte de l'incitation verbale volontaire, avec conservation de l'incitation verbale spontanée de la parole automatique.

Nous reviendrons sur cette première partie du travail de M. Baillarger, où nous avons remarqué quelques vues nouvelles et originales qui demanderaient, pour être convenablement appréciées, plus de temps et de place que nous n'en avons en ce moment.

Avant cette lecture, l'Académie avait entendu une intéressante communication de son correspondant de Lyon, M. Chauveau, sur des expériences relatives à la question de la relation de la variole avec la vaccine, et après elle a entendu un rapport de M. le docteur Lanoix sur les premiers résultats de la pratique de la vaccine animale. On trouvera dans le compte-rendu de la séance l'énoncé des conclusions de ces deux communications qui ont entre elles, comme on le voit, une grande affinité. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

4° *Rate.* — De toutes les glandes lymphoïdes, la rate est la plus importante; on y trouve, sous le nom de corpuscules de Malpighi, de véritables follicules lymphatiques, qui adhèrent aux parois des dernières artérioles; la tunique celluleuse de ces vaisseaux est comme infiltrée de ces corps adénoïdes (Ludwig, Bilbroth, Key, Schweiger). Outre les corpuscules, la rate contient une substance appelée pulpe, dont l'étude histologique et chimique nous révélera la formation des globules. Le microscope y démontre d'abord des espaces entièrement analogues aux alvéoles et sinus des ganglions lymphatiques, avec cette seule différence qu'ici les vaisseaux sanguins jouent le rôle des vaisseaux lymphatiques; dans les ganglions, ce sont les extrémités sinueuses des lymphatiques; dans la rate, ce sont les capillaires sanguins qui s'ouvrent dans les alvéoles, et c'est de ces alvéoles que les veines émergent. Or, comme les alvéoles sont remplies de corpuscules sanguins, les principes du sang s'y trouvent en contact avec leurs éléments formateurs; il en résulte que, outre le mélange de globules rouges et de globules blancs, on trouve dans ces espaces de nombreux éléments de transition entre les uns et les autres; il y a des cellules diversement colorées, des noyaux libres et des noyaux enkystés qu'on a considérés à tort comme des globules rouges en voie de déformation, et enfin du sang en nature. Au point de vue chimique, la pulpe splénique présente une série de produits qui indiquent clairement le travail de métamorphose qui s'opère dans la rate aux dépens des globules; ces produits peuvent être classés ainsi : 1° Des dérivés protéiques, à savoir la leucine qui est constante, la liénine, que Scherer considère comme distincte de la leucine, et que Virchow identifie avec elle, la tyronne qui existe en grande quantité; une autre série de produits indique une oxydation bien plus avancée; c'est l'acide urique, qui se retrouve en quantité notable, l'hypoxanthine et la sarthine qui offrent la plus grande analogie avec l'acide urique; cette série se complète par l'oxyde xanthique, qui se distingue par une grande richesse en fer (Scherer); 2° Des acides organiques, principalement l'acide lactique, qui communique à la pulpe sa réaction acide, les acides acétique, formique, butyrique (Scherer), et l'acide succinique (Cloetta); 3° Une matière saccharoïde constatée par les mêmes observateurs, c'est-à-dire l'inosite, une matière grasse, la cholestérine (Rodeker); 4° Des matières colorantes riches en fer et carbone; 5° Des substances minérales, des chlorures, des phosphates, sulfates, silicates de potasse, mais surtout de soude, de chaux et de magnésie; le fer est combiné avec les matières albuminoïdes et les acides organiques (Scherer).

Sang de la veine splénique. — Un contraste frappant existe entre la pulpe et le sang efférent de la rate. Tous les éléments chimiques indiquant la transformation des tissus, des corps protéiques ou des globules manquent dans le sang de la veine splénique; l'acide urique et l'hypoxantine ne se retrouvent plus; le pigment et le fer ne sont plus qu'en petite quantité et la réaction du sang est alcaline comme dans tous les vaisseaux. Ces données négatives sont d'autant plus intéressantes que l'analyse histologique démontre au contraire la plus grande analogie du sang de la veine avec la pulpe de la rate. On y trouve quatre sortes d'éléments figurés :

1° Une quantité exceptionnelle de leucocytes qui sont généralement très-volumineux; la proportion des globules blancs aux globules rouges qui est de 1,220 dans l'artère splénique s'élève à 1,60 (Hirtl); Vierordt et Junke prétendent même avoir trouvé 1, 4 ou 5;

2° Des globules rouges qui sont très-remarquables par leur très-petit volume, par leur forme moins aplatie, par leur grande résistance à l'action de l'eau, par l'absence du pouvoir de graviter et de s'empiler, enfin par l'extrême facilité avec laquelle le contenu ou l'hématine prend la forme cristallisée; or ce sont là précisément les caractères qu'on attribue aux globules de nouvelle formation;

3° Des globules intermédiaires entre les leucocytes et les hématies : ce sont des globules légèrement teints de jaune, à surface pâle, granulée, uni ou multinucléaire;

4° Des vésicules globulifères, qui seraient rares ou même exceptionnelles, d'après Gray et Junke, et qu'on ne retrouverait que pendant la digestion, d'après Schonfeld.

La comparaison du sang de la veine splénique avec la pulpe démontre que si les produits d'oxydation disparaissent dans la rate, les globules blancs et rouges s'y développent au contraire en quantité considérable, et passent de la pulpe dans la veine émergente; l'excès de leucocytes dans le sang qui a traversé la rate, indique clairement le lieu de leur formation. Le parallèle chimique entre les deux sangs artériel et veineux de la rate devait jeter un nouveau jour sur le mécanisme des transformations qui s'opèrent dans la glande. M. Béclard a saisi l'importance de cette analyse comparative. Or, le résultat principal de ses belles recherches est celui-ci : le sang efférent contient un excès de fibrine qui a dû naturellement se former dans la rate aux dépens des globules en voie de métamorphose. Il semble d'après cela que la fibrine du sang procède des globules, et qu'elle est un des produits de leur décomposition. Junke parut d'abord confirmer ces données chimiques, sinon les conclusions qui étaient d'ailleurs émises sous forme de doute. Dans une première analyse pratiquée sur le sang de la veine splénique chez le cheval, Junke trouva 5 millièmes de fibrine sur 1000, au lieu de 2 millièmes contenus dans le sang artériel. Une seconde analyse donna 4 et 1,7. Cependant, dans son *Traité de physiologie* (dernière édition, 1863, page 186), le même auteur dit : « Mes analyses chimiques démontrent jusqu'à « l'évidence que chaque conclusion de Béclard est erronée; il « n'y a qu'une seule différence et elle est absolue entre le sang « splénique et celui qui est fourni par l'organe; c'est la dimi- « nution constante de la fibrine, diminution telle que souvent « le sang veineux en contient à peine des traces. » J'ai cité textuellement à cause de l'importance du sujet et de la contradiction. Or, Lehman, qui répéta les mêmes expériences, est arrivé à des résultats si divers qu'il renonce à formuler aucune loi. Les faits avancés par Béclard ne sont donc pas atteints, si même ils sont atténués.

La comparaison du sang veineux splénique avec le sang de la veine jugulaire a démontré à Béclard, puis à Gray, qu'entre ces deux sangs il existe également des différences radicales; le sang splénique contiendrait plus d'eau, plus d'albumine, de fibrine et de graisse et moins de globules que le sang jugulaire. Or, l'excès de fibrine et la diminution des globules (136 au lieu de 150) ont été vivement contestés par Junke, qui accuse les méthodes de numération usitées par Béclard; mais les recherches de Gray et Linstra sont venues confirmer cet abaissement du nombre des globules rouges. On ne saurait toutefois en conclure que les globules se détruisent dans la rate, car, d'une part, les globules du sang de la veine splénique présentent tous les caractères des cellules de nouvelle formation, et, d'une autre part, l'excès si prononcé de globules blancs ne permet pas de douter du rôle formateur de la rate. Le sang de la veine jugulaire ne représente d'ailleurs que le sang de la tête ou des bras et ne saurait être considéré comme l'équivalent du sang général. Il est plus rigoureux de suivre l'analyse comparative du sang avant et après son fonctionnement dans l'organe, et d'en rechercher la destination définitive. Or, si on poursuit le sang splénique au delà de la veine porte, c'est-à-dire dans son passage à travers le foie, si en d'autres termes on le compare avec le sang de la veine sushépatique, on peut constater qu'il n'existe pas une seule différence constante (Junke). Les globules peuvent être un peu plus ou moins nombreux que dans le sang sushépatique. Les autres éléments des globules et du plasma, les sels du plasma entre autres, peuvent subir quelques oscillations, mais on ne saurait inférer de là que la fibrine se forme dans la rate pour se détruire dans le foie; on ne saurait conclure que la rate détruit les globules qui se reforment dans le foie.

Fonctions de la rate. — Deux opinions règnent sur les fonctions de la rate : l'une attribue à cet organe le pouvoir de détruire les globules; l'autre lui attribue un rôle diamétralement opposé. La première doctrine, professée par Béclard, s'appuie principalement sur quatre preuves. La première preuve est la diminution des globules rouges dans le sang efférent; mais il est une remarque qui a échappé à cet observateur distingué, c'est que la diminution des cellules hématiques n'est que relative, car, ainsi qu'il l'a démontré lui-même, le sang de la veine splénique contient un excès d'eau, et l'abaissement du chiffre des globules n'est sans doute que relatif à cette dilution du sang. Une seconde preuve a été invoquée surtout par Kolliker, qui depuis a abandonné cette manière de voir; c'est l'existence de kystes globulifères, c'est-à-dire de poches contenant des globules en voie de destruction. Or, ces kystes sont accidentels (Sanderson, Remak). Un troisième argument est tiré des produits de décomposition, qui s'observent dans la pulpe splénique; l'acide urique, l'hypoxanthine, entre autres, semblent indiquer une désoxydation des éléments plastiques du sang; mais jusqu'ici, on ignore si c'est aux dépens du plasma ou des globules que se forment ces produits qui ne se retrouvent d'ailleurs plus dans le sang de la veine. Un dernier argument serait fourni par l'expérimentation, c'est-à-dire par l'extirpation de la rate. L'ablation de cet organe donnerait lieu à une accumulation de globules rouges dans le sang, à une véritable pléthore (Moleschot); mais je demanderais, au nom de la clinique, si dans la fièvre typhoïde, paludéenne, ou dans les fièvres graves qui altèrent si profondément la rate, on constate une pléthore; Andral et Gavarret, dans leurs belles analyses du sang, ont formellement démontré le contraire, qui trouve sa justification dans cette longue discussion, justifiée par ses applications pratiques; on peut conclure que le rôle de la rate n'est pas exclusivement destructeur des globules rouges; un organe spécial est inutile dans ce but; partout où il se forme des matières pigmentaires, il y a des globules qui se détruisent (Virchow, Junke); partout les globules sont en corrélation et en rapport d'échanges avec le plasma; or ces échanges indiquent une décomposition partielle ou totale des globules. Les fonctions de la rate sont d'un ordre plus élevé; c'est une glande lymphoïde destinée à former des globules blancs et rouges; ce qui le prouve, c'est l'énorme augmentation des leucocytes dans le sang émergent; c'est le passage des leucocytes à l'état de globules hématiques et la présence de formes intermédiaires qu'on constate chez le fœtus, et même chez l'adulte : c'est enfin le caractère des globules rouges, qui sont petits, sans disque, résistant à l'action de l'eau; or ces propriétés qu'on retrouve aussi dans le sang

(1) Voir les numéros des 2, 4 et 27 mai.

de la veine sushépatique n'appartiennent qu'aux globules de nouvelle formation.

L'extirpation de la rate fournit une nouvelle preuve de ses fonctions hématopoiétiques; les expériences de Ludwig, de Vulpian, d'Éberhardt ont démontré qu'en pareil cas les ganglions lymphatiques du mésentère s'hypertrophient, et remplacent jusqu'à un certain point les alvéoles lymphatiques dont l'économie se trouve privée par cette mutilation. L'activité plastique de la rate se manifeste surtout pendant la digestion; elle se gonfle cinq heures après le repas (Schœnfeld), et les globules blancs abondent, tandis que pendant l'inanition surtout chez les animaux qui avaient été bien nourris auparavant, c'est la transformation des leucocytes en globules rouges qui semble augmentée, car le sang veineux charrie alors plus de globules rouges que dans l'état ordinaire; et leur nombre égale désormais celui des globules du sang artériel; si on vient à supprimer la rate, l'inanition est mieux supportée que chez les animaux sains; l'hypertrophie compensatrice des autres ganglions lymphoïdes suffit alors et à la formation et à la transformation des leucocytes; — n'est-ce pas là une des causes de l'innocuité de la diète dans les fièvres graves?

Au résumé, la rate agit comme les ganglions, mais la liste des organes formateurs des globules blancs n'est pas encore close, — il faut y ajouter le thymus, la glande thyroïde et le tissu cellulaire.

5° *Tissu connectif*. Les glandes lymphatiques ou lymphoïdes ne sont pas la seule source des leucocytes. On a signalé récemment une nouvelle origine dans la tunique celluleuse des vaisseaux artériels et veineux; les rapports de l'appareil lymphatique avec les corpuscules connectifs intra-alvéolaires et intralacunaires devaient faire prévoir ce résultat, qui a été mis en lumière par plusieurs physiologistes (Bojanus, Brüke, Leydig, Bilbroth), et généralisé de la façon la plus ingénieuse par un jeune anatomiste (Beklinghausen). A l'aide d'argentations, il a démontré que dans le tissu cellulaire il existe un système de canaux anastomotiques sans membrane propre, mais contenant des corpuscules connectifs; ce sont les canaux *plasmatiques*, qui s'ouvrent directement dans les derniers canalicules lymphatiques. D'après His, ces radicules seraient eux-mêmes privés de parois propres, et se trouveraient simplement creusés dans le tissu connectif de la peau, des muqueuses, des vaisseaux; — que ces radicules soient à parois distinctes et munies d'épithélium (Beklinghausen), ou de simples sillons (His), ou de simples lacunes (Henle, Beale), toujours est-il qu'ils sont en libre communication avec les canaux ou sillons plasmatiques des cellules connectives; il semble donc que la lymphe trouve une certaine quantité de ses éléments dans le tissu cellulaire, et si cette source vient à s'épuiser en partie, il pourra en résulter un certain degré ou une certaine forme d'anémie globulaire. Les cellules mères, qui forment les globules, ne sont que des cellules du tissu précédent connectif, dont les anastomoses constituent le réseau si ténu des alvéoles et des follicules.

Déductions. Cette manière de voir permet d'expliquer :

1° Le développement pathologique des corpuscules lymphatiques dans les cellules certainement et uniquement connectives dans la maladie appelée leucémie, qui s'accompagne aussi d'une hypergenèse des cellules lymphatiques dans les ganglions lymphatiques et dans la rate (Friedreich);

2° Le développement de cellules lymphatiques dans la lymphe qui n'a pas encore traversé les ganglions lymphatiques ou les follicules; si en effet les lymphatiques naissent partout de cellules connectives, il est inutile d'attribuer la lymphe à des follicules que le microscope n'a pas démontré;

3° La multiplication des cellules connectives explique aussi la formation des globules purulents, qui sont identiques avec les corpuscules lymphatiques (Virchow, Weber, Rindfleisch).

RAPPORT

sur une observation de tumeur adénoïde ulcérée au bout de trente ans après son développement dans le sein droit chez une femme âgée de soixante-quatre ans,

Par M. Am. Forget, président de la Société de médecine de Paris.

Si bien faite que puisse être aujourd'hui l'histoire des tumeurs du sein, dont la nature anatomique a été surtout mise en évidence par les recherches fécondes de l'histologie contemporaine, il est juste cependant de reconnaître qu'en pratique le diagnostic et le pronostic de ces tumeurs sont souvent encore assez obscurs pour qu'il ne faille négliger aucun fait de nature à les éclairer. A ce titre, l'observation que M. Labbé vous a communiquée, et sur les détails de laquelle je vous demande la permission d'insister de nouveau, m'a paru digne de toute votre attention.

Une femme âgée de soixante-quatre ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, mère de quatre enfants, accouchée pour la dernière fois en 1830, se présente à M. Labbé dans la condition suivante :

A la partie supérieure et externe du sein droit existe une tumeur, faisant saillie à travers la peau ulcérée et ayant la forme d'un champignon gros comme le poing environ : portée sur un gros pédicule qui correspond à l'ulcération de la peau, la tumeur, depuis qu'elle a franchi l'ouverture ulcéreuse de celle-ci, a pris un grand développement, et se trouve comme étranglée à sa circonférence, sans pouvoir rentrer par l'orifice qui lui a livré passage. Elle est isolée du derme, mobile, sans adhérence avec les parties profondes : sa surface mamelonnée, rouge, saignante, verse un ichor sanieux mélangé de sang et de pus; elle est incolore, et il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. A première vue, dit l'auteur, ce produit morbide est considéré par les personnes qui ont vu la malade avant lui, comme un encéphaloïde ulcéré, opinion qu'il a lui-même d'abord partagée.

En se livrant à un examen plus approfondi, il constate que la mamelle est saine dans presque toute son étendue, que la saillie du mamelon est normale, et que la peau même, celle qui est contiguë à la tumeur, ne présente aucune induration, aucune saillie, aucune dépression anormale. En interrogeant les antécédents de la malade, il s'assure que la tumeur existe depuis vingt-neuf ans, qu'elle s'est montrée peu de temps après le dernier accouchement survenu en 1830; qu'en 1835, Dupuytren consulté déclara qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter, qu'un traitement fondant modifierait avantageusement la maladie pour laquelle il rejeta l'idée de toute opération. Stationnaire depuis cette époque, indolore, sauf à de longs intervalles où elle devient le siége de quelques douleurs, dont les topiques émollients font justice, cette production morbide ne s'accroît sensiblement qu'à dater de 1860; vers la fin de 1863, la peau commence à s'enflammer, elle s'ulcère, et la tumeur alors se produit à l'extérieur.

Prenant en considération les détails qui précèdent, l'origine de la tumeur, sa persistance au sein de l'économie pendant un laps de trente années sans y avoir suscité aucun trouble apparent, en suivant son évolution lentement progressive après s'être immobilisée si longtemps à l'état stationnaire dans une indolence absolue, tenant compte surtout de l'intégrité parfaite des ganglions lymphatiques voisins, et de la plus grande partie de la mamelle elle-même, dont la tumeur est en quelque sorte indépendante, il était rationnel, si caractéristique que fût en apparence ce volumineux champignon à surface inégale, sanieuse et profondément ulcérée, de faire quelque réserve sur la nature de ses éléments constitutifs, et de songer à l'existence d'une tumeur bénigne.

C'est ce que fit M. Labbé, qui, revenant sur sa première impression, s'arrêta à l'idée d'un adénome suppuré.

Après avoir établi ce diagnostic, notre confrère pratiqua l'opération, dont l'issue lui parut devoir être favorable. En effet, opérée le 29 octobre, la malade, malgré un érysipèle qui vint compliquer l'acte opératoire, quittait l'hôpital le 1er décembre, avec une cicatrice solide, régulière et indolore.

A l'examen anatomique, M. Labbé constata l'existence d'une cavité ou kyste contenant les éléments de la tumeur à tous les degrés de développement. Ces éléments consistent en lobes, lobules et bourgeons polypiformes; ces derniers revêtent la surface du kyste à laquelle l'injection vasculaire dont ils sont le siége donne une coloration très-foncée, tandis que les végétations lobulées, sans adhérences avec la membrane d'enveloppe, y sont enroulées, reliées les unes aux autres par des filaments, peuvent en être extraites par une sorte d'énucléation.

Essentiellement glandulaires, comme l'a démontré l'étude microscopique, ces lobes, lobules et bourgeons polypiformes offrent tous les éléments normaux du tissu mammaire; on y reconnaît les acini composés de culs-de-sac, cloisonnés par du tissu lamineux, et s'ouvrant plusieurs dans un conduit commun. La membrane glandulaire y est apparente avec son revêtement épithélial d'aspect pavimenteux. Enfin, une partie de la tumeur à sa base est indurée; la coupe de celle-ci ne donne pas de suc laiteux, et le microscope y constate une prédominance du tissu lamineux, qui est œdématié, et dont les éléments, cellules et noyaux (corps fibro-plastiques), sont hypertrophiés.

« Mais là encore, ajoute M. Labbé, il n'y a rien qui puisse faire penser au cancer. C'est bien une tumeur adénoïde par hypertrophie simple des culs-de-sac glandulaires de la mamelle, et si elle se reproduit, ce qui est possible, la repullulation aura lieu sur place avec les mêmes caractères, mais *il ne doit pas y avoir généralisation du mal.* »

D'après l'exposé qui précède et les caractères anatomiques qu'il met en relief, la nature histologique de la tumeur qui nous occupe ne saurait être mise en doute; elle est bien évidemment constituée par l'exagération des éléments normaux du tissu mammaire, et il y a concordance entre ces mêmes caractères anatomiques et le développement successif de ce produit morbide, pour porter à croire qu'il est cliniquement rationnel de le placer parmi les tumeurs bénignes.

Est-ce à dire pour cela que cette bénignité soit absolue, et que désormais la malade n'ait aucune crainte à concevoir sur la transformation possible du tissu pathologique récidivé?

A cet égard, l'observation clinique longtemps continuée après l'opération, la constatation à longs intervalles des suites de celle-ci, sont les seuls et sérieux éléments de certitude.

Aujourd'hui, en effet, qu'il est avéré qu'il n'existe aucun tissu, aucun élément, aucune cellule qui soit caractéristique du cancer, c'est à un autre enseignement qu'à celui du pur anatomisme qu'il faut recourir pour donner au pronostic toute l'infaillibilité désirable. Tenir grand compte de l'investigation microscopique qui permet de distinguer la nature des tissus physiologiques dont l'hypergenèse ou l'hypertrophie constitue les produits pathologiques, rapprocher cette donnée très-importante des caractères cliniques observés aux diverses phases d'apparition, de progrès, de marche, de terminaison, de transformation de ces mêmes produits, et du rapprochement de ces deux termes fondamentaux du problème à résoudre tirer une induction qui sera nécessairement l'expression rigoureuse du fait observé, s'il a été en dehors de toute préoccupation, de toute idée préconçue sur la nature des éléments qui le constituent; tel est, à mon sens, dans l'état actuel de nos connaissances, le procédé qu'il convient de suivre si l'on veut saisir la vérité dans la controverse d'opinions diverses qui ont régné sur l'histologie des tumeurs en général, et pouvoir assigner à chacune d'elles le rang qu'elle doit occuper dans l'ordre des productions pathologiques envisagées au point de vue de la malignité.

Toutes, en effet, étant le résultat du processus morbide des éléments physiologiques de nos organes, ne sauraient se différencier par un hétéromorphisme dont les travaux de l'école histologique ont fait à bon droit rejeter l'existence; ce qui les distingue, c'est leur mode d'évolution, et surtout leur aptitude à demeurer isolées et indépendantes pour ainsi dire au sein de l'économie, ou bien s'y généraliser au contraire en suscitant des désordres fonctionnels et vitaux qui conduisent fatalement à cet état que les chirurgiens ont bien observé de tout temps, et qui a reçu d'eux le nom si caractéristique de *cachexie*.

La tumeur adénoïde appartient à la première catégorie. C'est une tumeur bénigne, mais cette bénignité n'est que relative; ce qui le prouve, c'est, sans sortir de l'observation de M. Labbé, l'existence d'une tumeur analogue dans le sein gauche quatre mois après l'extirpation de la tumeur du sein droit. Que deviendra cette nouvelle tumeur? suivra-t-elle la même marche que celle qui l'a précédée? Sans doute, il est permis de le penser. Mais qui oserait l'affirmer?

L'adénome, dit M. Labbé, ne récidive *jamais* que sur place; elle ne se transforme *jamais* en cancer.

Cette repullulation *in situ* n'est pas un caractère qui lui est propre et exclusivement; on l'observe pour des tumeurs dont la nature cancéreuse n'est pas contestable.

D'autre part,

Exceptionnellement, sans doute, mais enfin cela a été observé, certaines tumeurs adénoïdes, récidivées plusieurs fois, ont fini par revêtir tous les caractères des tumeurs malignes. « La raison, dit M. Velpeau, dans son remarquable *Traité des maladies du sein*, comprend que des matériaux échappés du tissu glandulaire puissent donner lieu à une tumeur cancéreuse. » Il cite à l'appui de cette opinion deux malades dont l'une, atteinte de deux énormes tumeurs adénoïdes, fut opérée par lui; l'opération permit de constater que la plus volumineuse, la plus ancienne, franchement adénoïde dans les deux tiers de la masse, était transformée dans son autre tiers en lobules ramollis qu'il eut été difficile de ne pas confondre avec un peloton de matière encéphaloïde.

Chez une autre malade, la tumeur, soumise au microscope, a été trouvée cancéreuse dans l'une de ses moitiés, et simplement adénoïde dans l'autre.

Une troisième malade, citée par M. Velpeau, offre un exemple de récidive remarquable d'une semblable tumeur qui se reproduisit cinq fois dans l'espace de dix ans, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais jamais dans le même point. Or, franchement adénoïde les quatre premières fois, la tumeur a laissé des doutes à la cinquième tant elle ressemblait à un encéphaloïde ou à un squirrhe en masse. Enfin, en 1857, un fait analogue s'est encore présenté dans le service du savant professeur: adénoïde les deux premières fois, la tumeur a pris les caractères cancéreux à l'œil nu et au microscope la troisième fois.

Faut-il conclure de ces faits, contrairement à l'opinion admise par M. Labbé, que le tissu constituant l'adénome puisse subir la transformation cancéreuse; transformation rejetée aujourd'hui par la plupart des anatomo-pathologistes? J'avoue que je tiens médiocrement à l'explication du fait; celui-là seul au point de vue clinique a pour moi de l'intérêt.

Qu'un tissu morbide traverse toutes les phases de son développement, sans perdre les caractères anatomiques qu'il présentait à son origine, qu'il puisse s'altérer, se ramollir, s'ulcérer, tout en conservant sa composition primordiale, je ne veux faire ici aucune objection à cette manière de voir, parce qu'il est d'ailleurs facile de comprendre qu'à côté de ce même tissu et parallèlement à lui d'autres éléments morbides puissent naître et accomplir leur évolution.

Pourquoi d'ailleurs l'adénome du sein, qui est constitué par les mêmes éléments que le tissu de la mamelle, ne pourrait-il pas, comme cette dernière, être à un moment donné affecté de cancer? En quoi l'excès du mouvement nutritif, qui a présidé à l'évolution hypertrophique de ce même tissu, ferait-il obstacle au développement simultané d'une nouvelle individualité morbide, moins simple et d'une nature moins bénigne? Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit ainsi, et M. Labbé lui-même, tout en rejetant dans l'étude qu'il fait de ces tumeurs la transformation d'une espèce en une autre, semble cependant avoir compris que le tissu adénoïde n'exclue pas nécessairement la coexistence du cancer, et admettre que celui-ci peut au contraire s'y associer. C'est là du moins ce qui m'a paru ressortir de cette phrase de son mémoire : « Il est possible, dit-il, que la tumeur se reproduise sur place avec les mêmes caractères, mais il ne *doit pas y avoir* de généralisation du mal. »

Micrographe absolu, pour qui l'induction clinique serait le corollaire obligé de la composition anatomique du tissu morbide, M. Labbé eut été affirmatif, il eut dit : *Il n'y aura pas de généralisation*... Clinicien éclairé, qui sait que le fait anatomique n'est pas toute la maladie, il s'est tenu dans une réserve prudente, dont, pour ma part, je le félicite d'autant plus qu'elle se rapproche de l'opinion que j'ai essayé de faire prévaloir dans les quelques considérations que je viens de soumettre à votre appréciation.

Après avoir ainsi fait la part des éventualités qui, à la rigueur, peuvent ultérieurement surgir, je reconnais, avec notre confrère, que dans la grande majorité des cas l'adénome ne présente, ni dans son origine, ni dans sa marche, ni dans sa structure intime, les caractères qui permettent de l'assimiler au

cancer; je reconnais aussi qu'à un moment donné de son évolution, enflammé, ramolli, ulcéré, il peut être difficile, sans l'intervention du microscope, de le distinguer de ce dernier et d'en établir le diagnostic différentiel.

Il est vraisemblable que plus d'une méprise alors a pu être commise, et que la variété du cancer dit enkysté, qui a pour caractère de pouvoir échapper à la récidive, n'a été bien souvent qu'une tumeur adénoïde parvenue au dernier terme de son évolution.

C'est cet enkystement du produit pathologique et son isolement des parties contiguës qui rendent facile l'extirpation de ce genre de tumeurs, en même temps qu'ils permettent de comprendre comment une inflammation éliminatrice a pu dans quelque cas en débarrasser l'économie et donner lieu à une guérison spontanée. Je suis porté à croire que c'est à des faits semblables qu'il faut rapporter les rares exemples de guérison spontanée de prétendus cancers, si habilement exploités par l'ignorance et le charlatanisme, qui les donnent comme spécimen à l'appui de l'efficacité des agents thérapeutiques qu'ils préconisent.

En résumé, l'observation de M. Labbé et les réflexions qu'elle suggère, renferment un enseignement dont l'intérêt ne vous aura pas échappé au double point de vue de l'anatomie pathologique du fait qui y est mis en évidence, et de l'induction clinique qui en ressort naturellement.

En vous le communiquant à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, M. Labbé a prouvé qu'il connaissait bien l'esprit essentiellement pratique de la Société de médecine de Paris, et, en l'associant à vos travaux, vous aurez acquis un observateur consciencieux, un anatomiste distingué et un chirurgien d'avenir dont les débuts dans une carrière où il a déjà pris, par la voie des concours, un rang distingué, ont été signalés par des succès légitimes et une honorabilité professionnelle qui lui méritent vos suffrages.

LA GOUTTE OBSERVÉE A CONTREXÉVILLE,

Par M. le Dr H. Marion.

Le goutteux est un être à part; il ne sait pas s'écouter vivre et est son propre ennemi. Lorsqu'il ne se rend pas malade, en s'écartant trop complaisamment des règles les plus élémentaires d'une sage réserve, il se médicamente avec tant de zèle et d'inintelligence qu'il aggrave ses douleurs! Le goutteux ne meurt pas : il se tue.

Le colchique est la base de tous les arcanes, d'une efficacité prétendue merveilleuse, dont la plupart des malades font abus. Si les accès de goutte sont supprimés par les préparations de colchique ou de vératrine, ils reviennent plus douloureux que jamais, et se rapprochent de plus en plus; puis, comme il y a un terme à tout, une lésion grave des voies gastro-intestinales est déterminée par le médicament si préconisé, et la mort vient clore la scène morbide.

Les goutteux ont encore abusé étrangement des eaux de Vichy, de Carlsbad et de Wiesbaden, et l'on sait tous les accidents qui sont arrivés à la suite de ces eaux extrêmement actives et puissantes, qui, si elles ne font pas de bien, peuvent faire tant de mal! Ces malades-là ont aujourd'hui émigré, et ils viennent demander aux eaux si bienfaisantes et si faiblement minéralisées de Contrexéville un soulagement certain à leurs souffrances. J'en ai vu un très-grand nombre l'an dernier; et, dans un savant mémoire, M. le docteur Legrand du Saulle a récemment consigné des observations d'un grand intérêt pratique (1), desquelles il ressort que les eaux de Contrexéville, administrées contre l'affection goutteuse, redonnent de la souplesse aux muscles et aux ligaments, et qu'elles préviennent ensuite les incrustations tophacées qui amènent si souvent l'ankylose. J'ai été à même d'apprécier la valeur et la justesse de cette proposition, qu'ont confirmée d'autre part MM. les docteurs Baud, Rotureau, C. James et Mamelet.

Mais écoutons un témoin oculaire des cures de Contrexéville :

« Les goutteux abondent à Contrexéville, dit M. le docteur Auguste Millet (de Tours), et sont presque en aussi grand nombre que les graveleux. La plupart de ceux que j'y ai vus étaient des malades que Vichy n'avait pas le moins du monde soulagés... Ils étaient venus, confiants dans l'antique réputation de Contrexéville, demander soulagement à ses eaux; et bon nombre d'entre eux s'applaudissaient du choix qu'ils avaient fait.

« Je pourrais citer ici un brasseur d'Alsace, jeune encore puisqu'il n'avait que trente-neuf ans, qui était réduit à marcher avec des béquilles lorsqu'il arriva aux eaux de Contrexéville. Sa physionomie respirait l'anxiété la plus grande; ses efforts pour faire quelques pas à l'aide de ses béquilles dénotaient une souffrance intolérable. Au bout de quelques jours, il y avait une métamorphose complète, une transformation que tous les buveurs ont pu constater... Quelques verres d'eau avaient suffi pour faire taire les douleurs, pour faire cesser l'embarras et la gêne que ce pauvre homme avait à se mouvoir. La gaieté et l'espérance, en rentrant dans son cœur, avaient donné à ses traits une expression de bonheur dont je garderai longtemps le souvenir.

« Je pourrais encore relater l'observation d'un juge au tribunal de la Seine, perclus de douleurs, marchant avec peine dans le parc, appuyé d'une part sur le bras de son valet de chambre et de l'autre sur sa canne. Je l'ai rencontré, quelques jours après son arrivée à Contrexéville, cheminant lestement sur les routes et faisant des promenades de plusieurs kilomètres sans peine et sans souffrance.

« Devrais-je aussi parler de quelques vénérables ecclésiastiques, arrivant à cette station d'eau minérale avec des sabots, et ne pouvant mettre d'autres chaussures, tant leurs orteils étaient gonflés et douloureux? Au bout de quelques jours, ils allaient et venaient comme les plus intrépides marcheurs, et faisaient des promenades réellement fort longues, eux qui auparavant pouvaient à peine mettre un pied devant l'autre.

« Loin de moi la pensée d'une impudente exagération laudative; je dis ce que j'ai observé, et je le dis avec une bonne foi et une sincérité que personne ne saurait suspecter. Évidemment, j'ai vu et rencontré des goutteux qui n'avaient pas retiré des eaux de Contrexéville tout ce qu'ils en attendaient. Évidemment, j'ai causé avec des hommes qui étaient désillusionnés, parce qu'ils n'avaient pas éprouvé plus de soulagement, plus de bien-être à Contrexéville qu'à Vichy!...

« Mais il faut ici faire une confession entière et sans restriction; j'ai demandé à ces hommes, jeunes pour la plupart, quel était leur régime ordinaire, quelles étaient leurs habitudes, quel était leur genre de vie, et, à l'exception d'un seul, j'ai trouvé des malades qui étaient gros mangeurs, amis de la bonne chère, sablant avec bonheur le Xérès, les meilleurs crus de Bourgogne et de Bordeaux, le champagne, etc., etc. Est-il alors étonnant que les eaux ne soient pas efficaces? Est-il étonnant qu'elles n'apportent pas, non-seulement la guérison, mais encore le soulagement, puisque ceux qui viennent s'y soumettre pendant une saison ne veulent pas entendre parler de prophylaxie (1)? »

Ce qu'il y a de certain, c'est que d'après les chiffres statistiques de M. Legrand du Saulle, on voit figurer une quantité imposante de *soulagements très-marqués* ou de *rémissions*, car notre honorable confrère ne prononce pas le mot de *guérison*. Au point de vue thérapeutique, acceptons le résultat tel quel et ne demandons pas l'impossible. Le mieux est l'ennemi du bien.

(1) *Huit années de pratique médicale à Contrexéville* (*Étude clinique*). — Paris, in-8° de 132 pages, chez F. Savy, 1865.

(1) *Une Saison à Contrexéville*, 2e édition.

AGGLUTINATION DE L'ORIFICE EXTERNE DE L'UTÉRUS,

Par M. le docteur Jules de Soyre.

La nature triomphe le plus souvent à elle seule des difficultés que présente l'agglutination de l'orifice externe de l'utérus, mais cet obstacle peut prolonger le travail de l'accouchement, ainsi que cela a été observé récemment chez une primipare, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Depaul.

Voici le fait :

Séraphine J..., modiste, âgée de trente-trois ans, a été réglée régulièrement à quinze ans. Les époques menstruelles étaient accompagnées de leucorrhées, d'autant plus abondantes que Séraphine se livrait à un travail plus assidu. L'appétit était très-modéré et les digestions se faisaient péniblement.

Elle devint enceinte, et du début jusqu'à la fin de cette grossesse la suppression de la menstruation fut accompagnée de la suppression de la leucorrhée et de tout écoulement vaginal. L'appétit et les digestions ne laissaient rien à désirer; aucune souffrance, aucun malaise ne vinrent troubler la gestation.

Arrivée au terme de l'accouchement, Séraphine ressent les premières douleurs le 6 avril 1865, à trois heures du soir. Le toucher, pratiqué à neuf heures du soir, offre, comme particularité digne d'attention, un orifice utérin en forme de cupule. Le diamètre de cette cupule était à peine d'un centimètre, et elle était limitée par un bourrelet lisse, dont la profondeur était d'un demi-centimètre environ.

Les contractions utérines s'exercèrent et continuèrent jusqu'au 7 avril, à dix heures du matin, sans amener la moindre dilatation de l'orifice utérin, mais la partie inférieure de l'utérus s'amincit tellement que pendant la douleur elle donnait la sensation de la poche amniotique. Au centre de cette dernière partie existait une petite dépression à peine sensible; c'était l'orifice externe de l'utérus agglutiné. A force de presser sur cette dépression pour s'assurer que l'ouverture devait être là, il se fit une petite ouverture dont les bords étaient excessivement minces. La dilatation continua à s'opérer, et elle était de deux centimètres de diamètre à quatre heures du soir, lorsque M. le professeur Depaul vint constater l'état des choses. Il introduisit le doigt dans cette ouverture, et il trouva au-dessus les membranes et la tête de l'enfant, que l'on avait toujours senties très-distinctement. Il détruisit les dernières adhérences de l'orifice, rompit la poche des eaux, et la dilatation prit rapidement la dimension de quatre centimètres de diamètre.

A neuf heures et demie du soir, la dilatation était complète, mais on sentait encore une certaine rigidité des bords de l'orifice utérin.

A neuf heures cinquante minutes du soir, Séraphine accoucha, après un travail de trente heures cinquante minutes, d'un garçon faible, du poids de 2,430 grammes, qui s'était présenté par le sommet en position occipito-iliaque droite postérieure réduite.

TRAITEMENT DES FURONCLES CONSÉCUTIFS A L'ECZÉMA.

M. Hardy faisait observer à l'une de ses dernières conférences cliniques, à l'hôpital Saint-Louis, qu'il arrive assez fréquemment qu'une série de furoncles se développe à la suite de l'eczéma. Pour lui, il considère presque comme un moyen spécifique l'usage journalier de l'eau de goudron (50 grammes pour un litre d'eau), que l'on boit pure ou bien avec le vin aux repas.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 mai 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend que des rapports et documents relatifs à la vaccine.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

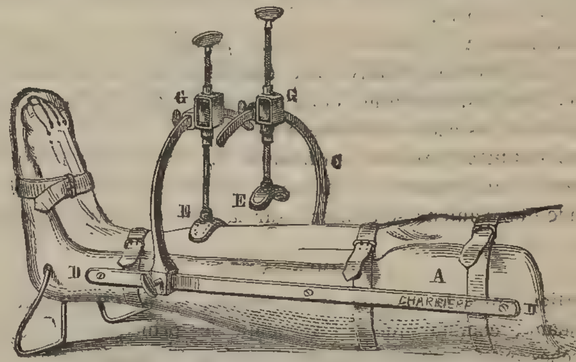
1° Une observation ayant pour titre : *Fracture du coronal, aphonie consécutive, guérison*, par M. le docteur Galais.

2° Une note à propos d'un cas d'hydro-encéphalocèle congénitale, par MM. les docteurs Szafkowski, de Millau, et Triadou, d'Aguessac. (Commissaire : M. Depaul.)

3° Une étude sur les eaux minérales phosphatées ferrugineuses, par M. le docteur Sandras. (Commission des eaux minérales.)

4° M. J. Charrière soumet à l'examen de l'Académie un nouvel appareil (à pression limitée et alternative) pour les fractures de la jambe, qu'il a fabriqué sur les indications de M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Dans les cas si communs où le fragment supérieur fait saillie en avant, M. Malgaigne a proposé l'usage d'une pointe en acier fixée sur



un cercle qu'il maintient enfoncée dans les fragments; M. Laugier se sert plus avantageusement du compresseur de J.-L. Petit, dont la pelotte est appliquée sur la pointe fragmentaire saillante.

L'appareil de M. Anger se compose d'une gouttière de Mayor A, matelassée, après laquelle est fixée à droite et à gauche une tringle plate D D, sur laquelle glissent deux arcs C C très-légers en acier, trempé en ressort. Deux pelottes E E, légèrement concaves et mobiles, sont articulées et fixées sur ces arcs, et servent à comprimer le fragment saillant alternativement en deux points. Une des pelottes peut rester pendant plusieurs heures, et quand la compression menace d'altérer le fragment, l'autre pelotte est appliquée, puis la première est relâchée pendant un temps variable qui sera indiqué par l'état des téguments et autres parties du membre.

M. Anger a fait appliquer au-dessus des pelottes le système de pression élastique G G si heureusement employé dans le compresseur fémoral de M. Broca.

5° M. Auguste Voisin adresse la lettre suivante à M. le président de l'Académie :

Monsieur le président,

M. Velpeau a rappelé à l'Académie dans sa dernière séance une observation insérée dans le *Bulletin de l'Académie* (t. VIII, p. 862, séance du 11 avril 1843), et il a eu pour but d'attaquer les opinions de M. Bouillaud sur la localisation de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau. M. Guérin a ajouté que ce fait était la « ruine totale de la doctrine du savant professeur. »

La bienveillance dont l'Académie a bien voulu déjà m'honorer dans deux précédentes lectures m'enhardit à apporter à cette discussion mon faible tribut; j'y suis entraîné par la conviction profonde que j'ai puisée dans l'enseignement de M. Bouillaud, et dans mes études personnelles sur le rôle des lobes antérieurs dans la parole, et dans toutes les autres facultés intellectuelles.

C'est à ce point de vue, Monsieur le président, que je demande à l'Académie la permission de revenir sur le fait de M. Velpeau, et de m'appuyer précisément sur lui-même pour affirmer la doctrine de mon très-respecté maître M. Bouillaud.

L'énoncé de l'observation, tel que je le trouve dans le *Bulletin de l'Académie*, et plusieurs autres passages démontreront surabondamment que la parole et l'intelligence étaient toutes deux atteintes chez ce malade appelé Paris.

Le titre est :

Manie avec prédominance d'idées génitales. — Tumeur squirrheuse de l'intérieur du crâne; destruction d'une grande partie des lobes antérieurs du cerveau sans altération notable dans la parole.

Il est dit encore dans l'observation « que les actions, les paroles du malade, dénotent dans ses facultés mentales un dérangement qui ne dépasse pas une certaine bizarrerie. »

Plus loin, je lis : « Chaque mot est isolé et souvent comme *souligné*. »

Le malade est signalé dans la lettre de M. Faure comme étant très-gai; eh bien, je lis dans l'observation de M. Velpeau qu'il riait rarement.

Cet homme présentait, en outre, un trouble très-marqué du jugement et du sentiment de pudeur; il se livrait, en effet, en public à l'onanisme avec un cynisme révoltant.

Dans les derniers jours de la vie, il est dit qu'il parle beaucoup moins, puis qu'il répond de plus en plus avec peine aux questions qu'on lui pose.

N'est-il pas évident, à la lecture de ces parties de l'observation, que Paris présentait, d'une part, un trouble intellectuel assez nettement caractérisé par ses indécences, son cynisme, sa bizarrerie, et, d'autre part, une modification morbide de la parole révélée par ces expressions :

« Chaque mot est isolé et souvent souligné...; il arrive à parler beaucoup moins, puis répond de plus en plus avec peine aux questions qu'on lui pose. »

Les mots, *isolé*, *souligné*, indiquent évidemment que cet homme était obligé de réfléchir un moment avant de prononcer un nouveau mot; les périodes de la phrase ne pouvaient être rapides, et la parole devait avoir un cachet d'hésitation qui lui imprimait quelque chose

d'analogue à cette façon de parler des bègues et de certains paralytiques qui appuient avec effort sur les mots et sur les membres de leur phrase.

L'intelligence était elle-même si bien troublée que le titre de l'observation porte : *Manie* avec prédominance d'idées génitales, et la parole avait si bien présenté une modification morbide qu'il est dit : Destruction des lobes antérieurs sans altération *notable* de la parole.

Ainsi, il n'y a qu'à lire l'observation, telle qu'elle a été imprimée dans le *Bulletin* par les soins de M. Velpeau, pour s'assurer que ce fait ne vient pas ruiner la doctrine de M. Bouillaud, comme se sont empressés de le dire MM. Velpeau et Guérin : La doctrine subsiste.

Quant à la question de savoir pourquoi la parole et l'intelligence n'étaient pas ici plus troublées, je crois qu'on peut l'expliquer par ce fait admis en pathologie générale, à savoir : que dans certains cas les organes paraissent s'habituer au voisinage de tumeurs lentement développées, et que dans ces conditions leurs aptitudes fonctionnelles n'en sont pas considérablement dérangées.

En résumé, Monsieur le président, bien loin de renverser la doctrine de M. Bouillaud, le fait de M. Velpeau lui apporte un nouvel appui. Dr Auguste VOISIN.

— **M. BÉCLARD** fait hommage à l'Académie, au nom de Mme Boselli, fille de feu M. Jomard, membre de la Commission scientifique d'Égypte, d'un manuscrit de Desgenettes qu'elle a trouvé parmi les papiers de son père.

— **M. LARREY** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Pécholier, une brochure relative aux indications de l'administration du calomel dans la dyssenterie, et au nom de M. Barroffio une brochure en italien sur les effets des armes à feu.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. le professeur Bennet (d'Edimbourg), un volume de clinique et de thérapeutique générales, et demande que l'auteur soit inscrit sur la liste des futurs correspondants.

COMMUNICATION.

Relation entre la vaccine et la variole. — M. CHAUVEAU, correspondant, communique à l'Académie les principaux résultats des recherches expérimentales faites à Lyon sur les relations qui existent entre la variole et la vaccine.

Ces expériences entreprises sur son initiative, à la suite de la discussion de l'Académie sur cette question, par une Commission dont il faisait partie avec MM. Viennois et Meynet, ont été consignées dans un rapport lu à la Société des sciences médicales de Lyon. C'est une rapide analyse de ce rapport que M. Chauveau a présentée devant l'Académie.

La Commission a étudié comparativement sur les deux principales espèces animales vaccifère et vaccinogène, le bœuf et le cheval, les effets de l'inoculation vaccinale et de l'inoculation variolique.

M. Chauveau résume en ces termes les résultats et les conclusions de ces expériences :

1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine.

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument.

Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules, si petites, qu'elles passent inaperçues, quand on n'est point prévenu de leur existence. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale, type dont les pustules sont si larges, si bien caractérisées.

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétion ni croûtes, qu'engendre la variole, mais quoique cette éruption soit beaucoup plus grave que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec le horse-pox si remarquable par l'abondance de la sécrétion, l'épaisseur de ses croûtes.

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline, les préserve en général de la variole.

4° La variole inoculée à ces mêmes animaux s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine.

5° Cultivée méthodiquement sur les mêmes animaux, c'est-à-dire transmise du bœuf au bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'éruption vaccinale.

M. DEPAUL regrette de n'avoir pas pu suivre attentivement la lecture de M. Chauveau, pour pouvoir donner toute la précision désirable aux observations qu'il aurait à lui présenter. Il a fait lui-même dans le temps toutes les expériences dont M. Chauveau vient d'entretenir l'Académie; et il ne lui semble pas que les conclusions que M. Chauveau vient d'exposer répondent aux résultats obtenus. Il n'accepte pas, pour son compte, ces conclusions qui tendraient à repousser l'idendité de la variole et de la vaccine. On a presque toujours, sinon toujours, obtenu une éruption sur les animaux de l'espèce bovine auxquels on a inoculé la variole, éruption atténuée sans doute, faible, mais qui n'en est pas moins caractéristique; or, c'est là un résultat positif, dont il lui semble que M. Chauveau n'a pas assez tenu compte. Ainsi il n'est pas question dans cette communication des prodromes, des phénomènes de l'invasion et de la marche et des diverses périodes de l'éruption. C'était pourtant là un élément important, puisque ces symptômes seuls suffisent souvent pour caractériser une éruption douteuse. M. Depaul se croit, en conséquence, fondé à faire des réserves sur les conclusions formulées dans le travail de M. Chauveau.

M. CHAUVEAU. J'aurais craint d'abuser des instants de l'Académie en lui lisant dans tous ses détails le travail de la Commission lyonnaise, je me suis borné à en exposer un résumé très-concis et partant très-incomplet. Ce travail sera publié prochainement *in extenso* dans la *Gazette médicale de Lyon*. M. Depaul pourra y trouver tous les renseignements et tous les détails que je n'ai pu donner de vive voix.

M. GIBERT ne trouve pas qu'il y ait une dissidence très-profonde entre MM. Depaul et Chauveau. M. Depaul veut qu'il y ait identité entre la variole et la vaccine, M. Chauveau, au lieu de l'identité, admet une grande analogie entre ces deux maladies capables de se suppléer. Là est toute la différence.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

La parole est à M. Baillarger.

Discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. BAILLARGER lit la première partie (la partie physiologique et psychologique) d'un travail très-étendu sur la question. Nous publierons cette première partie de son travail dans le prochain numéro.

LECTURE.

Vaccination animale. — M. le docteur **LANOIX** lit un travail intitulé : *Étude sur la vaccination animale*. Ce travail a pour objet de rendre compte à l'Académie des résultats des expériences qu'il a faites depuis sa première communication du mois d'octobre dernier.

Voici les principaux résultats exposés dans ce travail :

Dans une première séance de revaccinations faites au lycée du Prince impérial, 180 enfants de neuf à douze ans et demi furent revaccinés, et sur ce nombre il y en eut 63 sur lesquels le vaccin reproduisit des pustules de bonne vaccine.

Dans une deuxième séance, 200 enfants plus jeunes, de sept à neuf ans, subirent l'inoculation. Sur 20 d'entre eux seulement il y eut une bonne vaccine. — En tout 80 succès sur 380 revaccinés, c'est-à-dire 20 pour 100.

Deux mois après, M. le docteur Michel, médecin de l'institution de Fontenay (succursale de Sainte-Barbe), revaccina tous les enfants de ce collége avec du vaccin animal. Sur 400 enfants, 76 eurent une bonne vaccine.

En ajoutant aux chiffres qui précèdent 40 autres revaccinations pratiquées sur des enfants de sept à treize ans, on a un total de 820 revaccinés sur lequel le chiffre des succès est de 108, soit 21 pour 100.

M. Lanoix rapporte en outre les résultats obtenus par M. Dhéré dans un pensionnat de jeunes filles et consignés dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 mars 1865.

Les revaccinations sur des sujets de quatorze à vingt ans, au nombre de 71, ont donné 31 succès. Sur des adultes de vingt à quarante, le chiffre des succès est de 97 sur 200. Il est de 7 sur 30 chez des sujets âgés de quarante à cinquante ans. Enfin, sur 5 personnes de cinquante à soixante ans, 2 ont été revaccinées avec succès.

L'auteur expose ensuite les moyens pratiques qu'il a mis en œuvre pour fonder un établissement particulier de vaccination animale et ceux que l'on pourrait adopter en vue d'une organisation générale.

Puis il termine en disant que toutes les observations qu'il a recueillies, toutes les réflexions que lui a suggérées l'étude de la vaccination animale avec le vaccin de génisse, consolide la foi déjà profonde que les affirmations de M. Négri avaient fait naître en lui. « Comme il y a six mois, dit-il, et plus convaincu encore, je viens vous dire que la transmission du vaccin est toujours possible de la génisse à la génisse et en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service; que le vaccin ne s'affaiblit pas, mais qu'il conserve plus longtemps, plus sûrement son activité dans son passage à travers l'organisme animal que dans son passage à travers l'organisme humain; que les vaccinations donnent toujours ou presque toujours, au moins, un résultat positif, les revaccinations une moyenne de succès supérieure à la moyenne des succès fournis par le vaccin humain; que la pratique de la vaccination par le vaccin de génisse est facile; qu'elle deviemt en temps d'épidémie de variole une ressource puissante pour combattre cette terrible maladie, en raison de l'abondance du vaccin qu'elle peut rapidement porter sur tous les points où il est nécessaire. (Renvoyé à la Commission de vaccine.)

La séance est levée à cinq heures.

La composition écrite pour le concours des médecins du bureau central a eu lieu mardi. Les candidats avaient à traiter la question du *Rhumatisme*.

— M. Auzias-Turenne commencera un cours public sur la vaccine le vendredi 2 juin, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis.

Programme. — Considérations générales sur les virus et les maladies virulentes. — Méthode pour les étudier.

Coup d'œil sur la variole et son inoculation. — Aperçu sur Jenner et la vaccine. — Esquisse de l'opération de la vaccine.

Quel est la source du bon virus-vaccin? — Quand et comment faut-il y puiser? — Peut-on la faire naître à volonté ou régénérer le vaccin? — Le virus syphilitique peut-il vicier le vaccin, et de quelle manière? — Précautions à prendre. — Le virus de la variole et le vaccin ont-ils la même origine?

Qu'est-ce que la clavelée?

Étude approfondie d'une bonne vaccination. — Revaccinations. — Opportunité de l'inoculation variolique.

Principes de médecine comparée. — Avenir de la science et de la pratique.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 65. — SAMEDI 3 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 3 JUIN 1865. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur les lésions de la parole dans leurs rapports avec les tumeurs du cerveau.

M. le docteur Paul Ladame nous communique, à l'occasion de la discussion pendante à l'Académie de médecine sur les lésions de la parole, quelques-uns des résultats auxquels l'ont conduit les recherches qu'il a faites sur les tumeurs du cerveau et sur les lésions de la parole qui en sont parfois le symptôme. Ces résultats sont particulièrement intéressants au point de vue de l'étude de la localisation des diverses facultés et en particulier de celle de la parole.

M. le docteur P. Ladame, qui a eu lui-même l'occasion d'observer des cas de tumeurs qui avaient provoqué des dérangements dans l'articulation de la parole, constate cependant que ce symptôme n'est pas commun dans les tumeurs cérébrales. Il l'a trouvé noté seulement 44 fois dans 332 observations qu'il a recueillies et analysées, c'est-à-dire 13 0/0 à peu près.

Les désordres de la parole, dit-il, sont variés. Tantôt il semble que le malade doit forcer sa voix pour arriver à parler; chaque mot est fortement accentué. Le plus souvent c'est un bégayement ou un balbutiement; le malade articule avec difficulté certains sons, certaines consonnes, quelquefois enfin la parole est complétement absente.

Dans certains cas la perte de la parole n'est que passagère; le malade recouvre tout à coup la faculté de parler, au grand étonnement de ceux qui l'entendent.

Dans les tumeurs cérébrales, ajoute notre confrère, la perte de la parole ne se fait pas tout d'un coup, elle se développe au contraire très-lentement.

Il était intéressant de rechercher le siége de la tumeur qui avait provoqué une lésion de la parole et de voir jusqu'à quel point les résultats de ces recherches concorderaient avec les opinions de MM. Bouillaud, Auburtin, Dax et Broca.

On n'a pas oublié que M. Dax, en particulier, a rapporté à l'appui de ses opinions plus de 140 observations qui semblent établir que les dérangements de la parole sont toujours dus aux lésions de l'hémisphère gauche du cerveau, l'hémisphère droit y restant étranger.

Cependant, fait remarquer M. Paul Ladame, la plupart des physiologistes et des pathologistes ne sont point de cet avis. En Allemagne, M. Meaner (1), à propos d'un cas de perte de la parole à la suite d'une dépression du pariétal gauche, a résumé les idées d'un grand nombre d'auteurs en disant que maintenant il était impossible de déterminer le siége du centre de la parole, parce qu'il y avait diverses lésions de parties très-différentes de l'encéphale qui pouvaient produire des altérations de cette faculté.

Il y a quelque temps, M. Jarjavay, dans son cours d'anatomie à la Faculté de Paris, a émis son opinion sur la question qui nous occupe. Il a dit qu'il ne croyait pas à cette localisation de la parole dans les lobes antérieurs, et a cité deux cas qu'il avait observés. Dans l'un, c'était un cancer qui avait complétement détruit les lobes antérieurs (2); dans l'autre, chez un enfant, une chute sur la tête avait occasionné une perforation du crâne par laquelle la substance cérébrale enflammée faisait hernie, de sorte qu'on pouvait la ramasser avec une cuiller. Dans aucun de ces cas il n'y avait eu lésion de la parole.

Voici, enfin, quels sont les résultats que M. Ladame a obtenus de ses recherches, résultats qui ne lui permettent pas, dit-il, de se ranger à l'avis de ceux qui placent le siége de la parole dans les lobes antérieurs.

On a vu déjà que sur 332 cas de tumeurs encéphaliques, il a trouvé 44 fois seulement des lésions de la parole. Or, dans ces 44 cas, les tumeurs étaient ainsi réparties :

52 cas de tumeurs multiples, dont 7 avec altération de la parole, soit 13,5 0/0.

Tumeurs du cervelet, 78 cas, altération de la parole, 5 fois (6,4 0/0).

Tumeurs de la protubérance, 26, altération de la parole, 8 (31 0/0).

Tumeurs des pédoncules cérébraux, 7, parole altérée, 1 (14 0/0).

Tumeurs de la moelle allongée, 9, parole altérée, 2 (22 0/0).

— de la fosse moyenne du crâne, 13, parole altérée, 2 (15 0/0).

Tumeurs du corps calleux, 4, parole altérée, 1 (25 0/0).

— des lobes antérieurs, 27, parole altérée, 4 (15 0/0).

— des lobes moyens, 27, parole altérée, 5 (19 0/0).

— des lobes postérieurs, 14, parole altérée, 1 (7 0/0).

— des trois lobes, 19, parole altérée, 2 (10 0/0).

— des corps striés, 15, parole altérée, 6 (40 0/0).

Il y a eu enfin, sans aucune altération de la parole, 17 tumeurs de la convexité, 14 de la glande pituitaire, 2 des tubercules quadrijumeaux, 4 du quatrième ventricule, 2 des pédoncules cérébelleux, et 2 de la glande pinéale.

On voit, par ce relevé, que ce sont les tumeurs des corps striés d'abord, puis celles de la protubérance annulaire, qui ont de beaucoup le plus occasionné les lésions de la parole. Le résultat 25 0/0 que donne le corps calleux, n'a aucune valeur à cause du petit nombre des cas. Par contre, on voit que sur un même nombre de cas les lobes antérieurs donnent un chiffre moindre que les lobes moyens, les premiers 15 0/0, les seconds 19 0/0.

D'un autre côté, pour ne parler que des régions où l'on a pu recueillir des cas en nombre suffisant, ce sont les tumeurs du cervelet, de la glande pituitaire et de la convexité des hémisphères qui sont accompagnées le moins souvent de troubles de la parole.

Ces résultats curieux ont conduit M. Ladame à penser que, tout en n'acceptant pas l'opinion qui place le centre de la parole dans les lobes antérieurs, on devait croire cependant, contre l'avis de M. Meaner, qu'on arrivera tôt ou tard à résoudre le grand problème qui agite depuis longtemps les médecins, à savoir la détermination d'un centre cérébral pour la faculté de la parole.

En vue de contrôler la proposition énoncée dans le mémoire de M. Dax, notre confrère a recherché aussi, dans son relevé, de quel côté siégeait plus souvent la lésion. Il a trouvé que c'était 21 fois à gauche, 15 fois à droite et 8 fois des deux côtés. D'où il a été conduit à repousser avec M. Lélut les idées émises par M. Dax. « Il nous semble, du reste, ajoute-t-il, qu'il n'y a pas besoin de l'expérience pour assurer que M. Dax n'est pas dans la vérité; le simple raisonnement nous permet de penser qu'un organe double comme le cerveau doit fonctionner comme tous les organes de cette espèce que nous rencontrons dans l'économie. L'opinion de M. Dax ne saurait être juste que s'il s'agit d'une des portions impaires de l'encéphale. »

Nous avons laissé parler notre confrère et reproduit ses appréciations sans prétendre engager les nôtres propres sur cette difficile et délicate question de physiologie pathologique, sur laquelle nous sommes loin d'avoir le dernier mot. Nous ne nous dissimulons pas non plus que parmi les observations groupées par M. Ladame, il en est un grand nombre qui, soit par l'absence de détails essentiels sur les antécédents, soit surtout par le défaut de distinction établie sur le caractère même des troubles de la parole, ne sauraient entrer utilement en ligne de compte comme éléments propres à faciliter la solution de la question posée. Mais nous n'en avons pas moins pensé que, malgré cette insuffisance, les résultats très-curieux des recherches de notre confrère seraient accueillis avec intérêt.

(1) *Allg. Wien. Zeitung*, 32. 1860.

(2) Peut-être est-ce le même fait que celui de M. Velpeau.

Incision sous-cutanée des kystes synoviaux ou ganglions.

On connaît tous les dangers des ouvertures des kystes synoviaux, qu'ils aient pris naissance sur une coulisse tendineuse ou sur une synoviale. Depuis Sabatier, on a généralement recours à l'écrasement, et en 1838 M. Barthélemy a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un procédé d'incision sous-cutanée des kystes synoviaux. Cette dernière opération a été toutefois proposée depuis plus longtemps. Léveillé la conseillait en 1812. Il est probable aussi que, à ce moment, l'on ne songeait qu'à mettre en application, pour ouvrir les kystes synoviaux, le procédé de ponction des articulations connu depuis Desault et Boyer. Ce dernier auteur expose une méthode d'incision sous-cutanée semblable à celle que nous allons trouver décrite.

M. le docteur Louis Vaysse, d'Aunat (Aude), nous a envoyé une note où il expose une opération pour ouvrir les kystes synoviaux par une méthode sous-cutanée. Voici ce qu'il dit à propos de la malade qu'il a eu à traiter.

« Je me promis de mettre en pratique un moyen que m'avait suggéré un procédé conseillé par M. Baudens. Profitant de la mobilité de la tumeur, je pressai du côté de sa partie supérieure, de manière à la faire glisser et à tendre fortement la peau du côté opposé, puis j'enfonçai horizontalement la pointe d'un bistouri dans le kyste; en même temps je fis glisser mon doigt de haut en bas, en appuyant sur la poche kystique, afin de la vider complétement. Il en sortit une substance transparente, ayant l'aspect d'une forte solution de gomme, légèrement colorée en jaune. Je cessai aussitôt de presser sur la tumeur, en sorte que celle-ci, revenant sur elle-même, le parallélisme entre la plaie de la peau et l'ouverture de la poche fut totalement détruit. J'appliquai immédiatement un morceau de diachylon, puis par-dessus une compresse dans laquelle j'avais enfermé une pièce de monnaie, et je maintins le tout au moyen d'une bande amidonnée, afin que la compression fut exactement faite et continue pendant quelques jours. Au bout d'une semaine, j'enlevai tout cet appareil : il ne restait du ganglion disparu que les vestiges de la cicatrice de la petite plaie de la peau. Depuis, et dernièrement encore, j'ai revu cette jeune fille, et le kyste n'avait nullement récidivé. »

M. Vaysse applique le procédé de Desault et Boyer pour ouvrir les articulations. Boyer dit : « En pratiquant l'incision, il faut tendre la peau en sens contraire de celui que le bistouri doit parcourir, afin que, après l'opération, cette membrane, revenant sur elle-même, puisse parcourir l'ouverture faite à la capsule. »

Le procédé de Barthélemy pour ouvrir les kystes synoviaux diffère plus des deux procédés précédents, il consiste à introduire loin de la tumeur, sous la peau, un couteau à lame très-fine, à passer la lame sous la tumeur et à l'ouvrir au-dessous, loin de l'incision de la peau.

Ces trois manières d'ouvrir la tumeur par la méthode sous-cutanée, ont été suivies de guérison, et il reste un fait acquis à la pratique, l'innocuité de cette opération.

Des cysticerques chez l'homme.

Nous avons publié, dans notre dernière Revue clinique (du 20 mai), un cas de cysticerques chez l'homme, recueilli par M. E. Onimus dans le service de M. le professeur Godelier du Val-de-Grâce. M. le docteur Paulet, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques à l'École impériale du Val-de-Grâce, et qui, à ce titre, a observé ce même cas et a fait les expériences rapportées dans la relation de M. Onimus, nous transmet, à cette occasion, quelques explications qui complètent et rectifient à quelques égards cette intéressante observation. Nous nous empressons de les mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Je lis dans votre numéro du 20 mai, nous écrit notre confrère, le résumé d'une observation de cysticerques chez l'homme, communiquée par M. le docteur Onimus, et relative à un militaire mort le 13 juin dernier à l'hôpital du Val-de-Grâce. Bien que les notes que j'ai recueillies à cette époque fixent le jour du décès au 14 juin, il n'y a point de doute pour moi qu'il ne s'agisse du même individu, et je suis heureux de pouvoir vous transmettre sur ce sujet quelques observations qui me sont propres.

« Permettez-moi d'abord de relever une petite erreur qui s'est glissée dans le texte même de l'observation : après avoir énuméré les différentes parties du cadavre où l'on a trouvé des cysticerques, le narrateur ajoute que le cœur en contenait aussi. Si mes souvenirs sont précis, sauf le point de l'encéphale mentionné par M. Onimus, je n'ai trouvé d'entozoaires dans aucun viscère, et je ne sache pas que M. le docteur Dieu, l'un de nos élèves les plus distingués, qui m'assistait dans cette recherche, en ait rencontré; au reste, je suis tout prêt à faire amende honorable dans le cas où ma mémoire me ferait défaut. Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'un détail tout à fait secondaire, et le fond de l'observation reste le même.

« Pendant que M. Onimus (ou une autre personne, car le nom de l'expérimentateur n'est pas indiqué dans l'article) essayait de donner des ténias à un jeune chat en lui faisant avaler un certain nombre de cysticerques, je faisais de mon côté la même expérience et j'arrivais au même résultat. J'avais recueilli une vingtaine de ces entozoaires, auxquels l'examen microscopique m'avait fait reconnaître le caractère du *cysticercus cellulosæ*; le 20 juin, j'en fis avaler quatre à un petit chat né le 16, le 27 juin je lui en fis avaler cinq autres, et enfin le 4 juillet il en prit six. Je conservai mon animal jusqu'au 18 juillet, et je veillai avec soin à ce que, pendant tout ce temps, il ne prît d'autre aliment que le lait de sa mère. Le 18 juillet, je le sacrifiai; et, malgré les recherches les plus minutieuses, je ne trouvai pas trace de ténia dans son intestin. Le tube digestif ne contenait que du lait dans un état de diges-

tion plus ou moins avancé, et des poils que l'animal avait avalés en se léchant.

« Voilà donc une expérience, faite en apparence dans les plus rigoureuses conditions par deux expérimentateurs qui, sans s'être entendus, sont arrivés tous deux au même résultat négatif. Devons-nous en conclure que le *cysticercus cellulosæ*, introduit dans l'estomac d'un animal carnassier, ne se transforme pas en ténia? Sommes-nous en droit d'en inférer qu'il y a eu erreur d'interprétation dans les faits si bien observés par Küchenmeister et Van Beneden? Faut-il seulement, comme l'auteur de la relation, mettre en avant l'hypothèse que le cysticerque de l'homme ne trouve pas dans l'intestin du chat les conditions nécessaires à son développement? A mon avis, il n'est pas besoin d'aller si loin pour chercher une explication, et je crois simplement que si je n'ai pas réussi, si mes cysticerques ont été digérés, c'est qu'ils étaient morts lorsque je les ai administrés; je suppose qu'il en est arrivé autant à M. Onimus. Lorsque j'ai recueilli les miens, la température était très-élevée, les fragments de muscles contenant les kystes à entozoaires que j'avais mis à part, commençaient déjà à se putréfier au bout de vingt-quatre heures; or, ce n'est que cinq jours après l'autopsie, que je commençai à en faire avaler à mon petit chat, et les derniers, qui ont été administrés le 4 juillet, l'ont été vingt jours après la mort du sujet qui me les avait fournis. Pour retarder autant que possible leur altération, je les avais conservés dans du sel; peut-être l'emploi de ce moyen a-t-il suffi pour les tuer? Je sais bien qu'on a dit et écrit en plusieurs endroits que les cysticerques résistent à la salure et même à la fumure, mais jusqu'à présent on s'est borné à affirmer le fait sans le démontrer expérimentalement, du moins à ma connaissance; et, toutes les fois qu'on a réussi à donner des ténias à un homme ou à un animal en lui faisant avaler de la viande de porc ladre, c'est de la viande fraîche qu'on avait employée. Notre résultat négatif ne prouve donc absolument rien, et je n'eusse jamais publié le mien sans cette occasion.

« Je veux enfin m'inscrire contre une opinion généralement répandue, et que je trouve reproduite dans l'article précité : c'est que les cas de cysticerques chez l'homme sont très-rares. Je puis, au contraire, affirmer qu'ils ne le sont pas autant qu'on le dit, et que, sauf les cas où les parasites se logent dans un viscère important ou existent en nombre trop considérable, leur présence passe ordinairement inaperçue. Si l'on n'en trouve pas, c'est qu'on ne les cherche pas, et je suis convaincu que des investigations faites dans ce sens conduiraient à une conclusion toute différente de celle à laquelle on est arrivé. Ce qui prouve d'ailleurs qu'il existe dans la science un bon nombre d'observations de ce genre, c'est qu'il a été possible à M. Davaine d'en réunir plus de quarante dans un seul chapitre de son livre. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en voir trois cas en moins d'un an et sans sortir de nos salles d'amphithéâtre du Val-de-Grâce. Le premier est celui que vous rapportez, il remonte au mois de juin 1864. Le 2 mars 1865, je trouvais dans le muscle soléaire droit d'un sujet mort de phthisie pulmonaire un cysticerque parfaitement développé; j'ignore si ce cadavre en portait ailleurs. Vingt-six jours après, le 28 mars, j'en découvrais encore un dans le petit pectoral gauche d'un autre sujet, et cette fois je suis à peu près sûr qu'il n'y en avait point ailleurs, car, malgré les recherches les plus attentives, les élèves qui disséquaient ce cadavre n'en purent rencontrer dans aucun muscle. Ces trois cas, observés par hasard, dans un temps relativement court et sur un nombre assez restreint de sujets, ne prouvent-ils pas que la maladie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose? »

De la résection du coude.

Depuis les travaux de statistique opératoire dans les hôpitaux de Paris, présentés en 1861 par M. Trélat à la Société de chirurgie, il a été fait dans les hôpitaux un certain nombre de résections du coude. M. le docteur Painetvin les a réunis et en a fait l'objet de sa thèse inaugurale.

Voici les principales conclusions qui ont été formulées par M. Painetvin, ancien interne des hôpitaux. Les documents ont été recueillis à l'administration de l'assistance publique et plusieurs observations ont été personnellement recueillies par M. Painetvin.

Les résections du coude pour des cas pathologiques, nécroses, tumeurs blanches, offrent, comparées aux amputations pour les mêmes maladies, les résultats suivants :

Le nombre des guérisons définitives après les résections est peut-être un peu moindre qu'après l'amputation.

La guérison est beaucoup plus lente après une résection qu'après une amputation.

L'auteur ajoute comme compensation ces deux réflexions : La résection donne une mortalité un peu moindre que l'amputation.

Si la guérison définitive est un peu moins fréquente, lorsqu'on l'obtient c'est souvent avec la conservation d'un membre, qui est toujours très-utile.

Il faut considérer aussi que si l'on a fait une résection et si de nouvelles lésions viennent entraver le succès, on aura toujours, comme ressource extrême, l'ablation du membre. Ce sera, il est vrai, une nouvelle opération avec ses chances de mortalité, mais on aura du moins tenté de conserver un membre utile.

Un tableau statistique termine le travail de M. Painetvin.

Sur 20 résections pratiquées dans les hôpitaux, 10 malades ont guéri, 3 ont dû subir plus tard l'amputation du bras, 6 sont morts, et un malade a conservé des fistules persistantes et était en un assez bon état; son avant-bras même jouissait d'un certain degré de flexion.

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE INTERNE,

Par M. le docteur Maurice Perrin.

Il y aura bientôt deux ans, j'ai eu l'honneur de vous communiquer les résultats immédiats de 13 opérations d'uréthrotomie interne que j'avais pratiquées. Ces résultats pouvaient servir à déterminer le degré de gravité de cette opération, mais non à la juger comme méthode curative. Il fallait suivre longtemps les malades pour avoir des observations complètes et concluantes. C'est ce que j'ai fait dans les limites du possible. Bien que nous soyons particulièrement favorisés dans l'armée pour ce genre de recherches, j'ai subi plus d'échecs que je ne m'y attendais. Plusieurs de mes urèthres convalescents étaient dispersés aux quatre coins du monde, et tous n'ont pas répondu à mon appel.

Voici ce qu'a produit mon enquête :

Le sujet de l'observation n° 1, actuellement tambour dans la garde nationale de Paris, fut opéré de deux rétrécissements le 16 janvier 1862. La guérison se maintint pendant un an, puis les mêmes accidents se reproduisirent. Un traitement par la dilatation y porta remède, et, bien qu'il fût resté incomplet par suite de l'indocilité du malade, le résultat acquis s'est maintenu; l'excrétion urinaire s'est effectuée sans difficulté jusqu'à ce jour.

Le sujet de l'observation n° 2, chez lequel je fus obligé de pratiquer deux uréthrotomies successives au commencement de 1862, est actuellement libéré du service militaire. Jusqu'alors la guérison s'est maintenue, en ce sens que le malade m'apprend qu'il urine librement, largement, comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital.

Pas de nouvelles de mon troisième opéré.

Le quatrième mérite une mention toute spéciale. Il s'agit d'un vieillard de soixante-six ans, opéré le 6 décembre 1862 d'un rétrécissement très-ancien, très-serré, et qui avait entraîné de graves complications du côté des reins. La section du rétrécissement sans dilatation consécutive, suivant ma pratique habituelle, fut suivie d'une amélioration très-rapide dans l'état de la santé générale. Il sortit au bout de quinze jours, et je le perdis de vue.

Six mois après, le jet d'urine était encore satisfaisant; cependant, le canal avait un peu perdu de sa largeur, puisqu'il n'admettait plus qu'un dilatateur de 4 millimètres.

Au commencement de cette année, il rentra dans mon service pour une éruption furonculeuse. Les fonctions urinaires s'exécutaient bien, et le canal avait conservé le degré de dilatation que j'avais constaté six mois après l'opération, c'est-à-dire qu'il fut traversé sans effort par un cathéter de 4 millimètres. Au moment où je m'y attendais le moins, de graves accidents éclatèrent du côté du cœur et de la respiration.

Après deux jours de soins infructueux, le malade succomba dans un état d'anxiété extrême.

A l'autopsie, je trouvai dans l'oreillette droite un caillot fibrineux libre, volumineux, et qui paraissait remonter à une certaine époque. Les cavités du cœur, les veines et les artères pulmonaires, les veines-caves, l'aorte jusqu'à sa bifurcation, les artères carotides et les veines jugulaires étaient distendues par de longs caillots absolument comme si l'on eût pratiqué dans les vaisseaux une injection coagulante.

Le canal de l'urèthre fut examiné avec un soin tout particulier. Comme j'avais pratiqué la section du rétrécissement en suivant la paroi inférieure, il fut ouvert du côté opposé dans toute sa longueur. On reconnut facilement le rétrécissement, les traces de l'incision et ses suites. J'ai conservé la pièce aussi peu altérée que possible; c'est elle que j'ai l'honneur de mettre en ce moment sous vos yeux. Le rétrécissement siégeait à 15 centimètres du méat, au niveau du collet du bulbe; sa longueur, qu'il est encore possible de déterminer à cause de la persistance de son tissu constitutif, est de 13 millimètres. Il était épais, fibreux, formait un relief, qui subsiste encore, et envoyait de nombreux prolongements fibrillaires dans l'épaisseur du corps spongieux, qui paraît entièrement oblitéré à son niveau. L'incision a été exactement limitée à la portion rétrécie : elle mesure 12 millimètres de longueur. Les lèvres de la plaie qu'elle a produite sont maintenues écartées; elles sont épaisses, fibreuses, arrondies, peu adhérentes aux parties sous-jacentes; elles forment un relief qui circonscrit un espace losangique de 12 millimètres de long et de 6 millimètres de large. Cet espace, qui peut être augmenté d'un tiers environ en surface par des tractions transversales, est d'aspect réticulé, de couleur ardoisée; il est tapissé par une membrane fine, souple et bien distincte du tissu du rétrécissement.

Le canal, abandonné à lui-même, présente en largeur les dimensions suivantes :

Immédiatement en avant du rétrécissement. .	9 millimètres.
Au niveau du rétrécissement.	9 »
Immédiatement en arrière.	9 »

Le sujet de l'observation n° 5 appartient aujourd'hui à la compagnie de vétérans en résidence à Vernon. Il a été opéré au mois de décembre 1861.

J'ai exploré depuis lors le canal de l'urèthre à diverses reprises : le degré de dilatation obtenu immédiatement s'est conservé intégralement. Ce fait présente même cette particularité qu'au moment de sortir de l'hôpital, vingt-quatre jours après l'incision, le canal ne pouvait être traversé sans efforts qu'avec un dilatateur de 3 millimètres et demi, tandis que par la suite et aujourd'hui encore il admet aisément le n° de 4 millimètres et demi.

La sixième observation est relative à un malade atteint d'un rétrécissement qui avait amené des fistules urinaires multiples; la récidive fut très-prompte. Quinze jours suffirent pour faire perdre les bénéfices de l'opération.

Le sujet de la septième observation appartient encore au 33e de ligne. Il fut opéré en décembre 1861.

Voici ce que m'écrivait, il y a quelques mois, le médecin civil d'Alençon, chargé du service de santé du détachement, qui avait bien voulu l'examiner sur ma demande :

« Il n'y a plus aucune douleur ni aucune pesanteur au périnée; l'émission des urines est régulière, le jet bien calibré; ce militaire retient également ses urines avec la plus grande facilité, et il ne trouve aucune différence entre son état actuel et l'état normal qui a précédé l'existence du rétrécissement. »

Pas de nouvelles du malade qui figure dans l'observation n° 8.

Celui qui fait l'objet de l'observation n° 9 fut opéré en janvier 1862 d'un rétrécissement peu serré, situé au niveau du bulbe. Au bout de quatorze mois, il survint de nouveau de la gêne dans la miction. Mon collègue M. Arnould, dans le service duquel il se trouvait pour une autre affection, constata l'existence d'un seul rétrécissement situé à 4 centimètres du méat. Les premières explorations, de même que l'usage des bougies employées pour obtenir la dilatation, firent reconnaître qu'il n'existait aucun obstacle dans les régions profondes. Tout porte à croire, bien que je n'aie pas vérifié le fait moi-même, que les résultats de l'uréthrotomie se sont maintenus au moins pendant quatorze mois. Depuis lors, j'ai perdu de vue le malade.

Mon dixième opéré était un Piémontais annexé et libéré du service. Pas de renseignements.

Le onzième appartient aujourd'hui à l'Administration des omnibus. Opéré pour un rétrécissement peu serré, mais réfractaire à la dilatation, dans le mois de février 1862, il est resté guéri jusqu'alors. Je n'ai point pratiqué de cathétérisme exploratif, mais j'ai vu le jet d'urine qui est resté franc, large et vigoureux.

Reste le douzième opéré. Il appartenait à la gendarmerie coloniale. Je n'avais guère l'espoir de le retrouver, et je ne m'étais pas trompé. Il m'a été impossible d'avoir de ses nouvelles.

Voilà quelles ont été les suites éloignées des opérations dont j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société il y aura bientôt deux ans. Depuis lors, j'ai fait deux nouvelles uréthrotomies dans des conditions qui me paraissent assez intéressantes pour être rappelées avec quelques détails.

Obs. 13. — *Uréthrotomie interne chez un homme de cinquante-sept ans auquel on avait pratiqué l'uréthrotomie externe sept ans auparavant. Guérison sans traitement par la dilatation consécutive.*

Un homme de cinquante-sept ans, d'une bonne santé habituelle, éprouva, vers 1836, à la suite d'une blennorrhagie ancienne, de la gêne dans l'émission des urines. A cette gêne succéda promptement une rétention complète. Il reçut lors de cette première atteinte des soins de feu le docteur Maingault, qui employa la dilatation progressive durant six semaines et rétablit les fonctions d'une façon satisfaisante. Le mal demeura latent pendant huit années. En 1844, nouvelle difficulté pour uriner sans l'intervention d'aucune cause connue ou avouée. Le malade essaya de recourir à l'emploi des bougies qui lui avait été conseillé : il ne put réussir à cause de l'extrême sensibilité du canal. Il passa ainsi sept années sans soins, voyant le mal s'aggraver de jour en jour, éprouvant de vives souffrances en urinant et tourmenté de temps à autre par des rétentions complètes ou par de l'incontinence. Bref, cette longue incurie aboutit vers la fin de 1851 à une infiltration urinaire qui le contraignit à entrer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Michon. Cet accident entraîna une gangrène du scrotum et du fourreau de la verge, à laquelle M. Michon remédia par une autoplastie qui fut suivie d'un succès complet. Concurremment, le rétrécissement uréthral fut encore attaqué par la dilatation, et le malade sortit en bon état après huit mois de séjour à l'hôpital. Nouvelle rechute en 1859 : la miction devient rapidement fort difficile, incomplète, très-douloureuse. Le malheureux rentra dans le service de M. Michon, qui fit pendant deux mois d'inutiles tentatives pour franchir le rétrécissement. En désespoir de cause, notre collègue eut recours à l'uréthrotomie externe qu'il pratiqua le 1er mai 1859.

L'opération fut encore suivie de succès. Le cours des urines fut rétabli, et le malade, impatient de vaquer à des occupations urgentes, sortit de l'hôpital malgré M. Michon, le 17 mai.

De nouvelles difficultés pour uriner ne tardèrent pas à se montrer pour la quatrième fois. Malgré l'expérience du passé, l'incurie prévalut comme toujours : quatre ans s'écoulèrent dans un état de plus en plus précaire jusqu'à ce que le cours des urines fût supprimé totalement, le 16 mai 1863.

C'est alors que je vis le malade pour la première fois. La rétention était complète : la vessie remontait à deux centimètres de l'ombilic; l'anxiété était extrême, la peau recouverte d'une sueur froide et le malheureux avait passé plusieurs jours et plusieurs nuits accroupi sur son lit, cramponné à une traverse et cherchant au prix des plus violents efforts à obtenir quelques gouttes d'urine. Pendant assez longtemps je ne pus traverser le rétrécissement ; toutefois l'introduction de bougies facilitait après coup l'écoulement d'une certaine quantité d'urine, ce qui soulageait beaucoup le malade. Enfin l'obstacle put être franchi avec une bougie filiforme en baleine et à olive. Quelques instants après, le conducteur de l'uréthrotome fut introduit et l'incision pratiquée. C'était le 29 juillet 1863. Un cathéter de 6 m. 2/3 passa sans difficulté immédiatement après l'opération. La journée fut calme et éminemment réparatrice. Pas de frisson; écoulement de sang modéré pendant vingt-quatre heures, le jet urinaire est énergique, mais moins volumineux que ne le ferait supposer le calibre du canal. Son passage provoque une vive ardeur. Pendant les premiers jours qui suivirent l'incision, suintement séro-purulent par le méat.

Pas de traitement consécutif. Le 4 août, c'est-à-dire six jours après l'opération, le malade a recouvré l'appétit et des forces; tout écoulement disparaît; le canal est moins impressionnable; les besoins nocturnes ont disparu, la vessie se vide facilement et complétement, mais par un jet moins volumineux que chez mes autres opérés. Le malade sort de l'hôpital pour reprendre ses travaux. L'état de la miction me détermina à lui recommander expressément de venir se faire sonder aussitôt que toute ardeur en urinant aurait disparu. Selon l'usage, il promit tout, mais se garda bien d'en rien faire. Néanmoins le jet de l'urine augmenta de volume sans intervention d'aucune sorte. La guérison se maintint jusqu'au mois de juillet 1864, époque à laquelle il succomba aux progrès d'une affection organique de l'estomac. Il ne me fut pas possible malheureusement de pratiquer l'autopsie du canal.

Obs. 14e. — Les détails de cette dernière opération ont été recueillis au lit du malade par M. le docteur Dieu, médecin aide-major attaché à mon service.

Rétrécissement ancien du canal de l'urèthre; abcès urineux; uréthrotomie interne; guérison complète, quatre jours après l'opération.

François, Joseph, âgé de soixante-cinq ans, bonne constitution, n'a jamais été malade sérieusement pendant toute sa vie ; il prétend n'avoir jamais eu ni uréthrite, ni aucune affection vénérienne.

Depuis de longues années, cet homme voyait de jour en jour son jet d'urine diminuer, lorsqu'il y a sept ans, il fut pris tout à coup d'une rétention complète d'urine, sans cause connue ; il a été sondé avec une sonde de quatre millimètres de diamètre environ, et l'urine est sortie aussitôt ; mais le médecin qui avait pratiqué le cathétérisme, n'a pu retirer la sonde, et ce n'est que trois heures après, qu'un de ses confrères est parvenu à la retirer ; il s'est écoulé du sang environ pendant vingt heures après cette opération, mais peu abondamment. Le lendemain, il n'a eu aucun frisson, aucun accident. Depuis cette époque, le malade n'a rien éprouvé de particulier, seulement il urinait souvent, et toujours avec difficulté.

Le 12 février, en faisant de violents efforts pour aller à la selle, il sentit tout à coup, sans éprouver aucune douleur, une tumeur de la grosseur d'une noix qui s'était formée au périnée dans la région du bulbe. Cette tumeur est dure, arrondie, et ne présente aucun point fluctuant. Le malade ne veut subir aucun traitement, et ce n'est que le 11 mars, un mois après l'accident qu'il se décide à entrer à l'infirmerie.

La tumeur n'est pas augmentée de volume, seulement elle fait souffrir le malade, et présente une fluctuation manifeste. On diagnostique un abcès urineux ; il est incisé, et il en sort un pus bien lié et non fétide. Le même jour on fait des tentatives de cathétérisme avec des bougies filiformes, mais après quelques essais infructueux, on laisse le malade. Il est probable que l'abcès, comprimant les parois du canal, est une des causes pour lesquelles on ne put pénétrer dans la vessie. — *Cataplasmes*.

12 mars. — L'abcès suppure peu ; aucune goutte d'urine ne passe par la plaie.

13. — L'abcès continue à bien aller ; on fait uriner le malade, son jet est filiforme, mais aucune goutte d'urine ne passe par l'abcès. On explore le canal, et on constate la présence d'un rétrécissement très-serré situé à quinze centimètres du méat urinaire.

14. — On pousse assez difficilement la bougie filiforme de l'uréthrotome de Maisonneuve, et au moment où on introduit le porte-lance, il s'écoule du canal un peu de muco-pus. Le rétrécissement est incisé d'avant en arrière avec l'uréthrotome unilatéral, mais il est très-résistant, et il faut employer une certaine force pour le franchir. Lorsque l'on veut retirer la lance, on éprouve de la difficulté, alors on incise de nouveau d'arrière en avant pour retirer l'instrument.

Douleur assez vive ; léger écoulement de sang mêlé à quelques gouttes d'urine.

Aussitôt après la section, on introduit une sonde en caoutchouc, de sept millimètres de diamètre (on est obligé d'inciser le méat urinaire qui est très-étroit, pour faciliter l'introduction de la sonde) et on sent parfaitement la sensation d'un léger déchirement, au moment où la sonde franchit le rétrécissement incisé.

La sonde est fixée dans la vessie, et on recommande au malade de laisser couler l'urine par la sonde toutes les heures.

Deux heures après, le malade qui avait été très-effrayé ne ressent aucune douleur, il est même gai, et rit de la frayeur qu'il a eue pendant l'opération.

Le 15. — Dans la journée du 14, aucun mouvement fébrile, aucun frisson, pouls à 70. Légère douleur au méat urinaire provenant du débridement, et sensation de cuisson dans le canal, chaque fois qu'il vide sa vessie. Cependant il ne s'écoule aucune goutte d'urine entre la sonde et le canal. Ses urines sont un peu teintées en rouge par le sang. Pendant la nuit, envie fréquente d'uriner.

Le 15 au matin, les urines sont très-limpides ; aucune trace de sang.

Le 16. — Aucune réaction fébrile. Le malade a bien dormi pendant la nuit ; il a bon appétit.

On retire la sonde, qui est restée quarante-huit heures ; elle est rugueuse, et il s'écoule un peu de muco-pus mêlé à un peu de sang. On recommande au malade d'uriner le plus tard possible.

Le 17. — Le malade est levé ; il urine parfaitement seul ; aucune cuisson dans le canal, pas le moindre écoulement de muco-pus.

La petite tumeur du périnée diminue de jour en jour, et il ne s'écoule plus rien par l'ouverture qu'on y a faite. Le malade a uriné cinq fois pendant la nuit.

Le 18. — Le malade va parfaitement, seulement au niveau du filet on constate une petite tumeur, grosse comme un pois, développée dans les parois du canal, et qui doit être analogue à la tumeur du périnée. Elle fait un peu souffrir le malade lorsqu'il urine.

Le 19. — Le malade urine avec la plus grande facilité ; la tumeur du périnée est considérablement réduite, et la tumeur située auprès du filet ne fait plus souffrir le malade. Il a uriné quatre fois la nuit.

Le 25. — On passe avec facilité dans le canal une sonde de quatre millimètres de diamètre, et le 26 le malade sort parfaitement guéri, ne conservant qu'un léger empâtement au niveau de la tumeur.

Voici donc en résumé quels ont été entre mes mains les résultats immédiats et éloignés de l'uréthrotomie interne.

Quinze opérations chez quatorze sujets d'âge variable de vingt à soixante-six ans. Pas d'accident, si ce n'est un petit abcès périnéal dans un cas de rétrécissement cicatriciel très-étendu.

De ces quatorze malades, l'un a été récemment opéré, et quatre n'ont pas été retrouvés. On ne peut en tenir compte pour apprécier les suites éloignées de l'incision. Il en reste donc neuf répartis comme il suit : Un premier, atteint de fistules urinaires multiples, anciennes et compliquées d'infiltrations plastiques considérables, eut une récidive immédiate ; un deuxième, une récidive au bout d'un an, et les sept autres ont conservé jusqu'alors, c'est-à-dire après plus de trois années en moyenne, ou bien jusqu'au moment de leur mort les bénéfices de l'incision.

DE LA DYSPEPSIE,

Par M. le Dr Chabannes.

Nous séparons la dyspepsie de la gastralgie à l'exemple d'auteurs recommandables. Le mot dyspepsie s'applique, en effet, à la digestion ; il implique un rapport entre l'estomac et les aliments à élaborer, une digestion mauvaise, pénible.

Le mot gastralgie s'applique à l'état nerveux de l'estomac ; il implique un rapport entre cet organe et les nerfs qui l'animent, une souffrance de l'estomac.

Ces deux maladies chevauchent souvent l'une sur l'autre. Il y a donc des dyspepsies gastralgiques, des gastralgies dyspeptiques.

Comment se comportent les eaux de Vals sur la dyspepsie ?

On peut répondre d'une manière générale, que toutes les dyspepsies trouvent par les eaux de Vals, sinon une guérison absolue, du moins une guérison relative. Nous disons relative pour prévenir tout reproche d'exagération. Les mots guérison, soulagement, amélioration ont, en effet, un sens très-variable auprès des malades. Combien de fois ai-je noté un soulagement alors que le malade, fier de l'amélioration obtenue, chantait sa guérison radicale. Qu'importe, en effet, au malade qui n'a pas eu une bonne disposition de plusieurs mois, de penser que ce résultat salutaire aura peut-être une fin, et qu'il aura peut-être encore lui-même à recommencer plus tard l'usage de cette médication ? Ce nouvel état n'est-il pas la guérison, le présent ne lui fait-il pas oublier toutes les souffrances physiques qu'il a supportées si longtemps ? Rien ne s'oublie aussi vite que la douleur physique, et c'est beaucoup pour notre pauvre nature humaine. Ne pas digérer, mal digérer, ce n'est pas vivre. Avec les déplorables travers d'une civilisation qui chaque jour, depuis un demi-siècle, invente, crée à plaisir des besoins nouveaux, on ne digère plus, surtout dans les grandes villes. Des boissons frelatées, des aliments qui ne le sont pas moins, un abus de tous les plaisirs, de toutes les jouissances, ont amené une dégénérescence qui a été constatée à diverses reprises par les hommes les plus autorisés. Si la science médicale a fait de grands progrès pour remédier à nos maux, il faut avouer que la génération actuelle semble se faire un devoir d'en perdre le fruit par ses excès de toute sorte : aussi les affections chroniques sont-elles dix fois plus nombreuses aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a 40 ans ; il est juste d'ajouter que les maladies aiguës le sont moins. Ceci explique peut-être la faveur croissante de la médication hydrologique. Mais revenons aux eaux de Vals.

Les fonctions du cerveau sont trop intimement liées à l'état de l'estomac où s'élaborent les premiers principes du sang, stimulus indispensable à l'organe céphalique, pour que l'intelligence ne souffre point de l'état anormal du centre digestif. Sans cesse concentrée sur son propre estomac, le dyspeptique souffre et fait souffrir ceux qui l'entourent, de quelque origine que lui vienne son mal : qu'il soit le résultat d'une affection organique la plus grave, le ralentissement d'une maladie chronique la plus invétérée, que demande le dyspeptique à son médecin ? de lui rendre son appétit, de le faire digérer.

C'est cet état de souffrance que font cesser les eaux de Vals, nous venons de dire toujours.

Il serait difficile de trouver une eau minérale qui ne réussit point contre la dyspepsie. Le nom de cette maladie figure invariablement dans toutes les listes des maladies qui sont guéries par les eaux minérales, à quelque classe qu'elles appartiennent. Une telle propriété, quelque générale qu'elle paraisse, ne présente rien d'étonnant, si l'on veut réfléchir un instant aux causes diverses qui peuvent lui donner naissance. Dyspepsie par atonie générale, dyspepsie par pléthore, dyspepsie par maladie utérine, dyspepsie goutteuse, rhumatismale, dartreuse, etc., etc. On voit, par les exemples ci-dessus, que les eaux en boisson ou en bain, qui guérissent le vice original, auront guéri la dyspepsie qui n'est que le symptôme.

En présence d'une maladie offrant un si grand nombre de points d'attaque, il est évident que plus une station offrira de variété dans la minéralisation et la nature de ses eaux, plus elle fournira de moyens pour entreprendre la guérison recherchée, et plus cette station sera supérieure aux autres.

Nous avons dit, dans deux numéros précédents de la *Gazette des Hôpitaux*, que les sources de Vals se divisaient en trois groupes distincts : l'un par des sources faiblement minéralisées en bi-carbonate de soude, chaux, magnésie, fer, manganèse, chlorure de sodium, etc., etc ; l'autre groupe par des sources de même nature, mais *autant* et *plus* richement minéralisées que celles de Vichy ; et enfin, le troisième groupe composé de la *Dominique*, eaux ferro-arsenicale sulfurique, sans analogie avec aucune source connue. Elle contient trois millièmes d'arsenic par litre, c'est-à-dire trois fois ce que possède Plombières, Luxeuil, etc., etc., de cette précieuse et énergique substance.

Ces divers agents, que le médecin peut manier au profit de ses malades, constituent pour les sources de Vals une supériorité incontestable sur toute autre station. Porter un jugement, c'est comparer. Eh bien ! c'est malgré nous, c'est en bravant une espèce de répugnance intime que nous avançons cette proposition ; mais elle est vraie, nous la croyons telle, et la publier c'est également rendre service aux malades qui ont les premiers droit d'exiger la vérité toute entière, et hommage à l'autorité dont nous sommes à Vals le représentant, et qui nous impose le devoir de l'éclairer dans l'intérêt public. Nous le disons, nous ne connaissons dans aucun autre lieu de collection de sources minérales si complètes qu'à Vals. Aussi est-il inexact de dire l'eau de Vals comme l'on dit l'eau de Vichy, de Pougues, etc., etc. On doit dire les eaux de Vals, parce qu'elles sont variées, dissemblables.

Que résulte-t-il de cet état de chose ? C'est que, depuis huit ans que j'observe, je n'ai presque pas vu de dyspeptique qui n'obtienne une certaine amélioration. Le point important consiste à bien poser l'indication et prescrire à propos telle ou telle source.

Est-ce la dyspepsie acide, la dyspepsie flatulente, etc., etc., qui doivent être traitées de préférence par les eaux de Vals ? Je n'ai point remarqué une supériorité marquée de ces eaux sur telle ou telle de ces variétés dyspeptiques ; je l'ai dit dans un article précédent, quelquefois les sources richement minéralisées réussissent mieux même au début que les sources faibles ; mais, le plus souvent, ce sont ces dernières que l'estomac tolère le mieux.

Ce qu'on appelle en thèse générale le dyspeptique, est très-accessible à l'influence des eaux de Vals ; il retrouve promptement le réveil de l'appétit qu'il cherchait et le pouvoir de le satisfaire agréablement.

Par contre, une affection d'une variété dyspeptique se montre au premier abord plus rebelle. Nous parlons de ces dyspepsies, qu'il y a quarante ans l'on aurait certainement qualifiées de gastrites, et que M. Nonat vient d'appeler dyspepsies par irritation, comme s'il était décidé à tout jamais que la doctrine physiologique reposait sur l'observation d'une maladie qui n'existe jamais.

Laissons à ces cas-là leur nom de dyspepsie par irritation, mais n'oublions point que par leurs symptômes ils servent au moins de transition entre ces deux maladies : dyspepsie — gastrite.

Inappétence, langue à timbre rouge, sale au milieu, pression épigastrique douloureuse, douleur rétrogastrique permanente, intolérance pour les aliments, sentiment de chaleur, d'ustion par leur ingestion ; agitation générale. Voilà un tableau qui se présente souvent à nous. Comment agissent les eaux de Vals dans ces cas ? Elles agissent en exaspérant tous les symptômes. Après quelques verres d'eau saline, le gonflement épigastrique augmente, la langue devient plus rouge, etc., etc. ; néanmoins, cette aggravation momentanée est rarement suffisante pour nous faire cesser cette médication. Nous encourageons, au contraire, à persister dans l'usage d'une petite dose d'eau minérale et quotidienne. En général, les bains d'eau douce sont employés ; et, après un traitement fort court de huit à dix jours, nous le cessons.

Le malade, peu de jours après, éprouve un bien-être auquel il ne s'attendait pas. A son excitation, à cette exacerbation de sa maladie, ne tarde pas généralement de succéder un état plus satisfaisant, une grande amélioration, sinon une guérison complète.

Les eaux de Vals paraissent agir ici par substitution, comme agit le collyre légèrement irritant sur une conjonctive enflammée déjà. Si vous voulez guérir un œil malade, vous instillez quelques gouttes de collyre irritant ; mais si vous instillez indéfiniment, vous n'obtiendrez pas de guérison : il faut, l'irritation factice une fois obtenue, la laisser guérir en cessant ce qui la détermine ; c'est ainsi qu'arrive la guérison complète.

L'action des eaux minérales de Vals dans les dyspepsies par irritation sur la muqueuse gastrique, me paraît pouvoir être comparée à l'action du collyre irritant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 mai 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

— M. Paul Delmas, de Bordeaux, fait hommage à la Société de deux brochures intitulées : 1° *Extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps à Bordeaux ;* 2° *De la pulvérisation.*

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part du docteur Giambattista Garibaldi, une brochure intitulée : *Manuale pratico di chirurgia Giadigiaria.*

— M. Préterre adresse une lettre relative à des obturateurs de la voûte palatine. (Commissaires : MM. Larrey, Verneuil, Dolbeau.)

M. Giraldès, à l'occasion de la correspondance, fait part à la Société de la mort de V. Mott (de New-York).

Sur la proposition du président, la Société invite M. Giraldès a rédiger une notice sur ce chirurgien ; cette notice sera insérée au procès-verbal. (Nous publierons cette notice dans un prochain numéro.)

M. Larrey. Je demanderai la permission d'ajouter que c'est V. Mott qui m'avait adressé M. Kingsley, qui nous a présenté, dans une des dernières séances, des obturateurs des divisions de la voûte palatine. Cette recommandation n'a pas peu contribué à faire patronner M. Kingsley devant la Société.

COMMUNICATION.

De l'uréthrotomie interne.

M. Perrin (Maurice) commence une communication sur ce sujet (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Préterre montre à la Société quatre malades atteints de divisions variées de la voûte palatine et du voile du palais, sur lesquels il a appliqué des obturateurs de son invention. Il fait observer l'amélioration de leur prononciation par ces appareils, ainsi que la simplicité de ces obturateurs. Quelques-uns de ces malades ont reçu plusieurs mois d'éducation de la parole sous sa direction.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Dans les recherches auxquelles j'avais cru devoir me livrer pour donner au fait que vous savez plus d'authencité possible, j'avais oublié le *Bulletin de l'Académie*. Voici aujourd'hui M. Voisin qui, s'appuyant sur l'observation publiée dans ce Bulletin, vient contester tout ce que j'ai avancé et affirmer que ce fait même, bien loin de renverser la doctrine, lui donne un *nouvel appui*.

Naturellement j'ai dû à mon tour interroger le Bulletin, et je vous demande la permission de citer quelques fragments de l'observation de M. Delpech, très-remarquable de clarté et de véracité.

1° M. Voisin fait remarquer qu'il est dit dans l'observation « que les actions et les paroles du malade dénotent dans ses facultés un dérangement qui ne dépasse pas une certaine bizarrerie. »

Mais l'auteur ajoute que « cette bizarrerie s'étendait à toutes choses et non à une seule série d'idées. »

Il en résulte que cet homme était un original, un drôle d'individu si l'on veut, mais non un malade d'esprit, comme M. Voisin donne à l'entendre, parce que l'observation a pour titre : *Manie avec prédominance génitale*.

2° « Le malade, dit M. Voisin, est signalé dans la lettre de M. Faure comme étant très-gai; eh bien, je lis dans l'observation de M. Velpeau qu'il riait rarement. »

Permettez, il y a manière de rire, comme on dit. Voici ce que porte l'observation : « Il semblait avoir des prétentions marquées à cet esprit goguenard que l'on regardait autrefois comme particulier aux hommes de sa profession. Ses plaisanteries, toujours triviales, quelquefois plus que licencieuses, sont faites d'un air concentré et avec des inflexions de voix qui indiquent dans l'auteur une haute idée de lui-même. Chaque mot est isolé, et souvent comme souligné d'un air de grosse finesse; il rit rarement, mais il exerce volontiers sur ses voisins ses habitudes de moquerie, en conservant toujours cet air sûr de lui-même et souvent sans tourner la tête vers ceux à qui sont décernés ses lazzis. »

Cela est donc vrai, il riait rarement, mais cette rareté du rire était chez lui une sobriété calculée, une sorte de réticence pour donner plus de poids à ses paroles, c'était le jeu des plaisants de profession qui ne rient jamais de ce qu'ils disent pour faire rire les autres. Dans le tableau très-fidèle que je viens de rapporter personne ne verra un aliéné.

3° Il présentait, dit M. Voisin, un trouble très-marqué du jugement et du sentiment de pudeur, etc.

D'abord, dans l'observation, rien ne dit qu'il avait un trouble du jugement : c'était un être vicieux dépourvu de bon sens et de moral, mais de tels gens ne sont pas nécessairement des malades.

4° Plus loin, dit M. Voisin, je lis : « Chaque mot est isolé, souvent comme souligné. »

Ici évidemment on dirait que M. Voisin a arrangé la phrase pour les besoins de la cause. Il me semble vouloir dire que les mots étaient séparés, éloignés par des intervalles, et enfin souvent lourdement accentués comme cela se voit chez certains aliénés et en particulier chez les paralytiques. Ce n'est pas là ce que veut dire l'observation; elle fait ressortir au contraire ce qu'il y avait de malice et de prétention chez cet homme qui était d'ailleurs parfaitement maître de lui.

5° « Les mots *isolé, souligné*, dit M. Voisin, indiquent évidemment que cet homme était obligé de réfléchir, etc., etc. »

Non, il n'était pas obligé de réfléchir, sa parole était entièrement libre, l'observation le constate amplement.

6° Mais voici qui me semble fort, je l'avoue : selon M. Voisin la parole était si bien troublée, qu'il est dit dans le titre de l'observation : Destruction des lobes antérieurs sans altération *notable* de la parole.

Ainsi M. Voisin conclut qu'il devait y avoir une lésion, de ce qu'il est dit qu'il n'y en avait pas de notable. Je le confesse, cette façon d'affirmer qu'une chose doit exister parce qu'il est constaté qu'elle n'existe pas d'une façon appréciable, a quelque chose de trop fort pour moi.

7° Il n'y a, dit M. Voisin, qu'à lire l'observation, telle qu'elle a été imprimée par les soins de M. Velpeau, pour s'assurer que ce fait ne vient pas ruiner la doctrine; la doctrine subsiste, le fait de M. Velpeau, bien loin de renverser la doctrine, lui apporte un nouvel appui.

Mais d'abord, je ne vois pas pourquoi M. Velpeau tiendrait tant à renverser la doctrine, et quant à moi, je serais désolé, ou pour mieux dire incapable de renverser quoi que ce soit. Il ne s'agit ni de renverser, ni de soutenir; il n'y a pas d'attaque, la défense n'a pas de raison d'être. Pourquoi M. Voisin a-t-il besoin d'emprunter aux marques de bienveillance que lui a accordées l'Académie, une raison de hardiesse pour venir soutenir ce qu'il croit vrai, comme si sa sûreté personnelle était menacée. S'il ne tenait qu'à cela, j'aurais pu de mon côté rappeler que l'Académie a daigné donner quelques encouragements à mes timides essais, mais à quoi bon? Dans ce débat où jusqu'ici n'ont apparu que des maîtres, M. Voisin n'hésite pas à engager ses convictions et ses études personnelles. Ceux qui ont à compter sur son dévouement, lui tiendront compte de ses convictions. Quand ses études personnelles seront suffisamment connues, on les tiendra, je n'en doute pas, en grande estime; mais pourquoi tendre ainsi à faire une question de personnes, de ce qui est purement et simplement un fait scientifique? Un fait me paraît étrange, je le soumets respectueusement à M. Bouillaud, parce que je considère que M. Bouillaud est un de ces hommes à qui l'on doit demander des éclaircissements sur ces cas difficiles et contradictoires qui viennent de temps à autre se mettre en opposition avec les idées générales, et aussitôt M. Voisin me relève, comme si je m'étais déclaré l'adversaire de M. Bouillaud, ce dont, Dieu me garde, par égard pour le bon sens.

Maintenant, un fait et une doctrine sont en présence : que l'un contrôle l'autre, que la vérité se fasse jour, il n'y a pas d'autre intérêt que le sien dans toute l'affaire.

La doctrine se résume en ces mots : « Altération des lobes antérieurs du cerveau, abolition de la parole. »

De son côté, l'observation se termine ainsi : le 7, le malade parle encore librement; il meurt le soir à huit heures.

Autopsie : une tumeur occupe la place de la plus grande partie du lobe antérieur gauche et de tout le lobe antérieur droit. Cette tumeur mesure 0m,085 dans son diamètre transverse, et 0m,045 dans l'antéro-postérieur.

Maintenant, si M. Voisin trouve que ce fait démontre qu'il y a inévitablement perte de la parole quand les lobes antérieurs sont altérés, nous différons d'avis, voilà tout.

Dr Faure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 7 mai 1865,

Il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux une chaire d'histoire naturelle médicale.

Il est de plus attaché à ladite École un chef de travaux chimiques et pharmaceutiques.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Schutzenberger est nommé préparateur de chimie au collége impérial de France, en remplacement de M. Renoux, décédé.

— La chirurgie américaine vient de perdre le docteur V. Mott (de New-York), le célèbre chirurgien américain dont le nom est écrit surtout dans l'histoire des ligatures d'artères. Agé de quatre-vingt-quatre ans, V. Mott a fourni une longue carrière et touché à beaucoup de points de la chirurgie à la fois avec hardiesse et bon sens.

Les obsèques de ce chirurgien ont eu lieu avec éclat et au milieu des hommes les plus recommandables des États-Unis, les hommes politiques comme les savants.

— M. le professeur Le Cœur (de Caen) vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier, et membre correspondant de la Société médicale d'Indre-et-Loire.

— M. le maire de Pontgouin, canton de Courville (Eure-et-Loir), nous prie d'annoncer que sa commune, située à trois heures de Paris (station du chemin de fer de l'ouest, 1,200 âmes de population), manque de médecin et de pharmacien.

— M. le docteur Triquet commencera ses leçons publiques sur les maladies de l'oreille le mardi 6 juin, à sept heures du soir, à son dispensaire, impasse Larrey, n° 4, et les continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées à la démonstration des divers moyens employés pour explorer l'oreille, et au diagnostic différentiel des maladies du tympan.

Les conférences cliniques auront lieu les lundis et vendredis, à onze heures. Visite des malades à dix heures.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera le lundi 5 juin, rue des Écoles, 56, un cours et des conférences préparatoires au troisième examen de fin d'année, deuxième et quatrième du doctorat.

Errata. — Lisez, à la 3e colonne du n° 64, ligne 65 : « démontré « le contraire. De cette longue discussion, justifiée par ses applica- « tions pratiques, on peut conclure, etc. »

Lisez : *Funke*, au lieu de Junke.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

SIXIÈME ORGANE HÉMATOPOÏÉTIQUE. — FOIE.

Le foie est destiné à trois fonctions : 1° à la régénération des globules ; 2° à la formation du sucre ; 3° à la sécrétion de la bile.

De ces fonctions, qui paraissent connexes, la première a été la plus controversée ; elle repose toutefois sur des arguments qui ont une véritable importance pratique, et principalement sur les modifications que le sang éprouve dans son passage à travers le foie. Si, en effet, on compare le sang de la veine sushépatique avec celui de la veine porte, on est frappé de l'augmentation du nombre des globules blancs et rouges dans le sang qui a traversé la glande hépatique. Tandis que le sang de la veine porte, dit Lehman, contient à peu près le même nombre de leucocytes que le sang veineux en général, on peut constater, au contraire, dans le sang sushépatique une quantité énorme, c'est-à-dire jusqu'à 5 fois plus considérable de cellules lymphatiques ; mais il y a là une évidente et double exagération ; comment comprendre, en effet, que le sang de la veine porte, qui reçoit le sang de la veine splénique, si chargé de leucocytes, ne parvienne pas à acquérir plus de richesse ? Ce n'est pas dans leur court trajet de la rate à l'embouchure de la veine splénique dans la veine porte que cette masse de globules blancs a pu se détruire ; ce n'est pas l'immixtion du sang des veines mésaraïques qui a pu appauvrir à ce point le sang qui va pénétrer dans le foie ; il y a donc dans les expériences de Lehmann une erreur provenant sans doute de ce que le sang splénique était coagulé ou stagnant après la mort, et avant la ligature de la veine porte, qu'on pratiquait pour recueillir le sang.

L'autre exagération porte sur le chiffre des leucocytes du sang efférent du foie, car Hirt a constaté la proportion suivante : dans la veine sushépatique 1 globule blanc sur 136 globules rouges ; dans la veine porte 1:524 ; ainsi dans le foie le chiffre des leucocytes augmente d'un tiers environ, tandis qu'au sortir de la rate il est huit à dix fois plus considérable que dans le sang artériel correspondant. On peut donc supposer que l'excès de leucocytes du sang sushépatique est dû en partie au moins à la présence du sang splénique, mais on ne saurait nier qu'il s'en forme une certaine quantité dans la glande hépatique, car on en trouve plus à la sortie qu'à l'entrée, malgré le sang mésaraïque, si pauvre en leucocytes, et qui pénètre dans le foie. Une autre preuve, c'est que les leucocytes du sang sushépatique sont plus volumineux, plus pâles, plus fins de texture et moins granulés que les leucocytes de la veine porte ; ceux-ci ont souvent une tendance à la dégénérescence graisseuse ; ceux-là, au contraire, présentent les caractères d'une régénération.

Le foie contribue d'une manière active à la formation des globules rouges ; mille parties de sang de la veine porte chez le cheval ne contiennent que 141 parties de globules rouges humides, tandis qu'on en trouve 317 sur 1000 dans le sang sushépatique ; la proportion est même triplée chez le chien ; mais il se présente ici une difficulté d'interprétation : cette augmentation est-elle absolue ? dans ce cas on ne saurait dénier au foie le pouvoir de former les globules rouges ; la question reste indécise, si l'excès de globules n'est que relatif. Or, il est à remarquer que, après la formation de la bile, le plasma du sang se condense singulièrement, si bien qu'après et surtout pendant la sécrétion de la bile, l'eau du sang sushépatique ne forme que les 68/100 de la totalité des éléments constituants, tandis que dans le sang de la veine porte, l'eau constitue les 77/100 de la masse ; dans un liquide qui présente une pareille concentration, l'augmentation des globules rouges ne saurait être considérée comme réellement absolue. Lehmann indique une autre preuve en faveur de la genèse des globules rouges dans le foie ; les éléments figurés sont petits, faiblement déprimés, résistants à l'action de l'eau ; or, ce sont là les caractères des cellules, qu'il attribue aux globules de nouvelle formation ; mais ici se présente encore la question d'origine : ces globules régénérés qu'on retrouve aussi dans le sang efférent de la rate ne sont-ils pas eux-mêmes préformés et de provenance splénique ? Mais alors que deviennent les globules *anciens* que la veine mésaraïque déverse dans la veine porte ? Ces globules disparaissent dans le foie, et, au sortir de cet organe, on n'en retrouve plus de traces, il n'y a plus que des globules régénérés ; que ce soient les globules anciens ou les leucocytes qui se transforment sur place en globules rouges, l'intervention directe de la glande n'est pas encore entièrement prouvée.

Résumé :

1° *Origine des globules blancs.* — La genèse des leucocytes est répartie entre les divers organes lymphatiques et lymphoïdes, savoir : 1° les ganglions lymphatiques ; 2° les follicules ; 3° le tissu adénoïde des membranes muqueuses ; 4° la rate, la glande thyroïde ; 5° le tissu connectif. L'action génésique du foie n'est pas bien démontrée.

Ces divers organes peuvent se suppléer dans leurs fonctions, de sorte que l'extirpation d'un de ces organes, de la rate ou du thymus, ou de certains ganglions lymphatiques, provoque le développement organique et fonctionnel des autres appareils sans compromettre la vie.

2° *Transformation des leucocytes en globules rouges.* — Cette transformation a lieu, selon toutes probabilités, dans tout le sang ; mais elle n'est démontrée que dans la rate, dont le sang veineux contient de nombreuses formes intermédiaires. Quand cette mutation a lieu, une matière colorante, c'est-à-dire l'hématine, qui est une substance protéique ferrugineuse, se développe certainement aux dépens des autres matières protéiques, probablement sous l'influence de l'oxygène du sang, car on voit parfois aussi la lymphe rougir sous l'influence de l'air (Virchow, Friedreich). Une fois formée, l'hématine, dans les globules récents, se cristallise très-facilement (Funke).

En même temps que l'hémato-cristalline se manifeste, le noyau du leucocyte disparaît, la cellule tend à s'aplatir ; mais elle résiste encore à l'action de l'eau sans modifier sa forme.

Plus tard, dans l'état qu'on pourrait appeler adulte, la forme discoïde aplatie se prononce de plus en plus par suite de la disparition du noyau ; l'enveloppe elle-même devient douteuse, d'où il résulte que le globule devient plus accessible aux courants de diffusion, se gonfle sous l'influence de l'eau, et finit même par s'y détruire.

3° *Destruction des globules rouges.* — Partout où il se forme des matières colorantes, on doit supposer une destruction des globules rouges, car elles paraissent toutes provenir de l'hématine dégagée du globule. Toutefois, si cette destruction a lieu dans tout le sang, elle est plus marquée dans la rate, et plus encore dans le foie ; c'est dans la rate que se développent surtout les pigments du sang, et c'est là aussi qu'on retrouve les produits les plus marqués d'oxydation. Dans le foie, cette destruction est mieux démontrée ; la lenteur de la circulation dans cet organe semble préparer le terrain ; la formation de la biliverdine exige la dissolution d'un nombre de globules ; enfin, les sels biliaires opèrent facilement cette dissolution.

(1) Voir les numéros des 2, 4, 27, 30 mai et 1er juin.

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE INTERNE (1),

Par M. le docteur Maurice PERRIN.

Messieurs, lors de ma première communication, je me suis borné à mettre, sous forme de propositions, de très-courtes observations sur l'uréthrotomie interne, désirant laisser à ceux de mes collègues qui avaient plus d'expérience, le soin de statuer sur cette intéressante question de pratique en attribuant l'importance qu'ils méritent aux progrès récents accomplis par cette méthode de traitement. L'heure était sans doute prématurée ou le moment mal choisi, car il n'en fut pas ainsi. En relisant les détails de la discussion soulevée à cette tribune par notre collègue, M. Dolbeau, on s'aperçoit bien vite que l'opinion générale est restée immobile depuis la réprobation soulevée par les premiers essais de Reybard. L'uréthrotomie y est envisagée comme une opération grave, dangereuse, et à ce titre comme une ressource réservée aux cas extrêmement rares dans lesquels on ne peut pas faire autrement. Cette opinion s'est affirmée avec une telle énergie de conviction, qu'elle a laissé peu de prise à la controverse. C'était comme un dogme qui voulait s'imposer. Il en est résulté cette situation singulière : les rares partisans de l'uréthrotomie dans le sein de la Société ont eu moins à faire valoir leur pratique qu'à se défendre contre le reproche d'imprudence ou de témérité, qui, s'il n'était clairement exprimé, se laissait aisément deviner dans plusieurs argumentations.

Messieurs, je sens tout ce qu'un accord aussi imposant commande de réserve. Et pourtant, je suis bien obligé de l'avouer, je ne me sens nullement ébranlé. Je crois plus que jamais que l'uréthrotomie n'a pas été appréciée ici à sa juste valeur. Il semblerait que c'est une de ces

(1) Voir le précédent numéro.

VALENTINE MOTT.

La Société de chirurgie vient de perdre un de ses plus illustres membres associés : le Nestor de la chirurgie américaine, Valentine Mott, est décédé à New-York le 26 avril de la présente année, à l'âge de quatre-vingts ans. La longue et laborieuse carrière parcourue par cet éminent chirurgien est marquée par une série de grandes et brillantes opérations, dont la hardiesse marquera profondément son nom dans les pages de l'histoire. Valentine Mott appartient à l'ordre de ces chirurgiens, dont l'initiative hardie conçoit et exécute les opérations les plus difficiles. La ligature de l'artère innominée (brachio-céphalique), de l'artère iliaque primitive, de l'iliaque interne, ont placé de bonne heure le nom du chirurgien américain parmi les opérateurs les plus habiles. Valentine Mott naquit à Glen-Cove, Long-Island, de l'État de New-York, le 20 août 1785 ; il fit ses études médicales au collége médical de Colombia. Reçu docteur au mois de mars 1806, il vint aussitôt en Europe pour perfectionner son éducation médicale ; il entra comme élève à l'hôpital de Guy, à Londres, dans le service d'Astley-Cooper. Il resta deux années sous la direction de ce maître célèbre ; et, après un court séjour à Édinbourg, il retourna en Amérique. Peu de temps après son arrivée, 1810, Valentine Mott fut nommé démonstrateur d'anatomie du professeur Post, au collége de Colombia ; et, l'année après, professeur de chirurgie dans la même institution ; il avait à peine vingt-six ans. En 1814, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de New-York ; et, en 1826, professeur de chirurgie de Rutyer's-College. En 1834, l'état de sa santé l'obligea à venir en Europe, où il demeura jusqu'en 1841.

Dans les positions chirurgicales qu'il occupa, il donna la mesure de sa hardiesse et de son habileté opératoire. En 1816, le premier en Amérique, il pratiqua avec succès la désarticulation de la cuisse chez un enfant de onze ans.

En 1818, le premier il osa porter une ligature sur le tronc brachio-céphalique dans un cas d'anévrisme ; en 1828, le premier encore il y pratique avec succès l'ablation complète de la clavicule chez un jeune homme de dix-neuf ans ; en 1827, après Gibson, il pratique avec succès la ligature de l'artère iliaque primitive pour un anévrisme ; en 1831, il enlève complétement la glande parotide pour une mélanose de cette glande chez un jeune homme de vingt et un ans ; en 1833, dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière, il pratique la ligature de cette artère en dedans des scalènes ; en 1833, la ligature des deux carotides à quinze minutes d'intervalle ; et, en 1834, la ligature de l'artère iliaque interne pour un anévrisme de la fessière.

Outre les opérations de ligature des principaux troncs artériels, Mott imagina et mit en pratique la résection partielle du maxillaire supérieur dans un cas de tumeur volumineuse de la cavité nasale et du pharynx. Il serait inutile et sans intérêt d'énumérer les grandes opérations chirurgicales pratiquées et menées à bonne fin par l'éminent chirurgien américain.

De retour à New-York en 1841, Valentine Mott publia, en 1842, ses impressions de voyage dans l'ancien continent sous le titre : *Travels in Europe and East ;* il fonda en outre dans cette ville, aussitôt son retour, une institution orthopédique et une école de médecine sous le nom de Wuivevicty medical College de New-York ; enfin, avec le docteur Stevens Wood, il est un des créateurs de l'Académie de médecine de New-York.

En 1849, Valentine Mott eut quelques velléités d'abandonner son enseignement ; mais sa grande autorité, la popularité de son nom, l'empêchèrent de réaliser complétement ce projet. Il resta attaché à l'enseignement de la chirurgie sous le titre de professeur émérite ; nous avons des raisons de croire qu'il continua cet enseignement. Nous trouvons en effet ses leçons de clinique chirurgicale pour l'année 1856-60, reproduites dans un petit volume rédigé par M. Samuel Francis.

Il est à regretter que d'aussi grandes richesses, qu'un aussi grand nombre de matériaux, n'aient pas été réunis en corps de doctrine, ou bien que les mille spécimens de son musée d'anatomie pathologique, dont le catalogue a été publié en 1858, n'aient pas été employés à élucider quelques points de chirurgie. Heureusement qu'une grande partie des travaux du chirurgien américain se trouve résumée dans les nombreuses additions qu'il a ajoutées à la traduction de la médecine opératoire de notre vénéré maître le professeur Velpeau.

Outre ces travaux, Valentine Mott a publié une *Biographie* de son maître le docteur Wright Post, et l'*Éloge académique* du docteur John Francis.

Valentine Mott appartenait à un grand nombre de sociétés savantes. Membre honoraire de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie, de la Société royale de médecine, de chirurgie de Londres, etc., etc., il était en outre chirurgien consultant des hôpitaux de la cité, de Saint-Vincent, des maladies des femmes, des Juifs ; il conservait le titre de professeur de chirurgie et d'anatomie chirurgicale à l'université de New-York.

Dr GIRALDÈS.

opérations qui résistent mal à la critique, par cela qu'elles ont grassement végété pendant longtemps à l'ombre du spécialisme. Ma confiance en elle est si profonde, si complète, que je considère presque comme un devoir vis-à-vis de moi-même de vous soumettre les motifs sur lesquels elle est fondée.

Mais, avant d'aborder ce sujet, il importe de bien s'entendre sur la valeur des mots et des choses, car il est resté un peu de confusion dans mon esprit sur la façon dont quelques-uns de nos collègues envisageaient la portée clinique de l'uréthrotomie. Pour la plupart des chirurgiens qui ont inauguré ou, si vous voulez, restauré ce moyen de traitement, l'incision des rétrécissements est une méthode spéciale, complète, qui réside essentiellement et exclusivement dans la section du point ou des points rétrécis du canal de l'urèthre : elle n'emprunte rien à la dilatation progressive, si ce n'est le moyen d'obtenir une perméabilité suffisante pour le passage des instruments. J'insiste sur ce point, parce qu'il a été question, ici et ailleurs, d'un tout autre procédé, sorte de compromis entre les deux méthodes, qui consisterait à faire de l'uréthrotomie un accessoire, comme un des temps de la dilatation progressive. Celle-ci resterait la méthode unique de traitement; seulement dans quelques cas spéciaux, quand, par exemple, on rencontrerait une susceptibilité trop grande du canal, un tissu trop peu disposé à se laisser dilater, on pratiquerait l'incision, sauf à reprendre ensuite l'usage régulier des bougies. J'ignore ce que vaut cette méthode mixte déjà ancienne, parce qu'elle n'a pas fait suffisamment ses preuves, mais je tiens à déclarer tout d'abord que ce n'est pas d'elle qu'il s'agit ici, mais bien de la stricturotomie pure et simple, dégagée de tout ce qui nous empêche de bien la juger; je veux parler surtout de la dilatation préalable, préconisée dans le but de rendre le canal plus tolérant, et de la dilatation progressive consécutive, dans le but théorique d'assurer les bénéfices de l'opération.

Messieurs, nous sommes tous d'accord sur certains avantages secondaires de l'uréthrotomie; elle est d'une exécution sûre et précise, elle est rapide; elle donne les résultats immédiats les plus brillants. Mais on l'accuse d'exposer à de promptes récidives et surtout d'être plus dangereuse pour le malade. On a dit, on a répété et on répétera sans doute encore, que l'incision de l'urèthre amène assez fréquemment des accidents sérieux et même la mort, tandis que la dilatation est inoffensive. C'est même sur cette base, établie en quelque sorte comme un axiome, que les discussions sur ce sujet se sont engagées et soutenues jusqu'alors. Si cette proposition était démontrée par l'observation, elle entraînerait *de plano* la proscription de l'uréthrotomie, sauf pour quelques cas exceptionnels et comme mesure de nécessité. Mais la preuve n'est pas faite, et les affirmations les plus autorisées n'en tiendront pas lieu.

On ne saurait admettre d'abord que la dilatation, même la plus sage, la mieux conduite, soit toujours inoffensive : les cas de mort, observés à la suite d'un simple cathétérisme ou d'une séance laborieuse de dilatation, ne sont pas déjà si rares. Les thèses de MM. Perdrigeon, Mauvais, de Saint-Germain, Marc, en renferment un grand nombre, empruntés pour la plupart à la pratique de nos maîtres et de nos collègues des hôpitaux de Paris; mais je veux n'en pas tenir compte.

Le grave reproche que je lui adresse c'est d'être radicalement incapable de suffire, non pas seulement aux exigences de quelques cas particuliers, mais aux besoins généraux de la pratique, à cause de la lenteur et de l'incertitude de sa marche, à cause de l'infidélité ou du peu de durée des résultats qu'elle donne. Je n'apprendrai rien à personne en rappelant que le traitement des rétrécissements a toujours fait le désespoir du médecin et surtout des malades, précisément parce que la dilatation progressive a généralement prévalu. Aussi que d'efforts ont été tentés pour trouver une voie meilleure! Il y a longtemps qu'on incise les rétrécissements, comme le faisait observer ici notre maître, M. Velpeau : on les a scarifiés, cautérisés de diverses façons, déchirés, etc. Si la plupart de ces pratiques ont été abandonnées parce qu'elles étaient mauvaises, elles n'en témoignent pas moins du peu de ressources que fournit la dilatation. Elle ne tue pas par elle-même, je l'accorde; mais elle laisse trop souvent mourir ceux qui lui résistent.

Il n'est pas besoin d'une pratique bien longue dans les hôpitaux pour faire connaissance avec les embarras et les dangers qu'elle enfante, et dont je crois être en droit de lui demander compte.

Vous savez mieux que moi comment les choses se passent. Un rétréci entre dans nos salles : la plupart du temps l'horreur de l'hôpital ne nous l'amène qu'au moment où la mixtion est devenue difficile ou même rendue impossible par quelque récent excès. On tente la dilatation. Une bougie filiforme passe. On y revient le lendemain, elle ne passe plus, ainsi le surlendemain et même plusieurs jours de suite. Je sais bien qu'en y mettant du temps, de la patience, on triomphe le plus souvent de la capricieuse susceptibilité du canal. Mais ce n'est pas le seul écueil qui entrave la marche. La sensibilité du canal, bien loin de s'émousser comme on l'espère, s'exalte. Le malade est tourmenté par des envies incessantes d'uriner. Fréquemment la bougie est mal supportée; un accès de fièvre, une orchite, des accidents nerveux surviennent. Il faut du repos, et durant cette période d'inaction, les bénéfices du traitement antérieur disparaissent. Vous êtes ramené au point de départ. Je suppose les cas les plus heureux : on pourrait ajouter les plus rares, ceux dans lesquels la dilatation marche régulièrement, rapidement, il n'en faudra pas moins plusieurs semaines, peut-être plusieurs mois, suivant le degré de souplesse du rétrécissement pour rétablir convenablement et complétement le cours des urines. Tant que le malade n'en est pas arrivé à cette période du traitement, il court les dangers inhérents à la rétention partielle des urines dans la vessie : dangers variables suivant l'âge, et d'autres conditions, mais dangers réels dont il est impossible de ne pas tenir compte. Toute la fonction est en souffrance; les urines se troublent, s'altèrent; la vessie peut s'enflammer, les reins devenir malades; un abcès de la prostate ou des parois de l'urèthre se déclarer, etc. Nous avons tous vu des accidents de ce genre! Cependant, pour être juste, il convient d'ajouter que dans la grande majorité des cas, ce qui est à craindre n'arrive pas, et le patient, après six semaines, deux mois, trois mois de traitement, quelquefois plus, quelquefois moins, sort de l'hôpital guéri; il urine avec un jet superbe. On le munit d'une bougie, et on lui recommande de l'introduire dans le canal au moins une fois tous les huit jours, sous peine de récidive. Règle générale, il oubliera tout, bougies, médecin et prédictions pour retourner à ses travaux ou à ses plaisirs. Le mal reparaît presque fatalement plus ou moins rapide. Le souvenir d'un long séjour à l'hôpital ou d'un traitement onéreux de plusieurs mois va devenir un obstacle à toute intervention opportune. Je sais bien que l'incurie est pour beaucoup dans cette inaction, mais il est de toute évidence qu'elle sera d'autant plus funeste, qu'elle aura pour point d'appui, soit les exigences du pain quotidien, soit le dommage réel causé par un long chômage ou un traitement dispendieux. Tant qu'on le peut, on temporise : à la dernière extrémité pourtant on se décide, mais presque toujours avec la précaution de s'adresser à d'autres mains. C'est alors à l'occasion d'une troisième, d'une quatrième récidive que nous nous trouvons en présence de ces complications tardives qui entraînent la mort ou d'incurables infirmités. Ici ce sera une rétention complète et persistante des urines qui réclame d'urgence une opération grave, une ponction de la vessie, une boutonnière, etc. Ailleurs ce sera une infiltration d'urine, une néphrite, une cystite parenchymateuse, une prostatite suppurée des fistules incurables, etc. N'est-ce pas l'histoire plus ou moins accidentée d'un bon nombre de rétrécis? J'ignore quelle en est la proportion, car aucune statistique que je sache n'a été faite à ce point de vue, mais votre expérience m'autorise à dire qu'une issue semblable n'est pas rare.

La méthode de la dilatation se tire à merveille de ces cas embarrassants. On ne meurt jamais de la dilatation, mais on meurt de pyélo-néphrite, de cystite, de résorption purulente, etc. C'est à cette distinction que je faisais allusion tout à l'heure, quand je disais que la méthode de dilatation progressive ne tuait jamais, mais qu'elle laissait mourir ceux qui lui résistent. Au point où nous en sommes arrivés, toute la question se réduit à ceci : Le triste cortége des maladies qu'engendrent les rétrécissements du canal de l'urèthre, est-il une conséquence inévitable, fatale, quel que soit le moyen que l'on emploie pour les combattre, ou bien dépend-il de la méthode de traitement employé? Je n'hésite pas à engager la responsabilité de la dilatation progressive; elle est insuffisante, et par cela même, dangereuse. Il me serait difficile de le démontrer par des chiffres, mais n'est-il pas évident qu'en substituant à un traitement lent, incertain et onéreux, un traitement de quelques jours, on diminuera considérablement si on ne les supprime, les accidents qui ont pour raisons d'être principales, l'incurie des malades ou leur peu de ressources.

Je vous demande pardon d'avoir autant insisté sur des détails qui vous sont familiers; mais il était indispensable de les rappeler pour établir le véritable point de vue méconnu jusqu'alors, auquel il est possible seulement d'apprécier l'uréthrotomie interne, d'avoir en parallèle ses avantages et ses inconvénients. Son avantage inappréciable, je viens de le dire, c'est de porter secours aux délaissés de la dilatation, et de donner une garantie contre les complications prochaines ou éloignées des rétrécissements.

Voyons maintenant quels sont ses inconvénients, et d'abord quelle est la mortalité qu'elle entraîne.

Messieurs, les bonnes choses naissent rarement de toutes pièces; elles exposent à de nombreux tâtonnements. Plus le but à atteindre est environné d'écueils, moins la route est connue, plus la période d'expérimentation est longue, périlleuse. La méthode de l'uréthrotomie n'a point échappé à cette loi naturelle de développement; elle a eu des débuts incertains, des essais compromettants, des procédés contradictoires. Mais de ces tentatives diverses est née une méthode meilleure, sûre dans ses résultats et moins dangereuse. Pour tous les esprits non prévenus, il ne doit être question ici que de cette dernière. Il est évident qu'il ne serait ni juste, ni raisonnable d'attribuer à la méthode les épreuves de ses débuts, pas plus que vous ne m'autoriseriez à rendre la dilatation progressive responsable des accidents imputables à une main maladroite. C'est pourtant pour n'avoir pas fait cette distinction réclamée avec tant d'instance par notre collègue, M. Trélat, qu'on est arrivé et qu'on arrive encore à faire de l'uréthrotomie une redoutable opération.

Si l'on fait abstraction de la pratique de quelques spécialistes qui, à tort ou à raison, ce que je n'ai pas à examiner ici, se croient en possession d'une méthode excellente pour guérir radicalement et très-rapidement les rétrécissements de l'urèthre, l'uréthrotomie a fait de tels progrès dans ces dernières années, qu'elle peut être considérée comme une méthode nouvelle. Il suffit, pour le voir, de comparer les résultats qu'a donnés l'uréthrotomie à une autre époque avec ceux qu'elle donne aujourd'hui entre les mains des mêmes chirurgiens. Deux exemples surtout ont été pour moi un grave enseignement. En 1853, Reybard démontrait l'inefficacité des scarifications uréthrales, et leur substituait les incisions profondes. Il eut des accidents nombreux, graves, racontés avec la plus grande bonne foi dans son ouvrage. C'étaient des infiltrations urineuses, des hémorragies inquiétantes, des phlegmons du périnée, des résorptions purulentes et même la mort.

En 1862, le même chirurgien, attentif au progrès, renonce aux incisions profondes auxquelles il n'accorde plus qu'une valeur d'estime. Il adopte une pratique identique à celle de M. Sédillot, que mon distingué collègue, M. Gaujot, avait fait connaître dans un très-bon travail dès l'année 1860. Il recommande expressément les incisions superficielles. Son mémoire se termine par quatorze observations détaillées, dans lesquelles on ne rencontre plus aucun des accidents qui avaient si justement ému à l'occasion de son premier mode opératoire.

Nous retrouvons le même enseignement dans la pratique de M. Maisonneuve. A la page 136 de la thèse de M. Tillaux, figure le relevé des opérations d'uréthrotomie interne, pratiquées à l'hôpital de la Pitié, dans les années 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861. Ce relevé, établi d'après les registres de l'hôpital et communiqué à l'auteur par M. Bergeron, interne du service, représente, si je ne me trompe, les résultats de la pratique de M. Maisonneuve, et pour le dire en passant, je n'ai pas compris jusqu'alors pourquoi ils ont été publiés sous le voile d'une sorte d'anonyme. Il donne en total quarante-sept opérations. Treize morts, un peu plus de un sur quatre.

A la page 68 de la thèse de M. Reliquet, interne des hôpitaux, figure d'autre part le relevé des opérations faites à l'Hôtel-Dieu par M. Maisonneuve depuis le 1er janvier 1862 jusqu'au 29 décembre 1864. Il donne au total 66 opérations et 3 morts, c'est-à-dire 1 sur 22.

Dans le premier cas, la mortalité est de 1 sur 4; dans le second, de 1 sur 22; quelle peut être la signification d'une différence aussi considérable? Est-ce un effet du hasard, une coïncidence? Dépend-elle de conditions générales ou personnelles différentes? Qui le croira? Il s'agit de résultats opératoires embrassant plusieurs années, cinq dans la première série et trois dans la seconde. Il s'agit d'opérations subissant fort peu le contre-coup des influences générales, pratiquées dans des circonstances et pour des cas tout à fait semblables. On serait d'autant moins autorisé à invoquer de pareilles hypothèses, acceptables seulement à défaut de bonnes raisons, qu'il existe dans ce cas particulier une explication simple, positive, qui lève toute difficulté. Le procédé opératoire avait été changé. La méthode s'était perfectionnée.

Durant la première période qui va jusqu'en 1861, l'opérateur, mal inspiré par les idées dogmatiques régnantes, mal secondé par les instruments dont il faisait usage, pratiquait des incisions profondes, non limitées à l'obstacle. Il eut de nombreux accidents, comme Reybard en avait eu. La méthode se perfectionna entre ses mains; un mode opératoire nouveau lui permit de limiter l'incision en étendue et en profondeur, et dès lors la proportion qui avait effrayé, à si juste titre, disparaît comme elle avait disparu dans la pratique de Reybard.

Cette interprétation est tellement vraie que les chirurgiens qui, dans ces dernières années, se sont mis en mesure de pouvoir limiter l'incision au tissu du rétrécissement, ont obtenu des résultats tout aussi satisfaisants.

C'est ainsi que le progrès est marqué dans les faits, et voici, je tiens à le répéter, à quelles causes il se rattache : incision bornée en étendue et en profondeur au tissu pathologique et choix d'un traitement consécutif approprié. Je reviendrai sur ces deux points; pour le moment je me borne à les signaler et à tirer cette conclusion : les exemples empruntés à des tentatives isolées ou bien à des procédés reconnus mauvais par l'expérience, ne sont pas recevables quand il s'agit de juger la valeur de l'uréthrotomie.

DE L'APHASIE,

au point de vue psychologique.

(Discours prononcé par M. Baillarger à l'Académie de médecine.)

Messieurs,

Les lésions de la parole se présentent dans deux conditions très-différentes.

Tantôt elles existent avec intégrité complète des mouvements qui servent à l'articulation des mots; tantôt, au contraire, la langue est paralysée, ou bien les muscles, comme cela se voit quelquefois dans la période aiguë de la paralysie générale, sont le siége de convulsions plus ou moins fortes qui rendent la prononciation très-embarrassée ou même presque impossible.

Ces deux ordres de faits ne sont pas de même nature, et je crois avec M. Trousseau qu'il faut réserver exclusivement la dénomination d'*aphasie* pour les cas dans lesquels les mouvements qui servent à la parole ne sont le siége d'aucun désordre appréciable.

Cela établi, je rappellerai que l'aphasie a surtout été étudiée jusqu'ici à trois points de vue principaux.

On s'est attaché à décrire avec soin les caractères qu'elle présente et à classer en plusieurs groupes les faits très-variés que comprend déjà son histoire.

Après avoir décrit et classé les faits, on a cherché à déterminer la nature et surtout le siége des lésions anatomiques de l'aphasie.

Enfin, on a essayé d'expliquer les symptômes souvent si singuliers que présentent les aphasiques, par des données empruntées à la physiologie et à la psychologie.

On peut donc dire qu'il y a ici trois questions principales :

La question clinique,

La question d'anatomie pathologique,

Et enfin la question physiologique et psychologique.

Je ne dirai rien de la question clinique, si brillamment et si complétement traitée par M. Trousseau. Je me bornerai, quant à la question d'anatomie pathologique, à quelques courtes remarques.

C'est donc principalement sur la question physiologique et psychologique que porteront les considérations que je me propose de développer dans cette note.

C'est aussi par cette question que je crois devoir commencer.

Il y a, comme on sait, beaucoup d'aphasiques qui n'ont rien autre chose que la privation plus ou moins complète de la parole. C'est l'aphasie simple, l'aphasie dans le sens rigoureux du mot.

Mais à côté de ces malades, on en observe d'autres chez lesquels existe une lésion différente. Ce sont ceux qui prononcent des mots sans rapport avec leurs pensées.

La lésion dont il s'agit alors constitue une perversion plus ou moins grave de la faculté du langage articulé. Quand cette perversion est portée à un très-haut degré, elle a pour conséquence, comme l'aphasie la plus complète, de rendre impossible l'expression de la pensée par la parole.

Le malade chez lequel s'est établie cette sorte de dissociation entre les mots et les idées, est en effet aussi isolé du monde extérieur que celui qui est privé de la parole.

Il y a donc, Messieurs, deux ordres de lésions tout à fait distinctes, celles qui se rapportent à l'aphasie proprement dite et celles qui caractérisent la perversion de la faculté du langage.

Je commence par l'aphasie simple, j'examinerai ensuite les phénomènes qui se rapportent à la perversion du langage.

Aphasie simple. — Les faits que comprend l'aphasie sont, comme on sait, très-variés et très-complexes. Je me bornerai à examiner les deux groupes principaux.

Dans le premier se rangent tous les cas d'aphasie avec perte de la parole et de l'écriture; dans le second tous ceux dans lesquels il n'y a que perte de la parole.

Le premier ordre de faits ne paraît offrir au point de vue de la question physiologique et pathologique aucune difficulté, et tout le monde semble d'accord pour admettre que la lésion

fondamentale est l'amnésie. Les malades dont il s'agit ont perdu, à des degrés divers, la mémoire des mots, il ne peuvent donc désigner les objets ni par la parole ni par l'écriture.

La comparaison du musicien et du piano, dont s'est servi M. Trousseau, est ici parfaitement exacte. L'appareil musculaire, c'est-à-dire l'instrument qui sert à l'articulation des mots, est dans un état parfait d'intégrité. Au contraire, le musicien est privé d'un élément indispensable : la mémoire des mots.

Je passe, Messieurs, au second ordre de faits, dont l'interprétation est beaucoup plus difficile et qui est l'objet de graves dissidences.

Rappelons d'abord que les malades conservent la mémoire des mots, puisqu'ils peuvent traduire toutes leurs pensées par l'écriture, et, en outre, que les appareils musculaires sont parfaitement sains.

Non-seulement les mouvements simples de la langue persistent, mais il est important de faire remarquer que ces mouvements sont parfaitement coordonnés.

On a proposé pour l'explication de ces faits deux hypothèses que je vais successivement examiner.

La première appartient à MM. Trousseau et Broca, la deuxième à M. Bouillaud.

Suivant la première explication, l'aphasie avec conservation de la mémoire des mots devrait être attribuée à l'amnésie des mouvements nécessaires à la parole.

L'enfant ne parle, dit M. Trousseau, que parce qu'il a appris à parler; or, on comprend qu'il peut oublier ce qu'il a appris, et que l'aphasie peut être la conséquence de la perte de la mémoire des mouvements si compliqués, nécessaires à l'articulation des mots,

M. Broca a été plus explicite. Il est porté à penser que les perfectionnements successifs qu'on observe chez les enfants pour le langage articulé, devraient s'expliquer par le perfectionnement successif d'une espèce particulière de mémoire qui n'est pas la mémoire des mots, mais celle des mouvements nécessaires pour l'articulation des mots. C'est cette espèce de mémoire qui serait perdue chez les aphasiques.

On pourrait donc, comme on le voit, devenir aphasique de deux manières, soit en perdant la mémoire des signes du langage, soit en oubliant les mouvements nécessaires à l'articulation des mots.

Cette doctrine, Messieurs, a déjà été attaquée, et je dois avouer qu'elle me paraît assez difficile à défendre.

L'enfant apprend à parler en cherchant à reproduire les sons qu'il entend, et la vue qui ne lui est pas indispensable; je rappellerai que les aveugles de naissance apprennent parfaitement à parler.

Si on y réfléchit, on verra que les mouvements nécessaires à l'articulation des mots, bien que provoqués par la volonté, ne sont qu'incomplétement dirigés par elle.

Tous les mouvements qui se rapportent au larynx, au voile du palais et aux joues, peuvent, bien qu'ils soient dans ce cas déterminés par la volonté, peuvent être assimilés aux mouvements réflexes, puisque l'enfant n'en a pas conscience. Pour imiter les sons, celui-ci est obligé de faire des efforts longuement continués, non, comme on l'a dit, pour acquérir la mémoire des mouvements nécessaires à l'articulation des mots, mais bien pour assouplir les organes du mouvement, et créer ces coordinations musculaires.

Qu'on se rappelle avec quelle facilité en général la mémoire s'exerce chez les enfants, et, au contraire, les efforts opiniâtres et longtemps continués qu'exige l'éducation musicale, par exemple, au point de vue de la coordination des mouvements.

Il me semble donc que les efforts faits par les enfants pour arriver à articuler des mots, ne peuvent s'expliquer par la difficulté qu'ils éprouveraient à se rappeler les mouvements qu'ils sont obligés de faire, mais bien plutôt par les obstacles que leur oppose l'instrument lui-même; l'attention de l'enfant, comme celle des oiseaux, comme celle du perroquet, auquel on apprend à parler, se porte sur les sons à imiter; les mouvements, bien que volontaires, se font néanmoins d'une façon en quelque sorte automatique. Dans ces conditions, les faits de mémoire sont donc presque nuls, car il n'y a de mémoire précise que pour les faits dont on a eu parfaitement conscience.

On comprend, d'ailleurs, que si on admettait une aphasie par perte de mémoire des mouvements, on serait nécessairement conduit à expliquer de la même manière d'autres paralysies, ce à quoi jusqu'à présent personne n'a songé.

Cette hypothèse soulève donc de graves objections, et je ne puis que répéter qu'elle me paraît difficile à défendre.

Je passe maintenant à l'explication proposée par M. Bouillaud.

Pour notre savant collègue, l'aphasie avec conservation de la mémoire des mots, devrait être attribuée à la lésion d'un organe spécial qu'il appelle *organe coordinateur* ou *législateur de la parole*.

Cette doctrine de M. Bouillaud peut surtout s'appuyer sur ce fait, que dans l'exercice des mouvements volontaires, la volonté n'est que le point de départ, les associations et les coordinations musculaires les plus compliquées ayant lieu sans son concours.

« Lorsque je veux mouvoir mon bras, dit Dugald Steward, soudain le mécanisme qui doit produire ce mouvement s'arrange et entre en action, je n'ai d'autre pensée que *celle d'une fin à atteindre*. Mais *les moyens* à l'aide desquels cette fin est atteinte, ne sont ni combinés par ma raison, ni soumis à mon examen. »

On comprend que, si les coordinations musculaires les plus complexes s'accomplissent sans être ni soumises à notre examen, ni combinées par notre raison, on ait cherché à les expliquer par l'existence d'un principe ou d'une faculté spéciale, et qu'on ait créé un organe législateur de la parole.

Cependant, M. Parchappe, dans le travail qu'il a lu à l'Académie, a déjà opposé à cette doctrine des objections que je n'ai pas à reproduire ici; je crois seulement devoir faire remarquer qu'elle pourrait entraîner très-loin.

Pourquoi, en effet, ne créerait-on pas un organe spécial pour l'association et la coordination des idées, bien plus merveilleuses que celle des mouvements peut-être. Ici, en effet, la volonté intervient-elle moins directement encore que pour les mouvements musculaires.

Un orateur est tout à coup obligé de traiter un sujet auquel il n'était point préparé.

Ses idées se présentent d'abord avec lenteur; mais, peu à peu, si l'inspiration arrive, elles surgissent avec plus de rapidité, le sujet se développe, s'agrandit et se complète : le but que s'était proposé l'orateur est atteint. Mais les moyens, à l'aide desquels ce but a été réalisé, n'ont été ni combinés par la raison de l'orateur, ni soumis à l'examen.

Le cerveau, comme l'a dit notre savant confrère M. Buchez, est un appareil logique; et c'est dans cet appareil, par suite d'une organisation préétablie, que s'opèrent à notre insu ces merveilleuses et inexplicables associations qui réalisent le développement d'un sujet.

Nous perfectionnons les coordinations musculaires par l'exercice, et l'association des idées par l'étude et l'habitude du raisonnement; mais, entre ces préparations et les résultats que nous obtenons, il y a des actes mystérieux dont nous n'avons pas conscience.

Si j'osais, Messieurs, hasarder ici une comparaison, je dirais que, pour l'association des mouvements et des idées, nous ressemblons au laboureur qui sème et qui récolte, mais qui ne sait rien du travail de la germination.

Si l'on crée des organes spéciaux plus ou moins nombreux pour expliquer les coordinations musculaires, il faudrait donc en créer de plus nombreuses encore pour expliquer l'association et la coordination des idées.

Peut-être cependant, Messieurs, pourrait-on ne pas être trop embarrassé de cette conséquence, je poserai donc une objection plus directe.

Tout le monde sait qu'il est des hommes doués d'un merveilleux talent d'imitation. On les voit reproduire avec une exactitude étonnante l'expression, la physionomie, la tenue, les gestes, la parole et jusqu'au son de voix de certaines personnes. Pour réaliser cet ensemble, à quelle étonnante coordination de mouvements appartenant à des appareils divers ne faut-il pas arriver? Cependant le mime ne peut ici que se proposer le but, mais les moyens à l'aide desquels il l'atteint lui échappent. Si on crée des organes coordinateurs pour tel ou tel appareil musculaire, il faudra donc en créer aussi pour les coordinations des divers appareils que le mime met en mouvement. Mais qui ne reculerait, Messieurs, devant une pareille conséquence?

Il semble donc, comme l'a dit M. Parchappe, qu'il n'est pas indispensable de faire intervenir ici un organe spécial pour la coordination des mouvements de la parole. Cependant admettons, si l'on veut, l'existence de cet organe coordinateur, et cherchons s'il peut ou non constater chez les aphasiques une lésion de la coordination des mouvements nécessaires à la parole.

Il est bien entendu que, comme je l'ai dit en commençant, les malades atteints de paralysie générale, si différents d'ailleurs des véritables aphasiques, ne sont point en cause. Il s'agira donc uniquement des malades qui, conservant la mémoire des mots et pouvant communiquer leurs pensées par l'écriture, sont cependant privés de la parole.

J'ai essayé de prouver que ces faits d'aphasie ne pouvaient être expliqués par l'amnésie des mouvements; voyons maintenant si on peut s'en rendre compte en invoquant un défaut de coordination des mouvements.

J'avoue, Messieurs, que la réponse à cette question ne me paraît pas douteuse.

S'agit-il, par exemple, de ces malades chez lesquels l'aphasie est complète, et qui ne peuvent prononcer un seul mot, où trouverait-on la preuve d'un défaut de coordination des mouvements? La fonction est complétement supprimée, et il n'y a aucune trace des désordres qui résultent d'un défaut de coordination des mouvements dans l'appareil musculaire. Ce désordre serait d'autant plus évident, que les mouvements ordinaires persistent. Qu'on invoque cette cause dans la chorée, rien de plus simple, mais personne ne songe à l'invoquer pour les cas de paralysie. Or, ici, comme je viens de le dire, bien que les muscles ne soient pas paralysés, la fonction est aussi complétement abolie que si cette paralysie existait. Admettre ici une lésion de l'appareil coordinateur, ce serait donc créer une pure hypothèse que détruiraient, d'ailleurs, les faits dont il me reste maintenant à parler.

Les aphasiques ne sont pas tous complétement privés de la parole, et il en est qui prononcent un certain nombre de mots, toujours les mêmes. Il en est d'autres moins nombreux, il est vrai, qui bien qu'il leur soit impossible de nommer aucun objet, au milieu des efforts qu'ils font, prononcent une foule de mots incohérents. Or, chez ces malades, l'articulation des mots est très-nette, et il n'y a nul désordre dans l'appareil coordinateur.

M. Trousseau vous a raconté comment un de ses malades fut renvoyé par un directeur de l'Hôtel-Dieu pour avoir trop bien articulé un mot inconvenant, auquel était réduit alors son vocabulaire.

Il me semble donc, Messieurs, que pour expliquer l'aphasie telle que l'entend M. Trousseau, et en mettant à part les malades atteints de paralysie générale, on ne saurait invoquer une lésion à l'appareil coordinateur des mouvements.

En résumé, on voit que les explications proposées par M. Trousseau et par M. Bouillaud, soulèvent de graves objections, et sont loin de résoudre la question.

Je n'ai pas, Messieurs, à proposer une troisième hypothèse, mais j'essayerai, en tant qu'il me sera possible, de déterminer la lésion véritable qui existe chez les malades atteints d'aphasie avec conservation de la mémoire des mots.

COQUELUCHE CHEZ UNE JEUNE FILLE TRACHÉOTOMISÉE,

par M. le Dr Turner.

On sait à combien de théories la coqueluche a donné lieu. Le plus grand nombre, généralement abandonnées, sont devenues sans intérêt pour nous; mais il en est d'autres encore bien vivantes, car leurs auteurs sont là pour les défendre.

M. Gendrin, et plus tard M. Beau, ont localisé cette maladie dans le larynx et les cordes vocales. Ils ont prétendu que les crises étaient produites par une convulsion de la glotte, amenée elle-même par le contact d'une goutte de muco-pus. De là l'oppression, la suffocation, la toux continuelle jusqu'à l'expulsion du corps étranger. Rendue séduisante par la plume habile de M. Beau, cette doctrine a rallié quelques partisans, entre autres M. Vannebrouck qui l'a soutenue dans sa thèse en 1859. Si elle était vraie, la coqueluche ne pourrait plus exister, ou du moins ne pourrait plus avoir ses suites ordinaires lorsque, la trachée étant ouverte, le larynx se trouverait pour ainsi dire mis en dehors de l'appareil respiratoire. Or, cette supposition se trouve contredite par un fait que vient de publier M. Henry Turner (*Edinburg Médical Journal*, february 1865).

Cette observation est beaucoup trop longue pour que nous la donnions ici dans son entier; les autres questions qu'elle soulève seraient d'ailleurs trop importantes pour être discutées rapidement.

Quelque puisse être en réalité ce que M. Turner appelle *laryngite strumeuse aiguë*, le fait est que cette maladie le mit deux fois dans la nécessité de pratiquer la trachéotomie sur une jeune fille scrofuleuse de vingt-trois ans.

La première fois ce fut le 13 janvier 1853; la canule fut retirée le 20, et la plaie se cicatrisa en peu de jours; mais, le 30 novembre suivant, il fallait recommencer l'opération par suite d'accidents semblables. Dès lors, pendant dix ans il ne fut pas possible d'enlever la canule sans que la suffocation reparut aussitôt. On la laissa donc à demeure, et l'on s'y résignait d'autant plus facilement que la voix semblait à jamais éteinte. Ce fut durant cette période que la jeune fille prit la coqueluche. Laissons parler M. Turner.

« Dans les commencements de l'année suivante (1857), la coqueluche régna dans le district qu'habite ma cliente. Elle avait échappé à cette maladie dans son enfance; mais alors elle la prit en même temps que deux plus jeunes sœurs et un enfant vivant dans la maison. Toutefois le nom vulgaire de cette maladie (*hooping cough, toux criarde*), en tant qu'appliqué à ce cas, est une désignation mauvaise. Il n'y avait, en fait il ne pouvait y avoir aucun cri, le larynx et ses dépendances ayant été littéralement retranchés de toute participation aux manifestations séméiologiques. Quand je la vis pour la première fois, à cette occasion, les phénomènes caractéristiques de l'affection n'étaient pas encore parfaitement développés. Ils le devinrent bientôt, les accès revêtant la forme de paroxysmes aussi bien accusés; et leur début, leur accroissement, leur marche, leur déclin, devinrent aussi distincts que dans les cas ordinaires. La crise commençait par ce sentiment inexprimable de malaise qui, si souvent dans cette maladie, annonce l'approche du tumulte : alors venait une succession d'efforts expiratoires énergiques, témoignés par un son ronflant, rapidement *rémittent* sortant de la canule, que la malade dut maintenir souvent en de tels moments avec le doigt et le pouce pour en prévenir le rejet. Cette action spasmodique se continuait avec l'accompagnement habituel : face livide et gonflée, secousses répétées de tout l'être, jusqu'à ce qu'une quantité de liquide visqueux fut expulsée à travers le tube et qu'une expiration pleine, prolongée, avec expansion de la poitrine comparativement libre, annonçât la terminaison du paroxysme. Occasionnellement, quand celui-ci était très-violent et quand on pouvait dire que l'accès avait atteint son summum, des vomissements eurent lieu en même temps que l'expectoration muqueuse; mais je n'observai jamais quand je fus présent durant l'accès, et je n'appris pas qu'il y ait eu durant le cours de la maladie un redoublement des symptômes tel qu'on en voit très-généralement dans les quintes *communes*, avant que le paroxysme ne soit à sa fin. La transition de la constriction spasmodique (car on peut sans témérité risquer cette interprétation) à la libre perméabilité de la trachée et des tubes bronchiques fut toujours remarquablement brusque.

« Une ou deux fois, dans le début d'un paroxysme, j'administrai la vapeur de chloroforme par l'ouverture artificielle, et avec un tel avantage, par rapport à l'intensité comme à la durée de l'accès, que ma malade me pria de lui permettre de « *prendre ce doux spécifique* » de sa propre main en mon absence. J'y consentis; mais en lui défendant de dépasser la dose de 25 ou 30 gouttes d'anesthésique à chaque fois, stipulant en outre que son frère, dont l'emploi était de nature à lui permettre d'être toujours là, devrait surveiller les inhalations et écarter aussitôt le mouchoir dès qu'il verrait le moindre signe d'une anesthésie commençante.

« Souvent depuis la jeune fille a parlé dans les termes les plus chaleureux du soulagement que ce moyen lui procurait. »

Les inspirations de chloroforme dans la coqueluche ont été déjà depuis longtemps préconisées par les docteurs Pope et Fletwood Churchill; mais c'est un agent trop dangereux pour être confié à tout le monde, et la plupart du temps le médecin n'assistera pas à l'accès.

On se rappelle qu'à l'hôpital des Enfants M. Roger a tenté le même remède pris à l'intérieur en potion; dans ces expériences on a noté une certaine diminution du nombre quotidien des quintes.

Pour en finir avec la malade de M. Turner, disons que la coqueluche s'est terminée chez elle en dix semaines, d'une manière heureuse, après y avoir présenté, comme nous l'avons vu, tous ses caractères normaux malgré la trachéotomie.

Dr V. Révillout.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 21 avril 1865. — Présidence de M. Pierreson, vice-président.

CORRESPONDANCE.

La correspondance imprimée comprend :

Considérations sur une espèce de tumeur hypertrophique de la peau, par M. le docteur Chedevergne.

COMMUNICATION.

M. Ball lit une observation ayant pour titre : *Inflammation spontanée de la bourse séreuse prérotulienne dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu.* (Voir le numéro du 23 mai.)

M. Cornil. Cette intéressante observation soulève deux questions importantes. La première est relative à la communication de la bourse synoviale prérotulienne avec l'articulation du genou. Je crois qu'il est bien difficile de rien préciser à cet égard. La seconde, c'est de savoir si le rhumatisme a été pour quelque chose dans cette inflammation de la bourse synoviale. Ici encore, que de difficultés pour trancher la question! On peut se demander, en effet, si la fluxion rhumatismale de l'articulation du genou n'a pas été le point de départ de l'inflammation de la bourse synoviale du genou, surtout chez un sujet prédisposé par sa profession à cette inflammation, ou bien, au contraire, si le rhumatisme que l'on a pu suivre dans les autres articulations ne serait point sous l'influence d'un traumatisme qui aurait atteint la bourse prérotulienne.

M. Ball. Je crois qu'on ne peut songer ici à une communication entre les deux bourses synoviales. En effet, nous avons trouvé du pus dans la bourse prérotulienne, et à aucune période de la maladie rien de semblable ne parait s'être produit dans la cavité articulaire, qui toujours nous a paru indemne d'une inflammation un peu vive; qu'à un moment le genou ait été le siége d'une fluxion de nature rhumatismale et que cette fluxion ait amené l'inflammation de la bourse synoviale, cela est très-possible, et même on peut se demander si cette dernière inflammation, agissant comme un puissant révulsif, n'a pas empêché des manifestations plus intenses du côté de l'articulation. Ici le rhumatisme n'a pas été douteux un seul instant : il a débuté par l'épaule, puis a envahi l'articulation tibio-tarsienne et la synoviale prérotulienne s'est prise ensuite. Aussi, malgré les doutes que j'ai émis dans mes réflexions, je crois cette inflammation de nature rhumatismale.

M. Martineau. J'aurais été plus affirmatif que notre collègue, et j'aurais affirmé hardiment la nature rhumatismale de l'affection. Ce qui s'est passé en cette circonstance est très-analogue à l'inflammation des gaines tendineuses qui vient compliquer le rhumatisme inflammatoire qui ne se développe pas toujours forcément au voisinage des articulations malades.

M. Ball. Je remercie M. Martineau de l'appui qu'il vient apporter à ma manière de voir, et si j'ai fait des réserves c'est parce que les cas de ce genre sont très-rares et que j'ai pu à peine en rassembler deux ou trois.

M. Hemey. J'ai pu observer deux cas qui me paraissent se rapprocher par bien des points de celui qui vient de nous être lu.

Il s'agit de deux individus scrofuleux qui furent pris de rhumatisme mono-articulaire avec déformation du genou et production d'abcès autour de cette articulation, abcès qui ne paraissaient pas communiquer avec l'articulation. L'un des deux malades mourut, et à l'autopsie, malgré les désordres assez considérables du côté de la cavité articulaire, on ne trouva pas une goutte de pus dans cette dernière; l'abcès était isolé, et malgré les plus patientes recherches il nous fut impossible de trouver la moindre communication avec la cavité articulaire.

M. Lanelongue. M. Ball a parlé de la communication possible de la synoviale articulaire avec la séreuse prérotulienne. Je désire connaître dans quel auteur se trouve signalé des faits de ce genre.

M. Ball. M. Lanelongue trouvera dans l'ouvrage, autrefois classique, de M. Vidal (de Cassis), une mention de ce fait.

M. Gougenheim. L'inflammation des bourses séreuses peut se présenter sous des influences fort diverses. J'ai pu observer un malade qui, à la suite d'une pneumonie, fut pris d'une inflammation des deux bourses prérotuliennes, et chez les chevaux on remarque souvent, dans la convalescence de plusieurs maladies, l'inflammation des bourses synoviales.

M. Fritz. Déjà dans le cas de M. Ball c'était pendant la période de déclin du rhumatisme qu'est survenue l'inflammation de la bourse prérotulienne. Aux faits signalés par M. Gougenheim, j'ajouterai encore un cas observé par M. Barth où, dans le cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde, la bourse synoviale acromiale fut prise de phénomènes analogues à ceux décrits par M. Ball.

M. Bucquoy. J'approuve les réserves qu'a fait M. Ball au sujet de la nature même de la maladie, et en présence des faits que vient de produire la discussion, cette réserve doit être encore augmentée. Rien ne prouve, en effet, que cette inflammation de la bourse prérotulienne ait été un acte de la maladie rhumatismale. Il y a là, sans doute, une simple coïncidence. L'inflammation qui se produit sous l'influence rhumatismale, aboutit rarement à la suppuration. Ici, au contraire, les accidents phlegmoneux ont marché rapidement comme sous l'influence d'un traumatisme.

Je suis porté à rapprocher ce fait des cas qui ont été rassemblés dernièrement dans les Archives générales de médecine par M. Leplat, et où des abcès ont été observés dans le cours d'une pleurésie sans qu'il y ait communication entre les deux foyers.

LECTURE.

M. Verliac lit à l'appui de sa candidature un travail ayant pour titre : *Note sur quelques cas de toux spasmodique observés dans la tuberculisation bronchique chez les enfants.*

Ce travail est envoyé à une Commission composée de MM. Fritz, Laborde et Rigal.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire, Dujardin-Beaumetz

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décisions ministérielles, ont été nommés :

M. le docteur Giraud, directeur de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

M. le docteur Brelard, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

M. le docteur Viret, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bailleul (Nord).

M. le docteur Broc, directeur-médecin à l'asile des aliénés de Saint-Lizier (Ariége).

—La Société impériale de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, propose les prix suivants :

Concours de 1866. — Du traitement chirurgical des kystes de l'ovaire. Prix de 300 fr.

Concours de 1867. — Des extraits pharmaceutiques et de leurs divers modes de préparation. Prix de 300 fr.

Les mémoires écrits en français ou en latin doivent être adressés à M. le secrétaire général de la Société avant le 1er janvier de chaque année, terme de rigueur, suivant les formes académiques.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance vendredi 9 juin, à huit heures du soir, à la Faculté de médecine (cabinet du doyen).

Voici son ordre du jour :

1° Observation de M. Dujardin-Beaumetz intitulée : *Rhumatisme articulaire aigu, paralysie au début;*

2° *Des déviations de la volonté considérées comme cause de mélancolie*, par M. de Vauréal.

3° Observation de *variole anormale*, par M. Pelvet.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 7 juin, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel de Ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Suite de la communication sur l'emploi de l'iodoforme en thérapeutique;

3° Considérations pratiques sur quelques cas spéciaux de cataracte, par M. le docteur Coursserant;

4° Études sur l'acide valérique et sur les valérates de quinine et de zinc, par M. F. Cérésoli;

5° D'un nouvel insufflateur des liquides dans les voies pharyngolaryngées, par M. Edm. Guyot.

Une saison à Contrexéville (Vosges), par M. le docteur Auguste Millet (de Tours). Paris, 1865. In-8° de 52 pages. Prix : 1 fr. 50. Savy, libr.-édit., rue Hautefeuille, 24.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 67. — JEUDI 8 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 8 JUIN 1865. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 JUIN 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu hier deux orateurs sur la question de la localisation du sens de la parole : M. Baillarger, qui a lu la deuxième partie de son travail, celle qui est relative au point de vue anatomo-pathologique de la question, et M. Bonnafont, qui a exposé les faits favorables à la doctrine de la localisation *qu'il* a eu l'occasion d'observer sur les champs de bataille. A ces faits M. Bonnafont a ajouté quelques considérations très-dignes d'intérêt sur les relations physiologiques qui rattachent l'aphasie aux lésions de l'audition. Quant à la partie du travail de M. Baillarger relative à la question du siége du sens de la parole, elle a été l'objet de quelques observations de la part de M. J. Guérin, qui demanderaient, pour être convenablement exposées et examinées ici, plus de place et de temps que nous n'en avons en ce moment. Nous reviendrons donc dans un prochain numéro sur cette deuxième partie du travail de M. Baillarger et sur les réflexions qu'elle a suscitées à M. Guérin.

Avant la reprise de la discussion, l'Académie a entendu la lecture d'un mémoire de M. Joulin sur des recherches anatomiques relatives à la membrane lamineuse, à l'état du chorion et à la circulation dans le placenta à terme. On trouvera un résumé analytique de ce mémoire dans le compte-rendu de la séance. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés.

(Leçon recueillie par M. DUGUET, interne du service.)

Vous venez de voir un enfant d'une quinzaine de mois, ramené il y a quelques jours des confins de la Sologne où il était en nourrice, et vous avez été frappé de son teint pâle, de son aspect général un peu bouffi, et surtout de l'aspect de son ventre qui est tendu, volumineux, surtout au niveau de l'hypochondre gauche. Cet enfant est sous le coup d'une cachexie évidente; et autrefois, alors que ces faits étaient complétement inconnus à Paris, on eut hésité, on eut cherché longtemps, peut-être sans y arriver, quelle pouvait être la cause d'une détérioration aussi profonde. Aujourd'hui et sans plus ample informé, à la simple vue de la pâleur et de l'alanguissement général et après le toucher de la région splénique, où l'on saisit la rate très-volumineuse à pleines mains, le doute n'est pas un instant possible, c'est une fièvre intermittente avec cachexie paludéenne.

J'ai été un des premiers, je dois le dire, à faire connaître et la fièvre intermittente et les particularités qu'elle présente, quant aux stades et à la périodicité, dans les premières années de la vie.

J'étais interne à l'Hôpital des enfants, quand on amena de la Sologne même un jeune enfant couvert de purpura, œdématié partout le corps; il présentait aussi un ventre énorme, soulevé par une rate considérable. Je fus frappé de la grosseur de cette rate, de cet état de cachexie avancé; de plus, l'enfant présentait des recrudescences irrégulières de malaise que les parents me définissaient mal; mais sachant que les habitants de la Sologne sont généralement frappés de cachexie paludéenne, je n'hésitai pas longtemps à reconnaître les signes d'une intoxication palustre très-avancée. Je surveillais l'enfant; on le mit au traitement quinique et il guérit.

Depuis, je n'ai cessé de me tenir sur mes gardes, et bien d'autres enfants se sont présentés de la sorte à mon observation. La description que j'en ai faite date de 1845, et j'ai exposé complétement cette maladie dans mon *Traité des maladies des nouveau-nés*; en ayant soin, chaque année, d'appeler l'attention des élèves sur son étude clinique. Depuis cette époque, elle a fait le sujet d'études d'un certain nombre d'auteurs, et qu'il serait trop long de rappeler.

La fièvre intermittente des nouveau-nés est importante à connaître; d'abord, parce que si on ne la diagnostique pas, elle conduit à la cachexie et à la mort; ensuite, parce que, comme dans la fièvre intermittente des adultes, il peut survenir des accès pernicieux promptement suivis de mort.

Arrêtons-nous d'abord à la fièvre intermittente simple. Nous avons dit que l'âge imprimait à la forme de l'accès des modifications profondes : en effet, il est infiniment rare que l'accès se montre avec les trois stades de frisson, chaleur et sueur. Le stade de frisson n'existe presque jamais : il n'y a même pas de refroidissement sensible; néanmoins, l'enfant devient pâle ou vert des pieds à la tête, les extrémités unguéales bleuissent, comme au début d'un accès de fièvre : c'est la période de concentration des forces. Elle dure une heure environ; après quoi survient une coloration rosée avec chaleur brûlante de la peau, suivie bientôt de sueurs généralement peu abondantes, mais cependant très-appréciables. Chez notre enfant, les sueurs sont très-marquées, au dire des parents.

En résumé, parmi les trois stades, le stade de frisson manque d'ordinaire; le stade de sueur manque quelquefois, mais le stade de chaleur est constant.

Ce n'est pas tout : des modifications non moins accentuées se rencontrent dans la périodicité des accès. Ceux-ci se montrent d'après un type qui varie bien un peu, mais qui se rapproche du type quotidien; ils viennent d'une façon très-irrégulière, chaque jour, à des heures différentes, de telle sorte qu'il est impossible de prévoir sûrement, d'après l'époque de l'accès antérieur, le moment d'apparition de l'accès qui va suivre. Cependant cela n'est pas absolu; et, chez l'enfant que vous venez de voir, la périodicité se montre en effet très-régulière, et elle est quotidienne.

Quand la fièvre a duré de la sorte quelques semaines ou quelques mois, l'anémie consécutive ne tarde pas à apparaître avec ce teint jaune si particulier qui frappe à la vue des habitants de la Sologne. Après l'anémie vient la cachexie avec amaigrissement, langueur générale, teinte jaune olivâtre de la peau et anasarque général, développement exagéré du ventre et en particulier de la région splénique, où la rate, souvent très-grosse, vient soulever les côtes et la paroi abdominale. D'ailleurs la percussion et, sans elle, le simple toucher, permettent alors d'en saisir le volume et d'en apprécier les contours.

Ce n'est qu'au dernier terme de l'intoxication palustre, qu'une éruption de pourpre hémorrhagique couvre une plus ou moins grande étendue, et quelquefois toute la surface du corps. Souvent alors les accès sont mal dessinés ; mais leur existence n'est pas nécessaire pour poser un diagnostic même très-précis, et soustraire de jeunes malades à une mort inévitable, par un traitement un peu tardif, mais que l'expérience nous a appris être le plus souvent efficace même à cette période ultime.

Il n'est pas moins important que vous soyez prévenus que ces modifications dans les stades et dans la périodicité de la fièvre intermittente simple se retrouvent encore dans la fièvre intermittente pernicieuse.

Tout cela est connu, je dois le dire, des médecins qui pratiquent au milieu des contrées sur lesquelles s'apesantissent endémiquement les miasmes paludéens. Je ne sais si, avant 1840, la fièvre intermittente existait à Paris ; mais depuis cette époque, depuis l'ouverture des tranchées qui servent aux fortifications, depuis l'établissement des chemins de fer et les remaniements de terrains de tout genre, qu'ont nécessité tous les embellissements, Paris présente un nombre remarquable de fièvres intermittentes, et même dans ces dernières années, on y a observé comme en Sologne des fièvres pernicieuses, et on en a guéri. J'ai vu moi-même un de ces exemples sur l'enfant d'un de nos confrères, le docteur G..., et le sulfate de quinine m'a très-bien réussi.

La fièvre intermittente pernicieuse des jeunes enfants revêt volontiers deux formes : la forme diarrhéique et la forme convulsive. Les accidents comateux se montrent bien aussi, mais ils sont beaucoup plus rares. Il est facile de comprendre que chez des enfants, si l'on n'est prévenu, on rapporte une diarrhée, des convulsions éclamptiques, des accidents comateux eux-mêmes à une cause toute différente ; la fièvre intermittente, et surtout la fièvre pernicieuse, étant si rare à cet âge. Mais la notion d'un ou deux accès fébriles antérieurs, suivis d'apoplexie, la soudaineté des accidents, leur gravité excessive d'emblée, seront autant de motifs pour éveiller l'idée d'un accident pernicieux et d'une fièvre larvée. Il sera souvent temps encore, après ce premier accès et même après un deuxième, de secourir le petit malade; mais, au troisième, survient la mort.

Il n'est pas jusqu'au traitement de la fièvre intermittente qui n'ait chez les enfants quelque chose de spécial.

Le sulfate de quinine et la quinine pure sont d'une amertume désagréable pour ces petits êtres. Aussi faut-il donner la préférence à la quinine brute.

Elle diffère de la quinine pure, et se présente sous la forme d'une masse grisâtre résineuse, facile à ramollir et à mettre en granules. Moins soluble et, par conséquent, moins amère que le sulfate de quinine, elle est facilement donnée aux petits enfants dans une cuillerée de potage à la semoule ou de bouillie.

C'est un fébrifuge anti-périodique excellent : malheureusement, on ne le trouve pas dans toutes les pharmacies de Paris, et pas du tout en province; ou bien il est remplacé par une autre substance, dont les effets sont loin d'être les mêmes.

Reste donc le sulfate de quinine, que l'on peut administrer de trois façons : par la bouche, en lavement ou en pommades. Je ne parle pas de la méthode hypodermique, j'ignore si on l'a étendue à ce médicament ; mais il est douteux qu'on puisse y arriver, en raison même de la quantité de substance active, et surtout de liquide dissolvant qu'il faudrait employer pour pouvoir compter sur un résultat. Des accidents inhérents même au mode d'application locale seraient à craindre.

Par la bouche, on donnera le sulfate de quinine dans du café noir sucré, ainsi que cela se fait aux colonies. Ce mode d'administration est à la rigueur possible, avec la faible dose de sulfate de quinine qui suffit aux enfants. La saveur amère est ainsi couverte par le sucre et l'arôme du café.

S'il n'est pas possible de le faire prendre par la bouche pour une cause quelconque, on l'administre par le rectum. Cette pratique m'a réussi souvent à elle seule. Voici une formule pour chaque jour :

Sulfate de quinine.	0,10 centigr.
Acide sulfurique.	q. s.
Eau.	15 à 30 gr.

On augmente la dose de sulfate de quinine avec l'âge.

Un dernier moyen qui, paraît-il, s'emploie beaucoup et avec succès en Grèce chez les petits fiévreux, c'est la friction avec la pommade au sulfate de quinine. Nous manquons ici d'expérience à ce sujet pour nous prononcer d'une façon ou d'une autre; nous sommes peu portés à croire à son efficacité, mais, comme elle ne serait pas la seule pommade qui agisse thérapeutiquement, nous attendrons les faits.

En conséquence, voici ce que nous avons ordonné pour l'enfant qui fait le sujet de cette clinique :

1° Chaque jour, sulfate de quinine 0,05 centigr. dans du café noir sucré;

2° Deux ou trois fois par jour des frictions dans les aisselles avec la pommade suivante;

Axonge.	20 gr.
Sulfate de quinine.	3 gr.

3° Plus tard, s'il y a lieu, nous aurons recours aux lavements de sulfate de quinine.

DE L'APHASIE,

au point de vue psychologique (1).

(Discours prononcé par M. Baillarger à l'Académie de médecine.)

Avant d'arriver à rechercher cette lésion, il me paraît indispensable de rappeler quelques faits.

Il y a, comme on le sait, pour nos facultés, deux états très-différents.

Dans le premier, nous les dirigeons vers un but déterminé; après avoir fait naître telle ou telle idée, nous la gardons plus ou moins longtemps, puis bientôt nous la délaissons pour en provoquer d'autres d'un ordre différent.

C'est l'exercice actif de l'intelligence.

Mais, chose curieuse, dès que cet exercice actif et volontaire cesse, nos facultés abandonnées à elles-mêmes ne restent pas dans le repos. Nos idées continuent à former des associations souvent bizarres, auxquelles nous assistons en quelque sorte en simples spectateurs.

C'est l'exercice involontaire des facultés, l'automatisme de l'intelligence.

« Comme un ouvrier, dit Jouffroy, prend et quitte tour à tour ses instruments, nous sentons la volonté tantôt se saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, nos capacités

(1) Voir le précédent numéro.

naturelles n'en marchent pas moins pour être délaissées par le pouvoir personnel. »

Si je rappelle ces faits, c'est que la parole est si étroitement liée par l'habitude à l'exercice de la pensée qu'elle fait souvent partie de ces capacités de notre nature dont parle Jouffroy, et qui marchent d'elles-mêmes quand nous cessons d'en prendre la direction.

On parle souvent tout haut dans les rêves; on parle encore sans en avoir conscience quand on est sous l'influence d'une très-vive préoccupation.

Tout le monde sait qu'on rencontre dans les rues des gens qui parlent seuls et même gesticulent sans s'en apercevoir.

Il existe donc, pour la parole, à côté de l'incitation motrice volontaire, l'incitation motrice involontaire ou spontanée. Or, cette incitation verbale spontanée et involontaire m'a paru jouer un rôle assez important dans l'aphasie, et je vais essayer de l'étudier avec quelques détails.

Quand on lit les observations d'aphasie, on constate chez un certain nombre de malades ce phénomène singulier qu'il leur est impossible de prononcer certains mots quand ils essayent de le faire et qu'ils y appliquent toute leur énergie de volonté; au contraire, quelques instants après, ils prononcent ces mêmes mots sans le vouloir.

Ainsi il y a chez eux perte de l'incitation motrice volontaire, conservation de l'incitation motrice spontanée.

Citons quelques exemples.

Le docteur Forbes-Winslow rapporte l'observation d'un officier d'artillerie qui, à la suite d'une attaque de paralysie, ne pouvait plus parler lorsqu'il essayait de le faire. Toutes ses tentatives n'aboutissaient qu'à un murmure inintelligible, ses efforts étaient violents et se terminaient par un profond soupir. Cependant il pouvait articuler distinctement tous les mots qui lui venaient spontanément.

Il est bien évident qu'ici l'incitation motrice volontaire était abolie, et que l'incitation motrice spontanée persistait.

M. Bouillaud a rapporté, d'après M. Martinet, l'observation d'un malade qui, lorsqu'on l'interrogeait, se servait de mots tout à fait inintelligibles, ou bien ayant un sens tout à fait différent de celui qu'il voulait leur donner. Quand on lui montrait certains objets, il les désignait quelquefois avec justesse, mais souvent aussi il se trompait. Alors il appelait une *plume* un *drap*, un *crachoir* une *plume*, une *main* une *tasse*, une *corde* une *main*, une *bague* un *crachoir*, etc., d'où M. Bouillaud concluait avec raison que ce malade pouvait prononcer les mots : *plume, main, crachoir*, etc. Mais il importe de faire remarquer que cet aphasique ne pouvait articuler un seul mot quand il le voulait, et qu'au contraire il le prononçait quand il voulait en articuler un autre. C'était donc encore ici l'incitation verbale spontanée qui se substituait à l'incitation verbale volontaire.

Je ne dois pas oublier d'ajouter que ce malade écrivait très-bien les mots, et que par conséquent chez lui ce n'était point une affaire d'amnésie.

M. Jules Falret a rapporté, d'après le docteur Forbes-Winslow, l'observation d'un malade qui ne pouvait jamais répéter les lettres *k, q, u, v, w, x* et *z*. Or, ce même malade prononçait très-souvent ces même lettres en essayant d'en articuler d'autres.

M. Moreau (de Tours) a rapporté, dans la *Gazette des Hôpitaux*, qu'un malade de son service « ne devenait aphasique que lorsqu'il réfléchissait à ce qu'il voulait dire, lorsqu'il avait la volonté réfléchie *consciente* d'articuler n'importe quelles paroles. »

On sait que sous l'influence d'une passion vive et de la surexcitation cérébrale qu'elle produit, nous ne sommes plus complétement maîtres de régler nos pensées, et aussi de retenir nos paroles, c'est alors qu'on laisse souvent, comme on le dit, échapper des mots qu'on regrette. C'est donc l'incitation verbale spontanée, substituée, en partie du moins, à l'incitation verbale volontaire. Or, n'est-il pas bien curieux de constater que précisément un certain nombre d'aphasiques retrouvent aussi quelquefois la parole lorsqu'ils sont sous l'influence d'une passion très-vive. C'était précisément le cas du malade de M. Moreau ; il pouvait parler quand il se mettait en colère.

M. Rufz a communiqué à la Société d'anthropologie des faits très-curieux, et qui ne doivent pas être omis dans l'histoire de l'aphasie. Il a vu un certain nombre de personnes qui avaient complétement perdu la parole à la suite de la morsure du serpent Fer de Lance ; tantôt l'aphasie se produit immédiatement, tantôt quelques heures seulement après la morsure. Les malades qui survivaient à l'empoisonnement restaient indéfiniment aphasiques. Or, parmi ces malades, M. Rufz cite l'observation d'une femme qui depuis longtemps était privée de la parole, et qui la recouvrit tout à coup dans un accès de jalousie. La parole disparut de nouveau dès que le calme fut revenu.

Il y a des faits très-curieux qui prouvent que quand l'incitation verbale volontaire est abolie, elle peut être partiellement rétablie à l'aide de certains moyens. Il y a en ce moment dans les salles de l'Hôtel-Dieu, dans le service même de M. Trousseau, un aphasique qui ne pouvait prononcer que les mots : *toujours, tout de même*. Cependant, chose singulière, on a découvert qu'il était possible d'amener ce malade à prononcer de courtes phrases, à la condition qu'elles commencent par le mot tout. Ainsi, il dira bien : *tous les élèves, tous les rideaux*; autrement, il lui serait impossible de répéter les mots : *élève, rideau*. L'incitation verbale volontaire, impuissante ici, est donc rétablie partiellement à la condition que j'ai indiquée.

Il se passe d'ailleurs, dans l'état normal des phénomènes qui se rapprochent de ceux que je viens d'indiquer. A-t-on oublié l'orthographe d'un mot, on sait que le plus sûr moyen de le retrouver, c'est d'écrire ce mot très-vite, sans y penser, et pour ainsi dire d'une façon tout à fait automatique.

Qui ne sait encore que bien souvent un mot qu'on a vainement cherché se présente à vous spontanément quelques instants après.

Tous ces cas sont de même nature ; il existe alors dans les rapports de la volonté et de l'instrument un trouble fonctionnel évident.

Les malades qui, malgré tous leurs efforts, ne peuvent prononcer un mot quand ils ont la volonté réfléchie de le faire, mais qui le prononcent un peu plus tard spontanément, ont évidemment le trouble fonctionnel dont je viens de parler. L'incitation verbale volontaire est abolie, l'incitation verbale spontanée persiste.

Je n'insisterai pas davantage, Messieurs, et je vais essayer de conclure.

J'ai voulu démontrer que l'aphasie avec intégrité de la mémoire des mots ne semblait pas pouvoir être expliquée par l'amnésie des mouvements nécessaires à la parole, qu'on ne pouvait davantage invoquer un défaut de coordination des mouvements. Or, chez ces malades qui conservent, puisqu'ils peuvent écrire :

1° L'intégrité de la mémoire ;

2° L'intégrité des mouvements nécessaires à l'articulation des mots, puisqu'ils prononcent très-nettement un nombre de mots plus ou moins grand ;

3° Chez lesquels l'incitation motrice spontanée persiste, puisqu'ils prononcent involontairement les mêmes mots qu'il leur est impossible de prononcer quand ils essayent de le faire, chez ces malades, dis-je, la lésion principale paraît être dans les rapports de la volonté et de l'instrument.

Pour reproduire la comparaison employée par M. Trousseau, je dirai qu'il y a ici un excellent piano et un excellent musicien, mais celui-ci est séparé de l'instrument, et, malgré tous ses efforts, ses mains ne peuvent y atteindre.

J'ai dit en commençant qu'il y avait, en dehors de l'aphasie simple, à étudier encore cette perversion de la faculté du langage qui consiste à prononcer des mots incohérents sans rapports avec les idées qu'on veut exprimer.

La lésion dont il s'agit ici existe à des degrés très-différents. Tantôt le malade, on le sait, n'a à sa disposition qu'un ou plusieurs mots avec lesquels il cherche à rendre toutes ses idées. Mais souvent son vocabulaire est plus étendu ; quelquefois, enfin, il prononce une foule de mots, parle beaucoup, et même avec volubilité. C'est principalement sur ces derniers cas que je crois devoir insister un instant.

Il y a en ce moment, dans mon service, une femme qui ne peut nommer aucun des objets les plus usuels ; elle ne peut même dire son propre nom. Quand on lui présente un objet, elle fait signe qu'elle le connaît ; elle fait des efforts pour le nommer, mais n'y parvient jamais. Elle a conscience de son état et s'en afflige. Cependant, cette femme prononce une foule de mots incohérents, en les accompagnant de gestes très-expressifs, qui prouvent que derrière cette incohérence il y a des idées bien déterminées qu'elle veut exprimer. La perversion du langage a été un moment si grande chez cette malade, qu'on l'a crue sourde et aliénée. La question de surdité a été facile à juger, mais il n'en a pas été de même de la question de l'aliénation. La folie, comme on l'a dit, est une infortune qui s'ignore elle-même; or ce caractère essentiel manque chez notre malade, qui semble, en effet, apprécier très-bien son état; elle ne se livre d'ailleurs à aucun acte déraisonnable.

Dans d'autres faits semblables, on a pu s'assurer que la raison était restée intacte. Ces malades, bien qu'incohérentes en paroles, peuvent exprimer normalement toutes leurs pensées par écrit.

Parmi les faits d'aphasie rapportés dans le travail de M. Forbes-Winslow, il y a en a plusieurs cas de ce genre.

Un militaire, à la suite de deux attaques d'apoplexie, ne pouvait plus prononcer que des phrases incohérentes, et son langage était devenu tout à fait inintelligible ; mais ce malade rendait, en les écrivant, toutes ses pensées avec une parfaite lucidité.

Il est des cas où les écrits sont aussi incohérents que les paroles, et néanmoins les malades, en apparence raisonnables, peuvent continuer à jouer à des jeux qui exigent des combinaisons difficiles.

Cependant, on constate souvent, alors, des signes d'affaiblissement intellectuel. On fixe difficilement l'attention, et, quelquefois, les malades semblent ne pas entendre eux-mêmes les paroles incohérentes qu'ils prononcent. Ces faits, au point de vue de la médecine légale, sont donc de nature à provoquer d'assez sérieuses difficultés.

Il est impossible, Messieurs, de ne pas rappeler ici, à l'occasion de cette incohérence en quelque sorte aiguë, qui accompagne ou même constitue seule certains cas d'aphasie, la démence incohérente chronique, qui est une terminaison fréquente des vésanies.

Assurément, rien n'est plus dissemblable quant au fond, et cependant, malgré la différence essentielle qui sépare ces deux états, il y a au moins un fait qui les rapproche. Chez notre malade de la Salpêtrière et chez d'autres aphasiques, l'incohérence n'a pas lieu d'emblée. Les premières phrases sont en général assez faciles à comprendre : bientôt les mots incohérents deviennent plus nombreux, puis enfin le langage est tout à fait inintelligible. Or, ce même caractère s'observe dans la démence incohérente chronique consécutive aux diverses vésanies. Là aussi le début de la conversation est souvent assez satisfaisant, mais peu à peu l'incohérence augmente, et devient bientôt apparente pour ceux qu'elle n'avait pas frappés d'abord.

Une femme est traduite devant un tribunal ; le médecin qui l'avait examinée prédit d'avance qu'elle répondra exactement pendant dix minutes, mais qu'alors elle commencera à déraisonner. Cette prédiction se réalise au grand étonnement des magistrats.

Je m'arrête, Messieurs, dans cette digression, et je reviens à la question de physiologie pathologique.

Parmi les malades atteints des graves lésions de langage dont je viens de parler, il y en a qui ont perdu la mémoire des mots, et c'est le cas de la femme qui est dans mon service. Il en est d'autres qui l'ont conservée, et qui peuvent rendre toutes leurs pensées par l'écriture. Mais tous ces malades ont cela de commun qu'ils prononcent des mots sans rapport avec leurs pensées.

Je rappellerai d'abord que cette lésion de la substitution des mots peut se présenter quelquefois dans l'état normal, pendant le cours d'une improvisation.

Il arrive qu'un orateur prononce un mot sans rapport avec la pensée qu'il développe ; tantôt il s'aperçoit de son erreur et la rectifie ; tantôt, au contraire, cette erreur passe pour lui inaperçue.

Ce fait de substitution d'un mot à un autre s'explique par l'excitation à laquelle l'orateur est en proie, et par la facilité avec laquelle la parole automatique se produit alors par le fait même de cette excitation.

Rien de semblable, en effet, n'a lieu dans la simple conversation, et lorsqu'on est complétement de sang-froid. Ainsi en est-il de quelques aphasiques : arrêtés à chaque instant par la perte de mémoire d'un grand nombre de mots, ils font avec impatience des efforts infructueux pour trouver l'expression qui leur échappe. C'est alors que surgissent d'une façon automatique des mots sans suite dont quelques malades ont conscience, mais qui chez beaucoup d'autres leur semblent être la traduction exacte de leur pensée.

Quand la perversion du langage est portée très-loin, alors il y a évidemment quelque chose de plus. La substitution des mots, devenue habituelle, ne s'explique plus par l'excitation, l'impatience qui résulte des efforts du malade.

Néanmoins, la lésion est la même. Il s'agit toujours de l'incitation verbale involontaire de la parole automatique, substituée à l'incitation verbale volontaire.

Notre malade de la Salpêtrière a été examinée par un savant psychologue, et il a formulé sur notre registre d'observation son diagnostic dans une simple phrase très-concise.

Ce diagnostic peut, au premier abord, paraître assez étrange, mais la formule, pour avoir besoin peut-être d'être expliquée, n'en est pas moins exacte. L'état de la malade, au point de vue psychologique, a été ainsi résumée :

« *Chez cette femme les conceptions se recouvrent.* »

La malade veut exprimer une idée, mais des mots sans rapport avec cette idée surgissent d'une façon automatique ; l'idée disparaît alors derrière eux, pour ainsi dire recouverte avant d'être produite. Cette formule : « *Les conceptions se recouvrent*, » bien qu'elle puisse, comme je l'ai dit au premier abord, paraître étrange, exprime donc cependant assez bien, quant au fond, la lésion fonctionnelle.

En résumé :

1° Chez les malades qui ne peuvent exprimer leurs pensées ni par la parole ni par l'écriture, l'aphasie s'explique de la manière la plus simple par l'amnésie ;

2° Pour les malades qui sont privés de la parole, mais qui peuvent traduire leurs pensées par l'écriture, il me semble que l'aphasie ne peut être expliquée, comme on a essayé de le faire, ni par l'amnésie des mouvements, ni par la lésion d'un organe coordinateur de la parole ;

3° L'analyse des phénomènes conduit à reconnaître, dans certains cas de ce genre, que l'incitation verbale involontaire persiste, mais que l'incitation verbale volontaire est abolie ;

4° Quant à la perversion de la faculté du langage, qui consiste dans les prononciations de mots incohérents, la lésion consiste encore dans la substitution de la parole automatique à l'incitation verbale volontaire.

RECHERCHES SUR LA THORACENTÈSE CHEZ LES ENFANTS,

Par le Dr H. Guinier, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ces recherches portent sur 31 observations de thoracentèse éparses dans la science et colligées par l'auteur.

Ces 31 cas sont répartis, selon l'âge, de la manière suivante :

Age,	14,	13,	12,	11,	10,	9,	8,	7,	6,	5,	4,	3,	2,	1,	4 mois.
Cas,	1,	2,	2,	2,	0,	1,	5,	5,	6,	1,	3,	0,	1,	1,	1.

De ces recherches, il ressort :

1° Le fait, qui appartient à M. Guinier, relatif à un garçon de 12 mois rapidement guéri par la thoracentèse d'un abondant épanchement pleurétique gauche séro-purulent, est le seul fait connu de thoracentèse sur un enfant à la mamelle ;

2° Ces 31 cas ayant été observés à des époques très-différentes, par des hommes divers, le résultat de leur comparaison offre toutes les garanties de la plus parfaite impartialité ;

3° L'opération a été pratiquée plus souvent de 6 à 8 ans (16 fois) qu'au-dessous (7 fois) ou au-dessus (8 fois) de cet âge, la naissance et l'âge de 14 ans étant pris pour limite extrême;

4° L'opération a été 4 fois plus souvent pratiquée sur des garçons que sur des filles;

5° L'opération a été faite 6 fois plus souvent du côté gauche que du côté droit;

6° Il y a eu 6 fois plus de succès que d'insuccès;

7° La mortalité n'est pas en rapport avec l'âge;

8° Ce n'est qu'à partir de 1851 que l'on a publié des faits heureux de thoracentèse au-dessous de l'âge de 6 ans;

9° L'opération n'a jamais paru nuisible soit en amenant une irritation ou une phlegmasie traumatique de la plèvre, soit en provoquant le moindre accident que l'on ait eu à regretter;

10° Dans tous les cas connus, un soulagement immédiat et considérable a suivi l'opération; la guérison a été la règle; la mort de l'enfant, l'exception;

11° Dans les cas de mort, la thoracentèse n'a jamais pu être accusée d'y avoir contribué en quoi que ce soit; la mort a été toujours manifestement retardée par la thoracentèse;

12° En comparant les nombreux cas connus de mort par épanchement pleurétique non ponctionné, avec les 31 cas précités, on est autorisé à conclure que la thoracentèse aurait sauvé un grand nombre des enfants qui ont succombé;

13° Les épanchements pleurétiques, ayant une grande tendance, chez l'enfant, à devenir purulents, et la purulence compliquant fâcheusement et prolongeant surtout les suites de l'opération, la thoracentèse doit être plus précoce chez l'enfant;

14° Les signes de la présence d'un épanchement pleurétique et même les signes de sa nature purulente, sont relativement plus précis et plus facilement appréciables chez l'enfant;

15° Une déviation du rachis à concavité du côté malade accompagne toujours la guérison après la thoracentèse, mais elle se redresse spontanément et d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune;

16° L'incision de la peau et des espaces intercostaux, la perforation du sternum et des côtes n'a jamais donné, chez l'enfant, des résultats aussi favorables que la ponction en un seul temps et par la méthode sous-cutanée faite une seule fois ou répétée selon le cas;

17° L'entrée de l'air, assez souvent observée, tout en compliquant la situation, n'a pas compromis la vie de l'opéré;

18° Des injections de diverse nature ont été faites dans la plèvre de jeunes sujets; il vaut mieux en éviter la nécessité, imposée parfois par la qualité fétide des liquides contaminés par l'air.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 mai 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. LETELLIER qui, depuis de longues années, s'occupe de la toxicologie des champignons, adresse une lettre dans laquelle il réclame la priorité du fait annoncé par MM. Sicard et Schoras dans leur récente communication à l'Académie, à savoir : que le principe vénéneux qui existe dans plusieurs champignons a un caractère basique, etc. En effet, dit-il, j'imprimais textuellement dans ma thèse, en 1827, que le poison de la section des Amanites est un alcaloïde formant avec les acides des sels cristallisables. L'auteur de la lettre ajoute que l'action de ce poison (amanitine) n'est pas analogue à celle de la curarine, comme le pensent MM. Sicard et Schoras, mais bien à celle de la narcéine. En effet, il résulte d'un grand nombre d'expériences que l'amanitine produit constamment un engourdissement des cinq sens, tandis que la curarine n'agit que sur le système musculaire.

Cette lettre est renvoyée à la Commission nommée pour examiner la note de MM. Sicard et Schoras.

M. le docteur **SANDRAS** adresse un mémoire ayant pour titre : « Études sur les eaux minérales phosphatées ferrugineuses, » qui, suivant lui, peut jeter une certaine lumière sur les effets curatifs des eaux minérales qui renferment à la fois du phosphore et du fer.

M. BATAILHÉ écrit à M. le président pour demander que la troisième édition de sa brochure sur l'alcool et les différentes communications qu'il a adressées à l'Académie sur l'infection purulente soient admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. A. POTIER écrit pour rappeler qu'en 1863 et 1864 il a adressé deux mémoires relatifs à un moyen de guérir les tumeurs blanches. Il demande à être appelé à expérimenter, devant la Commission nommée pour examiner son travail, les remèdes qu'il met en usage.

A cinq heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

M. TH. HÉLIE adresse, pour le concours du prix fondé par M. Godard à décerner en 1865, un mémoire intitulé : « Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développées pendant la grossesse, » accompagné d'un atlas de planches représentant les résultats des observations de l'auteur. (Renvoyé à la Commission du prix Godard.)

M. PAUL BERT adresse, pour le concours du prix de physiologie expérimentale, un mémoire manuscrit intitulé : « De la greffe animale. » (Renvoi à la Commission du prix de physiologie expérimentale.)

M. C. DAVAINE adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, le résumé de ses recherches sur la maladie charbonneuse connue sous le nom de *sang de rate*, présentées à l'Académie en 1863 et 1864. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. BRUNS envoie, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage imprimé intitulé : *Traité complet de chirurgie laryngoscopique*, accompagné d'un atlas de huit planches. (Renvoi à la même Commission.)

M. CORNIL adresse plusieurs brochures concernant diverses questions relatives à l'art de guérir et dont il demande le renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie. (Le renvoi à cette Commission est ordonné.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 juin 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, en date du 27 mai dernier, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Gubler, en remplacement de M. Pâtissier, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Gubler prend place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce transmet :

Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Hautes-Alpes et du Cantal. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Martimprey (de Grasse), qui sollicite le titre de membre correspondant;

2° Une note de M. Thomas sur l'emploi de la vaccination comme moyen préservatif de la morve et du farcin.

— **M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL** donne lecture d'une lettre de M. le docteur Deguise fils, chirurgien de la Maison de santé de Charenton, qui rappelle les principales circonstances du fait présenté en 1843 par Bérard à la Société anatomique, et auquel M. Delpech a fait allusion dans l'une des précédentes séances.

Il s'agit d'un homme atteint par un éclat de mine. Il fut renversé et couvert de débris. Néanmoins, il ne perdit pas connaissance; il put sortir de son trou et appeler à son secours quelques camarades qui travaillaient non loin de là. Il supplia qu'on allât lui chercher une charrette avec laquelle il se fit conduire directement à Saint-Maurice chez M. Bérard. « Jamais, dit Bérard, je n'ai vu de blessure plus affreuse : toute la région frontale mise à découvert, les téguments en lambeaux, les os fracassés, détachés, le cerveau à nu, les lobes cérébraux antérieurs *complétement disparus;* un mélange de sang, de débris d'os, de cervelle, par places le visage noirci de poudre, etc. » Et cet homme vivait encore, et il put *raconter* à Bérard tous les détails de son accident. De Saint-Maurice, il fut conduit à l'hôpital Saint-Antoine, où il succomba le lendemain. Bérard a touché avec ses doigts l'intérieur du crâne largement ouvert, et il a constaté la disparition de deux lobes antérieurs du cerveau; de plus, il a entendu la narration très-détaillée du blessé. « Je laisse à l'Académie, dit M. Deguise, le soin de conclure. »

— M. J. Guérin demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. J. GUÉRIN. Il y a dans la communication que M. Chauveau nous a faite dans la dernière séance une citation erronée. Il m'a paru nécessaire de rétablir les faits. M. Chauveau a attribué à M. H. Bouley l'idée de l'unité d'origine de toutes les maladies vaccinogènes. Mais on sait que M. Bouley est arrivé ici avec une conclusion toute différente, et qu'il voyait des maladies diverses dans les éruptions du cheval qui produisent la vaccine. C'est nous, et moi en particulier, qui avons soutenu qu'il n'y avait qu'une seule maladie, la variole. Il ne faudrait pas que l'Académie eût l'air de sanctionner cette erreur par son silence. J'ai cru, pour ma part, devoir protester contre cette assertion du rapport de la Commission de Lyon.

Il y a dans ce rapport une question de doctrine plus importante sur laquelle je désire aussi dire un mot.

Dans les conclusions qu'ils ont tirées de leurs expériences d'inoculations, les membres de la Commission lyonnaise prennent, comme caractère distinctif de la vaccine et de la variole, la circonstance d'être locale ou généralisée. Mais cette circonstance d'être localisée ou généralisée n'est pas plus particulière à l'une qu'à l'autre de ces éruptions; elle ne saurait constituer un caractère. Ce sont là des variétés dans les manifestations d'une même maladie qui peuvent dépendre soit des procédés d'inoculation, soit de conditions particulières qui nous échappent et sur lesquelles l'avenir peut-être nous éclairera.

LECTURE.

Circulation placentaire. — M. JOULIN lit un mémoire ayant pour titre : *Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme.*

Voici un résumé de ce travail :

La membrane qu'on observe sur la face fœtale du placenta après qu'on en a enlevé l'amnios, et dans l'épaisseur de laquelle rampent les grosses divisions du cordon, a été considérée jusqu'à présent par tous les embryologistes et les accoucheurs comme constituée par le chorion. Cette opinion est absolument inexacte.

Cette membrane, que je nomme *lamineuse*, tire son origine du *magma réticulé* condensé à la face fœtale du placenta; elle procède donc du tissu allantoïdien dont le *magma réticulé* n'est qu'un débris. Elle diffère du chorion par ses éléments histologiques et par la situation qu'elle occupe dans le placenta.

Les faits nouveaux observés dans cette étude sont relatifs :

1° A la distribution des vaisseaux placentaires;

2° Au mode d'insertion et de direction des villosités;

3° A la membrane lamineuse;

4° Enfin, aux connexions des villosités avec la circulation maternelle.

Ces faits différents se relient intimement entre eux et concourent à la démonstration du sujet principal de ce travail, qui a pour but surtout de prouver que le *chorion n'existe plus à l'état de membrane continue à la surface du placenta à terme.* La substance choriale n'existe sur ce point que dans l'enveloppe des villosités.

Vaisseaux. — Au début de la circulation allantoïdienne, les troncs vasculaires rampent sur la face fœtale du chorion qui se trouve placé sur un plan plus profond. Ce rapport, qui ne peut être interverti, suffirait à lui seul pour prouver que la membrane lamineuse ne peut être le chorion, puisque dans l'œuf à terme elle est placée sur un point plus superficiel que les troncs vasculaires.

En quittant le cordon, les vaisseaux rampent dans l'épaisseur de la membrane lamineuse, et, après un trajet d'une longueur variable, la traversent obliquement pour pénétrer dans la masse placentaire. Là, après un nouveau trajet qui varie entre moins d'un millimètre et plusieurs centimètres, ils se terminent en formant un bouquet à branches divergentes qui se subdivisent presque sur place pour pénétrer dans les villosités.

C'est sur ces bouquets, dont la disposition remarquable n'a pu encore être notée, que convergent pour s'unir les veines et les artères, qui jusque-là n'avaient point suivi une direction parallèle.

Chorion. — Au début de la circulation allantoïdienne, le chorion sépare les vaisseaux en deux plans distincts; sur sa face fœtale rampent les troncs; sur sa face utérine, les capillaires contenus dans les villosités. Dans le placenta à terme, cette unité de plan est rompue; les troncs ont pénétré au milieu des masses villeuses dans toutes les directions. Leur division n'a plus lieu régulièrement de la surface vers la profondeur de l'organe, et on voit de toutes parts des rameaux d'un faible calibre ramper au-dessus de troncs plus volumineux. Les villosités n'ont plus leur base d'implantation sur un plan uniforme, comme on le croit encore, et leur direction est loin d'être toujours perpendiculaire à la surface de l'organe. Leur insertion a lieu uniquement aux extrémités des bouquets vasculaires que j'ai signalés, à toutes les profondeurs et dans toutes les directions possibles. Dans ce renversement des rapports primitifs, le chorion, déplacé par les vaisseaux, a fini par disparaître de la surface placentaire comme membrane continue.

Membrane lamineuse. — Les éléments histologiques de la membrane lamineuse sont absolument distincts de ceux du chorion. Ils sont constitués par des faisceaux de fibres lamineuses en lames parallèles, parfois entrecroisées, par de la matière amorphe et quelques granulations graisseuses. On n'y voit ni les noyaux, ni les granulations moléculaires qui forment la base du tissu chorial. Aucune villosité ne s'implante sur la membrane lamineuse. Elles sont en contact avec elle par un point quelconque de leur étendue et lui adhèrent uniquement au moyen du tissu amorphe qui unit entre elles les villosités. Par le raclage, les tractions ou la macération, on les enlève entièrement de la surface de la membrane et sur les troncs des vaisseaux. Il n'en est pas ainsi à l'extrémité des bouquets vasculaires sur lesquels elles s'implantent. Là elles se rompent, et sur ces points on observe des rugosités qui sont dues aux débris adhérents de leurs pédicules d'insertion. On peut séparer la membrane lamineuse en deux feuillets distincts entre lesquels rampent les vaisseaux au sortir du cordon. Le *feuillet superficiel* est toujours extrêmement mince; il adhère peu aux vaisseaux et se confond avec le feuillet profond à la racine du cordon et à la circonférence du placenta. *Le feuillet profond* est un peu plus épais, moins tenace; sur certains points limités, surtout entre les grosses divisions des bouquets, il a parfois un centimètre d'épaisseur. Il est très-adhérent aux vaisseaux et les accompagne en leur formant une gaîne dans l'épaisseur de l'organe. Ce feuillet envoie sur la circonférence du placenta des tractus lamelleux qui pénètrent entre les villosités. Il se confond en dehors de la sphère d'action des vaisseaux avec les membranes de l'œuf. La membrane lamineuse est complétement dépourvue de vaisseaux propres.

Connexions des villosités avec la circulation maternelle. — Les faits précédents ont pour conséquence de modifier la doctrine admise sur les connexions des villosités avec les sinus utérins. La masse villeuse est hors de proportion par son volume avec la capacité des sinus qui ne peuvent la contenir. Le sang maternel ne pénètre pas dans les espaces intercotylédonaires. La surface de contact entre l'utérus et le placenta est presque plane. En admettant la pénétration des villosités dans les sinus, cette pénétration n'existerait donc que pour une petite partie de la portion terminale de chaque villosité, et il faudrait encore (ce qui est tout à fait inexact) que leur direction fût constamment perpendiculaire à la surface du placenta. J'ajouterai qu'avec ces hypothèses on ne se rendrait nullement compte du rôle que jouent dans la nutrition les rameaux villeux qui se terminent loin des sinus.

La nutrition se fait au moyen du tissu amorphe qui entoure les divisions villeuses et qui est une émanation du feuillet d'épithélium hypertrophié qui sépare, au niveau des sinus, les villosités du sang maternel. Cette transmission a lieu au moyen de la capillarité de ce tissu, par des courants d'endosmose et d'exosmose établis de la mère au fœtus. C'est l'extension à tout le tissu amorphe intervilleux de la propriété qu'on lui attribue, mais qu'on limite à sa portion qui tapisse les sinus.

Malgré l'intrication des villosités, il existe dans la masse placentaire des lacunes aréolaires d'autant plus nombreuses et plus larges qu'on se rapproche davantage de la surface fœtale de l'organe.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. Baillarger est appelé à la tribune pour la lecture de la seconde partie de son travail.

Discussion sur la localisation du sens de la parole.

M. BAILLARGER lit la deuxième partie de son travail, qui est relative à la question anatomo-pathologique.

Nous publierons, dans l'un des prochains numéros, un résumé de cette deuxième partie, ainsi que les observations présentées à ce sujet par M. J. Guérin.

M. BONNAFONT lit un discours dont les points principaux peuvent être résumés ainsi :

Partant de cette idée que le cerveau est un organe pair, que le côté gauche est en tout point semblable au côté droit, il doit nécessairement résulter de cette disposition anatomique, lorsqu'une lésion lente et progressive atteint une région quelconque d'un hémisphère, la partie correspondante du côté opposé, si elle est restée étrangère à la maladie, doit ou peut, jusqu'à un certain point, suppléer celle qui est malade.

Ainsi, qu'une partie du cerveau, le lobe antérieur, soit le siége d'une altération qui, peu à peu et très-lentement, ramollisse le tissu de cette région, il n'est point douteux pour moi que pendant que ce lobe perd ses propriétés physiologiques, le lobe correspondant n'en conserve l'intégrité et qu'il mette ainsi l'observateur dans l'impossibilité de déduire pendant la vie les conséquences rigoureuses auxquelles la gravité de la lésion, constatée plus tard par l'autopsie, aurait dû donner lieu; je pensai donc que tant que la science ne posséderait pas de faits plus probants, il ne serait plus possible d'atteindre une solution; je pensai en même temps que la position dans laquelle je me trouvais me permettait de recueillir des observations intéressantes.

M. Bonnafont rapporte six observations recueillies dans ces conditions.

Les déductions qu'on peut tirer de ces observations, dit-il, semblent être celles-ci : que les lobes antérieurs du cerveau et surtout

leur partie inférieure sembleraient être plus spécialement que les autres régions le siége de la parole et du langage articulé; tandis que la partie postérieure des mêmes lobes ou les lobes moyens seraient plus particulièrement celui de la mémoire; or, ceci conduit à une autre classe d'aphasiques qui n'a pas été mentionnée dans les discussions précédentes et qui mérite pourtant d'occuper une place dans cette discussion : je veux parler de l'aphasie congéniale des sourds-muets et de celle qui se produit toujours, plus ou moins, même à un âge un peu avancé, après la perte de l'ouïe.

Les faits de ce genre sont très-nombreux, et pour sa part M. Bonnafont en a observé plus de vingt; il en cite deux exemples.

Nul doute, ajoute-t-il, de l'influence qu'exerce l'ouïe sur la faculté d'exprimer sa pensée par la parole; mais comment alors expliquer la perte de celle-ci, alors qu'il n'existe ou ne paraît exister aucune lésion du cerveau? Il semblerait donc que la faculté de parler peut être pervertie et abolie de deux manières : par la lésion de la portion du cerveau qui préside plus particulièrement et plus directement à cette faculté, ou par la perte de la mémoire qui, entraînant l'oubli de tout ce qu'on a appris, met le malade dans l'impossibilité de parler.

M. Bonnafont insiste sur cette grande corrélation qui existe entre l'ouïe et la parole, et il en déduit cette théorie qu'il y aurait aphasie de deux manières :

1° Par la lésion de la partie du cerveau qui préside au langage articulé;

2° Par la lésion de cette autre région, qui, étant plus spécialement le siége de la mémoire, provoque l'aphasie en mettant l'individu dans l'impossibilité de se rappeler les mots.

Or, comme la mémoire se lie très-intimement avec l'intelligence, il en résulte, comme l'ont très-bien dit MM. Bouillaud et Trousseau, que les aphasiques ont toujours perdu une grande partie de cette faculté.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

J'ai lu la lettre de M. le docteur Faure insérée dans la *Gazette* du 3 juin; il n'est aucunement dans mes goûts de me livrer à une polémique en dehors des voies académiques.

Comme la vérité est le but commun de nos travaux, je vous serai fort obligé de vouloir bien faire insérer dans votre estimable journal la partie clinique de l'observation qui fait l'objet du débat, telle qu'elle a été publiée dans le *Bulletin de l'Académie de médecine* (séance du 11 avril 1843) par les soins de M. le professeur Velpeau. Cette pièce sous les yeux chacun pourra apprécier de quel côté est la vérité.

Agréez, etc.

Dr Auguste Voisin.

Manie avec prédominance d'idées génitales. — Tumeur squirrheuse de l'intérieur du crâne. Destruction d'une grande partie des lobes antérieurs du cerveau, sans altération notable dans la parole, par M. Velpeau.

« Paris (Charles), âgé de soixante-six ans, coiffeur, demeurant à Paris, rue des Tournelles, n° 24, est entré à la Charité, le 25 février 1843, au n° 40 de la salle Sainte-Vierge.

« Cet homme est plus affaibli que ne le comportent son âge et sa constitution.

« Ses actions, ses paroles, dénotent dans ses facultés mentales un dérangement qui ne dépasse pas une certaine bizarrerie s'étendant à toutes choses et non pas seulement à une série d'idées. Il semble avoir des prétentions marquées à cet esprit goguenard que l'on regardait autrefois comme particulier aux hommes de sa profession.

« Ses plaisanteries, toujours triviales, quelquefois plus que licencieuses, sont faites d'un air concentré et avec des inflexions de voix qui indiquent dans l'auteur une haute opinion de lui-même. Chaque mot est isolé et souvent comme *souligné*, d'un air de grosse finesse. Paris rit rarement; mais il exerce volontiers sur ses voisins ses habitudes de moqueries en conservant toujours cet air sûr de soi-même et souvent sans tourner la tête vers ceux à qui sont destinés ses lazzis.

« Il vient, dit-il, se faire traiter de deux maladies, une incontinence d'urine et des douleurs dans les épaules. Cette dernière affection date de trois mois. A cette époque, après avoir satisfait un besoin dans un champ, il essaya en vain de se relever; ses jarrets plièrent sous lui et il tomba sur le dos. Pendant vingt et une heures, il resta couché sans avoir la force de se soutenir. La faiblesse disparut, mais laissa après elle des douleurs dans les épaules. Ces douleurs, supportables d'ailleurs, sont plus intenses du côté gauche que du côté droit. L'état qui les avait précédées et les douleurs elles-mêmes furent combattus par des sinapismes appliqués aux jambes et des frictions sur les épaules avec un onguent qu'il ne peut nommer.

« Il reporte à une époque plus éloignée l'incontinence d'urine dont il se plaint et qui paraît peu intense. Il y a sept ou huit ans, dit-il, qu'il éprouve des envies fréquentes d'uriner; mais il est averti de ce besoin par la sensation interne qui l'annonce chez une personne saine, et il peut toujours prendre ses précautions en conséquence.

« Telles sont les deux causes qui ont amené Paris à l'hôpital; il se plaint de plus, sans y attacher autant d'importance, d'une faiblesse dans les bras, qui, tout en conservant l'intégrité de leurs mouvements, ont depuis quelque temps notablement perdu de leur force.

« 26 février. — Deux ventouses scarifiées sont appliquées sur l'épaule gauche au lieu indiqué par le malade. Le lendemain, il souffre moins, dit-il, et deux nouvelles ventouses enlèvent complétement le reste des douleurs, qui, selon lui, n'existent plus le 28 février.

« Ces deux jours ont permis de constater le peu d'intensité de l'incontinence d'urine. On ne remarque pas que le malade urine beaucoup plus fréquemment que ceux qui sont couchés dans la même salle. Mais ce que l'on a constaté aussi, c'est qu'il se livre avec le cynisme le plus effronté à la masturbation. Le grand jour, la présence de plusieurs personnes, ne peuvent le retenir. Des renseignements pris auprès de ses parents et même de sa femme apprennent que chez lui il avait contracté déjà cette habitude depuis longues années : on lui attache les mains pour l'empêcher de s'y livrer.

« Dans la nuit du 1er au 2 mars, il se lève et se promène dans la salle jusqu'à ce que l'infirmier le reconduise à son lit. Pendant assez longtemps, il se cache entre les lits pour éviter d'être vu. Les mouvements des membres sont faciles.

« 2 mars. — Comme le malade continue à accuser de l'incontinence d'urine, j'explore l'urèthre avec une sonde. A peu de distance du méat, vers la fin de la fosse naviculaire, on rencontre un rétrécissement qu'une bougie franchit avec assez de facilité. Aucune autre lésion n'est constatée, si ce n'est vers la prostate, par le cathétérisme. On laisse une bougie à demeure dans le canal. Bientôt après la visite, le malade l'enlève; une autre est introduite et aussitôt retirée.

« Le 4 mars, on remarque dans les traits de Paris une altération, un affaiblissement profonds. Il est couché sur le dos, parle beaucoup moins et se livre aux mêmes actes que les jours derniers; on lui lie les mains, mais il recommence dès qu'on le détache un instant.

« Le 5 et le 6 mars, le malade s'affaiblit rapidement; mais cet affaiblissement est général : on ne constate aucune espèce de paralysie limitée. Lorsqu'on lui fait une question, Paris y répond avec un peu plus de peine que les jours précédents; mais il cause avec ses voisins et plaisante l'infirmier qui le change de lit. Il urine sous lui; mais les garde-robes sont volontaires.

« Le 7 mars, Paris parle encore librement, mais il ne fait plus aucun mouvement dans son lit; il s'affaisse à vue d'œil et meurt le soir à dix heures. »

Suit l'autopsie et la note suivante :

« Tous les détails de cette observation ont été pris au lit du malade et sur le cadavre, sous ma direction (M. Velpeau), par M. Delpech, interne de ma division. »

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS.

Le mercredi 5 juillet 1865, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination de deux places de chirurgien au Bureau central d'admission.

MM. les docteurs, qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le mardi 6 juin jusqu'au mardi 20 du même mois, inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'Étudiant micrographe, traité théorique et pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, ouvrage orné de planches représentant 300 infusoires et de 200 figures dans le texte. 2e édition, augmentée des applications à l'étude de l'anatomie, de la botanique, de l'histologie, par MM. Alph. de Brébisson, Henry Van Heurck et Georges Pouchet. Un vol. in-8° de 575 pages. Prix : 7 fr. *franco*. Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'École-de-Médecine.

Des matières albuminoïdes, par M. le docteur Gautier. In-8° de 88 pages. Prix : 1 fr. 50 *franco*. Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par le docteur Ch. Sédillot, médecin inspecteur des armées, directeur de l'École impériale du service de santé militaire, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg. 3e édition, avec figures intercalées dans le texte et tirées en couleur. 2 vol. in-8°. 18 fr. Le tome I est en vente; le tome II se paye d'avance; il paraîtra fin octobre prochain. Paris, 1865. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Fièvre typhoïde prise pour une manie aiguë. — Iridectomie; hernie de l'iris; réduction par la fève de Calabar. — Aphasie; particularités curieuses dans les troubles de la parole. — Aménorrhée par causes psychiques. — Uréthrotomie interne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Fièvre typhoïde prise pour une manie aiguë.

On se souvient que nous avons exposé dans un article de Revue clinique du 22 avril dernier, à l'occasion de deux exemples de chorée compliquée de délire maniaque, quelques considérations sur un problème de pathogénie ou de complication pathologique très-digne d'intérêt, et en particulier sur l'influence que peut avoir la fièvre typhoïde, comme cause prédisposante, sur la manifestation ultérieure des troubles de l'intelligence. On comprend combien la succession ou la complication de ces deux ordres de phénomènes morbides peut rendre quelquefois le diagnostic difficile et embarrassant. Voici un fait que nous a communiqué à cette occasion notre confrère, M. le docteur Fort, et qui va nous fournir un exemple de ce genre de difficulté.

La nommée P. Saint-Michel, âgée de vingt-trois ans, entre à la Salpêtrière le 23 mars 1859, dans le service de M. le docteur Trélat. Le 9 mars la malade avait été prise de céphalalgie et de douleurs lombaires. On n'a pas eu de renseignements sur les premiers jours de la maladie, mais il est certain, d'après ceux qu'ont fournis la malade et ses parents, que le 20 mars elle a été prise d'un délire très-violent. Un médecin est appelé; il diagnostique un état maniaque, dit que la malade est aliénée et qu'il est urgent de la conduire à la Salpêtrière. Il délivre un certificat et la malade est conduite le 22 à la Préfecture, où après vingt-quatre heures de séjour elle est examinée par le médecin commis à ce service, qui confirme le diagnostic du premier médecin et délivre un certificat de manie aiguë.

Le 23 mars la malade est transportée à la Salpêtrière dans la voiture des aliénés. On lui fait traverser une cour à pied. Voici dans quel état elle se trouvait le matin du 24 mars :

Comme aspect extérieur, elle avait la face colorée, les yeux vifs, brillants, les narines légèrement pulvérulentes; stupeur très-marquée. Toutes les fois que quelqu'un s'approchait de son lit, elle était saisie de frayeur et se cachait sous les draps.

Voici les symptômes qu'elle présentait :

Pas d'appétit; soif ardente; gencives, lèvres et langue fuligineuses, la langue est très-sèche et fendillée; pas de vomissements; diarrhée; quatre ou cinq selles quotidiennes; ventre un peu ballonné; gargouillement dans la fosse iliaque droite; douleurs vives à la pression existant sur tous les points du ventre, mais plus vives dans la fosse iliaque droite et à l'ombilic. Sur la peau du ventre, il existait une dixaine de taches lenticulaires, rosées, très-éparses, de 4 à 5 millimètres de diamètre, disparaissant sous la pression du doigt. Point de sudamina ou de pétéchies. La voix n'était pas altérée; la percussion, l'auscultation font reconnaître cet état congestif que l'on rencontre si fréquemment dans la fièvre typhoïde; la toux est légère, l'expectoration nulle ou à peu près. Les quelques crachats qu'elle rejette sont muqueux.

Rien d'anormal du côté du cœur; pouls à 104, plein, demi-dur. Les urines sont rouges, denses, peu abondantes et ne présentent à l'analyse ni sucre ni albumine. Rien du côté du mouvement et de la sensibilité tactile.

Quant à l'intelligence et à la sensibilité morale, voici ce qu'on constate : On a déjà noté l'air de stupeur que présente la malade; elle croit qu'on veut lui faire du mal, et lorsqu'on s'approche d'elle elle rougit davantage et veut se cacher; de temps en temps elle semble invoquer par les yeux la protection de celui qui l'examine, et elle répète trois ou quatre mots incohérents : *préfecture, peur, police, camisole*. Ces mots lui produisent une sorte de terreur; elle tremble en les prononçant. Si par hasard on les lui rappelle, elle tressaille, se cache et pleure. Elle raconte, mais si vaguement qu'on peut à peine la comprendre, la manière dont elle a été conduite à la Préfecture et de là à la Salpêtrière. Elle n'a pas dormi pendant la nuit. Elle a eu un délire peu agité. La céphalalgie est très-vive.

Deux vésicatoires sont appliqués aux mollets; cataplasmes sur le ventre; quelques lavements simples; diète absolue. On n'emploie aucune espèce de purgatif.

Le lendemain, 25 mars, tous les symptômes paraissent moins intenses; l'attention de la malade est fixée sur la douleur produite par les vésicatoires; diarrhée; douleurs abdominales et gargouillement; taches rosées; stupeur profonde. Elle n'a pas dormi dans la nuit et a eu le délire, moins violent que la nuit précédente.

Le 26 mars, disparition complète des taches rosées; ventre moins ballonné; langue sèche, non fuligineuse; douleurs moins vives dans l'abdomen; diarrhée, trois selles en vingt-quatre heures. Il ne reste plus que quelques râles épars dans les poumons; la stupeur diminue.

Le 2 avril, l'état de la malade s'améliore de plus en plus, elle est dans une situation très-satisfaisante. Tous les symptômes ont disparu, il reste seulement un peu d'hébétude dans le regard. Elle prend un bouillon depuis deux jours. Le mieux, allant en augmentant, on augmente graduellement la nourriture.

Le 28 avril, la malade sort parfaitement guérie. Elle a repris de l'embonpoint; elle est parfaitement saine d'esprit, et depuis le commencement de sa convalescence on a pu s'assurer qu'elle n'avait pas été affectée de manie. Cette jeune femme est douée d'un bon caractère, elle est douce, facile, obligeante et s'est occupée à des travaux d'aiguille jusqu'au jour de sa sortie.

Cette observation mérite à plus d'un titre d'attirer l'attention. Voici les conclusions principales qu'en déduit M. Fort :

1° On voit d'abord, dit-il, qu'au début de la fièvre typhoïde les symptômes cérébraux peuvent être tels qu'ils en imposent pour un délire maniaque, puisque un praticien de la ville et ensuite le médecin de la Préfecture s'y sont trompés;

2° Un fait qui paraît digne de remarque, c'est le séjour de la malade à la Préfecture et son trajet à pied dans les cours de la Salpêtrière, qui n'ont nullement aggravé le cours de la fièvre typhoïde dont la maladie a été de courte durée et sans accidents;

3° Le signe indiqué par M. le docteur Dumesnil dans les *Annales médico-physiologiques*, 1863, n'aurait pu servir ici au diagnostic de la folie et de la fièvre typhoïde, puisqu'on n'a pas trouvé dans les urines la moindre trace d'albumine. La présence de l'albumine dans les urines des typhoïdes ne serait donc pas, d'après cet exemple, un symptôme constant comme l'avance M. le docteur Dumesnil.

Iridectomie. — Hernie de l'iris. — Réduction par la fève de Calabar.

M. le docteur Martin (de Marseille) nous envoie l'observation suivante; il s'agit d'un fait qui offre un intérêt à un double point de vue; d'un côté, une iridectomie a été faite et a été suivie de hernie de l'iris; de l'autre, la fève de Calabar a été employée pour provoquer des contractions dans l'iris et favoriser sa réduction.

Voici l'observation de M. Em. Martin, auquel nous laissons la parole :

Le 9 mars dernier se présente à ma consultation la nommée Amélie E..., jeune fille de vingt ans, domiciliée à Château-Gombert (banlieue de Marseille).

Elle se plaint depuis deux jours de douleurs intenses dans l'œil gauche et dans toute la région circumorbitaire; ces douleurs se sont déclarées brusquement, et ont acquis une telle violence que la malade ne peut plus goûter un moment de repos.

J'examine l'œil; il est saillant; il existe une injection sous-conjonctivale prononcée et un épiphora abondant. Le champ visuel offre un reflet grisâtre qui donne à l'œil un aspect terne; la pupille est fortement dilatée et immobile; l'iris est refoulé en avant, et le globe oculaire présente au toucher une dureté pierreuse caractéristique. La malade ne peut d'ailleurs distinguer que l'ombre des corps qu'on déplace et qu'on fait mouvoir devant cet œil.

Poursuivant mes investigations plus loin, j'apprends que trois mois auparavant de semblables douleurs se sont déclarées, accompagnées de sensations lumineuses variées; elles ont disparu au bout de quelques jours en laissant l'œil très-faible et le champ visuel rétréci.

Le diagnostic ne laissait aucun doute; mais je regrettais cependant que la sensibilité de l'œil s'opposât à l'examen ophthalmoscopique; j'aurais voulu m'assurer si la papille optique était d'une couleur jaune pâle, si les artères présentaient des pulsations spontanées, en un mot cet examen eût complété mon diagnostic. Je ne parle pas de l'excavation papillaire, je ne l'aurais sans doute pas constatée, car elle ne se montre généralement qu'après un nombre d'attaques considérable.

La santé de cette jeune fille me parut parfaite, et je ne découvris chez elle l'existence d'aucune diathèse. Je lui proposai l'iridectomie, opération qu'elle accepta sans peine quand je lui eus affirmé que la manœuvre opératoire, au lieu d'éveiller de nouvelles douleurs, aurait pour résultat immédiat de calmer celles qui existaient depuis deux jours. L'opération décidée, je la pratiquai le samedi 11 mars.

Le premier temps fut assez facile, bien que la chambre antérieure fût très-étroite. L'humeur aqueuse s'écoula lentement, et je pus, en retirant le couteau, agrandir la plaie de façon à lui donner 8 à 10 millimètres d'étendue. J'excisai ensuite une large portion de l'iris à la partie externe jusqu'à son bord ciliaire; enfin, je couvris l'œil de bandelettes de taffetas gommé, et la malade fut placée dans son lit.

Pendant quatre jours, le traitement fut confié au médecin ordinaire, et le mercredi 15 mars j'enlevai moi-même l'appareil. A ma grande satisfaction, la vue était déjà bonne, mais la malade éprouvait une sensation de gravier sous la paupière occasionnée par une hernie de l'iris de la grosseur d'une tête d'épingle. L'application de quelques disques gélatineux de fève de Calabar eut pour résultat de réduire complétement la hernie, et le samedi 18 la jeune fille était amenée chez moi complétement guérie.

Je croirais inutile, ajoute l'auteur, de relater encore maintenant les succès de l'iridectomie dans le glaucome si cette observation ne devait être lue que par des médecins adonnés aux pratiques de l'oculistique; je ne ferais, en effet, que confirmer par un cas pris dans ma pratique ce qu'ils ont dû souvent constater eux-mêmes. Malheureusement la merveilleuse découverte de Græfe trouve encore aujourd'hui beaucoup de détracteurs et d'incrédules; il en est, en effet, qui ne craignent pas de professer et d'écrire que l'iridectomie est devenue une manie, et qu'on coupe, qu'on déchire l'iris sans motif, dans le but même de juguler des inflammations, alors qu'on a enseigné et appris de tout temps que cette membrane avait la plus grande aptitude à l'inflammation.

Certes, je suis essentiellement de l'avis de ceux qui avancent que l'iris s'enflamme facilement; mais je soutiens que si un attouchement léger à la surface de l'iris est capable de déterminer la phlogose la plus intense, l'excision large d'une portion de cette membrane est toujours exempte de cet accident. C'est là une particularité essentielle de la susceptibilité de l'iris, et j'ai par devant moi un nombre suffisant de faits pour affirmer non-seulement l'innocuité de l'iridectomie, mais encore son efficacité dans le traitement des affections inflammatoires avec pression intra-oculaire, inflammations d'ailleurs rebelles à tous les traitements médicaux.

L'observation précédente démontre aussi l'action d'un médicament récemment introduit dans la thérapeutique oculaire, la fève de Calabar, car grâce à son influence j'ai obtenu la réduction prompte de la hernie irienne consécutive.

Aphasie. — Particularités curieuses dans les troubles de la parole.

Un élève en médecine, qui porte un nom honorablement connu, M. Dieulafoy, attaché au service de M. le professeur Trousseau à l'Hôtel-Dieu, nous communique les détails suivants sur un cas d'aphasie qui est en ce moment dans ce service.

Le nommé B..., terrassier, âgé de quarante-deux ans, entre à l'hôpital le 25 mars, dans le service de M. Trousseau.

La sœur de la salle, femme fort intelligente, le jugeant gravement malade, s'approche de lui pour l'exhorter à penser à ses derniers moments; il lance alors ces quelques mots bien articulés : « N'y a pas de danger. »

Bientôt après, M. Dieulafoy s'approche de son lit, et à sa première question le malade répond encore : « N'y a pas de danger. »

Deuxième question, même réponse.

Ceci ressemblait singulièrement à une aphasie, et en effet la paralysie de tout le côté droit confirmait le diagnostic.

L'état du malade, assez grave pendant trois jours, finit par s'améliorer, et durant un mois et demi la conversation de B... n'a pas été au delà de ces deux phrases : « N'y a pas de danger, n'y a pas de doute. »

Le 16 avril, à la visite du matin, paraissant avoir oublié ses anciennes formules, aux diverses questions qu'on lui adresse le malade répond : « Tout de même. » Et depuis ce moment il s'en tient à ces trois derniers mots.

Ce qui est étrange, nous fait remarquer M. Dieulafoy, c'est qu'on ne peut arriver à lui faire dire séparément le mot *même*. Il ne le dit qu'à une condition, c'est qu'il soit précédé du mot *tout*.

Si on lui demande le mot *jour*, il ne peut le prononcer, mais il dit fort bien *toujours*.

« Je pensai alors, dit M. Dieulafoy, qu'en faisant précéder du mot *tout* le nom de différents objets, on arriverait peut-être à étendre son vocabulaire.

« C'est ce que je fis. Voici le résultat :

« Il lui est impossible de dire : « Le vin, les malades, » mais il articule facilement : « *Tout* le vin, *tous* les malades. »

« Impossible d'obtenir un *oui* ou un *non*, mais il dit volontiers : *Tout oui, tout non.* »

« Il dit par le même artifice des phrases beaucoup plus longues : « *Tout* je vous salue, *tous* les vins sont bons, *tous* les rideaux sont blanchis par la sœur du service. »

« Voilà donc un moyen de faire parler cet aphasique ; il dit de longues phrases pourvu qu'elles soient précédées du mot *tout* ; sans cela, pas moyen de lui arracher une syllabe, ou, s'il veut répondre, on le voit chercher un instant ; il hésite, et lance avec impatience son : « Tout de même. »

Ce malade est encore dans le service de M. Trousseau. Son observation est régulièrement suivie. S'il survient de nouvelles particularités dignes d'être signalées, nous serons en mesure, grâce à l'offre obligeante que nous en a faite M. Dieulafoy, de les faire connaître à nos lecteurs.

DE L'AMÉNORRHÉE PAR CAUSES PSYCHIQUES

et particulièrement par la peur excessive d'être grosse ou par le vif désir d'avoir des enfants (1),

Par M. le docteur RACIBORSKI.

La forme de l'aménorrhée que nous voulons signaler dans ce travail à l'attention des praticiens n'a pas encore été décrite par les auteurs ; mais nous ne doutons pas que l'attention étant fixée là-dessus on en rencontrera assez souvent des exemples. L'aménorrhée par causes psychiques nous semble constituer un état pathologique réel ayant son individualité qu'il importe de savoir distinguer des autres espèces d'aménorrhée, autant dans l'intérêt de la science que dans l'intérêt thérapeutique. Souvent il ne s'agit de rien moins que de dissiper des angoisses morales les plus terribles auxquelles bien des malades préféreraient des souffrances physiques. Ce n'est pas d'ailleurs chez la femme seulement que de vives préoccupations de l'esprit réagissent quelquefois d'une manière réflexe sur les ramifications du grand *moteur organique* (grand sympathique), et étendent leur influence même aux actes de la vie organique de l'appareil de la reproduction. L'homme en présente également des exemples, et ils sont même plus faciles dans ce cas à apprécier.

On a vu souvent des hommes vigoureux devenir momentanément impuissants par suite d'une malencontreuse préoccupation basée sur une simple crainte imaginaire de ne pas sortir avec les honneurs voulus d'un rendez-vous où tout devait se passer d'après un programme arrêté d'avance. Dans ce cas, plus on redouble d'efforts, plus l'imagination augmente la crainte de ne pas réussir, et plus on peut être sûr de voir se prolonger cette anaphrodisie morale née sous l'influence d'une idée erronée transmise par le nerf sympathique, du cerveau aux organes sexuels.

Montaigne en parlant de la force de l'imagination raconte un fait assez curieux dans ce genre, donnant presque à entendre que pareille chose était arrivée à lui-même. « Je sais, dit-il, par expérience, que tel de qui je puis respondre comme de moymesme, en qui il ne pouvait choir de soupçon aucun de faiblesse, et aussi peu d'enchantement, ayant ouï faire le conte à un sien compagnon d'une défaillance extraordinaire en quoi étoit tombé sur le point qu'il en avoit le moins de besoin, se trouvant en pareille occasion, l'horreur de ce conte lui vint tout à coup si rudement frapper l'imagination qu'il encouroit une fortune pareille, et de là fut subjet à y rechoir, ce vilain souvenir de son inconvénient le gourmandant et tyrannisant. » Les femmes qui ont acquis une certaine expérience là-dessus se garderaient bien, dans de pareilles circonstances, de froisser l'amour-propre du pauvre anaphrodisiaque par des railleries inopportunes, ce qui ne ferait que prolonger son martyre, tandis que quelques paroles douces ne manifestant aucun étonnement, adressées en vue de détourner l'esprit de sa préoccupation exclusive, peuvent le faire cesser. L'état matériel qui se produit dans ces défaillances sur les organes sexuels est manifeste ; au lieu de s'épanouir, la verge et les testicules se retirent au contraire sur eux-mêmes ; grâce à l'action sympathique des nerfs *vaso-moteurs*, leurs vaisseaux se crispent, se resserrent ; le sang reflue vers l'intérieur ; la température baisse ; en un mot, on voit survenir des conditions tout opposées à celles qui constituent l'érection.

Les faits de ce genre sont connus de tout le monde, à cause de la facilité qu'on a pour les observer sur les organes qui sont situés extérieurement. Tout porte à croire que, dans certaines circonstances, sous l'influence des causes analogues à celles dont nous venons d'étudier l'influence chez l'homme, il doit se passer quelque chose de semblable chez la femme dans les ovaires, ce qui peut occasionner des retards plus ou moins longs dans l'apparition des règles, ou une aménorrhée d'assez longue durée. Plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'être consulté par des femmes auxquelles il était arrivé de succomber dans la lutte de leurs sentiments après avoir vécu longtemps sages et fidèles à leurs devoirs. Effrayées des conséquences possibles de cet acte, sans cesse poursuivies par la crainte d'une grossesse, elles comptaient avec impatience les jours qui les éloignaient encore de la prochaine époque menstruelle ; en épiant avec anxiété les symptômes qui précédaient habituellement chez elles ces époques, elles attendaient l'apparition des règles comme une sorte d'arrêt auquel était attaché leur honneur. Quoi de surprenant alors qu'une impression morale aussi profonde puisse opérer sympathiquement sur les ovaires, ce que nous avons vu se faire pour ainsi dire sous nos yeux sur les organes génitaux externes de l'homme ! L'excitation des nerfs *vaso-moteurs* par l'intermédiaire du grand sympathique doit, dans ce cas, produire des effets analogues ; elle doit avoir pour résultat d'arrêter la congestion physiologique qui se préparait dans un des ovaires pour l'accomplissement de l'acte périodique de l'ovulation, et d'être ainsi la cause d'un retard dans l'éruption des règles. Cette théorie s'appuie d'ailleurs sur des expériences physiologiques des plus concluantes de M. Cl. Bernard, et ce n'est pas avec peu de satisfaction qu'en voulant faire l'application des progrès récents de la physiologie à l'observation médicale, nous y avons trouvé la clef de plusieurs faits intéressants qui nous avaient frappé depuis longtemps, et dont nous n'avons pu nous rendre compte d'une manière satisfaisante. Il nous serait facile de rapporter un assez grand nombre d'observations de ce genre, mais ce serait vouloir étendre le tableau des faiblesses humaines, sans nécessité et sans aucun profit pour la science. En en rapportant deux, dont nous avons été à même de contrôler pour ainsi dire tous les détails, nous pensons pouvoir suffire aux exigences, d'autant plus que notre intention n'est que d'appeler l'attention sur un fait qui a passé inaperçu, mais pas le moins du monde de faire intervenir, avec son aspect imposant, la statistique, et poser des lois relatives soit au fait principal, soit à d'autres faits qui peuvent se grouper autour de lui. Parmi les détails dans lesquels nous serons obligé d'entrer, on en trouvera peut-être qui paraîtront superflus. Mais il ne faut pas perdre de vue que, pour faire apprécier l'influence de causes *psychiques*, il fallait peindre aussi fidèlement que possible l'état de l'esprit des malades ; de là la nécessité d'entrer dans certains détails de la vie qui peuvent mieux faire juger de la force de leurs préoccupations.

OBS. I. — Mme X..., âgée de trente ans, ordinairement bien portante et très-régulièrement menstruée, ne supportant pas bien le climat d'Afrique où elle avait accompagné son mari, n'a pas tardé de rentrer en France, et elle habitait Paris avec ses parents et ses enfants auxquels nous avons eu l'occasion de donner plusieurs fois nos soins, après avoir accouché deux fois la mère. Un jour, ayant été mandé pour Mme X..., qu'on nous disait être indisposée depuis quelques jours, nous l'avons trouvée alitée, ayant la peau assez chaude et 90 pulsations ; figure altérée, yeux brillants, et visiblement agitée, sans accuser aucune souffrance particulière. Dans l'impossibilité de rattacher ces symptômes à aucune lésion locale, j'ai adressé à la malade des questions sur ses époques menstruelles ; mais j'ai bien vu que cela ne faisait qu'augmenter son agitation ; au lieu de nous répondre là-dessus carrément, elle dit seulement avec un accent de désespoir : « Ne m'en parlez pas, c'est précisément ce qui fait mon malheur. » Il n'en fallait pas davantage pour me faire supposer la cause réelle de son indisposition. Elle ajouta alors qu'elle était réglée avec la plus grande exactitude, mais que cette fois il y avait eu déjà huit jours de retard, ce qui la mettait au désespoir, car elle craignait d'être grosse pour une seule fois qu'elle a manqué à ses devoirs depuis la dernière époque menstruelle. Cet aveu nous étonna, car Mme X... paraissait être attachée à son mari, et, quoique jeune et très-jolie, elle semblait mener une conduite très-régulière sous la tutelle de sa mère. Elle nous dit alors qu'à son dernier voyage en Afrique, elle avait fait en revenant, pendant la traversée, connaissance d'un marin qui, s'étant épris d'elle, avait sollicité et obtenu la permission de correspondre avec elle. Cet état de choses avait duré depuis plusieurs mois, lorsque le jeune officier, ayant reçu l'ordre de partir avec son bâtiment pour une expédition lointaine, craignant de ne plus la revoir, vint à Paris pour lui faire ses adieux. Un rendez-vous fut demandé et accordé, et c'est là que la pauvre femme nous dit avoir succombé, luttant jusqu'à la fin, au moins physiquement, sinon moralement. Depuis ce n'étaient que des pleurs et des préoccupations ; la crainte d'être enceinte la poursuivait sans relâche, et cette crainte se changea en désespoir depuis qu'elle n'a pas vu ses règles à l'époque où elle comptait les avoir.

Notre premier soin était de chercher à rassurer la malade, et c'est toujours par là qu'il faut commencer, surtout dans des cas pareils. L'examen attentif de tous les détails de la confession de cette pauvre femme, fortifié par l'expérience, nous faisait d'ailleurs de suite présumer que nous n'avons pas eu affaire à une grossesse, mais plutôt à un simple retard par cause *psychique*. Nous lui avons donné à entendre que des exemples de pareils retards étaient assez fréquents à la suite de vives préoccupations morales, et qu'il était peu probable qu'une grossesse en fût la cause. A l'instant la physionomie de la malade avait pris un autre aspect. Au traitement moral nous avons ajouté de légers narcotiques joints à quelques faibles excitants, tels que : bains de pieds sinapisés ; quelques tasses de tilleul avec une quinzaine de gouttes d'acétate d'ammoniaque par chaque tasse, etc., etc. Deux jours après, l'apparition des règles leva toutes les inquiétudes de la malade, et elles avaient duré comme de coutume. L'ayant revue quelques jours après, elle nous a déclaré qu'on ne pouvait pas se figurer le bonheur qu'elle a éprouvé lorsque nous l'avons rassurée en admettant difficilement une grossesse, et elle a promis qu'elle ne s'y exposerait plus jamais de la vie.

OBS. II. — Mme Z..., âgée de trente-huit ans, régulièrement menstruée, venait de marier sa fille. Quinze jours plus tard elle comptait avoir ses règles ; mais, après six jours d'inutile attente, elle était convaincue d'être enceinte et chargea son mari de venir chez nous s'accuser de sa faute, et nous prier de lui faire une visite. M. Z... nous dépeignit très-bien les dispositions de l'esprit de sa femme ; il nous a affirmé que déjà, depuis longtemps, pour se conformer à son vif désir, il avait cessé d'avoir des rapports conjugaux, pour ne pas l'exposer à avoir un enfant de plus, et nuire ainsi à l'établissement de leur fille qui était bonne à marier. Effectivement, le mariage projeté depuis quelque temps eut lieu dernièrement. Sous l'influence des idées joyeuses qui n'avaient pas abandonné un instant cette fête de famille, Mme Z... n'eut pas le courage de traiter son mari avec des rigueurs habituelles, et céda un instant à ses avances. Toutefois, d'après les affirmations de M. Z..., tout se serait passé entre une crainte excessive d'une part et la plus grande circonspection de l'autre, à tel point que pour M. Z... il n'y avait pas le moindre doute que sa femme ne pouvait pas être enceinte. Mais malheureusement son esprit avait été tellement frappé par cette idée, depuis le mariage de sa fille, qu'elle était au désespoir d'avoir consenti à une seule exception à sa manière habituelle de vivre ; sa conviction devint encore plus forte depuis qu'elle n'a pas vu arriver ses règles à leur époque, et elle n'espérait de trouver un peu de tranquillité que si je réussissais à la rassurer sur sa position. Étant allé voir Mme Z... le lendemain matin, nous la trouvâmes au lit, ne cherchant point à dissimuler sa tristesse ; elle nous affirma de nouveau qu'elle était toujours très-régulièrement menstruée, et que c'était pour la première fois qu'il lui était arrivé d'avoir un retard de sept jours, ce qui lui paraissait significatif. « Vous voyez en moi, ajouta-t-elle, une malheureuse créature, mais la faute n'est pas à moi, mais à mon mari qui n'a pas toujours voulu suivre mes conseils. Nous venons de marier notre fille ; les conditions de fortune ont été stipulées et garanties ; si j'ai un enfant de plus, ces conditions se trouvent bouleversées, mais c'est notre honneur surtout qui en souffrira, car on serait en droit de nous accuser d'avoir manqué de délicatesse. J'ai la plus grande confiance en vous, ami de toute ma famille depuis si longues années, veuillez me rassurer si vous pouvez le faire consciencieusement, et vous ferez disparaître de mon esprit les plus terribles angoisses. »

J'ai commencé par déclarer qu'il me serait absolument impossible de me prononcer sur l'existence d'une grossesse d'aussi fraîche date, que néanmoins ayant bien écouté et pesé tout ce qui m'a été raconté par elle et son mari, m'appuyant en même temps sur ma longue expérience qui m'a permis de voir bon nombre de faits analogues, j'étais tout disposé à croire, avec son mari, qu'elle n'était pas enceinte, et que toutes les commotions morales qu'elle a éprouvées depuis le jour du mariage de sa fille pouvaient rendre suffisamment compte du retard des règles. Nous avons conseillé de garder le lit encore vingt-quatre heures, de prendre quelques tasses d'infusion de fleurs de tilleul et d'oranger. Le soir, on devait ajouter à ces moyens une capsule d'apiol et continuer ainsi pendant quatre jours. Le cinquième jour, nous avons trouvé la malade rayonnante de joie ; au bout de deux jours de traitement, les règles avaient déjà paru et elles continuaient encore à notre visite.

Avec un peu d'habitude, il ne sera pas très-difficile de distinguer l'aménorrhée par cause psychique dont nous venons de parler, de l'aménorrhée consécutive à la grossesse. Son caractère dominant est une crainte excessive de devenir grosse, commandée presque toujours par la position sociale des personnes ou des considérations de famille. Ici les femmes connaissent parfaitement le danger avant de s'y exposer ; si elles ont succombé, ce n'est qu'à la suite d'une lutte énergique entre ce sentiment de crainte qui les dominait toujours et un autre sentiment devenu assez fort pour les désarmer. Mais dès le moment où cette crainte est devenue justifiable par les actes, elle prend des proportions exagérées ; on en trouve l'expression partout : dans les traits de la malade, dans ses yeux, dans ses paroles. On ne voit rien de semblable chez des femmes chez qui le retard est occasionné par une grossesse commençante survenue en dehors de toutes ces préoccupations d'esprit. Ainsi, chez les femmes mariées qui se conforment résolûment à leur destinée, un retard n'est ordinairement accompagné d'aucun sentiment de crainte, et encore moins les voit-on se livrer au désespoir ; tout y est calme et naturel. Si l'on consulte dans ce cas le médecin, c'est uniquement pour savoir à quoi s'en tenir, mais nullement par le besoin d'être rassuré. Il en est de même chez des femmes non mariées dont la position ne commande pas tant de précautions. Si alors les rapports sexuels occasionnent quelquefois des regrets, ce n'est ordinairement que plus tard, lorsqu'il n'y a plus de doute sur la grossesse ; mais la crainte de devenir grosse préoccupe si peu l'esprit qu'on ne redoute pas de s'y exposer de nouveau ; dans l'aménorrhée par cause psychique au contraire, il ne s'agit le plus souvent que d'une seule faute.

Le traitement qui nous a le mieux réussi dans l'aménorrhée par cause psychique de cette espèce consiste en premier lieu en des moyens moraux tendant à rassurer et calmer les inquiétudes de la malade. Nous joignons à cela quelques légers excitants du système circulatoire général, tels que des infusions chaudes de tilleul, de sureau, de feuilles de cassis, etc., etc. C'est dans cette espèce d'aménorrhée que l'on obtient surtout d'excellents effets de l'apiol administré sous forme de capsules, à la dose de 2 par jour. Nous ajoutons souvent à ces moyens quelques grammes de muriate d'ammoniaque ou d'acétate d'ammoniaque réparties par 15 à 20 gouttes chaque fois dans les infusions ci-dessus mentionnées. Et qu'on ne vienne pas nous objecter que ces moyens pourraient avoir des inconvénients, si au lieu d'un simple retard il s'agissait réellement d'une grossesse. Sans doute, loin de nous la pensée qu'on ne soit jamais exposé à commettre cette erreur de diagnostic ; mais toujours est-il que, dans ce cas même, on peut être rassuré sur les conséquences. On s'exagère généralement trop les vertus abortives des substances médicinales, et, à plus forte raison, aurait-on tort d'attacher une grande importance à l'action des moyens tant soit peu stimulants que nous venons d'énumérer. L'aménorrhée, qui est la conséquence naturelle de la conception, résiste bien autrement que cela à toutes les drogues considérées comme ayant une action spéciale sur la matrice. Il est rare que les femmes enceintes, qui ne craignent pas d'aller jusqu'au crime pour dissimuler leur position, n'aient pas eu recours successivement à la plupart des médicaments réputés

(1) Extrait des *Archives de médecine.*

pour cela et connus traditionnellement du public, avant de s'adresser à un médecin. Tous les praticiens qui ont été à même d'apprendre la vérité de ces malheureuses (car on cherche d'abord généralement à induire les médecins en erreur dans l'intention d'obtenir encore quelque chose pour rappeler les règles) savent bien que la plupart des efforts de ce genre restent stériles lorsqu'il s'agit d'une véritable grossesse. Nous croyons même que ce qui a pu contribuer le plus à la triste renommée dont certaines substances jouissent sous ce rapport, surtout dans les campagnes, c'est qu'on a pris le plus souvent pour des grossesses commençantes les aménorrhées par cause psychique, par la peur d'être grosse, et qu'un simple retour de l'hémorrhagie menstruelle retardée était considéré à tort comme une fausse couche.

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE INTERNE (1),

Par M. le docteur Maurice PERRIN.

C'est en me plaçant à ce point de vue que je crois être arrivé à dresser une statistique capable de mieux nous éclairer sur les dangers qu'entraîne l'incision des rétrécissements. Elle est basée exclusivement sur des faits livrés à la publicité et le plus souvent connus dans tous leurs détails. J'ai évité soigneusement les renseignements officieux afin de m'épargner le reproche que je trouve fondé de grouper des chiffres dépourvus de contrôle, empruntés à des souvenirs vagues ou complaisants.

Voici quels en sont les éléments :

1° Résultats de M. Sédillot : 21 opérations, 1 mort. (Mémoire de M. Gaujot et *Gazette hebdomadaire.*)

2° Résultats de M. Maisonneuve : 66 opérations, 3 morts. (Thèse de M. Reliquet, p. 68.)

J'ai éliminé les résultats obtenus par le même chirurgien pendant la période de 1854 à 1861 et j'en ai donné les motifs.

3° Résultats de M. Gosselin : 16 opérations, 1 mort. (Thèse de M. Reliquet, p. 33.)

4° Résultats de M. Trélat : 4 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 228.)

5° Résultats de M. Demarquay : 12 opérations, 0 mort.

6° Résultats de M. Boinet : 5 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 256.)

7° Résultats de M. Desormeaux : 10 opérations, 0 mort. (*Bulletin de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 257.)

8° Résultats de M. Reybard : 14 opérations, 0 mort. (Considérations générales sur l'uréthrotomie superficielle et ses différents procédés. *Gazette médicale*, Paris, 1862.)

9° Résultats de M. Maurice Perrin : 15 opérations, 0 morts.

Je ne fais pas figurer dans l'énumération qui précède les chiffres produits à cette tribune par notre collègue, M. Dolbeau, et je tiens à lui soumettre les raisons qui m'en ont éloigné. Nous ne connaissons de la pratique de M. Dolbeau que des résultats numériques; quelques faits isolés seulement ont été publiés, mais à un autre point de vue, dans la thèse de M. Mauvais. Il en résulte que j'ai été embarrassé pour classer ce document. S'agissait-il d'uréthrotomies avec incisions profondes du canal, celles qui se sont montrées toujours graves, ou d'uréthrotomies avec incisions superficielles? Il m'était rigoureusement impossible de le déterminer, d'autant plus que le procédé mis en œuvre pouvait bien avoir trahi les intentions de l'opérateur. Je m'expliquerai tout à l'heure sur ce point. Un autre motif d'incertitude provenait de l'usage combiné de l'incision et de la dilatation progressive que paraît avoir adopté notre collègue. Or, je l'ai déjà dit, ce n'est pas cette méthode qui est en cause dans ce débat.

Les remarques qui précèdent, je les énonce sous toute réserve et je suis tout prêt à les modifier si je me suis écarté à mon insu de la pensée de l'auteur. Dans tous les cas je tiens à constater que ce n'est pas pour les besoins de la cause que je fais cette omission volontaire : la moyenne de mortalité de M. Dolbeau (1 sur 36), étant identique ou à peu près à celle qui va ressortir des résultats énoncés plus haut. En faisant l'addition de ces derniers, on arrive à un total de 163 opérations ayant fourni 158 guérisons. Ce chiffre est certainement trop faible; d'après les renseignements que j'ai pu prendre, des succès nouveaux existent en assez grand nombre. J'aurais pu m'en servir; j'aurais pu aussi tenir compte de la pratique de quelques spécialistes dans ce qu'elle a d'authentique, de contrôlé; par exemple, des faits contenus dans le rapport de Lagneau à l'Académie de médecine sur le procédé d'uréthrotomie de M. Guillon (année 1849), mais j'ai préféré me restreindre, m'en tenir aux documents récemment publiés et fournis par la Société de chirurgie elle-même, afin d'établir la discussion sur un terrain plus solide, moins connu, afin de lui donner aussi plus d'élasticité.

Les 163 observations qui figurent dans mon relevé ont donné 5 morts, c'est-à-dire 3,07 p. 100; mettons en chiffres ronds 3 p. 100. Je tiens à rappeler dans quelles circonstances. Le malade de M. Sédillot était un vieillard de soixante-huit ans qui, outre son rétrécissement uréthral, avait un engorgement considérable de la prostate, un obstacle permanent au cours des urines, entretenu selon toute apparence, d'après les détails de l'observation, par une hypertrophie du lobe médian; toutes conditions qui, en entravant la miction, avaient déterminé une cystite parenchymateuse bien caractérisée. Dans ce cas compliqué, l'uréthrotomie fut pratiquée trois fois sans aucun accident immédiat. Malgré la perméabilité du canal, la vessie ne put se vider mieux; nous venons de voir pourquoi : on fut obligé de recourir à la sonde à demeure, puis au cathétérisme régulier. Bref, il survint un abcès prostatique terminé par infection purulente qui emporta le malade.

Les trois insuccès de M. Maisonneuve sont publiés dans le travail de M. Reliquet (p. 70). Le premier, qui remonte à 1862, y est seulement mentionné : l'opéré succomba à une pneumonie. L'observation des deux autres, au contraire, y est rapportée avec détails. Dans le premier cas il s'agit d'un ivrogne, jeune encore, atteint d'une rétention complète d'urine pour laquelle on avait fait des tentatives de cathétérisme avant l'entrée à l'hôpital. Il en était résulté une fausse route suivie d'une hémorrhagie abondante et d'un violent accès de fièvre. Les jours suivants les frissons se répètent, et une pneumonie se déclare du côté droit. C'est dans ces tristes conditions que l'uréthrotomie fut pratiquée; quatre jours après le malade succombait aux progrès de l'affection pulmonaire. A l'autopsie on constata l'existence d'une fausse route ouverte un peu en avant du collet du bulbe et prolongée sous la région membraneuse, et puis une hépatisation franche de la base du poumon droit.

Quant au troisième, c'était un vieillard de soixante-quatre ans, affaibli, porteur depuis deux ans de fistules urinaires périnéales. La section du rétrécissement fut d'abord suivie d'un mieux sensible. A cause des fistules une sonde à demeure parut devoir être maintenue dans le canal; elle y resta durant neuf jours, au bout desquels survint une vaste filtration urinaire du périnée et des bourses qui amena la mort quatre jours plus tard.

Dans le fait unique observé par M. Gosselin, fait dont les détails se trouvent aussi relatés dans la thèse de M. Reliquet (p. 74), le malade succomba à un abcès périnéal communiquant avec le canal de l'urèthre. Cet abcès détermina des accidents de résorption purulente.

Comme vous le voyez, Messieurs, dans la majorité des cas où l'uréthrotomie a échoué, il s'agissait de situations graves en elles-mêmes, compromettantes pour la vie.

Voilà donc ce qu'a produit l'uréthrotomie; 158 guérisons immédiates et 5 morts survenues dans les conditions que je viens de rappeler. Voilà ses œuvres! Eh bien, je vous le demande, reconnaissez-vous à ces traits cette opération grave, périlleuse, qui nous a été dénoncée? Une mortalité de 3 p. 100; mais ce n'est guère que la part que nous sommes obligés de faire à l'imprévu dans la pratique des opérations les plus insignifiantes de la chirurgie.

On m'objectera peut-être qu'il est trop tôt encore pour se prononcer, que l'uréthrotomie n'a pas fait suffisamment ses preuves, qu'il ne faut voir dans la statistique précédente qu'une période de succès attendant ses revers. Mais remarquez qu'elle représente les résultats de plusieurs années, qu'elle résume la pratique de neuf chirurgiens. Ce qui ajoute encore à ma confiance et ce qui me permet de présenter les chiffres précédents comme les résultats réguliers et promis désormais à l'uréthrotomie bien faite, c'est moins encore l'abaissement du chiffre de la mortalité que le changement opéré dans la physionomie, qu'on me passe cette expression, de l'opération et de ses suites immédiates. On ne rencontre plus de ces accidents toujours inquiétants, parce qu'ils peuvent devenir graves et qui étaient, pour ainsi dire, la règle avec certains procédés opératoires. Parcourez toutes les observations publiées, celles de M. Sédillot ou de M. Maisonneuve, celles de M. Gosselin ou de M. Reybard, les miennes enfin, observations recueillies au lit du malade, et vous verrez que les hémorrhagies, les infiltrations urineuses, les abcès, les accès de fièvre un peu intenses sont devenus très-rares. Et d'ailleurs ce chiffre de 163 observations, toutes connues, toutes authentiques, n'a-t-il aucun droit à votre confiance? Dans quelles conditions nous serait-il d'asseoir notre jugement sur une base aussi large, aussi solide?

Voilà ce qu'a fait l'uréthrotomie interne : la dilatation progressive eût-elle fait mieux, eût-elle fait aussi bien? Ces 163 rétrécissements, choisis en quelque sorte parmi les plus graves, les plus difficiles, les plus compliqués, puisque l'uréthrotomie n'a guère été employée jusqu'alors qu'en désespoir de cause, n'auraient-ils entraîné la mort que 5 fois si on les eut abandonnés aux tâtonnements impuissants de la bougie? Les chiffres manquent pour répondre, mais je laisse à votre expérience des maladies des voies urinaires le soin d'y suppléer.

D'ailleurs, l'uréthrotomie n'est pas une méthode routinière comme la dilatation; elle aspire au progrès, et quand, au lieu d'être repoussée un peu systématiquement, elle sera acceptée comme méthode générale, mieux étudiée encore dans ses indications, dans son mode opératoire, dans les soins qu'elle réclame, les progrès réalisés dans ces dernières années autorisent à croire que ce chiffre de mortalité de 3 p. 100 diminuera encore et sera réduit rigoureusement à la proportion des cas fatalement voués à la mort. Le second grief articulé contre l'uréthrotomie est relatif à ses suites. On lui a reproché d'exposer à lacérer le canal et à provoquer la formation ultérieure des rétrécissements, quand on opère avec un instrument à lame découverte. C'est là une hypothèse non justifiée ni par l'expérimentation ni par l'observation clinique. Un fait a été cité pour l'appuyer. Si mes renseignements sont exacts, on n'y aurait pas regardé de très-près avant de le produire. Je crois pouvoir passer outre. L'uréthrotomie, a-t-on dit, expose à des récidives très-promptes et à peu près inévitables. C'est à tort qu'elle affiche la prétention non justifiée de guérir radicalement les rétrécissements. Il se peut que la prétention de guérir radicalement les strictures uréthrales ait été annoncée dans quelques officines; la science n'a rien à y voir. Non, l'uréthrotomie n'est pas une méthode radicale. Il n'y aurait qu'un seul moyen de guérir définitivement les rétrécissements, ce serait de restituer au canal toutes les propriétés de tissu qu'il possède à l'état physiologique. Ce moyen est encore à trouver. Toute la question se réduit à ceci ; quelle est celle des deux méthodes en présence qui écarte le mieux les chances de récidive.

L'anatomie pathologique des rétrécissements est aujourd'hui bien connue, grâce surtout aux travaux de M. Jose Pro (Thèse inaugurale, Paris, 1856), de M. Aug. Mercier et de notre collègue, M. Alph. Guérin (*Mém. Soc. chirurg.*, t. IV). On sait qu'en dehors du traumatisme ils sont produits et entretenus par la rétractilité d'un tissu fibreux de nouvelle formation développé, sous l'influence d'une irritation du voisinage, dans le tissu cellulaire sous-muqueux avec des irradiations plus ou moins profondes dans le corps spongieux de l'urèthre.

La dilatation progressive lutte contre cette propriété de tissu; elle l'empêche de se manifester, mais elle ne touche pas à la cause du mal; elle respecte le tissu morbide, à moins d'admettre que le contact réitéré de l'instrument, l'irritation qu'il provoque, la compression qu'il exerce excentriquement sur les parois du canal ne favorise un travail de résorption salutaire; cela n'est pas impossible, mais aucun fait à ma connaissance n'est encore venu le démontrer depuis si longtemps qu'on fait de la dilatation. L'uréthrotomie a fourni sur son mode d'intervention des notions autrement précises. On sait de science certaine qu'une fois la section pratiquée, les lèvres de la plaie s'écartent l'une de l'autre, soit spontanément sous l'action des fibres circulaires de l'urèthre, soit violemment, ce que je crois, sous l'effort du corps dilatant introduit dans le canal. Cet écartement est en raison composé de l'étroitesse du conduit et du volume de l'instrument que l'on emploie. Se produit-il par un véritable glissement du tissu du rétrécissement sur l'enveloppe fibreuse du corps spongieux comme l'a écrit Reybard? Je ne le pense pas, car le corps spongieux lui-même est le plus souvent envahi. Ce sont ses fibres constitutives ou, plus exactement, ses prolongements dans les trabécules du corps spongieux, en grande partie oblitéré qui cèdent, s'allongent ou se déchirent sous une pression même très-modérée. Quoi qu'il en soit, l'écartement des lèvres de la plaie une fois produit est permanent, définitif; l'espace losangique qu'elles circonscrivent se recouvre d'une pellicule cicatricielle, mince, souple, qui présente les caractères d'une muqueuse adventice et ne paraît avoir aucune tendance à se rétracter. Il en résulte que le canal de l'urèthre, au niveau du point rétréci, est formé de deux parties : l'une, ancienne, rétractile, constituée par le tissu du rétrécissement; l'autre, récente, constituée par une muqueuse de nouvelle formation. C'est pour traduire cet état de choses que Reybard disait d'une façon au moins expressive que par l'uréthrotomie *il mettait une pièce au canal*. Ce fait de physiologie pathologique extrêmement intéressant, qui explique pourquoi l'incision uréthrale peut et, j'ajoute, doit se passer de dilatation progressive consécutive, ne me paraît plus pouvoir être mis actuellement en doute, car toutes les constatations nécroscopiques sont venues le confirmer. Celles-ci ne sont pas très-nombreuses, il est vrai, on le comprend facilement, mais leur identité complète permet de leur accorder une grande signification et mérite un instant l'attention. Dans la thèse inaugurale de M. Icard (Paris, 1858), l'auteur rapporte l'autopsie d'un urèthre incisé deux mois auparavant avec l'instrument de M. Maisonneuve. L'incision paraissait avoir été nette, régulière et n'intéressait pas le tissu spongieux. Elle avait un centimètre de long et un millimètre de profondeur. La cicatrice qui la recouvrait était très-fine et pouvait acquérir par l'extension deux millimètres de largeur.

Le Mémoire de M. Gaujot (*De l'uréthrotomie interne*, Paris, 1860) contient des détails très-précis sur l'examen de deux urèthres qui avaient été soumis à l'uréthrotomie. Dans un premier fait (page 13), les deux opérations, car il y avait eu deux incisions successives, avaient été pratiquées vingt-trois et dix-neuf jours avant la mort.

« La première incision, écrit M. Gaujot, située à trois centimètres en avant du bulbe, avait près de trois centimètres de longueur; ses bords encore légèrement saillants étaient écartés en forme d'ovale allongé, ayant six millimètres dans sa plus grande largeur mesurée dans l'état du plus grand relâchement des tissus, mais pouvant atteindre presque le double par une traction transversale modérée. La profondeur était de deux millimètres et intéressait toute l'épaisseur de la muqueuse et du tissu spongieux de l'urèthre jusqu'à son enveloppe fibreuse restée intacte; le fond était formé par le tissu spongieux entamé, mais ne présentant nulle trace d'inflammation, d'épaississement ou d'induration. L'examen au microscope fit constater que la muqueuse n'était point encore reproduite et que le tissu connectif constituant la surface de la plaie n'était pas recouvert d'épithélium. Il en était de même pour la deuxième incision, située en partie dans le fond du bulbe et dans la région membraneuse. Cette section avait quatorze millimètres de longueur, quatre millimètres de largeur et un peu plus d'un millimètre de profondeur; le fond de la plaie reposait directement sur le tissu érectile même. »

Dans le second fait (page 9), il s'agit d'une autopsie pratiquée quarante jours après l'incision.

« Le canal de l'urèthre examiné avec soin montre l'incision faite à cinq centimètres en arrière du méat urinaire, encore parfaitement reconnaissable par la saillie de ses bords et la dépression conservée entre eux, elle a une longueur de onze millimètres et quatre millimètres de largeur; sa profondeur est impossible à déterminer actuellement, bien qu'elle se traduise encore par une dépression très-sensible à la vue, seulement on reconnaît que la muqueuse qui remplace la plaie repose directement sur les mailles du tissu spongieux. La cicatrisation est complétement achevée et le fond de l'incision est recouvert par une membrane muqueuse véritable un peu plus pâle et plus mince que la muqueuse normale environnante. (*Ibid.*, page 9.) »

Vous vous rappelez aussi la pièce que feu notre collègue M. Reybard nous a présentée. Elle confirmait de tous points les résultats précédents : écartement considérable des lèvres de la plaie, espace intermédiaire couvert par une membrane lisse, souple et d'apparence non rétractile. Cette issue, si contraire aux effets habituels fournis par les incisions, était bien de nature à faire impression. Malheureusement la sanction du temps faisait défaut. Quelques mois tout au plus d'existence n'étaient pas une garantie suffisante. La pièce que j'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de la Société permet d'être un peu plus affirmatif. L'opération pratiquée dans ce dernier cas remonte à deux ans et il est facile de voir que les effets immédiats obtenus par la section se sont intégralement maintenus. Les caractères de l'ancienne plaie uréthrale représentent exactement ceux qui ont été indiqués par M. Gaujot et par Reybard. La rétraction se serait-elle manifestée plus tard? Je n'en sais rien. N'allons pas au-delà du fait. Mais ce qui me rassure, c'est que les malades qui ont pu être suivis durant un temps assez long n'ont fourni que de très-rares récidives. Dans les quatorze observations publiées par Reybard, les suites de l'incision ont été constatées après un laps de temps qui varie de trois mois à trois ans; toujours la guérison s'était maintenue. Les résultats de ma pratique personnelle, que j'ai eu l'honneur de vous exposer en commençant, ne s'éloignent pas beaucoup, vous le savez, de ceux de Reybard.

Il importe de rappeler ici que la permanence des effets obtenus ne peut être attribuée à l'usage régulier des bougies dilatatrices, car mes malades, pas plus que ceux de Reybard, n'ont été soumis après l'opération à aucune sorte de traitement consécutif, destiné soit à compléter les effets de l'incision, soit à prévenir une récidive. Je ne puis en effet attribuer une importance quelconque à la précaution recommandée par Reybard d'entretenir la dilatation obtenue en retenant l'urine dans le canal au moment de chaque miction. Toutefois je ne voudrais pas être aussi affirmatif que ce chirurgien, qui considère comme définitif un résultat maintenu pendant un certain temps, un an, par exemple. Il n'appartient qu'à l'expérience seule, longtemps continuée, de se prononcer à cet égard, mais il est possible d'établir dès aujourd'hui que c'est une conception fausse, erronée, de croire que l'uréthrotomie interne, dégagée de tout traitement auxiliaire par la dilatation, doit donner de promptes et fréquentes récidives. Non, il n'en est pas ainsi. A cet égard, les prévisions de la théorie nous avaient fait faire fausse route. Comme vous le voyez, au point de vue de ses suites éloignées, l'uréthrotomie a fait aussi ses preuves; ce que l'on en connaît autorise à croire que, sous ce dernier rapport, elle vaut encore mieux que la dilatation progressive.

---

(1) Voir les numéros des 3 et 6 juin 1865.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 mai 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

COMMUNICATIONS.

M. MAURICE PERRIN continue sa communication sur l'uréthrotomie interne. (Voir plus haut.)

PRÉSENTATION.

M. le professeur PÉLIKAN, de Saint-Pétersbourg, présente à la Société un instrument pour l'extirpation des polypes du larynx, et donne les renseignements suivants :

M. Pitha (de Vienne) avait imaginé des pinces pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage et de la partie profonde du pharynx; M. le docteur de Weiss (de Pétrosovodsk) modifia quelque peu ces pinces, afin de les adopter à l'extirpation des polypes du larynx.

Des modifications importantes furent exécutées par M. Rooch, fabricant d'instruments de chirurgie, d'après les indications du docteur Rauchfuss, à Saint-Pétersbourg :

1° La tige bifurquée des pinces de MM. Pitha et de Weiss, contenue dans des anneaux, supportées par une lame flexible. Cette lame flexible, se cassant facilement au point où elle se recourbe, a été changée en un tube, dont la partie courbée se compose d'une spirale;

2° La position des anneaux, relativement à la direction de l'angle de la tige, peut être dans le nouvel instrument changée selon la nécessité; il suffit pour cela de desserrer la vis médiane, de tourner le tube comme il convient, et de resserrer la même vis;

3° L'extrémité de la tige courbée, qui remplit le tube, est construite de manière à recevoir des pinces, des ciseaux, ou d'autres instruments nécessaires à la chirurgie opératoire du larynx. Le docteur Rauchfuss adapte, à l'extrémité de cette tige, des ciseaux de deux modèles différents et des pinces.

Jusqu'à ce jour, il n'existait pas pour le larynx des ciseaux qui remplissent les conditions justement exigées pour ce genre d'instruments; c'était tout simplement des pinces coupantes et coupant mal.

Parmi les ciseaux qu'emploie le docteur Rauchfuss, les uns agissent exactement comme les ciseaux en général, grâce à la précaution qu'a eu M. Rooch de tailler en biseau la face interne du talon des lames.

Les autres sont courbés en crochet à leur extrémité, pour saisir plus fortement et ne pas laisser échapper les tumeurs mobiles.

4° La manière dont on ajuste ces deux espèces de ciseaux et les pinces à l'extrémité de la tige, permet en outre de leur donner la direction, quelle qu'elle soit, exigée par l'opération à pratiquer.

Le docteur Rauchfuss a pratiqué plusieurs extirpations et incisions d'excroissances siégeant dans le larynx; la plus remarquable a été l'ablation d'une grande tumeur fibreuse de la corde vocale supérieure gauche, préalablement incisée au moyen d'un petit couteau laryngien, et ensuite complétement incisée par les ciseaux.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

51. Sur une forme spéciale d'abcès des os ou des abcès douloureux des épiphyses, par M. E. Gruveilhier.
52. Des épanchements pleuraux au point de vue du traitement par la thoracenthèse, par M. Puissant.
53. Du pansement par occlusion dans les plaies contuses des membres, par M. Perrin.
54. De la rupture du ligament rotulien, par M. Cosmao-Dumenez.
55. Des collections séreuses et hydatiques de l'aine, par M. Duplay.
56. De l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et des hémorrhagies qui s'y rattachent, par M. Hilt.
57. Étude des causes de la stérilité chez la femme, par M. Baptault.
58. De l'influence du climat, des altitudes mexicaines sur l'organisme humain, par M. Dugès.
59. De la gastrite dans l'alcoolisme, par M. Pennetier.
60. Sur les tumeurs érectiles, leur structure et leur traitement, par M. Chevallereau.
61. Des granulations palpébrales, de leurs accidents, de leur traitement, par M. Sicard.
62. De l'accouchement prématuré artificiel, par M. Boutin.
63. Causes, signes et terminaisons du pneumothorax, par M. Gérard.
64. De l'intervention chirurgicale dans la ménorrhagie grave, par M. Hommey.
65. Considérations sur le glaucome et son traitement chirurgical, par M. Baraduc.
66. De la luxation sous-conjonctivale du cristallin, par M. Durand.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour l'admission aux emplois de pharmacien stagiaire à l'école du Val-de-Grâce aura lieu à Strasbourg le 7 décembre 1855, à Montpellier le 15, et à Paris le 21 du même mois.

Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Être pharmacien de première classe;

2° Être exempt de toute infirmité;

3° N'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans.

La durée du stage est d'un an. Les stagiaires reçoivent des appointements fixés à 2,160 fr. par an et une indemnité de 500 fr.

Au terme de leur stage, ils obtiennent le grade de pharmacien aide-major de deuxième classe, et ils passent à la première classe après deux années de grade. (Voir le *Moniteur universel* du 21 mai 1865, pour les formalités préliminaires et la nature des épreuves.)

— M. le docteur O. Réveil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École supérieure de pharmacie de Paris, vient d'être frappé de mort subite.

Aujourd'hui même ont été rendus les derniers devoirs à cet homme qui comptait de nombreux amis. La droiture du caractère, une science profonde relevée par une grande modestie, tels étaient les titres de M. Réveil à l'affection et à l'estime de tous ceux qui l'approchaient. Aussi la nouvelle de cette mort a-t-elle produit une émotion générale.

— M. le maire de Villiers-en-Desœuvre, près Pacy (Eure), demande un médecin pour sa commune. Villiers est éloigné de tout médecin ou pharmacien d'une distance de 12 kilomètres.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la syphilis vaccinale, communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Depaul, Ricord, Blot, Jules Guérin, Trousseau, Devergie, Briquet, Gibert, Bouvier, Bousquet, suivies de Mémoires sur la transmission de la syphilis par la vaccination et la vaccination animale, par MM. A. VIENNOIS (de Lyon), PELLIZZARI (de Florence), PALASCIANO (de Naples), PHILIPEAUX (de Lyon) et AUZIAS-TURENNE. Un vol. in-8° de 500 pages. Prix : 6 fr. Paris, 1865, J.-B. Baillière et fils.

Mémoire sur l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines, mercurielles et les accidents consécutifs de la syphilis, par le docteur MELSENS, de l'Académie royale des sciences de Belgique. Un vol. in-8° de 168 pages. Prix : 2 fr. 50. 1865, Bruxelles : Mayolez, libraire, 35, rue de l'Impératrice, et Paris, Adrien Delahaye, libr.-édit.

De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit, par le docteur Xavier GOURAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux, membre de la Société anatomique. Un vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. Chez L. Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs, de leur composition chimique, de leurs caractères physiologiques et pathologiques et des indications thérapeutiques qu'ils fournissent dans le traitement des maladies, par M. Lionel S. BEALE, médecin du King's College hospital, à Londres, professeur de physiologie et d'anatomie générale et pathologique au King's College; traduit de l'anglais sur la seconde édition, et annoté, par MM. Auguste OLLIVIER, ancien interne des hôpitaux, et Georges BERGERON, interne lauréat des hôpitaux. Paris, 1865. Un vol. in-18 jésus de 450 pages, avec 136 figures. Prix : 7 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Dupuytren, par F.-L. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, correspondant de l'Académie impériale de médecine. In-8° de 16 pages. Prix : 50 c. Paris, J.-B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Compilation pour servir à l'histoire de la thérapeutique en France, de 1837 à 1861, par M. le docteur Sélim Ernest MAURIN, secrétaire de la Commission scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône, etc. Prix : 2 fr. In-8°, de 80 pages. Marseille, 1865. Camoin, éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 69. — MARDI 13 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 13 JUIN 1865. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Etudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. HÉRARD.

Endocardite ulcéreuse à forme pyohémique.

(Leçon recueillie par M. NEPVEU, élève du service.)

J'aurais désiré, Messieurs, pouvoir vous montrer ce matin à son lit (salle Sainte-Mathilde, n° 19) la jeune malade qui était entrée il y a environ deux semaines dans notre service pour une affection aussi rare que redoutable. Cette jeune fille a malheureusement succombé hier, et dans un instant nous irons à l'amphithéâtre demander à l'anatomie pathologique le secret de cette fatale et si rapide terminaison. Mais auparavant je veux vous entretenir des symptômes qui se sont déroulés sous nos yeux, et vous mettre à même de mieux apprécier les graves altérations que nous ne manquerons pas de rencontrer à l'autopsie.

Ceux de vous qui assistaient il y a quinze jours à notre consultation, se rappelleront sans doute cette jeune fille qui était atteinte, au moment où elle venait réclamer son admission, d'un violent accès de frisson. Sa physionomie était si profondément altérée et portait une telle empreinte de souffrance que je n'hésitais pas à la recevoir immédiatement, persuadé que s'il ne s'agissait pas d'un accès de fièvre intermittente, un tel frisson devait cacher quelque maladie grave et insidieuse. Nous eûmes bientôt la preuve qu'il ne pouvait être question de l'intoxication palustre. En effet, les mêmes accidents s'étaient renouvelés plusieurs fois dans la journée; le stade de sueur avait manqué; il n'y avait pas eu apyrexie franche; d'ailleurs le récit de la malade éloignait complétement cette supposition.

Elle racontait qu'elle était âgée de vingt ans, et qu'elle avait toujours joui d'une parfaite santé. Deux semaines environ avant son admission dans nos salles, ayant pris un bain très-chaud, elle se sentit saisie, quelques heures après, au milieu de sa promenade, de frissons, de céphalalgie et de douleurs dans les jambes. Elle fut obligée de rentrer chez elle, et pendant toute la nuit elle ressentit des frissons qui, le lendemain, furent remplacés par une chaleur fébrile intense. Elle garda ainsi le lit pendant cinq à six jours, et durant tout ce temps elle se plaignit de douleurs aiguës dans les membres supérieurs et inférieurs au niveau des articulations; les genoux étaient plus particulièrement affectés; le moindre mouvement de ces jointures déterminait de très-vives souffrances. En même temps elle éprouvait une céphalalgie continuelle, parfois très-intense, et des accès de fièvre irréguliers précédés ou non de frissons. L'appétit était complétement perdu.

Au bout de cinq à six jours, les douleurs articulaires, bien manifestement rhumatismales, diminuèrent à ce point que la malade put se lever; mais les frissons, la fièvre, la céphalalgie et un sentiment très-marqué de prostration l'obligèrent de nouveau à prendre le lit. Elle resta à peu près dans le même état jusqu'à son entrée à l'hôpital. Notons toutefois durant cette période l'apparition d'un nouveau symptôme, la diarrhée. Le 11 avril elle se présenta à notre consultation, et à ce moment, nous l'avons dit, elle était en proie à un violent accès de frisson. Dès le soir même, l'interne du service, M. Dubourg, examinant le cœur, put constater un bruit de souffle très-marqué.

Le lendemain, 12 avril, à notre visite, nous trouvâmes la malade dans l'état suivant : face pâle, jaunâtre, profondément altérée, regard inquiet, abattement, céphalalgie intense, sensation très-pénible de poids au creux épigastrique, articulations libres, non tuméfiées, mais douleurs à la pression dans les masses musculaires de la cuisse et du bras; inappétence absolue; langue jaunâtre, sans rougeur à la pointe ou sur les bords; pas de ballonnement du ventre; pas de sensibilité; pas de taches lenticulaires; la diarrhée a cessé depuis quelques jours. Le pouls est petit, fréquent, mais la peau n'est pas chaude; toux légère; pas d'albumine dans les urines. L'examen du cœur démontre l'existence d'un bruit de souffle au premier temps, rude et perçu dans une grande étendue de la région précordiale.

Je ne vous énumérerai pas, Messieurs, jour par jour, les symptômes que nous a offerts la malade depuis son entrée jusqu'au 2 mai, jour de sa mort. Cette énumération serait fastidieuse et vous ferait perdre de vue la physionomie générale de la maladie. Je préfère examiner séparément les symptômes locaux et les symptômes généraux, et vous exposer ainsi dans ces deux groupes la série des phénomènes observés et l'ordre dans lequel ils se sont succédés.

Du côté de la circulation, nous notons d'abord le pouls à 95 pulsations par minute, pulsations offrant ceci de remarquable qu'elles étaient accouplées deux à deux avec un intervalle régulier entre chaque double pulsation, la deuxième étant un peu plus faible que la première. Pendant deux jours, nous constatons ce rhythme bizarre, puis le pouls monte rapidement à 150, pour redescendre le surlendemain au chiffre de 95-100, et présenter une nouvelle irrégularité; seulement les pulsations ne sont plus réunies deux à deux, mais trois à trois, quatre à quatre, puis cinq à cinq, chaque groupe de pulsations restant séparé par un intervalle régulier.

Le 21 avril le pouls monte subitement à 160 par minute, et reste pendant trois jours à ce chiffre véritablement effrayant. Il est alors d'une petitesse extrême; on comprend que le cœur lutte avec énergie contre quelque obstacle interne; puis graduellement le chiffre des pulsations s'abaisse à 150, 140, 120, 100, et il oscille pendant les quatre ou cinq derniers jour de la vie entre 100 et 110, mais alors plus plein, dépressible, sans dichrotisme marqué.

En appliquant l'oreille sur le cœur nous percevons en même temps qu'une forte impulsion, un bruit de souffle rude, râpeux, au moment de chaque systole; au premier abord ce bruit de souffle paraît se produire aux deux temps, mais, en examinant le pouls, on s'aperçoit que le second bruit coïncide avec une pulsation artérielle, c'est donc un bruit de souffle systolique, et ce qui cause l'illusion c'est la succession rapide de deux contractions du cœur. Pendant toute la durée de la maladie nous avons constaté ce bruit de souffle; il s'entendait dans une grande étendue de la région précordiale, plus prononcé à la base qu'à la pointe. A un certain moment, alors que le pouls battait 130 fois par minute, l'oreille perçut un double bruit de souffle. Était-il intra-cardiaque ou péricardique? On pouvait d'autant mieux songer à la première hypothèse que le double bruit intra-cardiaque a été signalé dans des circonstances analogues; d'un autre côté, le caractère superficiel de ce double bruit et l'augmentation croissante de la matité précordiale, nous faisaient plutôt incliner vers l'idée de la péricardite.

Les symptômes généraux ont peu différé de ceux que nous avons déjà indiqués; ils ont été seulement en s'aggravant et quelques autres nouveaux s'y sont joints à une période plus avancée. La face a été presque constamment pâle, jaunâtre, contractée, profondément altérée. Rarement elle nous a présenté cette injection que l'on remarque dans les fièvres continues. Du côté de la tête nous avons noté la persistance de la céphalalgie, le plus souvent frontale, une agitation et un délire nocturne dans la seconde moitié de la maladie, de l'insomnie, des idées tristes, des pressentiments sinistres, une sensation de prostration très-accusée; peu de troubles du côté des sens, pas d'épistaxis.

Les frissons ont été le symptôme dominant et véritablement caractéristique de l'affection; ils se sont reproduits presque tous les jours, quelquefois deux fois par jour, avec une intensité variable, souvent excessive, sans périodicité marquée; la chaleur succédait le plus ordinairement au froid, mais quelquefois elle manquait ou était peu prononcée. Elle était rarement suivie de sueur. La rate ne dépassait pas le rebord des fausses côtes et ne nous a pas paru sensiblement augmentée de volume. La langue a été constamment assez humide, sans enduit épais, sans rougeur des bords ni de la pointe. L'inappétence a été absolue pendant toute la maladie; les vomissements se sont montrés avec fréquence dans le dernier septenaire; la diarrhée a été un des phénomènes les plus remarquables, tant par son abondance que par sa continuité. Les selles étaient verdâtres, rendues à la fin involontairement. Le ventre, de plus en plus ballonné et sensible à la pression dans différents points de son étendue, a présenté des sudamina, mais point de taches lenticulaires ni de pétéchies. La toux, faible au début, a été de jour en jour plus fréquente et plus douloureuse. Les crachats, d'abord blanchâtres, aérés, sont devenus plus tard un peu visqueux et légèrement sanguinolents; à l'auscultation, nous perçûmes des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche, où la percussion dénotait de l'obscurité du son; plus tard ces râles envahirent le côté droit, et enfin dans les derniers jours nous crûmes distinguer un léger souffle tubaire avec quelques râles très-humides en arrière, au sommet de ce même côté. En même temps la dyspnée alla chaque jour en augmentant, ainsi

---

JARDIN BOTANIQUE

De la Faculté de médecine de Paris.

Pour les médecins comme pour les étudiants, l'événement capital de ces derniers jours a été l'ouverture du jardin botanique de la Faculté. Nos lecteurs nous sauront gré de leur dire ce qu'il était et ce qu'il est maintenant.

Nos pères, qui avaient leur manière de comprendre les embellissements de Paris, avaient établi de chaque côté de la grande avenue du Luxembourg deux jardins. Le premier, à droite, avec ses sentiers tortueux, devint le plus ravissant oasis de tout Paris, vous connaissez la *Pépinière*; le second, dessiné plus régulièrement, était le jardin botanique, qui ne le cédait en rien au premier ni pour la fraîcheur ni pour les ombrages. Il n'est pas un de nos lecteurs, étudiant alors, docteur aujourd'hui, qui ne soit venu par les chaudes journées d'été, ou bien le matin pour y respirer l'air embaumé en préparant ses examens, ou bien le soir pour se reposer des fatigues de la journée, à l'ombre des six ou huit allées plantées de tilleuls et de marronniers. Pour ceux qui, plus jeunes, n'ont pas connu cette chartreuse, nous ajouterons qu'il y avait deux serres et une habitation pour le professeur. Dans les serres, outre les plantes médicinales les plus rares, qui de toutes les parties du monde s'y étaient donné rendez-vous, on voyait la plus belle collection d'orchidées qu'il soit possible de rassembler. Grâce à son habitation, le professeur se trouvait à même de diriger tous les travaux et d'aider de ses conseils les élèves qui venaient, en grand nombre alors, étudier leur botanique médicale. Si, à toutes les conditions de prospérité, telles que large emplacement, terrain fertile, on ajoute celle d'avoir pour directeurs les Richard, on ne s'étonnera plus que la réputation de l'École botanique de la Faculté de médecine ait éclipsé toutes les autres, et que tous les jardins de l'Europe y soient venus chercher des modèles de culture.

Voilà en quelques mots ce qu'était le jardin de la Faculté. Qu'est-il devenu? Qu'en reste-t-il? A l'est on a pris sur lui toute la largeur du boulevard Sébastopol, à l'ouest on a élargi à ses dépens l'avenue de l'Observatoire, au nord on a bâti un bâtiment princier pour les orangers du Luxembourg, plus en avant on a élevé deux serres splendides pour les pelargonium begonia et autres plantes des salons du Luxembourg; puis, comme par suite de ces empiétements la vallée qu'il formait se trouvait réduite à un trou, on l'a comblé avec des décombres. Peut-être pensez-vous qu'on l'a trouvé assez rétréci; non, pas encore; sur lui, au nord encore, on a pris cette large allée qui est dans l'axe de la rue de l'Abbé-de-l'Épée, et enfin un terrain de plus de 25 mètres en dedans du treillage pour servir de quartier d'été aux plantes qui pourraient étouffer dans leurs serres. J'espère qu'on ne se plaindra pas qu'on ait fait une part trop petite aux embellissements du Luxembourg. Vous pouviez voir, il y a un an à peine, un morceau de terrain taillé en coin de mouchoir, aride, où il ne croissait que ronces et épines, brûlé par le soleil et par la poussière, abrité d'aucun côté, en un mot inculte et stérile. C'était ce coin de terre qui était réservé à l'École de médecine! C'était la part qu'on avait faite à la science!

Mais, direz-vous, et nos serres, et nos plantes, et la maison du professeur? Les serres, nous n'en avons plus, les plantes qu'elles contenaient sont dispersées dans l'une des huit ou dix serres du Sénat. Enfin, pour ce qui est de l'ancienne maison du professeur, elle a disparu.

On s'étonnera d'un tel état de chose. On se demandera comment on a pu laisser s'évanouir une telle propriété. Voici l'histoire en quelques mots. Pour obtenir l'assentiment de M. Moquin-Tandon, on a promis monts et merveilles. On devait bâtir une superbe maison au professeur, avec pignon sur rue et façade sur le boulevard; réédifier deux serres plus belles que celles qu'on enlevait; replanter un jardin splendide; on devait... que ne devait-on pas!... Au reste, ceux qui voudraient savoir au juste ce qu'on avait promis, pourront consulter avec avantage le décret du 20 juin 1860. La Faculté lâcha la proie pour l'ombre.

Nous devons, pour être juste, dire que l'intention était bien de tenir toutes ces promesses. On commença la maison du professeur, mais on s'en est tenu au sous-sol, et l'on a fait passer une large allée en son lieu et place; les serres, plus heureuses, ont été complétement édifiées, mais alors elles ont été jugées dignes d'aller compléter la douzaine de serres du Luxembourg. Quant au jardin, il est resté inculte pendant quatre ans, et vous avez pu voir dans quel état on nous l'a livré il y a six mois quand M. Baillon a résolu de diriger lui-même les travaux.

Mais laissons le passé et ne nous occupons que du présent.

que l'anxiété précordiale et épigastrique; dans les derniers jours l'anhélation devint extrême; la peau se refroidit, prit une teinte légèrement violacée, et la malade succomba aux progrès de l'asphyxie.

Nous venons d'essayer, Messieurs, de vous retracer les principaux traits d'une affection qui a dû vous paraître s'éloigner des types ordinaires qui vous sont familiers. Nous ne vous dissimulerons pas que, tout en reconnaissant dès le principe la gravité, la malignité des symptômes que nous observions, nous éprouvâmes pendant quelque temps un certain embarras à mettre une étiquette à cette maladie. D'un autre côté, nous ne pouvions évidemment songer ni à la fièvre intermittente, ni à la fièvre typhoïde.

Nous rencontrions, il est vrai, des frissons revenant tous les jours, mais ces frissons n'avaient rien de régulier; l'apyrexie n'existait pas; le stade de chaleur et de sueur était peu accusé; ils étaient d'ailleurs accompagnés de symptômes généraux et de symptômes cardiaques qui ne permettaient pas de s'arrêter à l'idée de la fièvre palustre.

La fièvre typhoïde pouvait davantage se présenter à l'esprit à cause de la céphalalgie, du délire, de l'insomnie, de l'abattement, de la diarrhée, du ballonnement du ventre, des sudamina, de la toux, etc.; mais la langue n'était pas la langue des pyrexies graves; la face n'offrait pas cette altération spéciale à laquelle on donne le nom de stupeur; elle était pâle, jaunâtre, plutôt qu'injectée; il n'y avait pas d'épistaxis, pas de taches lenticulaires rosées; d'ailleurs comment expliquer cette persistance et cette intensité des frissons, si peu comparables aux frissons qui se montrent quelquefois au début de la fièvre typhoïde, mais qui disparaissent rapidement à mesure que la maladie se prononce? Comment se rendre compte des symptômes si graves du côté de la circulation?

D'une autre part, se préoccuper exclusivement du cœur, admettre un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, c'était méconnaître l'importance des phénomènes généraux que nous observions, phénomènes tout à fait insolites dans les affections du cœur.

La physionomie particulière de la malade, ces frissons répétés, éveillaient la pensée de l'infection purulente. Mais où trouver l'origine de cette infection? Cette jeune fille n'était pas récemment accouchée; elle n'avait pas subi d'opération, elle n'avait pas reçu de blessures. Restait l'hypothèse d'une plaie dans un point du système vasculaire.

C'est à cette opinion, Messieurs, que nous nous sommes arrêtés; tenant compte des symptômes observés du côté du cœur, nous pensons qu'une plaie existe à l'organe central de la circulation et qu'il s'agit ici de cette affection que l'on a désignée dans ces derniers temps sous le nom d'*endocardite ulcéreuse*.

DE L'AMÉNORRHÉE PAR CAUSES PSYCHIQUES

et particulièrement par la peur excessive d'être grosse ou par le vif désir d'avoir des enfants (1),

Par M. le docteur Raciborski.

Un des principaux avantages pratiques de ce travail est précisément d'avoir cherché à fixer l'opinion des médecins sur ce fait capital qu'il y a des aménorrhées par la peur d'être enceinte, qu'il faut savoir distinguer de la grossesse, et d'avoir mis ainsi, dans plus d'une circonstance, la responsabilité médicale à couvert. Et d'ailleurs, une métrorrhagie survenant à la suite d'une suspension des règles plus ou moins prolongée n'est jamais une preuve suffisante d'une fausse couche. Les avortements, même ceux qui succèdent à des conceptions très-récentes, possèdent toujours, comme nous l'avons démontré dans un autre travail, des caractères anatomiques si bien tranchés, que l'œil tant soit peu exercé ne pourra pas se tromper sur la nature des produits expulsés (1).

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

(1) *De l'exfoliation de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse.* Paris, 1857, chez J.-B. Baillière, libraire-éditeur.

La peur excessive de devenir enceinte n'est pas la seule cause morale capable de provoquer l'aménorrhée. D'après nos observations, une trop grande concentration des idées vers la maternité, l'immense désir d'avoir des enfants peut aussi agir d'une manière réflexe sur les nerfs *vaso-moteurs* des ovaires et occasionner une suspension plus ou moins longue de la menstruation. Il n'est pas rare d'observer chez de jeunes mariées des retards de plusieurs jours se répétant quelquefois, à plusieurs époques successives, avant qu'elles soient devenues grosses. Ces retards peuvent, jusqu'à un certain point, être l'effet d'un grand désir, fort naturel d'ailleurs, d'avoir de suite un enfant. Mais, lorsqu'il s'est passé déjà plusieurs mois de mariage sans grossesse, ce désir peut devenir démesuré; la femme, poursuivie par la crainte d'être à jamais stérile, s'en préoccupe constamment, surtout aux approches de chaque époque menstruelle; elle est heureuse si elle n'éprouve alors rien de semblable à ce qu'elle avait l'habitude de ressentir à pareils moments; elle espère que ses règles ne viendront pas et qu'elle est décidément grosse. Chaque nouveau retard amène avec lui de nouvelles espérances de ce genre, et l'on prend un grand soin de ne pas les compromettre en s'entourant d'une foule d'attentions et de précautions minutieuses. Aussi y a-t-il une grande différence à établir entre la précédente variété d'aménorrhée et celle-ci sous le rapport de la durée des troubles de la menstruation. Dans la variété par la peur de la grossesse, on faisait tout ce qu'on pouvait pour favoriser les règles, et ordinairement quelques jours suffisaient déjà pour les voir reparaître. Dans la variété d'aménorrhée qui nous occupe, les choses se passent bien autrement. Tous les soins que l'on prend pour ne pas détruire les espérances d'une grossesse présumée, le repos absolu que l'on subit, dans ce cas, presque avec bonheur, l'abstinence complète de toute excitation physique et morale, tout cela n'est pas fait pour déranger les modifications survenues dans l'état de la circulation ovarique par suite de l'excitation des nerfs vaso-moteurs; ce nouvel état tend au contraire à se prolonger et entretient l'aménorrhée. La plupart des exemples de *grossesses* dites *nerveuses* que l'on rencontre dans les auteurs n'ont pas, à notre avis, d'autre origine, ce sont presque toujours des aménorrhées occasionnées par cette cause psychique qui se sont prolongées plus que de coutume. La dénomination de *grossesse nerveuse* est d'ailleurs on ne peut plus défectueuse; une femme est enceinte ou ne l'est pas; c'est au médecin à le savoir, et Dieu merci! dans l'état actuel de nos connaissances, ce n'est pas une chose tellement difficile à connaître. Une femme, qui par suite d'une perturbation nerveuse se croit grosse jusqu'à présenter des symptômes qui se rattachent ordinairement à la grossesse, se trouve à peu près dans la même catégorie que ces hypochondriaques qui s'imaginent avoir une affection grave de l'estomac, un cancer par exemple, et qui finissent même, en reportant sans cesse leurs idées là-dessus, par troubler leurs digestions au point de provoquer quelques symptômes appartenant au cancer d'estomac. On ne peut pas dire pourtant de ces malades, quand ils ont guéri, qu'ils avaient eu un *cancer nerveux*, ce qui serait trouvé absurde, leur affection ayant consisté tout bonnement dans une perturbation du système nerveux qui leur faisait supposer à tort qu'ils avaient une affection cancéreuse de l'estomac.

Dans la plupart des grossesses nerveuses, il ne s'agit d'abord que de la crainte de rester stérile, sous l'influence de laquelle il survient l'aménorrhée. C'eût été peut-être un simple retard de quelques jours; mais l'absence des règles, dans un moment aussi décisif où l'esprit est tendu constamment là-dessus, ne tarde pas à transformer ce qui n'était encore que probable, en certitude. Dès ce moment, il n'y a plus de doute pour la femme qu'elle est enceinte; et il lui est d'autant plus facile de croire à cela que la plupart des personnes qui l'entourent, son mari, ses parents, ses amies, se rendent presque toujours complices de ses errements d'esprit, persuadés de voir déjà ce qu'ils avaient souhaité trop fortement, mais ce qui en réalité n'existe pas.

Il se peut alors que l'aménorrhée, née au milieu de pareilles conditions, se prolonge pendant plusieurs mois, et que sous l'influence d'une forte conviction, il se manifeste même des sensations plus particulières à la grossesse, telles que: nausées, sentiment de gonflement dans les seins et dans le ventre, voire même quelques contractions brusques dans les intestins faisant croire aux mouvements de l'enfant (1).

Grâce aux moyens de diagnostic certains que nous possédons aujourd'hui, les grossesses dites nerveuses sont beaucoup plus rares qu'autrefois et ne durent pas aussi longtemps, la lumière pouvant se faire beaucoup plus tôt. En revanche, l'attention des observateurs étant une fois appelée sur l'influence de certaines causes psychiques sur la circulation ovarique, on peut s'attendre à en trouver plus souvent la possibilité d'application à la pathogénie de l'aménorrhée et des grossesses nerveuses. Tout récemment nous avons eu l'occasion de voir un cas de ce genre que nous allons rapporter en terminant, à cause de l'intérêt qu'il paraît devoir offrir aux lecteurs.

Obs. III. — Mme de S..., âgée de vingt-deux ans, belle et bien portante habituellement, était mariée depuis dix-huit mois; ayant fait au commencement une fausse couche de deux mois, elle désirait vivement réparer ce malheur par une nouvelle grossesse. Cependant, ce n'est qu'au bout de huit mois que les règles avaient manqué pour la première fois. La jeune femme, ainsi que sa mère, en avaient conçu la plus vive joie, car elles n'avaient pas eu un instant de doute que c'était le résultat naturel d'une grossesse. D'après Mme de S..., elle aurait même éprouvé, quelque temps après, des nausées accompagnées de sentiment de gonflement dans les seins et au bas-ventre. Au bout de trois mois d'aménorrhée, se croyant à la fin du quatrième mois de grossesse, elle avait entrepris le voyage de Vichy à Paris, avec l'intention de faire ensuite un autre voyage beaucoup plus long après quelques jours de repos. Mais à peine arrivée à Paris, la malade s'était aperçue de quelques taches de sang sur la chemise. Dans la nuit, cette petite hémorrhagie a pris l'aspect d'une perte tellement abondante, qu'on nous a prié de passer immédiatement chez elle, après avoir déjà réclamé l'assistance d'un confrère demeurant plus près de l'hôtel qu'elle habitait rue de la Paix. A notre arrivée, la malade, son mari et l'honorable confrère qui était déjà très-affairé auprès d'elle, nous ont tous déclaré qu'il s'agissait d'une fausse couche au quatrième mois de grossesse. D'après notre confrère, la fausse couche était imminente, car il a cru reconnaître des parcelles de placenta au milieu de caillots rendus. Sur ce dernier point il y a eu évidemment une erreur d'appréciation. Ayant examiné attentivement les caillots qu'on a eu soin de conserver et qui remplissaient le quart d'une grande cuvette, nous n'avons rien vu qui eût les caractères réels du placenta. Tous ces caillots étaient d'un rouge assez clair, évidemment de récente formation, sans exhaler aucune odeur désagréable. Nonobstant cela, n'ayant aucun motif pour mettre en suspicion la déclaration de la malade, nous l'avons crue enceinte sur parole. Le ventre était légèrement tuméfié dans sa partie inférieure; mais nous n'avons pas voulu nous livrer à un examen plus approfondi par la palpation, crainte d'occasionner de la fatigue, d'autant plus que la malade disait éprouver des coliques à des intervalles assez rapprochés. Le col était

(1) Les auteurs citent des exemples de femmes chez qui, sous l'influence de l'imagination fortement frappée, dans les grossesses dites nerveuses, l'aréole des seins prenait la coloration plus ou moins foncée propre aux femmes enceintes; on en a même vu chez qui les glandes mammaires devenaient le siége d'une sécrétion lactée. L'espèce humaine ne paraît pas d'ailleurs être seule sujette à de pareilles bizarreries. Bien des personnes ont dû voir, probablement comme nous, des chiennes qui, après avoir passé leur époque de rut, quelquefois même sans avoir subi l'approche du mâle, offraient toutes les apparences de chiennes pleines. On voit alors les tétines s'allonger, les glandes mammaires se développer et même sécréter un liquide d'apparence laiteuse, et tous ces symptômes ne s'arrêtent ordinairement qu'au terme de la gestation dans la race canine.

Un jardin nouveau vient d'être ouvert aux étudiants. On ne le trouvera ni beau ni complet; on doit bien s'y attendre une première année, mais on aurait mauvaise grâce à se montrer exigeant, surtout si l'on songe que les difficultés pécuniaires, quoiqu'elles aient été aussi grandes qu'on puisse les imaginer, ont malgré cela été les moindres. Ce jardin a la forme d'un triangle isocèle, à base tournée au nord; il est divisé en deux parties par un treillage; l'une, petite, en occupe la pointe et sert de jardin d'expérimentation, le reste forme l'*École de botanique*. Deux cent cinq familles y sont représentées. La première plate-bande est réservée aux Acotylédones. Viennent les Monocotylédones, qui en occupent quatre à cinq; enfin les Dicotylédones se groupent au sommet.

En même temps qu'il ouvrait les portes de l'École, M. Baillon publiait un *Guide de l'étudiant au nouveau jardin botanique de la Faculté* (1). Ce petit livre est indispensable à quiconque veut étudier avec fruit. En effet, on s'aperçoit bien vite que le classement admis au jardin n'est celui d'aucun auteur. M. Baillon ne s'est astreint à suivre aucune de ces classifications qui tour à tour ont *usurpé le titre de naturelles*, les dernières venues se prétendant toujours *plus naturelles* que leurs devancières. Je ne vous dirai pas si le classement de notre jardin est naturel, ce que je sais, ce que vous pourrez dire avec moi, c'est qu'il est simple et d'une facilité remarquable; une seule phrase, un petit nombre de mots indiquent par quels caractères principaux une famille diffère des familles voisines. Il sera facile de se servir du *Guide* pour la recherche d'une plante. Chaque famille, en effet, porte un numéro d'ordre inscrit sur l'étiquette qui en indique le commencement; une autre étiquette, placée en tête de chaque plate-bande, dans l'allée latérale gauche, porte les numéros des familles comprises dans cette plate-bande. Supposons que l'on veuille la famille des Composées, on cherche à la table et l'on trouve le numéro 185; on se transporte dans l'allée qui longe la grille du boulevard et l'on cherche sur l'étiquette le numéro 185.

Le *Guide* est encore indispensable à un autre titre; au reste, nous laissons parler M. Baillon lui-même : « Les élèves de la Faculté n'ont que peu de temps à accorder aux études botaniques, il est donc bon qu'on leur procure en une saison, s'il est possible, toutes les connaissances qui leur seront indispensables. C'est pour eux et spécialement en vue de leurs études que la nouvelle école botanique a été plantée et distribuée... Comme on n'a pas perdu de vue qu'il s'agit ici de botanique médicale, on a énuméré à la suite de chaque famille les plantes les plus utiles à la médecine qu'elle renferme. Pour l'étudiant qui veut les connaître à fond, on a placé à la suite du nom de chaque plante officinale un signe abréviatif renvoyant à l'un des ouvrages qui se trouvent à la bibliothèque de la Faculté, et qui sont au nombre de neuf. »

Mais il ne suffira pas à l'élève d'aller au jardin et d'étudier par lui-même; il doit avant tout assister à la leçon, et la visite au jardin devra suivre le cours et non le précéder. On ne peut faire de meilleur exercice, de travail plus profitable que d'aller contrôler sur la nature la leçon forcément théorique du professeur. C'est en agissant ainsi que l'on peut sans difficulté retenir les choses qui, au premier abord, paraissent difficiles et ardues. C'est par ce procédé que le premier élève venu se trouve à même de juger de l'insuffisance et surtout du peu de fond de la plupart des auteurs qu'ils choisissent pour préparer leurs examens. Au reste, en allant au jardin, l'étudiant trouvera toujours, s'il est embarrassé, le moyen de demander souvent au professeur lui-même les explications dont il a besoin.

L'école de botanique, à cause de son exiguïté, ne peut renfermer qu'un nombre réduit de plantes; aussi, pour obvier à cet inconvénient, M. Baillon a-t-il repris les herborisations de la Faculté, interrompues depuis bien longtemps. Nous ne saurions trop engager les élèves à assister à ces promenades scientifiques; mais nous aurions mauvaise grâce à trop insister au lendemain surtout d'une herborisation pour laquelle il a été délivré par nous plus de cent quatre-vingts billets, et dans laquelle le zèle a été si grand que, malgré le mauvais temps, les deux tiers de ce nombre sont venus au rendez-vous.

La botanique est, quoi qu'en puisse dire la *routine*, la base de la thérapeutique; espérons que la réapparition du jardin donnera un nouvel élan à cette partie des sciences médicales et qu'on en arrivera à se persuader qu'un bon médecin doit parfois songer aux remèdes propres à guérir ses malades.

Dr Léon Marchand,
Aide d'histoire naturelle à la Faculté de médecine.

(1) *Guide de l'étudiant au nouveau jardin botanique de la Faculté de médecine*, par H. Baillon. Prix : 1 fr. Paris, F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

mou, mais à peine entr'ouvert. En un mot, s'il y avait lieu de craindre une fausse couche, celle-ci ne nous semblait pas du moins aussi imminente qu'à notre confrère. Nous avons eu hâte de faire enlever les nombreuses couvertures qui enveloppaient la partie inférieure du corps, en même temps que nous avons fait abaisser la tête pour ne pas favoriser l'afflux du sang des parties supérieures vers le bassin, et ordonné le repos le plus absolu, des lavements laudanisés, des boissons froides légèrement acidulées, etc., etc. Bientôt l'hémorrhagie est devenue presque insignifiante, et les douleurs avaient presque complétement cessé. Nous nous applaudissions de toutes ces mesures prises pour conjurer une fausse couche qui ont si bien tourné à l'avantage de la malade et à notre satisfaction. Effectivement, tout allait pour le mieux; au bout de quelques jours, la malade prétendait même sentir quelques mouvements qu'elle rapportait à son enfant, et a pu faire quelques sorties à pied et en voiture sans en être incommodée. Cependant, le vingt-huitième ou le vingt-neuvième jour après l'hémorrhagie dont il a été question, quelques nouvelles taches de sang avaient apparu sur la chemise, ce qu'on a cru devoir attribuer à un peu de fatigue. Nous nous sommes hâté de prescrire de nouveau le repos et le même traitement qui nous avait si bien réussi la fois précédente. Mais l'hémorrhagie n'a point dépassé les proportions d'une hémorrhagie menstruelle peu abondante, et s'est arrêtée le cinquième jour.

Frappé de cette particularité, nous éprouvâmes pour la première fois quelques doutes sur la position de la malade, et nous avons pensé qu'il n'eût pas été prudent de nous rapporter plus longtemps à sa déclaration, et qu'il fallait absolument nous assurer par un examen attentif où nous en étions avec cette grossesse. La malade nous affirmait d'ailleurs constamment qu'elle sentait remuer son enfant, et en appelait là-dessus au témoignage de la religieuse qui la gardait, à qui elle aurait fait constater plusieurs fois ce phénomène. On peut se faire facilement l'idée de notre surprise, lorsque, après avoir cru de bonne foi pendant si longtemps à une grossesse, nous n'avons point trouvé notre malade enceinte.

Pour épargner à la malade une commotion morale trop vive, nous lui avons donné à entendre qu'après ce premier examen il nous paraissait peu probable qu'elle fût enceinte, mais qu'un second examen était encore nécessaire, et il a eu lieu effectivement deux jours après. Cette fois-ci on ne pouvait plus cacher la vérité; il a fallu se décider d'avouer à la malade qu'elle se trompait sur sa position, et qu'elle n'était pas du tout grosse. C'était un aveu fort pénible; heureusement la malade a montré beaucoup de résignation, mais en conservant probablement un reste de doute, elle nous reparlait de nouveau des mouvements qu'elle ressentait dans le ventre. Le mari, quoique très-étonné de ce dénoûment, a trouvé de quoi se consoler en pensant qu'il n'aurait plus d'empêchement de continuer son long voyage auquel il a été obligé de renoncer croyant sa femme grosse. Dans cette situation, j'ai jugé qu'il était prudent que l'état de la malade fût de nouveau constaté par un autre confrère très-autorisé en pareille matière, et j'ai provoqué une consultation avec notre savant confrère et ami M. le professeur Depaul, qui n'a pas hésité un seul instant à se prononcer avec nous contre la grossesse. Mais pendant que l'on faisait des préparatifs au départ, la malade recevait une lettre de sa mère qui, ayant appris tout ce qui venait de se passer, suppliait sa fille de rester à Paris jusqu'au terme normal de sa gestation; elle disait que, dans sa conviction, les médecins qui ne la croyaient pas grosse se trompaient. On peut juger par là jusqu'à quel point des convictions aussi profondes de la mère ont dû influer sur l'esprit docile de la jeune femme, surtout quand celle-ci avait déjà elle-même désiré ardemment devenir enceinte.

Nous croyons avoir suffisamment démontré la nécessité de réserver une place à part pour l'aménorrhée par causes psychiques que nous venons d'ajouter à d'autres variétés d'aménorrhée déjà connues, et qu'il ne faudrait pas confondre avec des *suppressions brusques* des règles qui peuvent se produire également sous l'influence de *pathemata animi*, et dont nous nous sommes occupé dans un autre travail (1). Il se pourrait bien que d'autres causes psychiques que celles dont nous avons parlé pussent avoir aussi de l'influence sur la menstruation et occasionner même l'aménorrhée. Mais notre intention n'était pas de nous occuper de toutes les causes psychiques en général. Nous n'avons pas cherché la solution d'un problème arrêté d'avance, mais nous avons voulu modestement raconter ce que nous avons observé, en suivant la voie habituelle de nos recherches.

Nous n'allons pas terminer sans signaler encore cette particularité, qu'avant de présenter des retards plus ou moins longs, la menstruation avait toujours été, pendant quelque temps, l'objet de grandes préoccupations de la part des femmes que nous avons observées. Que ce soit en effet une excessive peur de devenir enceinte, ou bien une crainte exagérée de rester stérile qui ait préoccupé ces personnes, c'est toujours sur la menstruation que se portait l'attention de l'esprit frappé; car c'est là que devaient apparaître d'abord les symptômes pouvant, jusqu'à un certain point, justifier les craintes ou flatter les espérances. Loin d'être étonné de cette particularité, on doit au contraire y voir une preuve de plus à l'appui de l'origine psychique de l'aménorrhée dont il est question. Ne voit-on pas, en effet, la même chose dans la plupart des états pathologiques, dont on peut faire remonter l'étiologie à la même source? Voyons, par exemple, ce qui se passe chez un hypochondriaque qui se suppose une affection organique du cœur ou chez un autre qui craint d'avoir le cancer d'estomac. D'abord tout est purement psychique chez eux; leur esprit seulement est malade, frappé par l'idée qu'ils étaient en possession des affections graves dont ils ont entendu la description, ou dont ils ont vu les tristes conséquences. Cependant, à force de diriger constamment l'attention vers le centre circulatoire, ou vers l'estomac, ils ne tardent pas à provoquer, du côté de ces organes, quelques-uns des troubles qui appartiennent précisément aux affections qu'ils avaient tant redoutées. C'est ainsi qu'il se manifestera chez l'un des douleurs cardialgiques, des palpitations ou des étouffements; chez l'autre, de la sensibilité épigastrique, de la dyspepsie et même des vomissements, etc. Tous ces troubles ne sont que l'effet sympathique d'un état morbide borné dans l'origine à l'esprit.

Depuis les beaux travaux de l'illustre physiologiste du Collége de France, M. Cl. Bernard, sur les nerfs vaso-moteurs, on a plus d'une fois abusé de l'analogie en faisant l'application des faits observés dans les vivisections aux observations cliniques, voire même au mode d'action des médicaments. Quoi qu'il en soit, l'intervention des nerfs vaso-moteurs nous a paru rendre compte si naturellement des modifications de la circulation du sang dans l'anaphrodisie psychique chez l'homme, que nous n'avons pas hésité d'avoir recours à l'action sympathique de ces nerfs pour expliquer ainsi certaines aménorrhées, par une modification de la circulation ovarienne, sous l'influence de causes psychiques; sans tenir à cette théorie d'une manière absolue, nous la maintenons jusqu'à nouvel ordre, comme donnant réellement une grande satisfaction à l'esprit.

(1) *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique.* Paris, 1856, chez J.-B. Baillière, libraire-éditeur.

MÉMOIRE SUR L'URÉTHROTOMIE INTERNE (1),

Par M. le docteur Maurice PERRIN.

Ainsi, Messieurs, je crois avoir démontré :

1° Que l'uréthrotomie interne est d'une exécution plus prompte, aussi sûre, plus commode pour le malade et pour le chirurgien que la dilatation progressive : ceci, je crois, n'est contesté par personne;

2° Que l'uréthrotomie interne avec ses progrès récents et consacrés par l'expérience n'est pas plus dangereuse que la dilatation;

3° Que l'uréthrotomie donne des résultats au moins aussi satisfaisants que toute autre méthode au double point de vue de ses effets immédiats et éloignés.

J'en tire cette conclusion :

L'uréthrotomie interne, méthode éminemment perfectible dans ses indications, dans son instrumentation, dans les soins qu'elle réclame, me paraît devoir être préférée, comme méthode générale, à la dilatation progressive, méthode éminemment routinière et impuissante.

Cette proposition demande quelques développements qui me permettront de placer ce que je veux dire sur les indications de la stricturotomie. Puisque l'observation interrogée le mieux que j'ai pu, et sans parti pris à coup sûr, ne me fait voir que des avantages dans l'emploi de l'incision, je devrais, pour paraître logique, proposer de la substituer dans tous les cas à la dilatation progressive. Ce serait aller au delà de ma pensée et sans doute au delà de la vérité. Comme je l'ai déjà dit, la meilleure des deux méthodes rivales est celle qui fait courir le moins de danger au malade. Or, le danger principal, unique, si on le veut, de la dilatation, c'est l'impuissance où elle sera toujours de porter à temps remède au mal quand il s'agit de rétrécissements entravant l'excrétion urinaire. En dehors de ces cas, lorsque la vessie se vide à peu près bien, on peut admettre que l'emploi de la bougie est inoffensif. Il résulte de cette distinction que tous les rétrécissements, envisagés au point de vue du traitement à intervenir, se partagent naturellement en deux catégories :

A. Ceux qui gênent l'émission de l'urine d'une façon permanente. Ils seront, en général, faciles à reconnaître. Ils ne se laissent que difficilement ou irrégulièrement traverser par des bougies filiformes; la miction est douloureuse, les envies sont fréquentes et troublent le repos de la nuit; les urines sortent en bavant; elles sont troubles, alcalines; le moral du malade est affecté, la santé générale est mauvaise, etc. : je me borne à rappeler ici quelques traits généraux. Dans ces cas, et vous savez combien ils sont nombreux dans nos services, l'uréthrotomie est toujours indiquée. Si déjà il existe quelque complication du côté des voies urinaires supérieures, si des abcès vers la prostate ou le canal se sont déclarés, s'il existe des fistules, raison de plus pour ne pas perdre de temps et inciser l'obstacle le plus tôt possible. C'est assez dire qu'aucune de ces complications ne représente une contre-indication, comme on l'a dit et écrit. Il n'y a qu'à parcourir les observations d'uréthrotomie pour voir que fréquemment l'incision a été pratiquée dans des cas de ce genre et presque toujours au grand bénéfice des malades. Pour ne rappeler ici que ce qui m'est personnel, j'ai été à même de le constater deux fois; chez le sujet de ma sixième observation, le rétrécissement, malgré l'emploi de la dilatation, avait amené des signes manifestes de pyélo-néphrite aiguë avec dépôts abondants d'albumine dans l'urine; la vie était en danger. L'incision du rétrécissement fit promptement cesser les accidents, et le malade sortit guéri au bout de quelques semaines. Chez le sujet de la quinzième observation, une tumeur périnéale suppurée et implantée sur le canal en arrière du point rétréci disparut en dix jours sous l'influence de l'uréthrotomie. Sans doute, on n'a pas toujours réussi à enrayer les accidents, mais je ne connais pas un seul fait dans lequel ils aient été aggravés. Et cependant on a pris texte de ces rares insuccès relatifs pour proscrire la section en pareille circonstance. Je crois tout le contraire; les exceptions confirment la règle suivante : plus les rétrécissements sont mal supportés, plus les complications qui en dérivent, quelles qu'elles soient, sont menaçantes, plus l'indication de l'uréthrotomie se précise et devient urgente.

B. Je place dans une deuxième catégorie les rétrécissements qui ne gênent pas le libre écoulement de l'urine, et qui par conséquent ne réagissent pas sur l'ensemble de l'appareil. Rien de mieux alors que de recourir à la dilatation progressive, à la condition encore qu'ils s'y prêtent; car dans cette classe bénigne, il se rencontre aussi des réfractaires auxquels l'uréthrotomie fera bien de venir en aide.

Pour ne pas abuser de l'attention bienveillante de la Société, je bornerai à quelques remarques ce que je voulais dire sur le mode opératoire et sur les soins consécutifs.

Aussitôt que l'opération est décidée, il faut la faire. C'est assez dire que je n'attache aucune importance au traitement préparatoire recommandé par quelques chirurgiens. A quoi bon perdre un temps précieux? Passer des bougies dans le canal durant un certain temps pour en émousser la sensibilité? Mais cette sensibilité n'est jamais un écueil ni une source d'accidents pour l'uréthrotomie : le plus simple et le plus sûr moyen d'enlever à l'urèthre sa sensibilité, c'est de lui rendre son calibre le plus promptement possible. Le seul traitement préparatoire consiste à obtenir une perméabilité suffisante pour livrer passage aux instruments.

Pour pratiquer la section, il ne me paraît pas indifférent de prendre le premier venu des nombreux instruments qui figurent dans nos arsenaux. Nous croyons avoir montré que pour échapper désormais aux accidents qui avaient compromis la méthode, il faut borner l'incision en étendue et en profondeur aux limites mêmes du tissu pathologique : tout le secret est là. Le meilleur instrument sera donc celui qui permettra d'atteindre à ce but le plus simplement et le plus sûrement. Je lui demande aussi d'être applicable à tous les cas. Cette dernière condition frappe d'une infériorité réelle tous les uréthrotomes qui coupent d'arrière en avant : il faut, pour s'en servir, une perméabilité suffisante pour livrer passage à l'olive terminale, c'est-à-dire des cas tout à fait exceptionnels, ou bien des cas déjà traités par la dilatation et assez avancés vers la guérison pour qu'il y ait tout avantage à continuer. Pourquoi pratiquer la section d'un rétrécissement assez dilaté déjà pour laisser passer un instrument de 4 à 8 millimètres? A moins d'admettre qu'à ce degré ils ne deviennent réfractaires à la dilatation, ce qui est très-rare, pourquoi ne pas continuer l'usage des bougies? Je sais bien qu'on a tourné la difficulté en faisant des instruments mixtes qui frayent à l'olive un passage d'avant en arrière, puis qui dans un second temps incisent d'arrière en avant. Eh bien, dans cette manœuvre, l'incision rétrograde me paraît être de trop le plus souvent. Du moment que la section d'avant en arrière a suffi pour permettre à l'olive de passer, c'est que le tissu du rétrécissement est divisé. Rien ne s'opposait plus dès lors à l'introduction d'un dilatateur plus volumineux, qui eût complété l'opération. Je sais bien qu'il est des cas exceptionnels, des rétrécissements assez durs, assez épais pour qu'une seconde section soit utile ou indispensable. Réservons l'incision rétrograde pour ces cas spéciaux, quand nous aurons été assez heureux pour les reconnaître.

Il est un reproche beaucoup plus sérieux que j'adresse à cette classe d'instruments. Tous ceux qui sont rectilignes, et ils le sont à peu près tous, conduisent presque fatalement à faire des incisions trop profondes et trop étendues. On sait, en effet, que la plupart des rétrécissements siégent au niveau du collet du bulbe, ou si l'on veut, pour plus de latitude, dans cette portion de l'urèthre qui est fixe et qui décrit une courbe dont la concavité est dirigée vers la symphyse. Une tige rigide et rectiligne d'un certain volume comme l'est celle d'un uréthrotome ne peut franchir cette région du canal qu'en déprimant la paroi supérieure vers le milieu de la courbe et la paroi inférieure au niveau de ses deux extrémités, disposition que l'on reconnaît si bien à l'état de distension du ligament sous-pubien. Il en résulte que l'olive de l'instrument presse de dedans en dehors sur le canal dont les parois sont tendues sur elle. Vous saisissez sans peine quelles doivent être les conséquences d'un pareil état de choses. La profondeur de l'incision n'est plus déterminée seulement par les dimensions de la lame, mais aussi par le degré de tension des parties. En outre, la section ne peut plus être limitée au gré de l'opérateur, parce que la pression de la paroi uréthrale sur l'instrument équivaut à une résistance et empêche de percevoir cette sensation de résistance vaincue, si précieuse et si nette quand on se place dans d'autres conditions. Je sais bien que l'habileté de l'opérateur peut triompher plus ou moins, peut-être complétement de ces difficultés. Ce n'est pas une garantie suffisante contre les imperfections du procédé. A cet égard, les résultats statistiques de M. Dolbeau ont été pour moi un utile avertissement. Sur 36 opérations, 30 ont été pratiquées d'arrière en avant. Dans tous les cas, il y a eu un écoulement de sang abondant; cinq fois l'hémorrhagie a duré de deux à sept jours; elle a représenté un véritable accident. Chez un malade, elle s'est montrée au neuvième jour et a duré une semaine. Dans tous les cas, il y a eu un ou plusieurs accès de fièvre; cinq fois se sont déclarés des abcès dans différentes parties du corps, à l'épaule, à la jambe, dans la fosse iliaque, etc., abcès qui ne peuvent guère être attribués qu'à un certain degré d'intoxication urineuse ou purulente. Rapprochez ces résultats de la pratique des autres chirurgiens, quels qu'ils soient, faisant usage de la section antéro-postérieure, qui donne plus facilement une incision superficielle circonscrite à l'obstacle, et vous jugerez de la différence : ce n'est plus la même physionomie. Dans le premier cas, l'opération a eu habituellement des suites périlleuses, inquiétantes; l'intoxication a été assez fréquente : ses effets ont été heureusement conjurés, mais ils pouvaient être mortels. Dans l'autre, au contraire, l'opération est bénigne; il n'y a ni hémorrhagie, ni accès de fièvre intense, ni résorption, rien qui puisse préoccuper en un mot. Ce n'est que dans quelques circonstances rares que les accidents se montrent; mais alors ils sont très-graves, et peuvent être justifiés le plus souvent par des complications étrangères à l'incision.

Cette différence si expressive, je n'hésite pas, surtout avec l'habileté bien connue de notre collègue, à l'attribuer au procédé mis en œuvre. C'est ainsi que le raisonnement et l'observation me conduisent à rejeter l'uréthrotomie pratiquée d'arrière en avant.

Les raisons précédemment exposées indiquent suffisamment, sans qu'il soit besoin d'entrer dans de nouveaux développements, quel est l'uréthrotome qui réalise les conditions les meilleures pour agir avec sécurité et pour fournir une section d'avant en arrière qui mette à l'abri du danger. Il faut qu'il ait une courbure appropriée à celle du canal, et des dimensions qui lui permettent de circuler librement dans les parties saines du conduit. Une lame d'un très-petit diamètre, quatre à six millimètres, sont suffisants en général. Avec un pareil instrument, en ayant soin de prendre un point d'appui sur la paroi opposée à celle qui doit supporter la section, il me paraît bien difficile de dépasser le but que l'on se propose. Je me borne ici à poser le principe, car ce serait abuser de vos instants que de rechercher dans quelle mesure le réalisent les nombreux instruments que nous possédons.

Il me reste à dire un mot des soins consécutifs. Habituellement, on passe dans le canal une sonde ou un cathéter de sept ou huit millimètres de diamètre. L'opportunité de ce cathétérisme n'a pas été interprétée de la même façon par tous les opérateurs. Reybard lui attribuait l'écartement définitif des lèvres de la plaie uréthrale; d'autres chirurgiens y trouvent un moyen de constater et de faire con-

(1) Fin. — Voir les numéros des 3, 6 et 10 juin 1865

stater au malade la perméabilité du canal; d'autres, enfin, introduisent une sonde pour la maintenir à demeure.

Reybard attachait une importance extrême à l'introduction du cathéter : elle représentait un des temps de l'opération. Suivant lui, le dilatateur rompt les adhérences de la muqueuse et du tissu sous-muqueux avec les parties sous-jacentes; il rend ainsi l'écartement des lèvres de la plaie possible et définitif. Cette rupture serait toujours annoncée par une sensation de craquement perçue par la main qui fait manœuvrer l'instrument. Notre collègue se trompait sur le siége et le mécanisme de cette rupture, mais au fond il me paraît être dans le vrai quant à son existence et à son utilité. Pour mon compte, j'ai plusieurs fois perçu de la façon la plus manifeste cette sensation de craquement caractéristique, bien que je n'aie employé que des sondes de six à huit millimètres. Quoi qu'il en soit, l'usage a sagement prévalu à cet égard.

Doit-on retirer immédiatement la sonde dilatatrice ou la laisser à demeure? Si je ne consultais que mes impressions personnelles, je n'hésiterais pas à conseiller d'abandonner le malade à lui-même sans aucun traitement consécutif. J'ai agi ainsi et je m'en suis bien trouvé; mais il s'est opéré une réaction si unanime et si autorisée en faveur de la sonde à demeure, durant les trente-six ou quarante-huit premières heures qui suivent l'opération, que je l'accepte sans hésitation. Dans la pensée de M. Sédillot, qui en a fait l'objet d'une communication spéciale à l'Académie des sciences, d'après l'opinion de MM. Maisonneuve et Gosselin, dont la pratique et les idées ont été bien présentées et défendues dans l'excellent travail de M. Reliquet que j'ai déjà eu l'occasion de citer plusieurs fois, le séjour de la sonde, en préservant la plaie du contact de l'urine, supprime complétement la cause des accès de fièvre consécutifs. Ceux-ci sont bien inoffensifs dans la grande majorité des cas, mais il n'en est pas moins vrai qu'ils représentent la source du mal; et, si l'immunité attribuée à l'usage de la sonde à demeure, immunité déjà fortifiée par de nombreux succès, était sanctionnée par la suite, un pas décisif serait fait dans la voie du progrès.

NÉCROLOGIE.

Les obsèques de M. O. Réveil ont eu lieu vendredi. Le doyen de la Faculté, une députation de professeurs et d'agrégés assistaient au convoi. Deux discours ont été prononcés, l'un par le président de la Société des agrégés, M. le docteur Chauffard, et l'autre par M. le professeur Robinet, au nom de l'école de pharmacie.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire le discours de M. Chauffard, qui, en exposant la biographie de Réveil, a retracé les travaux et les qualités de ce savant si regretté.

Voici bien, Messieurs, l'une des plus cruelles surprises de la mort, voici l'un de ses coups les plus foudroyants et les plus douloureux!

Le matin même, que dis-je, l'instant d'avant, plein de vie et d'activité, songeant à ses travaux dont la pensée ne le quittait jamais, à l'avenir que ces travaux lui promettaient, songeant au bonheur qu'il appréciait le plus, aux joies heureuses de la famille, se préparant à fêter le soir, l'un des plus doux anniversaires de la famille unie et prospère, et tout à coup, au milieu de ces préparatifs de fête intime, notre collègue aimé meurt frappé d'un coup brutal, loin des siens, presque sur la voie publique; et au lieu de l'époux vivant et heureux qui était attendu, c'est un corps inanimé et refroidi qui est ramené dans une maison où la pensée du deuil n'était pas même entrée. Un tel spectacle fait frémir, et lorsque la nouvelle nous en est parvenue en réunion de Faculté, dans ces lieux où nous rencontrions avec tant de plaisir le collègue et l'ami auquel nous venons adresser le plus triste des adieux, tous nous nous sommes sentis saisis d'une de ces profondes émotions qui resserrent le cœur et étreignent la parole.

C'est qu'en effet, Messieurs, il semble que ce devrait être l'un des priviléges du court exercice de l'agrégation de n'être pas brisé par ces coups subits qui atteignent un homme dans la force de l'âge, et nous pensions avoir déjà payé notre tribut par d'autres pertes non encore oubliées. Non, il a fallu de nouveau laisser l'un de nous sur ce champ de bataille où souvent sont moissonnés, avant l'heure, ceux qui s'attachent à la science sans mesurer le labeur que les forces humaines peuvent supporter. Réveil, hélas! ne sut jamais contenir ses ardeurs généreuses de travail; il en connut presque tous les excès; excès auxquels il semblait s'attacher, d'autant plus que c'étaient les seuls auxquels il céda, et qu'il connaissait les légitimes et fières excuses qui les absolvent. Aussi le coup qui vient d'abattre notre collègue n'est-il sans doute subit qu'en apparence; il s'est longtemps préparé dans le silence. Quelques atteintes légères, impuissantes à l'avertir et à l'inquiéter, montrent cependant que l'explosion terrible qui a éclaté couvait au sein d'un organisme miné, et la vraie cause qui a provoqué ce désastre, tous ses amis l'affirment, c'est la continuité du plus opiniâtre travail.

Qui en douterait en jetant les yeux sur cette carrière pleine de luttes et d'œuvres considérables? Nommé en 1842 interne en pharmacie de nos hôpitaux, il remportait plusieurs prix de 1843 à 1846; en 1850 le concours lui valait les fonctions de pharmacien des hôpitaux, fonctions qu'il n'a plus abandonné, et qu'il remplissait depuis plusieurs années à l'hôpital des Enfants malades; en 1856 il soutenait, pour le doctorat en médecine, une thèse remarquée sur l'opium; en 1857 il était, après le plus brillant concours, nommé agrégé pour les sciences chimiques à la Faculté de médecine; il obtenait les mêmes fonctions à l'École de pharmacie; enfin, il y a dix jours à peine, il soutenait deux thèses devant la Faculté des sciences de Lyon et il en rapportait un nouveau grade universitaire, celui de docteur ès-sciences. Vous savez si la plupart de ces titres ou de ces positions scientifiques sont aisés à obtenir, et ce qu'ils supposent de science acquise et d'activité laborieuse! Et pourtant ce ne furent là peut-être que les moindres travaux de notre collègue.

Je ne vous parlerai pas de toutes ses thèses de concours, ou des nombreux mémoires qu'il inséra dans les recueils scientifiques; mais, pour nous en tenir à ses publications plus considérables, que d'œuvres longues et variées! Il avait entrepris la publication régulière d'un annuaire pharmaceutique, et il l'a poursuivie pendant ces trois dernières années; en collaboration avec le professeur Trousseau il a publié un *Traité de l'art de formuler;* l'année passée, il publiait un livre important, le *Formulaire raisonné des médicaments nouveaux et des médications nouvelles;* en collaboration avec M. Dupuis il a donné à la science une *Flore médicale et usuelle du XIXe siècle,* ouvrage considérable en six volumes; en collaboration avec MM. Hérincq et Gérard un *Traité de botanique générale,* en quatre volumes, ouvrage dans lequel il traita spécialement de tout ce qui a trait à la chimie végétale et organique. Voué aux œuvres pratiquement utiles, il écrivit sur *les cosmétiques et les désinfectants* plusieurs mémoires excellents; dernièrement enfin il venait de traduire de l'anglais et d'enrichir de notes nombreuses un ouvrage sur ces matières.

Que de travaux, Messieurs, et quel étonnement que Réveil, à travers les luttes des concours et ses devoirs de pharmacien d'hôpital et d'agrégé, ait pu les accomplir à cet âge de quarante-quatre ans, où la mort est venue le frapper sans pitié! Aussi, pour mener de front tant de travaux et de charges, Réveil prenait habituellement sur le sommeil de ses nuits; le plus souvent il était au travail avant quatre heures du matin: les représentations de ses amis étaient impuissantes à le modérer; l'activité de son intelligence l'emportait sur les sages conseils qui lui étaient donnés, et il croyait pouvoir impunément méconnaître l'impérieuse loi du repos. Peut-on ne pas croire que Réveil ne se soit épuisé à ce culte trop sévère de la science?

Tant de titres honorables, des fonctions remplies avec le plus entier dévouement, tant d'œuvres méritantes ne valurent à Réveil d'autre récompense que l'estime qui leur revient de soi. La science est lente parfois à donner à ceux qui les méritent le mieux quelques-unes de ces distinctions officielles qu'une action d'éclat; que les situations acquises, que la faveur des puissants valent prématurément à tant d'autres. Mais Réveil possédait mieux que ces distinctions; il jouissait de la juste renommée que lui valaient ses travaux, et il avait en perspective la certitude d'arriver à ces positions enviées que les académies et le haut enseignement réservent aux hommes de sa trempe et de sa persévérance. Réveil est mort avant que tant d'espérances assurées fussent devenues des réalités! Sa perte nous en devient plus amère, s'il est possible; nous lui aurions voulu en honneurs et en dignités tout ce qui manque encore à sa carrière; les succès futurs qui lui étaient réservés n'auraient trouvé en nous que les plus sympathiques adhésions. Son inépuisable bonté, son dévouement toujours ouvert, ses services toujours prêts lui avaient gagné l'amitié de nous tous; aussi chacun de nous perd en lui, non-seulement le plus estimé des collègues, mais encore un ami véritable et sur lequel on pouvait compter.

Adieu, cher collègue, adieu, Réveil, tu meurs victime de la plus noble passion; mais cette passion, qui a dominé et abrégé ta vie, laisse après toi des traces durables et honorées. Ton nom vivra toujours parmi les amis de la science; il vivra surtout parmi nous, dans le sein de notre agrégation que tu as honorée par l'utilité et l'étendue de tes œuvres, par le désintéressement de ta noble vie. Au nom de la Faculté de médecine de Paris, qui m'autorise à parler pour elle, au nom surtout de tous les agrégés en exercice de cette Faculté, reçois, cher collègue, un suprême adieu, un adieu de respect et d'honneur, un adieu d'inaltérable attachement à ta chère mémoire!

Par décret en date du 2 juin 1865, M. Lacaze-Duthiers a été nommé professeur de zoologie près le Muséum.

L'Étudiant micrographe, traité théorique et pratique du microscope et des préparations, par Arthur CHEVALIER, ouvrage orné de planches représentant 300 infusoires et de 200 figures dans le texte. 2e édition, augmentée des applications à l'étude de l'anatomie, de la botanique, de l'histologie, par MM. Alph. de BRÉBISSON, Henry Van HEURCK et Georges POUCHET. Un vol. in-8° de 575 pages. Prix : 7 fr. 50 c. *franco*. Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libr.-édit., place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 70. — JEUDI 15 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 15 JUIN 1865. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 JUIN 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Depuis quelque temps, toutes les fois qu'il est question de variole, une petite discussion aigre s'engage entre plusieurs académiciens distingués. On se demande malgré soi pourquoi des hommes, qui ont d'ailleurs assez de titres pour captiver l'attention du public des savants, s'acharnent à vouloir s'attribuer exclusivement le mérite d'une découverte qui, germée en dehors de l'Académie, a donné ses plus belles fleurs et ses meilleurs fruits au sein de la savante Compagnie. MM. Depaul, Bouley et J. Guérin, ont chacun une part à la découverte, et cela est assez satisfaisant pour qu'ils se glorifient tous trois sans vouloir s'arracher rien l'un à l'autre. Vraiment, pour une fois qu'une discussion a sérieusement abouti, il serait fâcheux qu'à cette heureuse circonstance il se mêlât des souvenirs irritants.

Un discours de M. Cerise a terminé la discussion sur l'aphasie. Ce travail, entre autres bonnes réflexions, contenait cette proposition : que la partie du cerveau, qui élaborait la pensée, était celle d'où partait la parole. Cela est juste, et M. Trousseau l'avait implicitement dit, lorsqu'il accusait l'aphasie d'être une perte de la mémoire. L'Académie a goûté le discours de M. Cerise ; la psychologie de l'orateur a été agréable à plusieurs académiciens.

Deux rapports de M. Gibert, une présentation de M. le docteur Gouyon, un singulier cas d'aphasie, après des phénomènes nerveux consécutifs à la constipation chez une femme en couche, sont les autres faits importants de la séance.

Dr Armand Desprès.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. HÉRARD.

Endocardite ulcéreuse à forme pyohémique (1).

(Leçon recueillie par M. NEPVEU, élève du service.)

L'endocardite ulcéreuse est une maladie dont la connaissance précise ne date guère que d'une quinzaine d'années. C'est un médecin anglais, Senhouse-Kirkes, qui attira le premier l'attention sur les graves accidents qui s'observent dans quelques formes d'endocardite aiguë. Avant lui quelques auteurs, parmi lesquels je vous citerai surtout M. le professeur Bouillaud, avaient bien entrevu l'endocardite typhoïde, mais ils désignaient sous ce nom une endocardite modifiée par la coïncidence avec un état typhoïde, plutôt qu'une endocardite donnant lieu par elle-même à des phénomènes typhoïdes. En 1851, M. Charcot avait lu à la Société de biologie l'observation fort intéressante d'un jeune malade atteint de rhumatisme qui avait présenté pendant la vie du coma, une hémiplégie, et chez lequel après la mort on avait constaté une ulcération des valvules mitrales, un ramollissement du corps strié, des couches optiques, et des infarctus dans les reins et la rate. Mais à cette époque les accidents avaient paru inexplicables et n'avaient pu être rattachés à leur vraie cause.

En 1852 parut le mémoire de Senhouse-Kirkes intitulé : Des effets principaux qui résultent des concrétions fibrineuses développées dans le cœur et de leur mélange avec le sang. Dans ce remarquable mémoire, Kirkes étudie les effets produits par la migration des concrétions détachées des valvules, effets variables suivant le volume de ces concrétions. Il montre que lorsqu'elles sont d'un certain volume, elles obstruent les vaisseaux d'un calibre proportionnel, et produisent les infarctus rencontrés dans les principaux viscères; que lorsqu'elles sont réduites à l'état de parcelles granuleuses, elles se mélangent au sang et produisent des accidents analogues à ceux du typhus, de la phlébite, et d'autres maladies où le sang a subi de profondes modifications. Dans l'observation que publie Kirkes, il est seulement question, comme l'indique le titre du mémoire, de l'endocardite avec végétations fibrineuses friables. Il ne s'agit pas encore d'ulcération de la membrane interne du cœur.

Virchow, en 1856, étudia surtout le mode de destruction de l'endocarde et de la formation de l'ulcération consécutive. Il montra les éléments constitutifs de l'endocarde d'abord infiltrés d'un produit d'exsudation, tuméfiés, puis se ramollissant, se dissociant et se résolvant enfin en un détritus granulo-graisseux. Il insiste également avec grand soin sur les embolies capillaires et recherche les débris des valvules ou les végétations fibrineuses dans les petits vaisseaux qui occupent le centre des infarctus.

Parmi les auteurs qui depuis lors ont le plus contribué à éclairer l'histoire de cette singulière maladie, je vous citerai surtout, en Allemagne, Rokitansky, Bamberger, Friedreich, etc.; en France, MM. Charcot et Vulpian, qui firent paraître dans la *Gazette médicale*, en 1862, un très-intéressant mémoire. (Note sur l'endocardite ulcéreuse aiguë de forme typhoïde); M. Lancereaux qui, dans le même journal, en 1862, publia un travail non moins intéressant sous le titre de : « Recherches cliniques pour servir à l'histoire de l'endocardite suppurée et de l'endocardite ulcéreuse; » M. Bucquoy, dont la thèse d'agrégation contient un chapitre instructif sur l'endocardite ulcéreuse et les infarctus; MM. Fritz et Fernet, qui ont signalé deux cas remarquables de cette maladie, l'un dans le service de M. le professeur Tardieu, l'autre dans le service de M. X. Richard. Enfin, Messieurs, je mentionnerai particulièrement une excellente thèse d'un ancien interne des hôpitaux, M. Vast (août 1864), qui résume parfaitement les travaux de ses devanciers et discute avec sagacité les principales questions relatives à l'endocardite ulcéreuse.

Ainsi que l'indique son nom, l'endocardite ulcéreuse est surtout caractérisée par une perte de substance plus ou moins étendue, plus ou moins profonde, qui existe le plus souvent dans le cœur gauche au niveau des valvules. La perte de substance peut être telle que la valvule est réduite à une lame mince et friable. Dans ce cas, on voit quelquefois survenir, par l'effort continu du sang, une petite tumeur sanguine représentant exactement ce que Thurnam a décrit sous le nom d'anévrisme des valvules. A un degré de plus, la perforation est complète, et il en résulte une véritable insuffisance valvulaire. Dans des cas plus rares, une communication s'établit entre les cavités du cœur gauche et celles du cœur droit. Le plus ordinairement, tout autour de l'ulcération ou de la perforation, se remarquent des végétations fibrineuses, polypiformes, susceptibles d'obturer l'ouverture anormale jouant le rôle de soupape.

Vous comprenez, Messieurs, que les altérations que je viens de vous décrire ne peuvent longtemps exister sans amener à leur suite des conséquences fort graves. L'introduction incessante dans le torrent circulatoire de produits qui résultent de la destruction de l'endocarde (substance granulo-graisseuse, ramollie, dépôts fibrineux, pus, etc.), finit par déterminer dans un grand nombre d'organes des lésions secondaires. Les plus communes de ces lésions sont des foyers morbides désignés du nom d'infarctus. On les rencontre surtout dans les reins, la rate et le foie, sous forme de masses jaunâtres, dures ou ramollies; elles paraissent formées par de la fibrine; suivant quelques auteurs, par de la graisse; et plus d'une fois la branche artérielle qui leur correspond est obturée par un caillot ferme, jaunâtre, ailleurs par un débris de valvule.

Les poumons sont généralement flasques, œdémateux, engoués, quelquefois hépatisés. Rarement on a signalé de petits abcès comme métastatiques. Le cerveau a été trouvé ramolli, et les artères cérébrales oblitérées au niveau du ramollissement. Ajoutons que dans un certain nombre de cas on n'a noté aucune lésion manifeste. Tout semble s'être borné à une contamination du sang par le produit de décomposition de l'endocarde.

Les symptômes qui ont été rencontrés sont de deux ordres, locaux et généraux. Les symptômes cardiaques ont consisté dans des palpitations, de la dyspnée, une anxiété vive, et dans un bruit de souffle. Ils se sont développés rapidement chez des sujets qui avaient été atteints de rhumatisme, en général subaigu. Quelquefois le rhumatisme a manqué. Le bruit de souffle est le plus ordinairement rude, râpeux, occupant une grande étendue de la région précordiale, avec ou sans frémissement cataire. Il existe au premier temps, mais dans quelques cas on l'a rencontré également au second temps, et il a paru coïncider avec une insuffisance aortique résultant de la destruction complète des valvules de l'aorte. Le pouls est souvent très-fréquent, quelquefois bondissant; dans certains cas il a présenté une irrégularité extrême.

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

LA COMMISSION SANITAIRE

PENDANT LA GUERRE DES ÉTATS-UNIS (1).

M. le docteur Evans vient de publier un livre fort intéressant sur cette Commission sanitaire des États-Unis, qui a rendu de si grands services aux armées du Nord pendant la grande guerre actuellement sur le point de finir.

Au moment où la sécession s'accomplissait, les Américains possédaient une armée régulière de vingt mille hommes au plus. Le lendemain du bombardement du fort Sumter, le président Lincoln ordonna une levée de 75,000 volontaires. La réponse à cet appel fut enthousiaste et instantanée; des milliers d'hommes accoururent de tous côtés; le tumulte et la confusion s'ensuivirent, car la discipline y faisait complètement défaut. Le Bureau médical était incapable de fournir des chirurgiens et des secours en quantité suffisante. Ce fut dans ce moment de crise que se forma l'Association centrale pour l'assistance médicale, sous la direction des docteurs Bellows, Bethune et Mott; ce dernier fut nommé président de l'Association, et vint offrir les services de cette nombreuse et active Société au Bureau médical de l'armée régulière; mais son directeur général ne reçut pas ces propositions sans un certain effroi : dans sa réponse il refusa toute offre de services et s'efforça de décourager les promoteurs de l'Association. Néanmoins ceux-ci ne se découragèrent pas, et se décidèrent à se constituer en Commission permanente, avec un bureau régulier et des employés qui résideraient à Washington, Commission à laquelle le président Lincoln donna son approbation officielle le 13 juin de la même année 1861.

Aux termes de l'autorisation, la Commission avait pour but d'étudier la condition sanitaire des volontaires et les moyens de rétablir et de maintenir leur santé. Il nous est impossible de suivre dans tous ses détails les progrès de cette utile institution; ce sont surtout ses moyens d'œuvre et ses résultats que nous désirons étudier. Qu'il nous suffise de dire que, soutenue par trente mille comités locaux, elle recueillit plus de soixante millions de francs de dons volontaires, et que, grâce à son organisation, presque tous les fonds recueillis purent être appliqués directement à l'amélioration du sort des soldats, car l'ensemble des frais de toute espèce, représentant le traitement des employés, les dépenses de loyer, de transport et de correspondance, ne s'éleva qu'à 3 pour 100 comparé au chiffre total des recettes.

Afin de ne porter aucune atteinte à l'autorité militaire, les délégués de la Commission sanitaire attendaient l'invitation des chirurgiens en titre de l'armée pour offrir les services de leurs infirmiers et l'usage de leurs pharmacies, de leurs dépôts d'approvisionnements, de leurs ambulances. Ils s'abstenaient de toute intervention tant que les hôpitaux étaient pourvus des objets nécessaires au pansement des blessés et au traitement des malades; mais dès que le service médical de l'armée venait à souffrir à la suite de quelque désastre ou d'un malentendu, ils apparaissaient aussitôt.

C'est principalement en ce qui concerne les approvisionnements de l'armée et le transport des blessés que les services rendus par la Commission sont évidents. Ainsi, par des admonitions réitérées, elle attira l'attention du pays et de l'administration sur le danger imminent du scorbut.

En réponse à ses appels de contributions spéciales, les campagnards envoyèrent d'énormes masses d'oignons, de fruits secs et de pommes de terre.

« Les causes essentielles du scorbut, écrivait le docteur Woodward, l'un des principaux chirurgiens militaires, peuvent être résumées en un seul mot : la mauvaise hygiène des camps. On ne pourrait probablement pas citer un seul exemple de scorbut faisant son apparition dans une armée suffisamment approvisionnée de légumes frais. » L'expérience contraire a malheureusement été faite pendant la guerre de Crimée, comme nous le lisons dans le rapport si intéressant et si instructif du docteur Chenu.

« Les causes de l'invasion scorbutique, écrivait le médecin en chef de l'armée française en Crimée, sont, comme toujours, l'absence absolue de végétaux frais, l'usage prolongé de vivres de campagne et surtout l'usage de la viande salée (février 1855)... Le scorbut ne laissera pas, si cela continue, un seul des anciens soldats du 2e corps; le nombre des scorbutiques est énorme (janvier 1856). »

D'un autre côté, le médecin en chef de la flotte française s'exprimait ainsi : « Le scorbut, en progression décroissante dans l'escadre, suit une progression rapidement ascendante dans l'armée de terre. Il faut faire remarquer, pour expliquer cette différence, que, grâce à ses moyens de transport et aux voyages fréquents d'un ou de plusieurs bâtiments de la flotte de Kamiesch à Constantinople, on est arrivé dans l'escadre à donner trois ou quatre fois par semaine des repas de viande, de légumes et de fruits frais. »

Si je me suis laissé entraîner à transcrire ces passages, c'est afin de faire comprendre combien la question alimentaire est importante pour des armées en campagne; on appréciera après cela les services rendus par la Commission et leur influence sur l'état sanitaire des troupes. Pendant un seul trimestre de 1863, elle expédia de Washington 1,030 tonnes de provisions fraîches coûtant 700,000 fr. Depuis lors,

(1) Son origine, son organisation et ses résultats, avec une notice sur les hôpitaux militaires aux États-Unis et sur la réforme sanitaire dans les armées européennes, par M. le docteur Evans. — Paris, chez Dentu, 1865.

Mais ce sont surtout les symptômes généraux qui méritent de vous être signalés; ce sont eux qui impriment un cachet particulier à l'endocardite ulcéreuse. Sous ce rapport, tous les auteurs ont établi deux formes principales : la forme typhoïde et la forme pyohémique.

Dans la première forme on a noté une fièvre vive avec un pouls souvent dichrote, un grand abattement, de la stupeur, de la céphalalgie, du délire, la langue sèche, une soif vive, de la diarrhée, du ballonnement du ventre, des sudamina, des pétéchies, le gonflement de la rate, le catarrhe bronchique, etc.

La seconde forme rappelle l'infection purulente. Outre la plupart des symptômes typhoïdes ci-dessus énumérés, on voit se manifester des frissons violents. Ces frissons n'ont rien de régulier; ils se montrent tous les jours, quelquefois deux fois par jour; ils sont suivis de chaleur, mais la sueur est généralement peu abondante; la dyspnée est très-vive et souvent accompagnée de râles dans les poumons; quelquefois l'ictère existe; le pouls acquiert une grande fréquence, il est surtout très-variable et on le voit osciller entre 100 et 150. Deux phénomènes se montrent très-fréquemment, les vomissements et la diarrhée. Ces phénomènes ont été quelquefois si prononcés que l'on a pu croire à un empoisonnement ou au choléra.

Ne retrouvez-vous pas, Messieurs, dans ce tableau de l'endocardite ulcéreuse à forme pyohémique, tous les symptômes que nous avons constatés chez notre jeune fille? L'analogie n'est-elle pas saisissante et n'est-on pas amené à cette maladie presque nécessairement? C'est mon opinion, et je ne crois pas que le diagnostic auquel je me suis arrêté soit infirmé par l'examen nécroscopique auquel nous allons nous livrer dans un instant.

Quant aux causes de l'endocardite ulcéreuse, elles sont souvent assez obscures; on l'a vu survenir après l'accouchement; d'autres fois après de vives émotions de l'âme, ou encore après une profonde débilitation de l'organisme. D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, nous sommes portés à penser que notre jeune malade avait dans ces derniers temps éprouvé de violents chagrins.

Inutile de vous dire que malgré un traitement énergique, composé surtout de sulfate de quinine, toniques, alcooliques, musc, etc., la maladie a suivi une marche progressive et que la terminaison a été promptement funeste, comme dans toutes les observations publiées jusqu'ici.

Autopsie. — L'examen des organes, fait après la leçon, a démontré les lésions suivantes :

Le péricarde est distendu par un épanchement séro-purulent assez abondant, et les deux feuillets de cette membrane séreuse sont tapissées par une couche épaisse de fausses membranes récentes. Le cœur a un volume à peu près normal; son tissu est mou, de couleur jaunâtre, et l'examen microscopique montre les fibres musculaires remplies de granulations graisseuses. Le ventricule gauche étant ouvert, on aperçoit, au niveau d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, une ulcération anfractueuse qui établit une communication anormale entre la partie avoisinante de l'oreillette droite; les bords de cette plaie, vue du côté du ventricule, sont sinueux, irréguliers et recouverts de végétations fibrineuses plus ou moins saillantes. La valvule sigmoïde, qui se trouve immédiatement au-dessus de l'ulcération, est amincie et perforée en plusieurs points; les autres valvules sont saines, ainsi que l'aorte et les autres parties du cœur gauche.

Du côté de l'oreillette droite l'ouverture est plus petite, plus régulière, les dépôts fibrineux moins prononcés. Au-dessus de cet orifice, faisant saillie dans l'intérieur de l'oreillette, existe une petite tumeur sanguine de la grosseur d'une cerise; cette tumeur aboutit au canal de communication ci-dessus décrit, ainsi qu'une autre tumeur également sanguine; mais beaucoup plus volumineuse et située dans l'espace cellulaire qui unit l'oreillette à l'aorte. Il semble que l'effort continu du sang à travers la perforation de l'endocarde ait refoulé les tissus au-dessus de cette plaie fistuleuse et produit en quelque sorte un double anévrisme.

Les deux poumons sont œdémateux, congestionnés; ils ne renferment pas d'abcès métastatiques. Au sommet du poumon droit, dans une très-petite étendue, se remarquent quelques granulations grises semi-transparentes assez dures et un petit noyau dont la surface de section est grise, opaque, sèche, de consistance caséeuse.

Le foie est petit et mou, en dégénération graisseuse commençante; la surface supérieure présente des villosités fibrineuses récentes et molles (perihépatite localisée).

La rate est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal.

Les reins sont très-flasques et assez petits; toute la substance corticale a une couleur jaunâtre et elle est en même temps opaque; la substance tubuleuse est également anémiée. L'examen microscopique a montré que les tubes urinifères de la substance corticale étaient remplis de cellules granulo-graisseuses.

Le foie, la rate et les reins ne renferment aucun infarctus.

Les deux muscles droits au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis, présentent une solution de continuité symétrique de leurs faisceaux musculaires. Cette rupture porte sur les faisceaux internes des muscles et intéresse de chaque côté un faisceau gros comme le pouce. Au niveau de la solution de continuité, les deux fragments, supérieur et inférieur, sont éloignés de 5 à 6 centimètres l'un de l'autre, et l'espace qui les sépare est rempli par du sang coagulé. L'examen microscopique, pratiqué par M. Cornil, a montré dans l'extrémité libre du bout supérieur, au niveau de la solution de continuité, des altérations graisseuses très-avancées des fibres musculaires. Un grand nombre de ces fibres contenaient dans les fibrilles primitives des granulations plus ou moins grosses, fines en général, réfringentes et jaunâtres, qui ne disparaissaient ni par l'acide acétique ni par la soude. Ces fibres avaient perdu leur structure transversale et longitudinale. Sur certains points, on faisait sortir par la pression tout le contenu émulsif d'une fibre musculaire qui restait avec le sarcolemme vide.

Le cerveau, le cervelet et le bulbe sont sains, ainsi que les artères qui se distribuent à ces diverses parties de l'encéphale. La dure-mère présente à sa surface interne des néo-membranes vascularisées et des exsudations fibrineuses molles au milieu desquelles se voient des ecchymoses sanguines provenant très-probablement de la rupture des capillaires des néo-membranes sus-jacentes.

L'intestin, examiné avec soin dans toute sa largeur, avait sa coloration normale. Les follicules agminés et isolés étaient parfaitement sains.

Le sang n'a offert aucune lésion appréciable; il ne renfermait aucune granulation graisseuse.

DYSPEPSIE (1),

Par M le Dr Chabannes.

On doit remarquer que nous nous abstenons de toute théorie touchant l'état anatomique ou chimique de l'estomac et de ses sucs. Cette dernière question serait pleine de dangers; et, plutôt que de suivre une théorie chimique quand le médecin se trouve en présence des malades, il est bien préférable de leur faire part de sa propre expérience acquise par une observation attentive.

L'ère des neutralisants est surannée. Les alcalins, qui saturaient autrefois les excès d'acidité, provoquent au contraire la dyspepsie acide. Le pyrosis se trouve fort bien de ce qui, en apparence, devrait l'envenimer encore; nous parlons de quelques gouttes d'acide chlorhydrique, préconisée par M. le professeur Trousseau dans ses leçons.

En présence de contradictions apparentes si flagrantes, le devoir du médecin n'est-il pas de laisser au temps le soin d'élucider ces questions intéressantes, et de diriger ses patientes investigations vers le but final que recherchent les clients : l'application salutaire d'une médication dont il connaît les effets?

Il nous reste à parler de la dyspepsie intestinale et des services que peuvent retirer des eaux de Vals les malades qui en sont atteints.

La dyspepsie intestinale, le plus souvent liée à la dyspepsie gastrique, n'est que l'extension de la première maladie. Elle peut reconnaître les mêmes causes; elle offre des symptômes analogues, on peut dire même en tout semblables, si l'on veut se rappeler que les différences de fonctions de l'intestin portent nécessairement avec elles des différences symptomatiques.

Dans la dyspepsie intestinale, vous retrouvez, comme dans l'estomac, des gaz qui, au lieu de provoquer des éructations, détermineront des borborygmes, des flatuosités, des ballonnements analogues aux gonflements observés dans la dyspepsie gastrique.

Ces borborygmes, ces flatuosités sont dus aux gaz intestinaux, qui tantôt font irruption avec violence, accompagnant les matières fécales dans un état plus ou moins concret; tantôt coïncidant avec une constipation opiniâtre, restent emprisonnés, et déterminent alors ces tympanites si redoutées des malades, ces ballonnements insupportables qui jettent les patients dans cette tristesse, cet abattement moral caractéristiques de ces sortes d'affections.

L'eau de la source *Saint-Jean* prise à table, unie aux bains minéraux et aux douches ascendantes, est souvent le *seul* traitement que j'indique, et le seul, je crois, qui me réussisse dans les débuts.

Bien des fois nous avons vu, dès les premiers jours, la production des gaz suspendue; leur odeur, si pénétrante, est modifiée comme par enchantement.

Quand les symptômes diarrhéiques dominent, nous recourons encore avec plus de fruit aux douches ascendantes minérales froides. Nous n'avons pas vu peut-être un seul malade qui ne nous ait accusé le grand bien-être occasionné par ce genre de médication. L'action stimulante, par leur température et leur composition chimique des sources *Désirée*, *Précieuse*, *Rigolette*, *Magdeleine*, etc., etc., restitue promptement la tonacité, qui faisait défaut au gros intestin, traité le plus souvent jusque là par des lavements émollients, et on peut ajouter énervants.

Les premiers jours passés, quand le mieux se maintient, nous ne craignons plus d'adresser le malade à des sources *plus* richement minéralisées. De la *Saint-Jean*, nous passons à la *Rigolette*, à la *Désirée*, à la *Magdeleine*, etc., etc.

Enfin, suivant ici une manière de faire, dont chaque nouvelle saison nous prouve l'efficacité, il est rare que nous laissions partir le malade sans lui faire prendre l'eau ferro-arsenicale de la *Dominique* pendant quelques jours.

Cette pratique présente deux avantages : d'abord, de tonifier le malade, qu'une maladie de longue date a nécessairement rendu faible, quelquefois anémique, et auquel un régime, surveillé pendant son séjour à Vals, n'a pas encore permis de faire provision de forces radicales suffisantes. Secondement, nous ajournons autant que possible l'administration de l'eau de la source *Dominique* à la fin du traitement, parce que généralement les buveurs, ici, boivent trop copieusement des eaux qui plaisent au goût, mais dont l'abus, comme en toute chose, amène la satiété. L'eau tempérante et reconstituante de la *Dominique* est prise volontiers, et les effets sont remarquablement prompts.

Il est inutile d'ajouter que, si la dyspepsie intestinale, avec

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 juin 1865.

---

elle a continué à en fournir dans tous les hôpitaux du gouvernement et aux troupes; ces denrées étaient envoyées dans des wagons réfrigérants construits expressément pour cet usage.

A travers les vastes étendues de territoire occupé par les armées, il y avait absence presque complète de tout moyen de communication, sauf par eau ou par chemin de fer; aussi les membres de la Commission firent-ils l'acquisition de seize transports à vapeur et de deux hôpitaux flottants; chacun de ces navires fut pourvu de tout ce qui pouvait être utile aux malades et aux blessés; les agents sanitaires purent ainsi remonter les rivières, et pénétrer dans l'intérieur de pays ennemis et jusqu'aux campements les plus reculés de l'armée fédérale. On construisit aussi des wagons spéciaux pour le transport des blessés sur les chemins de fer; chacune de ces voitures-ambulances renfermait des lits-brancards pouvant être détachés à volonté sans déranger les malades ; ces lits étaient suspendus au moyen de fortes bandes en caoutchouc amortissant les contre-coups. Les agents avaient sous la main des approvisionnements de vêtements, tablettes alimentaires, thé, café et drogues pharmaceutiques; ils disposaient d'un fourneau très-ingénieux pour la cuisine. Un médecin accompagnait chaque convoi de malades. « Depuis que je m'occupe des trains hospitaliers, écrivait M. le docteur Barnum, j'ai fait transporter 20,412 patients, et j'en ai perdu un seul pendant le trajet. »

A la date du 13 avril 1864, il y avait sur le théâtre de la guerre 214 hôpitaux renfermant 133,800 lits, dont 97,751 étaient occupés. Au lieu de transformer d'anciens bâtiments en hôpitaux, le gouvernement, sur l'avis de la Commission, fit construire des casernes-infirmeries en bois de charpente, assez vastes pour contenir chacun de 30 à 60 lits, dont le système de chauffage et de ventilation fut l'objet d'une attention scrupuleuse. L'idée première, qu'on a réalisée dans tous ces hôpitaux, a été de bâtir pour chaque salle un pavillon séparé n'ayant qu'un seul étage; à une certaine distance des pavillons s'élèvent les édifices nécessaires à la direction et aux services. Un intervalle de 10 mètres au moins existe entre chaque rangée de constructions; les dimensions de chaque salle d'hôpital sont assez considérables pour assurer à chaque malade plus de 27 mètres cubes d'air. En outre, un faux toit placé à 1m20 au-dessus de l'arète supérieure active la ventilation de l'édifice pendant la belle saison. En hiver, les interstices du toit sont fermés, et l'on obtient le renouvellement de l'air au moyen de cheminées d'appel. L'un des plus grands hôpitaux, celui de Philadelphie, a été construit de manière à pouvoir contenir 3,320 malades; il couvre une surface de 50,000 mètres carrés.

Il serait trop long de parler ici de tous les efforts tentés par la Commission sanitaire pour atteindre son but : le soulagement des soldats; c'est ainsi qu'elle a fondé une agence hospitalière, ayant pour but de fournir des renseignements précis sur chaque patient traité dans les hôpitaux militaires; des asiles pour les soldats en voyage; un service d'assistance pour les militaires congédiés, infirmes ou convalescents, etc.; elle a aussi publié un bon nombre de monographies médicales pour les distribuer aux chirurgiens de l'armée, un journal bi-mensuel et plusieurs autres publications fort intéressantes. Quels ont été les résultats de cette œuvre? Pour y répondre, consultons les chiffres.

Les statistiques prouvent que la mortalité des soldats a été beaucoup moins forte dans l'armée des États-Unis, qu'elle ne l'est dans la plupart des armées européennes en temps de guerre. Le docteur Woodward évalue, pour la première année de la lutte, la mortalité générale dans les régiments fédéraux à 676 par 10,000 hommes; dans ce nombre, la mortalité provenant des malades était de 504, et celle résultant des coups et blessures de 172, c'est-à-dire inférieure de 3 pour 1000 à la mortalité de l'armée anglaise des Indes, et à celle des soldats français qui font le service de garnison aux Antilles. Cette mortalité paraît faible en comparaison de celle des alliés en Crimée. Les Anglais, par exemple, subirent de telles pertes en janvier 1855, que si la mortalité avait continué dans les mêmes proportions, il eût fallu renouveler l'armée tous les 300 jours. Les Français eurent, du 1er avril 1854 au 6 juillet 1856, 225,000 malades ou blessés et 95,000 morts, sur un effectif total de 309,268 hommes.

Ces chiffres ont une triste éloquence; ils font réfléchir sur les désastres que les guerres entraînent avec elles. Qu'il nous soit permis, en finissant, de signaler les travaux de la conférence internationale réunie à Genève en octobre 1863, qui a obtenu une convention signée par les plénipotentiaires des principales puissances de l'Europe et de l'Amérique pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne, et qui a fondé chez tous les peuples civilisés des associations permanentes et universelles de secours aux militaires blessés.

Nous renvoyons ceux de nos lecteurs que ce sujet intéresse à une brochure récente : *La charité internationale sur les champs de bataille* (1).

Dr de Valcourt.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8°. Prix : 5 fr. Paris, 1865. P. Asselin (Labé), libraire-éditeur.

Clinique de Plombières. Affections de l'appareil digestif, maladies chroniques de l'estomac, dyspepsies, par le docteur Liétard. Brochure in-8° de 60 pages. Prix : 1 fr. 50. Chez Victor Masson et fils, libraires, place de l'École-de-Médecine.

(1) 5e édition, chez Hachette, 1865.

dominance diarrhéique, se manifeste chez un sujet à chair molle, affaibli, pâle et sans vigueur, nous l'adressons dès notre première entrevue à la source *Dominique*.

Avant de terminer cet article sur la dyspepsie, nous allons prendre, dans un passage de notre rapport annuel à l'Académie de médecine, quelques chiffres qui représentent la base de nos observations.

Sur quatre-vingt-neuf observations adressées à ce corps savant en 1862, on compte vingt-huit dyspeptiques, dont dix-sept guéris, sept soulagés, un qui quitta l'établissement sans changement d'état, un dont l'état s'aggrava, deux dont la guérison ou le soulagement n'eut lieu qu'après le départ des eaux.

Dans un rapport précédent, rapport qui fut honoré d'une récompense académique, je notais quatorze cas de gastro-entérite, huit guérisons, trois améliorations, deux sans changement, un aggravé.

Huit guéris sur quatorze serait une proportion bien belle, mais nous devons répéter ici la réflexion qui accompagnait notre rapport : « Les chiffres qui précèdent ne donneraient « point une idée juste de l'effet des eaux de Vals sur les « inflammations de l'estomac et de l'intestin, si nous ne faisions remarquer qu'à cette classe de maladie il faut reporter « ces cas d'alternatives de diarrhée et constipation, de borborygmes même avec douleur qui devraient, peut-être avec « plus de justice, être rattachés à la classe des dyspepsies « intestinales. Ainsi, dans les cas d'entérite franche aiguë, le « traitement consiste surtout dans les bains prolongés d'eau « douce et une *faible dose* des *sources faibles*, qu'on fait « couper avec du lait ou du bouillon. Ces eaux, administrées « ainsi, me paraissent avoir des qualités sédatives que n'auraient pas les sources de Vals, dont la minéralisation égale « celle de Vichy.

« J'ai souvent administré avec succès l'eau de la source « *Saint-Jean* dans les convalescences de fièvre typhoïde, alors « qu'il reste encore un certain degré de sensibilité abdominale, d'acuité dans la maladie. Ici encore, comme dans les « dyspepsies par irritation, il existe certains états, avec limbe « de la langue rouge, douleur gastrique après l'ingestion des « aliments ou à la pression, retentissement douloureux par la « marche, qui sont momentanément aggravés par l'usage des « eaux, et qui plus tard, dénaturés pour ainsi dire par cet « excès d'inflammation, guérissent comme si l'irritation déterminée par les eaux s'était substituée à celle qui existait « déjà.

« Il en est de même pour ces cas de gastrite chronique, « avec épaississement présumé des membranes, que l'on « guérit à force de patience après deux ou trois traitements. « Ces cas sont aujourd'hui confondus avec des dégénérescences. »

En résumé, avons-nous tout dit sur la médication employée à Vals contre les dyspepsies ou le traitement des dyspepsies par l'usage des eaux de Vals, employée à distance dans la pratique de la ville? Non, il est une foule de détails que l'on omet, de ressources inspirées par le besoin de la position qui surviennent quand il le faut, et qui nécessiteraient beaucoup trop d'espace pour les exposer dans un article de journal. Mais nous pouvons dire, et c'est ce que nous avons essayé de faire ressortir, que le praticien trouvera dans la variété des sources de Vals des agents de guérison qu'il chercherait vainement ailleurs.

Si nous n'avions qu'une source minérale, qu'une seule espèce de traitement à opposer à cette maladie, quelques mots suffiraient pour en tracer l'exposé complet, mais le lecteur n'a point oublié les trois grands groupes d'eaux dont dispose la station de Vals; ils entraînent naturellement des variétés nombreuses dans leurs applications thérapeutiques. Les deux groupes comprenant les sources bi-carbonatées sodiques présentent dans leur ensemble une gamme médicale, qui fait complétement défaut à Vichy. A côté de cette gamme de sources bi-carbonatées, il y a les magnifiques notes que l'on trouve dans l'application de la source ferro-arsenicale sulfureuse de la *Dominique* dans les cas d'anémie, de chlorose, de fièvres, de cachexie, de dyspnée, de débilité, etc., etc. Ces trois groupes, qui se trouvent réunis à Vals, offrent des avantages thérapeutiques si importants, qu'on peut dire qu'à ce point de vue cette station est non-seulement la première de France mais aussi d'Europe.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 juin 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un Mémoire de M. le docteur Gutteridge (de Birmingham) sur un nouveau procédé de son invention pour l'extraction de la pierre (Commissaire : M. Ségalas);

2° Plusieurs observations recueillies par M. Raoul Deslongchamps à l'établissement militaire d'Amma Mescoutine (Algérie) en 1863 (Commission des eaux minérales);

3° Un rapport de M. le docteur Vignes (de Tarbes) sur une épidémie de fièvre typhoïde (Commission des épidémies);

4° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements des Côtes-du-Nord, de la Manche, de l'Oise et de la Lozère (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Pélikan (de Saint-Pétersbourg) sur l'épidémie de fièvre récurrente qui a régné à Saint-Pétersbourg (Commission déjà nommée);

2° Une observation de M. le docteur Mattei ayant trait à un cas d'aphasie consécutif à la constipation.

Voici un extrait de l'observation :

Il s'agit d'une femme multipare, âgée de trente-quatre ans, laquelle, à la suite d'imprudences, avorta à cinq mois de grossesse le 22 août de l'année dernière. Ce qui me fit appeler auprès d'elle fut une grave hémorrhagie que le médecin traitant ne pouvait pas maîtriser.

Voici dans quelles circonstances :

Le 27 août, il y avait de la céphalalgie et du malaise, bientôt suivis de vomissement et d'un engourdissement de la jambe gauche, qui a duré une heure. Pendant ce temps aussi la langue s'embarrasse un peu dans ses mouvements, et il semble à la malade qu'on la lui tire du côté gauche. Tout avait cessé spontanément.

Le 29 du même mois, à dix heures du matin, grand affaissement, céphalalgie, engourdissement du bras gauche et du côté correspondant de la face; enfin, éclate l'aphasie.

Dans l'après-midi, voici en quel état j'ai trouvé la malade :

Pouls tout à fait normal, peau naturelle. Je lui demande où elle a mal, et elle porte la main au front. Elle voudrait s'expliquer verbalement, mais la chose est impossible; ainsi elle jouit de ses facultés intellectuelles.

La femme articule des sons incohérents, ne dit que la moitié de quelques-uns des mots qu'elle voudrait prononcer ou elle dit des mots qui n'entrent pas dans ce qu'elle veut dire. Comme elle entend parfaitement avec les oreilles ce que dit sa bouche et qu'elle comprend très-bien l'impossibilité où elle est de s'exprimer, elle essaie à diverses reprises, et, voyant qu'elle ne le peut pas, elle s'exaspère jusqu'à la plus vive impatience.

Je n'ai vu dans ce fait qu'un phénomène nerveux réflexe, sachant surtout qu'après une si forte perte la femme était anémique.

L'hypogastre ne présentait rien d'anormal.

Je palpe avec plus de soin le trajet du gros intestin, et je trouve qu'il est rempli de matières fécales indurées que je puis mettre en mouvement avec des pressions méthodiques.

La constipation a été traitée par les lavements répétés.

La malade a rempli en une demi-heure trois énormes vases de matières fécales, et, lorsque l'intestin a été tout à fait vidé, la parole est devenue aussi précise que si la femme n'avait rien eu.

Je n'avais plus revu cette dame, et on m'avait dit qu'elle se portait bien; mais le 3 du mois qui court, c'est-à-dire dix mois après l'aphasie, on m'a appelé de nouveau auprès d'elle pour remédier à une constipation qui durait depuis plusieurs jours et qui avait occasionné des vomissements.

3° Une note sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la variole, par M. le docteur Chéri Aubran, de Brigueil-le-Chantre (Vienne).

4° Un tableau de vaccinations pratiquées à l'hôpital Saint-Antoine, et un tableau des cas de variole observés à ce même hôpital en 1865, par M. Latour, externe à l'hôpital Saint-Antoine (Commission de vaccine).

5° M. le docteur Batailhé envoie un pli cacheté sur la *fièvre puerpérale* et sur sa *cause*. (Accepté.)

6° M. J. Charrière présente à l'Académie un nouveau miroir réflecteur du larynx.

Une longue habitude du laryngoscope, ayant démontré à M. le docteur E. Fournié que la manière la plus simple d'éclairer le larynx, consistait à projeter la lumière au moyen d'un réflecteur placé sur le front, nous avons construit sur ses indications un miroir réflecteur qui a l'avantage d'être très-simple et de se prêter aux exigences variées de l'éclairage laryngien.

Ce réflecteur se compose essentiellement d'un miroir concave fixé à l'extrémité d'une tige en acier, qui s'incline dans toutes les directions au moyen d'un pivot à genouillère placé sur une petite gouttière rembourrée que l'on applique sur la racine du nez. Le miroir est ainsi placé immédiatement au-dessus du plan oculaire, et il est maintenu dans cette position par la tige d'acier qui, parcourant sur la ligne médiane la circonférence du crâne, va se fixer en se divisant en deux branches sur la partie postérieure de la tête.

Cette tige présente trois articulations qui permettent de la réduire à un très-petit volume pour le mettre dans une boîte ou dans la poche.

— M. MÉLIER fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'une étude sur les eaux minérales d'Ax (Ariége), par M. le docteur Auphan.

DISCUSSION.

M. BOULEY, à propos du procès-verbal de la précédente séance, veut rectifier une rectification de M. J. Guérin, ce dernier ayant reproché à M. Bouley de n'avoir pas été philosophe et d'avoir dit qu'il avait admis que la variole pouvait naître de l'anthrax, du javart, des eaux aux jambes, du feu de Saint-Antoine (dont M. Bouley déclare n'avoir jamais parlé).

Voici, dit M. Bouley, les faits : j'ai fait un historique, j'ai prononcé ces phrases : Je trouve que Jenner a affirmé que le *grease* avait donné la vaccine, que Saccho avait tiré le vaccin et la variole du javart, que Hartwig avait considéré les eaux aux jambes comme une maladie vaccinogène. J'ai dit ensuite qu'il fallait juger par l'expérimentation; les annales de l'Académie sont là pour témoigner où et comment les faits ont jeté le plus de lumière, et je laisse aux travailleurs de l'avenir à donner à chacun ce qui lui appartient.

M. J. Guérin revendique pour lui le mérite d'avoir formulé l'idée de l'unité de la maladie vaccinogène; il y est arrivé par voie d'induction; je ne lui conteste pas l'explication, mais les aspirations de M. J. Guérin n'auraient pas eu une valeur sérieuse sans l'expérimentation.

M. J. GUÉRIN. Je puis m'être confirmé dans l'opinion qui a dicté mes paroles dans la dernière séance, j'ai pu prendre l'exposé historique d'un orateur pour ses propres opinions, surtout quand je voyais celui-ci présenter une éruption aphtheuse de la bouche d'un cheval comme une nouvelle maladie vaccinogène. A ce moment, l'Académie se le rappelle, j'ai dit qu'il y avait dans ce cas erreur de diagnostic, et j'ai formulé l'idée de l'unité de la maladie qui donne la variole; j'ai enfin prié l'Académie de prendre acte de cette déclaration.

Pour ce qui est de la priorité, je m'étonne qu'elle soit contestée. Je me souviens encore de l'approbation que m'a donné à cet égard M. Bouley.

Enfin je n'ai qu'un mot à dire de l'induction, c'est un des meilleurs procédés pour éclairer les questions scientifiques.

M. DEPAUL. MM. Guérin et Bouley semblent oublier les faits. M. Bouley a parfaitement dit que trois maladies du cheval donnaient la vaccine. Il a même ajouté, à moi en particulier, dans un style pittoresque : Crachez sur le pis de la vache, vous ferez venir la vaccine.

M. BOULEY. Je n'ai pas dit cela.

M. DEPAUL. M. Guérin se trompe pour ce qui est de la priorité; il fait erreur. M. Guérin a bien dit : la philosophie veut que ce soit une seule et même maladie qui engendre la variole; le cheval qui donne la variole à la vache doit avoir la variole. Mais M. Guérin a été précédé par moi. Le 27 mai 1862 j'ai pris la parole dans une discussion, et j'ai dit : la vaccine est la variole mitigée; les faits de Toulouse sont relatifs à la variole du cheval; et j'ajoutais que la varioloïde, la variole, la vaccine et même la clavelée, ont une même essence. Vous écoutez nos discussions, M. Guérin, et vous écrivez dans un journal; vous vous assimilez ce que vous entendez, et vous vous imaginez que les idées que vous vous faites sont de vous.

M. BOULEY. En entendant MM. Guérin et Depaul, j'approuve les membres du Conseil des Dix qui, autrefois, à Venise, ne parlaient jamais avant d'entrer en séance, j'aurais évité, en suivant leur exemple, le sort que m'ont fait mes conversations avec mes contradicteurs. Mais ce n'est point là toute ma réponse.

Si je me suis rattaché à l'idée de la multiplicité des origines de la vaccine, c'est avec mes devanciers, et je n'ai pas été le seul. M. Depaul même était des nôtres, et il n'a changé d'opinion qu'avec nous, seulement après les expériences de MM. Lafosse et Sarrans (de Toulouse) et nos expériences d'Alfort; sans ces expériences, M. Depaul serait encore un des défenseurs de la vieille doctrine.

M. J. GUÉRIN. M. Depaul oublie que mes opinions datent de ce fait de Brissot, qui avait pris la vaccine en pansant un cheval atteint des eaux aux jambes, et à ce moment M. Depaul avait jugé que les boutons de vaccine étaient une varioloïde; il avait donc admis à ce moment encore les anciennes opinions.

Discussion sur l'aphasie et les organes législateurs de la parole.

M. BAILLARGER termine par les conclusions suivantes (1) :

1° Les lésions anatomiques, correspondant à l'aphasie, se rencontrent huit ou neuf fois sur dix dans les lobes antérieurs, et cette vérité relative a été établie par les recherches de M. Bouillaud;

2° Les exceptions qui empêchent de formuler ici une loi absolue, peuvent surtout s'expliquer de deux manières : d'abord parce que le point précis qu'occuperait l'organe législateur de la parole dans les lobes antérieurs n'est pas déterminé, mais en outre parce que tout tend à prouver qu'il y a dans le système nerveux, comme dans le système vasculaire, des ressources ménagées par la nature pour suppléer à certaines lésions;

3° La doctrine de MM. Dax et Broca, qui localisent dans l'hémisphère gauche les lésions de l'aphasie, comptent aujourd'hui déjà un nombre imposant d'observations. Les exceptions sont à peine dans la proportion de 1 sur 15. C'est donc un fait nouveau extrêmement remarquable et qui ne peut manquer d'avoir des conséquences importantes pour la physiologie pathologique;

5° On ne saurait conclure, comme on l'a fait des observations de MM. Dax et Broca, que l'hémisphère gauche est seul chargé de la parole;

6° Il y a pour l'hémisphère gauche deux particularités anatomiques importantes dont l'une se rapporte à la circulation et l'autre au développement des plis frontaux de cet hémisphère. Ces deux particularités anatomiques, rapprochées de ce fait, que tous les peuples sont droitiers et qu'on écrit presque exclusivement avec la main droite, sont de nature déjà à faire paraître moins étrange le fait singulier des lésions de l'aphasie existant quinze fois sur seize dans l'hémisphère gauche.

M. J. GUÉRIN. A propos d'un fait de destruction du cervelet avec conservation de la marche, cité par M. Baillarger, et que M. Magendie déclarait impossible, parce qu'il bouleversait la science, affirme que les opinions actuelles sur l'embarras de la parole et la lésion des lobes antérieurs du cerveau sont des manières de raisonner semblables à celle de Magendie.

Jamais, dit M. Guérin, MM. Bouillaud et Broca n'ont établi un rapport numérique entre les lésions des lobes antérieurs et les altérations de la parole. Ils ont donné des coïncidences comme une preuve de la subordination d'une lésion à une altération de fonction et réciproquement.

On a opposé des faits de conservation de la parole avec une altération des lobes antérieurs du cerveau. M. Baillarger a dit que la majorité des faits étaient en faveur de la loi posée par MM. Bouillaud et Dax, loi que ces messieurs ont voulu ériger en système, en cherchant à établir un organe législateur de la parole.

Ici M. Guérin cite quelques exemples pour montrer les erreurs que l'on peut commettre en prenant la cause prochaine pour la cause éloignée, et en substituant la coïncidence à la causalité. L'orateur termine en disant que la révélation des faits d'aphasie est très-intéressante; qu'ils existent à titre de faits de coïncidence, malgré les systèmes, et qu'on les conservera comme des renseignements utiles.

M. CERISE lit un discours sur l'aphasie. L'orateur déclare en commençant qu'il ne veut faire que quelques réflexions, et son intention est de se borner à des appréciations sommaires.

Il y a, dit-il, un problème à résoudre. Problème double, l'établissement de la lésion qui coïncide le plus souvent avec les troubles de la parole, l'établissement de l'organe où siége la faculté du langage.

Ce qu'il y a de vrai aujourd'hui, c'est qu'un bon nombre de faits prouvent que des lésions de l'hémisphère cérébral gauche ont coïncidé avec des altérations de la parole. Ces faits sont ressortis des travaux de MM. Dax, Bouillaud et Broca. Mais ces messieurs ont été plus loin, ils ont voulu induire des faits cette conséquence qu'il y

(1) Addition à la séance du 6 juin.

avait un point du cerveau où était localisé l'organe de la parole.

Le problème est insoluble : on ne peut juger du siége de la faculté du langage. Ce ne sont pas les altérations de la parole qui peuvent mettre sur la voie. L'aphasie n'est qu'un symptôme, ce n'est qu'un trouble de la parole, et de là à remonter à une altération de l'organe législateur de la parole, c'est difficile.

Il y a mille états où la parole est abolie, où la parole est impossible, il y a des lésions multiples variables, et l'aphasie n'est qu'un des nombreux états où la parole est plus ou moins gênée. Aussi, suivant l'orateur, le mot *aphasie*, qui signifie impossibilité de parler, est un mauvais mot, impropre à désigner les maladies et les lésions dont l'Académie s'est occupée.

L'orateur apprécie le langage à son origine, c'est-à-dire, chez l'enfant, il constate chez ce nouvel être l'existence d'un appareil psycho-cérébral, et son aptitude à être excité par le monde extérieur, et il ajoute que, en vertu des lois physiologiques, si les excitations manquent, l'organe s'atrophie.

C'est par la parole que s'élève l'enfant, qu'il acquiert toutes les notions qui doivent constituer son intelligence. Il se passe un premier phénomène qui est la parole pensée. Les paroles que l'enfant a écoutées deviennent des idées ; celles-ci ne sont point créées autrement que par l'intermédiaire de la pensée extérieure exprimée sous forme de langage.

Ici l'orateur développe son opinion sur le langage qu'il considère comme un calque de la pensée, et il dit qu'il ne conçoit pas plus un appareil cérébral, législateur de la parole, qu'il ne conçoit un appareil cérébral, coordinateur des chiffres.

La parole est pensée avant d'être parlée, et pour qu'elle apparaisse dans ce dernier état, il y a une transmission à des organes musculaires, un exercice musculaire, de telle sorte que le langage est un annexe de la pensée.

On comprend alors comment l'aphasie peut être un oubli d'un signe ou d'un mot, une absence ou une destruction du lien d'association entre la pensée et son annexe le langage, et une impossibilité de la parole volontaire.

Il y a amnésie d'abord, l'aphasie est la paralysie de l'exécution. Si l'aphasie dépend seulement de la perte de l'organe de transmission, si c'est à cette dernière partie que l'on veut rapporter la cause du langage articulé, on s'égare ; et si, en suivant cette voie, on voulait chercher l'organe législateur de la parole, autant vaudrait rechercher l'organe de la volonté.

L'auteur, en terminant, regrette que M. Lélut n'ait point résumé, avec sa grande autorité et son talent, un débat qu'il est difficile de juger, et il propose, pour sa propre part, d'adresser des remercîments à M. Dax. (Applaudissements.)

M. BOUCHARDAT déclare la discussion de l'aphasie close.

RAPPORTS.

M. GIBERT, au nom d'une Commission dont il fait partie, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Chevandier, de Die (Drôme), relatif à l'emploi du bain de vapeur térébenthiné en médecine.

Une pratique populaire et purement empirique, due à l'exploitation d'une espèce de pin qui croît en abondance sur le mont Glandas, aux environs de Die, est devenue pour M. Chevandier la base de cette médication... Elle consiste à soumettre les malades à l'action des vapeurs aromatiques dégagées pendant la combustion de copeaux résineux provenant du pin Mugho, à l'aide d'un appareil fumigatoire spécial. La température du bain ne doit jamais descendre au-dessous de 45° Réaumur, et sa durée ne doit pas dépasser une demi-heure.

L'auteur donne un choix d'observations particulières qui démontrent les bons effets des bains térébenthinés dans le rhumatisme la sciatique, la goutte, le catarrhe pulmonaire, la gastralgie, etc.

Les conclusions de ce rapport sont de renvoyer le mémoire au Comité de publication, et d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. DEVERGIE demande si des expériences ont été faites.

M. GIBERT. Oui.

M. VELPEAU. J'ai entendu des paroles favorables. Cela a son danger, tout en reconnaissant l'honorabilité de l'auteur d'un mémoire, on ne sait pas quel usage le commerce peut faire plus tard des phrases académiques. Et du reste, le remède n'est pas nouveau, ainsi que le dit en passant le rapporteur.

M. LARREY, à l'occasion de ce rapport, signale que les médicaments envoyés au ministère de la guerre sont expérimentés par les chirurgiens militaires dans les hôpitaux et que cela pourrait être fait dans les hôpitaux auxquels sont attachés les académiciens.

M. ROBINET fait observer que les expérimentations dans les hôpitaux sont difficiles à accepter en principe.

M. LARREY est d'avis qu'il y a quelques difficultés, mais que dans beaucoup de cas cela est possible.

M. DAVENNE fait observer que l'administration des hôpitaux ne peut admettre que l'on y fasse journellement des expériences thérapeutiques, et qu'il est difficile de penser que les chefs de service voulussent s'y prêter aveuglément.

— M. GIBERT donne lecture d'un second rapport sur un mémoire de M. le docteur Wahu, concernant l'emploi de l'arsenic en médecine. Dans ce travail, l'auteur a cherché à établir la supériorité de ce médicament, son action pour ainsi dire reconstituante et fortifiante, ses bons effets relativement à la cachexie paludéenne et même dans la phthisie et la scrofule.

Le rapporteur propose d'envoyer le travail au Comité de publication et d'adresser des remercîments à l'auteur.

M. BRIQUET s'élève contre l'assertion de M. Wahu et dénie l'action reconstituante de l'arsenic auquel il attribue, de préférence avec les anciens, une action hyposthénisante.

M. DEVERGIE prie le rapporteur de remarquer que les individus atteints de psoriasis, après un traitement de deux mois par l'arsenic, deviennent généralement anémiques, et on sait que le psoriasis est d'ordinaire une maladie qui arrive chez des individus bien constitués.

M. BOULEY ne partage pas l'opinion de M. Briquet. Il cite les faits suivants : On sait, dit-il, que les paysans et paysannes du Tyrol consomment de l'arsenic. Les cochers donnent souvent de l'arsenic à leurs chevaux pour leur lustrer le poil. Nous traitons les chevaux morveux avec l'arsenic, et nous obtenons des résultats. Ce n'est pas une guérison complète ; mais si l'homme obtenait une amélioration semblable pour une maladie incurable, il serait certes heureux.

PRÉSENTATION.

M. GOUYON présente un enfant de huit ans guéri d'une hémorrhagie traumatique de l'avant-bras et du poignet par l'emploi simultané de la cautérisation avec le nitrate d'argent et de la compression (Comm. MM. Gosselin et Michon).

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 3 juin, ont été nommés ou promus dans le corps des officiers de santé de la marine :

Au grade de médecin-professeur, M. Lauvergne, pour le port de *Brest*.

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Madon, Léon, Rey, pour *Toulon ;* Maréchal, Nielly, pour *Brest ;* Méry, pour la *côte occidentale d'Afrique*.

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Anner, pour *Brest ;* Quétan, Ercole, pour *Toulon ;* Mathis, pour *Brest ;* Eyssautier, Cauvin, pour le *Sénégal ;* Mercier, pour la *Guyane ;* Gilbert, Desgraves, pour *Rochefort ;* Beaumanoir, Éléouet, O'neill, Grimaud, Comme, Corneille, pour *Brest*.

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Dorvau, pour *Rochefort ;* Chamousset, pour *Toulon ;* Despagne, pour *Rochefort ;* Liégard, Bourgeois, Schmutz, pour *Brest ;* Patteson, Deschamps, Breton, Monge, pour *Toulon ;* Henry, pour *Rochefort ;* Déproge, pour la *Martinique ;* Le Janne, pour *Brest ;* Lelièvre, pour le *Sénégal ;* Roullet, pour la *Guyane*.

Au grade de pharmacien de 1re classe, M. Martin (Joseph-François), pour *Rochefort*.

Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Richard, pour *Rochefort*.

Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Porte, pour *Toulon ;* Raoul, Nouaille, pour *Brest*.

— La prochaine séance de la Société de médecine de Paris aura lieu le vendredi 16 juin.

Ordre du jour :

Suite de la discussion sur l'influence de la ménopause sur le système nerveux et sur le développement de la nymphomanie.

— Une erreur typographique a été commise dans un de nos derniers numéros.

C'est M. le docteur Bulard, et non Brelard, qui vient d'être nommé médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

La Tour Saint-Jacques de Paris, par M. le docteur BRIOIS. Trois forts volumes in-8° cavalier, édition de luxe, avec titres imprimés en deux couleurs, et une très-jolie eau-forte de Martial. Prix : 18 fr., et *franco* par la poste : 20 fr. On expédie contre l'envoi d'une valeur à vue sur Paris, à l'ordre de MM. Dubuisson et Ce, édit. 5, rue Coq-Héron.

Traité des maladies mentales, pathologie et thérapeutique, par M. le professeur GRIESINGER, traduit de l'allemand (2e édit.) sous les yeux de l'auteur, par M. le docteur DOUMIC, médecin de la maison centrale de Poissy, ouvrage précédé d'une classification des maladies mentales, accompagné de notes et suivi d'un travail sur la paralysie générale, par M. le docteur BAILLARGER, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie impériale de médecine, etc. Un vol. in-8°. Prix : 9 fr. *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, lib.-édit., place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 71. — SAMEDI 17 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 17 JUIN 1865. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des moyens de prévenir l'absorption des matières putrides dans les plaies.

A l'occasion de l'acupressure, M. Simpson (d'Édimbourg), qui a embrassé dans son livre (1) une foule de sujets divers, parle des matières putrides absorbées dans les plaies et des moyens de prévenir cette absorption.

Comme toujours, l'auteur, porté à faire rendre à un procédé chirurgical plus qu'il ne peut produire, a rappelé quelques faits d'acupressure appliquée sur les veines pour empêcher l'absorption des produits putrides d'une plaie.

Nous ne croyons pas, pour notre part, que l'acupressure des veines soit une bonne chose. D'abord, les trois observations connues et empruntées à la pratique de M. Henry Lee ne sont pas absolument démonstratives; il s'agissait de phlébite externe, et l'acupressure avait été appliquée au-dessus du point enflammé.

Or, l'acupressure avait été dans ce cas une sorte de ligature en masse tout à fait analogue au procédé de ligature des varices imaginé par M. Velpeau. Dans ces conditions, le vaisseau n'est serré que médiatement, et c'est là tout au plus une bonne compression. Voici donc un premier point établi.

L'acupressure n'a pas été appliquée sur les grosses veines après une amputation.

Mais ces tentatives d'oblitération des veines, après leur inflammation ou pour prévenir l'absorption des matières putrides, ne sont pas nouvelles et sont jugées.

Pour empêcher la propagation de l'inflammation des veines, Hunter avait déjà proposé la compression des parties, et surtout la compression sur le trajet de la veine; cette idée a été à plusieurs reprises adoptée et rejetée. Breschet a même été jusqu'à proposer la section du vaisseau. La pratique chirurgicale de notre époque n'a conservé que la compression.

Pour ce qui est de l'action chirurgicale sur les veines d'une plaie, elle a été de tout temps considérée comme dangereuse ou au moins comme inutile, en raison de la direction du cours du sang. En revanche, si l'on a renoncé à tenter d'oblitérer les veines coupées pour empêcher les matières putrides d'y pénétrer, on a imaginé une foule de moyens d'un autre ordre : le pansement à l'aide de charpie sèche, les pansements avec les digestifs divers, le styrax en particulier.

Pour M. Chassaignac, la principale condition à obtenir est le libre écoulement du pus. Pour M. Batailhé, la cautérisation ou au moins l'irritation des surfaces saignantes avec l'eau-de-vie camphrée est un excellent moyen. Pour M. Nélaton, l'action coagulante de ce liquide constitue un des traitements préventifs les plus efficaces contre l'infection purulente, et cette proposition a été légitimée par des travaux suivis avec persévérance par M. le docteur Lecœur (de Caen).

Bonnet (de Lyon) avait aussi, de son côté, cherché dans cette voie; il avait proposé de cautériser les plaies soit avec le fer rouge, soit avec une solution de caustique au chlorure de zinc.

Tous ces moyens ont sur l'acupressure, sur la ligature des vaisseaux veineux, une supériorité marquée, surtout parce que ce n'est pas d'ordinaire par les veines un peu grosses, sur lesquelles on peut appliquer l'acupressure, que l'absorption se fait.

(1) *De l'acupressure*, par J. Simpson, traduction. Paris, Asselin, 1864.

Caillots intra-cardiaques. — Guérison.

Une femme de cinquante-six ans, Adèle Virginie G..., entre le 4 février dernier dans le service de M. Gallard à l'hôpital de la Pitié, atteinte depuis quatre jours de bronchite. L'examen le plus minutieux ne dévoile aucune trace de pneumonie ou de pleurésie; elle n'a jamais eu de rhumatisme articulaire. Au moment de son arrivée, la face est légèrement cyanosée, les extrémités sont froides; il existe une dyspnée considérable. Par la percussion et l'auscultation, on trouve du côté des poumons de la bronchite et de l'emphysème. Les battements du cœur sont tumultueux, fréquents (120), les bruits sont sourds. On ne perçoit aucun souffle; le pouls présente un peu d'irrégularité.

Le lendemain et les jours suivants, c'est-à-dire jusqu'au 10 février, la dyspnée a persisté aussi intense, mais l'irrégularité du pouls est devenue remarquable; impossible de le compter.

On a prescrit à cette malade l'application de deux vésicatoires sur la région précordiale, à deux jours d'intervalle : l'un le 8 février, l'autre le 11 février. Elle a été soumise, en outre, à l'usage de l'eau-de-vie, à la dose de 80 grammes par jour; elle prenait de l'eau vineuse pour boisson.

A la suite de cette médication, le pouls est devenu plus régulier, et la dyspnée a considérablement diminué.

Le 15 février, le pouls avait repris sa régularité et battait 72; la dyspnée avait cessé.

Mais, à partir du 10 février, il s'était produit un autre phénomène.

Les deux jambes avaient été subitement prises de douleur et d'œdème peu considérable, il est vrai; impossible de fixer le siége de la douleur. La malade se plaignait surtout de ses talons; l'exploration sur le trajet des veines n'a amené aucun résultat.

Ces douleurs et cet œdème n'ont disparu que le 24 février. Un simple coussin avait été placé sous les jambes de la malade, de façon à les tenir un peu relevées.

Enfin, cette femme est sortie guérie le 10 mars; le pouls et le cœur étaient à l'état normal.

Cette observation, dont les détails un peu courts sont suffisants cependant pour en faire ressortir les particularités principales, offre un très-grand intérêt. La malade, lors de son entrée à l'hôpital, présentait un état fébrile et une anhélation intense, qui devaient faire songer de suite au début d'une pneumonie grave. Mais les signes physiques ne justifiaient pas cette prévision; le diagnostic ne put être porté les premiers jours.

Plus tard, la gêne de la respiration continuant, se compliqua d'une gêne extrême de la circulation. Le pouls était petit, vif, irrégulier, intermittent, et les battements du cœur, qui présentaient le même caractère, étaient, de plus, sourds et profonds. C'est alors que l'on diagnostiqua la formation de caillots intracardiaques, et qu'en face de ce diagnostic, qui entraînait comme conséquence un pronostic des plus graves, on appliqua des vésicatoires sur la région précordiale; on fit des frictions stimulantes sur tout le corps, et on administra d'abord de l'eau-de-vie et du vin, puis de l'acétate d'ammoniaque.

La malade guérit fort heureusement; mais une circonstance vint confirmer l'exactitude du diagnostic porté, c'est l'œdème douloureux des membres inférieurs, qui se montra dans les premiers jours de la convalescence.

Un autre cas, ayant beaucoup d'analogie avec le précédent, a été également traité par M. Gallard, salle Sainte-Marthe, n° 47. Dans ce cas il y a eu, avec un état général analogue à celui de la précédente malade, de la pneumonie. Mais, là encore, l'alcool et l'acétate d'ammoniaque, auxquels on a associé les révulsifs cutanés, principalement les ventouses sèches appliquées en grand nombre sur les membres inférieurs, ont amené la guérison, qui a été cependant plus lente que dans le premier cas.

Hématurie intermittente.

Le docteur Harley, dans l'une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale de Londres, rapportait l'observation intéressante de deux cas d'hématurie intermittente, offrant cette particularité que l'urine rendue à une certaine heure de la journée était rouge chocolat ou même pourpre, tandis qu'aux autres moments elle avait sa coloration normale. L'un des malades était un médecin qui avait vécu dans les pays chauds où il avait contracté la fièvre intermittente; l'autre était un habitant de Londres, qui n'avait jamais subi l'influence paludéenne, mais qui rendait une urine sanguinolente toutes les fois qu'il s'exposait au froid; tous deux présentaient quelques symptômes de dérangement hépatique.

Si le médecin n'eut examiné, chez ces deux malades, que l'urine du matin, il n'eût jamais pu soupçonner l'existence d'une affection urinaire; dans l'après-midi, au contraire, la coloration foncée des urines devait lui faire porter un pronostic grave.

Cette variation dans l'excrétion urinaire tiendrait évidem-

LE GUIDE DU BOTANISTE HERBORISANT (1),

Par M. Bernard VERLOT,

Chef de l'École botanique au Muséum d'histoire naturelle.

Entre toutes les branches de l'histoire naturelle, la botanique est à la fois la plus attrayante et celle dont l'étude offre le moins de difficulté. Considérée, depuis les temps les plus anciens, comme un appendice de l'art de guérir, elle a été cultivée par les médecins célèbres de toutes les époques, et aujourd'hui encore elle a des chaires dans nos écoles de médecine. Ses rapports avec l'agriculture et le jardinage ne sont pas moins étroits : c'est par elle que le cultivateur s'initie à la structure des végétaux utiles, qu'il découvre les lois de leur accroissement et de leur propagation, et qu'il sait reconnaître les conditions qui en rendent la culture profitable. Les arts eux-mêmes lui payent leur tribut, et tous les jours quelque industrie nouvelle tire parti de plantes restées jusque-là sans emploi. Toutefois ces applications matérielles et immédiates de la botanique ne sont peut-être pas ce qu'elle a de plus important; comme science spéculative, elle se place sur le même rang que la zoologie, la chimie et la physique, et sans elle le cercle des connaissances humaines resterait incomplet. C'est qu'effectivement toutes les sciences sont solidaires, et que pour en posséder une il faut avoir une notion de toutes les autres.

Ce rôle de la botanique dans l'instruction générale est, du reste, bien senti aujourd'hui, et depuis les temps de Tournefort, de Linné et de Jussieu, qui ont, on peut le dire, jeté les bases de l'histoire naturelle tout entière, jamais elle n'a compté autant d'adeptes. La simplicité des appareils qu'elle emploie, l'abondance des matériaux d'étude qui se trouvent pour ainsi dire sous la main, les excursions pleines de charme auxquelles elle donne lieu, sont les principales causes de sa popularité. Bien différente dans ses procédés d'investigation de la zoologie et de l'anatomie, qui sont souvent cruelles ou répugnantes, la botanique ne présente que de gracieuses images à l'esprit. Comme les autres sciences, elle a sans doute ses abstractions et ses obscurités; mais au-dessous de cette région élevée, domaine du philosophe et du savant, elle est accessible à tous, et la connaissance de ce qu'elle a de plus élémentaire est devenue le complément obligé d'une éducation libérale.

Plus d'une voie est ouverte à qui veut étudier la botanique, mais il en est une qui prime toutes les autres et sans laquelle les notions acquises ne laisseraient bientôt aucune trace dans l'esprit; c'est l'étude des plantes vivantes, et principalement des plantes indigènes, la *botanique rurale*, en un mot. Cet exercice est à la science elle-même ce que les manipulations sont à la chimie et les expériences à la physique, et, bien que sans cette pratique des plantes on puisse, à l'aide des livres, acquérir une certaine connaissance des lois de l'organisme végétal, nul ne saurait se dire botaniste sans elle. La botanique rurale avait tant d'importance aux yeux des créateurs de la science qu'ils la considéraient comme la partie fondamentale de leur enseignement. Ces traditions se sont conservées dans nos écoles, où les professeurs de botanique continuent à faire, à la tête de leurs élèves, un nombre déterminé d'herborisations. Il y a plus : jusque dans ces derniers temps, une chaire spécialement affectée à la botanique rurale existait au Muséum d'histoire naturelle. On sait qu'elle a été abolie à la mort du dernier descendant de l'illustre famille des Jussieu, qui l'occupait avec un grand éclat, mais ce ne fut pas sans exciter la crainte la plus vive de voir l'étude de la botanique tomber en décadence. Ce fâcheux résultat se serait infailliblement produit si une Société nouvellement fondée, la Société botanique de France, et les savants professeurs de nos Facultés, MM. Baillon et Chatin à Paris, Planchon et Martins à Montpellier, Kirschleger à Strasbourg, Faivre à Lyon, Clos à Toulouse, n'avaient accepté ce glorieux héritage et remis en honneur les herborisations; nous n'avons pas besoin de rappeler avec quel zèle et quel succès ils s'acquittent de leur tâche.

Depuis une vingtaine d'années le nombre des botanistes herborisants s'est considérablement accru, et il n'est pas un de nos départements qui n'en compte plusieurs. C'est grâce à eux que la flore française commence à être connue dans ses moindres détails. Aucun pays, sauf l'Allemagne peut-être, n'a été mieux exploré que le nôtre, et, disons-le aussi, aucun ne le méritait autant. Au point de vue de sa végétation indigène, la France est, en quelque sorte, le cœur de l'Europe, et elle possède, à elle seule, plus de végétaux que toutes les contrées qui l'avoisinent. Par ses provinces septentrionales, elle rappelle l'Angleterre, la Belgique, la Hollande et l'Allemagne; par sa région méditerranéenne, elle est presque l'équivalent de l'Espagne et de l'Italie; par ses hautes sommités des Pyrénées et des Alpes, elle s'approprie la végétation de la zone arctique; enfin, baignée par deux grandes mers, situées sous des climats différents, elle offre au botaniste une incomparable réunion de végétaux marins. Ces richesses seraient encore considérablement accrues si nous faisions entrer en ligne de compte l'Algérie, cette moitié transméditerranéenne de notre territoire qui confine à la région tropicale.

Cette supériorité de la France, en fait de productions végétales, est reconnue par les étrangers. Il est peu de botanistes en Europe qui ne l'aient visitée, et, parmi les souvenirs qu'ils ont emportés de leur séjour au milieu de nous, celui de leurs excursions botaniques, faites

(1) Un vol. in-12. Prix : 5 fr. Paris, 1865. J.-B. Baillière et fils.

ment, suivant M. Harley, à une congestion intense, mais transitoire, des organes chylopoiétiques.

Le docteur Harley donne ensuite quelques caractères différentiels entre l'hématurie ordinaire et celle qui fait l'objet de sa communication.

Dans la première, l'urine n'est pas seulement coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, mais elle contient en outre beaucoup de globules rouges du sang qui, par le repos, tombent au fond du vase, et elle devient alors transparente.

Dans l'hématurie intermittente, l'urine est également bien coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, mais elle ne renferme que peu ou pas de globules sanguins, et sa coloration reste toujours rouge; enfin, on y découvre de nombreux moules urinaires qui sont granuleux et la proportion de l'urée a notablement augmenté.

Les mercuriaux et la quinine paraissent agir rapidement contre cette forme d'hématurie, alors que l'on voit échouer tous les médicaments habituellement mis en usage dans les cas d'hématurie ordinaire.

EXPÉRIENCES RELATIVES A L'ANTAGONISME DE L'OPIUM

et des solanées vireuses,

Par M. le docteur A. Bois (d'Aurillac).

L'antagonisme de l'opium et des solanées vireuses tend à devenir un fait de plus en plus incontesté. Pour ma part, conservant encore quelques doutes à ce sujet, j'ai voulu essayer d'éclaircir cette intéressante question par des expériences directes sur les animaux. Dans ce but, j'ai constamment employé la méthode hypodermique dont j'ai démontré ailleurs (1) les avantages, et j'ai choisi comme substances actives l'atropine et la morphine, principes très-actifs des agents prétendus antagonistes. Restait le choix de l'animal : il fallait d'abord être certain que le sujet mis en expérience pouvait bien réellement être empoisonné par l'une ou l'autre de ces deux substances.

Je me suis adressé en premier lieu au lapin, mais je n'ai pas tardé à me convaincre que si cet animal était très-sensible à l'action de la morphine, il était en revanche complétement insensible à l'action de l'atropine. Renonçant dès lors aux herbivores et aux frugivores, j'ai songé au chat dont le genre de vie se rapproche un peu plus de celui de l'homme.

Première expérience. — Un premier chat *adulte* et de grosseur moyenne reçoit une injection sous-cutanée de 2 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans 2 grammes d'eau. Peu de temps après survient de l'hébétude, une sorte d'ivresse qui dure plusieurs heures, puis l'animal se rétablit entièrement. Les pupilles restent complétement dilatées, à partir du moment où commencent les effets du poison jusqu'au moment de leur disparition complète.

Deuxième expérience. — J'injecte sous la peau d'un chat tout jeune et n'ayant pas encore atteint la moitié de son développement, toujours 2 centigrammes de sulfate d'atropine dissous dans 2 grammes d'eau. Il succombe en moins d'une heure, les pupilles entièrement dilatées.

Ces deux expériences prouvent :

1° Que l'atropine est bien réellement un poison pour les chats;

2° Qu'une dose de 2 centigrammes de sulfate de cette base, suffisante pour donner la mort à un tout petit chat, est insuffisante pour tuer un chat adulte.

Troisième expérience. — 18 centigrammes d'hydrochlorate de morphine en solution aqueuse au 40e sont inoculés à un chat adulte à onze heures du matin. Un quart d'heure après, agitation, ivresse, courses désordonnées dans lesquelles il se heurte contre les meubles. Il reste parfois longtemps assis ou accroupi en proie à une sorte de titubation, à de légers mouvements convulsifs, puis tout à coup il s'élance pour faire une des courses signalées plus haut. Grognements rauques, yeux brillants et largement ouverts. A une heure la pupille est à moitié *dilatée* au grand jour, et presque entièrement dilatée à un demi-jour. Mort à une heure et demie, les pupilles entièrement dilatées.

Ce fait démontre :

1° Que la morphine est un poison pour les chats;

2° Qu'elle ne paraît pas chez eux resserrer la pupille comme chez d'autres espèces animales.

J'arrive aux expériences décisives pour le sujet qui m'occupe, et, afin de pouvoir établir des points de comparaison exacts, elles ont été faites sur le *même animal*, auquel était chaque fois laissé le temps nécessaire pour son entier rétablissement après chacune des deux premières épreuves.

Quatrième expérience. — Un chat adulte, mais d'une grosseur au-dessous de la moyenne, est soumis à une injection de 2 centigrammes de sulfate d'atropine. Il reste malade plus d'un jour, les pupilles entièrement dilatées. Il se rétablit néanmoins très-bien dès le deuxième jour.

Cinquième expérience. — Plus tard j'administre au même animal, toujours par la méthode hypodermique, 4 centigrammes d'hydrochlorate de morphine dissous dans 4 grammes d'eau. Il est très-malade pendant une douzaine d'heures, après lesquelles il se rétablit parfaitement. Je constate encore que la morphine, loin de produire le resserrement des pupilles, en produit la dilatation chez le chat.

Sixième expérience. — Cette fois je mélange les deux substances aux mêmes doses que dans les expériences précédentes, c'est-à-dire 2 centigrammes de sulfate d'atropine et 4 centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Ce mélange, injecté sous la peau du même sujet, le fait périr en moins de deux heures, les pupilles entièrement dilatées.

Ainsi, dans cette dernière expérience, l'atropine et la morphine ne se sont pas seulement montrées impuissantes à combattre mutuellement leur action nuisible, mais elles se sont prêtées un mutuel concours pour amener une mort que chacune d'elles était incapable de produire seule. Faut-il voir dans ce résultat la condamnation du traitement par la belladone des empoisonnements dus à l'opium et à ses dérivés, et réciproquement? Faut-il n'y voir qu'un résultat exclusivement propre à l'espèce animale qui a servi aux expériences? Faut-il enfin l'attribuer au mode d'administration employé? Et d'abord, les résultats indiqués ci-dessus me paraissent inattaquables, car si je n'ai vu succomber qu'une fois l'animal auquel j'avais administré ensemble les deux substances, j'ai vu d'autres fois le sujet empoisonné par l'atropine et la morphine mélangées à de moindres doses être constamment plus malade que dans les cas où il n'avait absorbé que l'un ou l'autre de ces poisons. C'est ici le lieu de rappeler que chez le chat les effets de l'atropine et de la morphine sur l'iris sont loin d'être opposés comme chez l'homme : faudrait-il en conclure que l'espèce animale doit avoir une influence décisive sur le résultat obtenu?

Cette manière de voir ne me paraît guère acceptable; en effet, quand on parcourt les observations d'empoisonnements observés sur l'homme, on est frappé de ce fait que dans presque tous les cas le poison ou le contre-poison, et souvent les deux, ont été absorbés sous des formes autres que celle de principes actifs isolés des substances en question. Tantôt ce sont des fruits, tantôt des extraits, des teintures, et rarement la morphine ou l'atropine, presque jamais les deux à la fois. Or, d'après les récentes expériences de M. Cl. Bernard, l'opium contient des principes pourvus de qualités diamétralement opposées; n'y aurait-il rien d'analogue dans la belladone?... On conçoit très-bien dès lors que cet antagonisme, auquel semblent donner un fondement réel plusieurs des observations publiées, existe entre les préparations d'opium et celles de belladone renfermant l'ensemble de leurs principes actifs, et qu'il n'en soit plus de même pour tous ces principes actifs pris individuellement, la morphine et l'atropine, par exemple. Cette opinion semble confirmée par les faits suivants : en pratiquant des injections sous-cutanées sur une dizaine de malades atteints de diverses douleurs, j'ai observé que 1 centigramme de sel de morphine inoculé avec 1 ou 2 milligrammes de sel d'atropine ne produit guère que les effets de la morphine peu ou pas modifiés, ceux de l'atropine étant plus ou moins marqués.

Les vomissements produits par la morphine ont eu lieu assez souvent.

Lorsqu'à la suite de semblables injections de sels de morphine *seule* j'ai donné 3 ou 4 pilules de 1 centigramme chacune d'extrait de belladone (une toutes les demi-heures), les vomissements m'ont paru notablement atténués et plus rares, quoique les effets de la morphine se soient encore faits sentir avec une certaine intensité.

Un fait qui démontre encore mieux combien certains alcaloïdes de l'opium sont plus aptes que certains autres à combattre les effets de l'atropine est le suivant, rapporté par M. Béhier :

Un malade fut assez profondément narcotisé par 0gr,06 de chlorhydrate de morphine pris en six doses, la première à neuf heures du soir, la dernière à sept heures du matin.

Deux heures après cette dernière dose, il était pâle, couvert d'une sueur froide, engourdi, la pupille excessivement contractée. Quand on le tirait de ce sommeil, ce qui était très-facile, il accusait une douleur sourde dans le devant de la tête et de vives démangeaisons sur tout le corps. Quinze gouttes d'une solution de sulfate d'atropine au 100e furent injectées dans la cuisse gauche. Dix minutes après, il était en proie à un délire gai du caractère le plus étrange, voyant à ses voisins des figures bizarres qu'il décrivait en riant; la pupille était dilatée, la peau chaude, le teint coloré.

Ainsi, dans ce cas, une dose d'atropine, à peu près inoffensive si elle avait été seule, avait changé la nature des accidents préexistants, mais n'avait pas rendu le malade à son état normal.

Au bout de dix à douze minutes de ce délire, on administre 0gr,10 de narcéine : le calme renaît peu d'instants après, et le malade s'endort paisiblement.

Il est évident, d'après ces faits, que l'antagonisme entrevu de la belladone et de l'opium demande de nouvelles et très-précises expériences pour permettre de s'assurer quels sont dans ces substances les principes réellement antagonistes. Jusque-là la prudence semble indiquer, dans l'empoisonnement par l'une d'elles, qu'on doive s'abstenir de l'administration des principes isolés de l'autre. Tout au plus, en attendant, doit-on employer dans ces cas, et en surveillant attentivement les effets produits, les extraits, les teintures, etc., c'est-à-dire les préparations pharmaceutiques renfermant l'ensemble des principes actifs.

(1) *De la méthode des injections sous-cutanées.* Paris, 1864; Adrien Delahaye.

LES CURES DE PETIT LAIT.

Le petit lait et les eaux sulfureuses.

Par le Dr La Carrière.

J'ai publié dans ce journal depuis l'année 1862, plusieurs articles sur les cures de petit lait. Si j'ai laissé s'écouler beaucoup de temps depuis le dernier, j'ai toujours eu l'intention de lui donner une suite. Il ne s'agit pas en effet d'écrire un traité sur la matière. Le livre est fait. Mais de prendre, quand elle se présente, l'occasion de parler d'une cure qui fait son chemin en France comme elle l'a fait au delà du Rhin, et qui mérite plus d'importance que ne lui en accordent en général les médecins. Voici la preuve qui montre que la question (question de thérapeutique) ne reste pas stationnaire.

Un balnéographe, le docteur Kulm (de Niederbrunn) a publié récemment une brochure sur les avantages du petit lait et sur ses usages dans la station où il pratique la médecine. C'est la première œuvre qui ait paru en France sur ce sujet depuis mon livre qui fut publié au commencement de 1860. Le docteur Thierry-Mieg a écrit sur les propriétés du petit lait dans la phthisie pulmonaire un bon travail qui a paru dans le même recueil (le bulletin de thérapeutique) où le docteur Aran, de si regrettable mémoire, avait émis des doutes sur les services que le *lacto-sèrum* pouvait rendre à l'art de guérir. Il aurait

sous la direction de maîtres célèbres et en compagnie de condisciples dont quelques-uns sont aussi devenus des illustrations scientifiques, n'est pas le moins doux et le moins persistant. Et combien d'autres personnes étrangères à la science qui, attirées à Paris par la renommée de nos institutions littéraires ou artistiques, s'empressent de se joindre au joyeux cortége de la Société botanique, et se laissent parfois entraîner jusqu'à notre extrême fontière! C'est qu'aussi l'attrait est puissant et que le cœur autant que l'esprit y trouve sa satisfaction. L'amour des plantes, si vif dans la jeunesse, devient facilement une passion dans l'âge mûr, et le vieillard qu'enchaînent les infirmités trouve encore du plaisir à feuilleter l'herbier qu'il a confectionné de ses mains dans un temps plus heureux.

Mais les plus fructueuses herborisations ne laisseraient que des traces fugitives dans la science, si les richesses qu'elles ont conquises ne pouvaient être conservées. Ici, comme dans les autres branches de l'histoire naturelle, les collections sont de toute nécessité pour fixer les souvenirs. Un herbier est le meilleur des livres de botanique, celui qui parle le plus directement à l'esprit et auquel il faut recourir en dernier ressort quand les livres sont devenus insuffisants. Il est rare, en effet, qu'un botaniste ne se compose pas un herbier; souvent même il y concentre ses affections comme sur un objet devenu partie intégrante de lui-même. Qu'on ne rie pas, comme le fait le vulgaire superficiel, de ce qu'on appelle la manie des collections, car c'est à cette manie que l'histoire naturelle doit la plupart de ses progrès. Sans les objets matériels la science serait encore à créer; sans les herbiers la botanique périrait. Qui ne sait d'ailleurs que ces immenses et inappréciables collections de nos établissements publics, scientifiques, archéologiques et littéraires sont, presque en totalité, le fruit des patientes accumulations des collectionneurs? La science est un vaste champ dont beaucoup d'hommes défrichent des parcelles; quelques-uns arrivent à la gloire; mais, sans le travail désintéressé de ceux qui ont préparé les matériaux de leurs études, ils seraient eux-mêmes restés dans l'obscurité.

Jusqu'ici la botanique rurale n'a eu, dans ses procédés, d'autre règle qu'une sorte de tradition, née de l'expérience, et qui s'est transmise successivement à ses adeptes. C'est la marche naturelle des choses; mais, quand les institutions ont grandi et que leur objet s'est compliqué, la coutume devient discipline et se formule en lois écrites. L'art d'herboriser et de collectionner des plantes en est arrivé là. Nous sommes déjà loin du temps où les excursions se bornaient à la banlieue de Paris; où des sommités de rameaux, fleuries ou non, et desséchées entre les feuillets d'un livre, étaient jugées suffisantes pour faire reconnaître les espèces. Aujourd'hui, les explorations botaniques s'étendent à la terre entière, et les espèces se sont si prodigieusement multipliées, et elles ont été reconnues si variables, que ce n'est pas trop, pour qu'on puisse en fixer les caractères, de réunir, pour chacune d'elles, de nombreux échantillons pourvus de racines, de fleurs et de fruits. Herboriser en grand est devenu presque une science, et, pour y réussir, il faut être initié à la géographie botanique, à la météorologie et, jusqu'à un certain point, à la géologie. Sans sortir de la France, nous trouvons plusieurs climats et plusieurs circonscriptions botaniques qui diffèrent par les espèces et par les époques où il convient de les visiter. La préparation des plantes pour l'herbier s'est compliquée à mesure que s'élargissait le champ des opérations, et en même temps elle s'est perfectionnée. Toutes ces connaissances peuvent sans doute s'acquérir par la pratique, mais il est évident qu'un grand avantage pouvait être obtenu en les formulant par écrit. C'est ce que vient d'entreprendre un de nos botanistes les plus expérimentés, M. Bernard Verlot, si honorablement connu des explorateurs de la flore française, et dont le nom, comme celui de son frère, M. Jean-Baptiste Verlot, est désormais lié aux progrès de la botanique rurale dans notre pays.

Dans son *Guide pour les herborisations,* M. B. Verlot a envisagé sous toutes ses faces le sujet qu'il avait à traiter. Non-seulement les grandes circonscriptions botaniques de la France, mais les localités, même restreintes, remarquables par la présence de quelque espèce rare ou classique, sont successivement indiquées. Phanérogames et cryptogames, plantes terrestres et plantes aquatiques, rien ne lui échappe dans cette revue générale de notre flore. Ces indications cependant n'auraient pas suffi au botaniste débutant, puisqu'elles supposent une connaissance au moins superficielle des principales divisions du règne végétal, aussi l'auteur a-t-il consacré un long chapitre à lui faire connaître les traits essentiels des familles qui ont des représentants sur le sol de la France. Le choix des échantillons à récolter pour l'herbier, la manière de les préparer, les soins à donner aux collections de plantes sèches pour les mettre à l'abri des insectes et de l'humidité, et jusqu'aux ustensiles et aux provisions nécessaires au collecteur, sont les sujets d'autant de chapitres dont on comprend sans peine l'intérêt. Il est inutile, au surplus, que nous insistions plus longtemps sur ces détails dont le lecteur prendra mieux connaissance en feuilletant le livre lui-même. Ajoutons seulement que ce livre, le premier de son genre, était réclamé par les besoins de l'époque, et qu'en l'écrivant M. B. Verlot a pleinement justifié les espérances que les botanistes avaient conçues de sa profonde connaissance des espèces françaises et de son expérience des herborisations.

Ch. Naudin,
de l'Institut (Académie des Sciences).

sans doute changé d'avis, s'il avait vécu, car l'usage de ce médicament, soit à l'état pur, soit à l'état d'union avec d'autres moyens d'action, a été largement expérimenté et a donné des résultats assez satisfaisants pour fournir ample matière à d'utiles applications. Enfin, un établissement pour la cure de petit lait s'est ouvert, il y a deux ou trois ans aux portes du bois de Boulogne, il paraît même que ce produit se trouve à la disposition des promeneurs du jardin des Tuileries. Sous ce rapport, Paris se rapproche de la capitale de l'Autriche, où dans les principaux lieux publics, le petit lait tient son rang dans le groupe de liqueurs plus ou moins salutaires qui sont offertes à la consommation. Ainsi, pour un produit, pour un médicament tombé en désuétude, il faut avouer qu'en peu d'années il a fait du chemin.

J'avais traité dans les articles parus précédemment, de l'utilité et même de l'efficacité du petit lait dans les différentes maladies où il est employé. J'avais signalé son action vraie, légitime, prouvée dans certaines périodes et certaines conditions déterminées de la tuberculose; mais la question, loin d'être vidée, n'est qu'effleurée pour ainsi dire, et je m'engage à y revenir. Il me restait à parler, après avoir traité des effets de ce produit naturel, administré seul, des résultats qu'il donne dans son union avec d'autres. Je n'apprendrai pas aux médecins qui me liront que les mélanges des médicaments sont une des ressources les plus ordinaires et les plus efficaces de la thérapeutique, car avec les mélanges, on assouplit une médication aux exigences de la maladie, comme à l'état particulier et même passager du malade lui-même.

Eh bien, en Allemagne, en Suisse, en France même, dans quelques lieux, partout où les cures séro-lactées sont en honneur, les eaux minérales forment l'élément principal des mélanges avec le petit lait. D'après les idées allemandes, ces deux sortes de produits sont deux sortes d'eaux minérales qu'on unit, l'une d'origine organique, l'autre ou les autres d'origine inorganique, mais celles-ci, comme celle-là, composées par la nature et non par des moyens artificiels. On peut dire que la plupart des eaux minérales gagnent à cette union. Les plus employées en mélange avec le petit lait sont les eaux sulfureuses, les eaux chloro-sodées, les ferrugineuses et les purgatives.

On sait les avantages qu'on tire de l'emploi des eaux sulfureuses dans les affections chroniques des organes respiratoires comme de la phthisie. Quel est le médecin un peu vieilli dans la pratique qui n'ait recommandé les Eaux-Bonnes dans la tuberculose, et qui ne s'en soit pas bien trouvé? Les faits ne manquent pas, et j'en aurais à raconter que j'ai pu observer moi-même. Une circonstance du traitement m'avait frappé. Darralde ne prescrivait presque jamais l'eau sulfureuse pure. Il indiquait toujours des mélanges, soit par des infusions, soit par des préparations plus actives. De cette manière, il ne donnait pas un seul médicament à un seul malade; mais il variait le médicament dans ses différentes qualités, suivant la différence des affections qu'il avait à traiter, quoique bien souvent ces affections fussent au fond la même. C'est à cette manière de procéder qu'il doit certainement, une grande partie de son succès.

Ce que ce médecin faisait avec les auxiliaires fournis par la pharmacie, l'Allemagne le fait depuis longtemps avec le petit lait, qui a une action spéciale sur les muqueuses de l'appareil respiratoire et qui produit à lui seul, sans secousses et à la longue, des effets caractéristiques et des résultats favorables. Mais il faut, pour opérer ces mélanges, les mêmes qualités que je signalais, il n'y a qu'un moment, chez le regrettable médecin de Bonnes, l'expérience qui met tout à profit et le tact qui sait habilement employer les ressources. « Ce n'est pas, disais-je dans « mon livre (1), sans une pratique de ces mélanges qu'on par- « vient à les assouplir à sa main et à les faire servir utilement « au but qu'on veut atteindre. On possède, quand on l'a ac- « quise, de précieux moyens d'action contre des maladies re- « belles, et on obtient des résultats souvent inattendus. On « peut dire que c'est à cette médication complexe que le petit « lait doit en partie la renommée que lui a faite l'Allemagne. »

Les eaux sulfureuses qui se donnent en mélange avec le petit lait dans les stations d'outre-Rhin sont très-nombreuses. Helft en fait dans son beau traité la complète énumération. Je ne citerai parmi celles qui sont connues en France, et qui ont de l'analogie pour la composition comme pour les usages, avec les eaux de l'établissement si renommé des Pyrénées, que les suivantes, à savoir: Baden, dans le voisinage de Vienne, et Gleichenberg, en Styrie. Chacune de ces stations distribue du petit lait en abondance. Les deux cures se font parfois indépendamment l'une de l'autre. On commence par l'eau et on finit par le lacto-sérum ou réciproquement; mais fréquemment les deux cures n'en font qu'une. Il arrive même, comme je l'ai vu pratiquer à Bade, que le malade, en faisant la cure de petit lait, prenne seulement les principes gazeux des eaux sulfureuses en inhalation. Le petit lait est tellement inséparable des eaux minérales, que dans les monographies écrites pour faire connaître les établissements que je viens de citer, ce produit médicamenteux n'est jamais laissé en oubli.

C'est un usage qui mérite une grande considération, car il a sa raison d'être. Dans les eaux sulfureuses à salles d'inhalation, il faut employer le petit lait; dans les eaux de même nature qui se prennent à l'intérieur, il faut remplacer toutes les infusions, tous les moyens d'ordre pharmaceutique, par la même liqueur. Ce n'est pas seulement sur place qu'il faut opérer ces mélanges, à l'époque où on va s'établir dans les stations des Pyrénées ou dans leurs analogues, il faut les employer aussi pendant l'hiver, quand les Eaux-Bonnes voyagent et qu'elles vont chercher le malade qui ne peut plus ou ne peut pas encore aller les trouver. L'emploi judicieux du petit lait pendant l'hiver et loin des sources est même d'une grande importance. Si les eaux s'affaiblissent par le transport, la liqueur séro-lactée peut leur additionner par son mélange des qualités qui ne sont pas de moindre valeur que les qualités perdues. Si on accusait ces idées d'appartenir plus à la théorie qu'à l'expérience, on se tromperait. Les faits ont parlé et il n'y a qu'à vouloir pour qu'ils parlent dans notre pays le même langage.

Il serait aussi facile de montrer que les mélanges avec les eaux minérales de composition différente ne sont pas moins avantageux.

(1) *Cures de petit lait et de raisin.* Paris, Victor Masson, 1860.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

De l'uréthrotomie interne.

M. FOLLIN. Je n'ai pas l'intention de vous entretenir longuement de l'uréthrotomie; je veux seulement rappeler ici le résultat de douze uréthrotomies qui me sont propres. Comme ces opérations, faites la plupart à l'hôpital sur des individus placés dans de mauvaises conditions de santé antérieure, n'ont été suivies d'aucun accident, je crois qu'elles témoignent en faveur de cette opération, trop négligée selon moi.

L'uréthrotomie n'est pas encore tout à fait entrée dans la chirurgie habituelle; quelques personnes semblent même croire que c'est là une chirurgie téméraire. Ces défiances ne sont ni aussi vives ni aussi générales qu'il y a quelques années, avant la première discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie, mais elles persistent encore dans l'esprit de certains médecins. A l'étranger on ne pratique pas encore très-communément l'uréthrotomie, et, dans ces derniers temps, en Angleterre, quelques chirurgiens ont semblé revenir, avec une persistance que j'ai peine à comprendre, à la dilatation forcée comme celle que nous avons vu mettre en pratique ici par M. Perrève. C'est un dilatateur analogue à celui du médecin français, le dilatateur de M. Holt, qui jouit de quelque faveur chez nos voisins. Nous avons vu en France ce que pouvait donner la dilatation forcée, et je ne crois pas qu'elle ait gagné grand chose en passant le détroit. Pour cette raison, et pour d'autres encore, je pense qu'il faut appuyer l'opération si simple, si peu dangereuse, si souvent suivie de résultats favorables qu'on nomme l'uréthrotomie.

J'ai du pratiquer douze fois l'uréthrotomie; huit l'uréthrotomie interne et quatre l'uréthrotomie externe. Ce petit nombre de faits indique déjà que je ne fais pas de l'uréthrotomie une méthode générale de traitement des rétrécissements de l'urèthre. La dilatation lente et progressive n'a rien perdu pour moi de ses précieux avantages.

Je connais des cas de rétrécissements guéris depuis douze ans par la dilatation, et vous n'avez pas oublié les guérisons que vous a rappelées M. Bourguet (d'Aix), et dans lesquelles le succès se maintenait depuis seize ans. En présence de ces faits je ne saurais soutenir que la dilatation doit céder la première place à l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Dans tous les cas où j'ai pratiqué l'uréthrotomie, j'ai eu soin de commencer d'abord par la dilatation, mais là où je constatais que la dilatation ne pouvait pas aller jusqu'à un degré compatible avec une miction facile, là où le rétrécissement dur, mais élastique, revenait rapidement sur lui-même, dans les cas enfin où l'introduction des instruments dilatants amenait régulièrement des mouvements fébriles, j'ai incisé l'urèthre et douze fois je m'en suis bien trouvé. J'ai fait huit fois l'incision interne de l'urèthre et je vais donner brièvement l'analyse de ces faits.

I. Debroge, trente ans; entré à l'hôpital du Midi en janvier 1864. Trois rétrécissements dont le premier à un pouce du méat et le dernier au milieu de la région spongieuse; dilatation difficile avec douleurs et écoulement de sang. On ne peut pas dilater au delà de trois millimètres.

6 février 1864: uréthrotomie interne; passage immédiat d'une sonde n° 16. Après quelques jours de dilatation on sent encore un obstacle à la partie postérieure de l'urèthre; nouvelle uréthrotomie; passage facile d'une bougie n° 18.

27 février. Sortie avec une miction très-facile.

II. Janat, trente ans; entré le 16 mars 1864. Trois blennorrhagies antérieures; miction difficile depuis trois mois; la dilatation n'a lieu que péniblement; on ne peut aller au delà d'une bougie n° 9 et le rétrécissement se rétracte rapidement.

26 mars: uréthrotomie interne; introduction d'une bougie n° 16; miction facile après l'opération et à la sortie du malade.

III. Parmentier, soixante-sept ans. Blennorrhagies antérieures; depuis 1850, miction très-difficile; rétrécissement à 11 centimètres du méat. On ne peut pas dilater au delà du n° 3. Uréthrotomie interne, à l'hôpital du Midi, le 9 décembre 1864; introduction immédiate d'une bougie n° 17. Sortie du malade le 17 décembre; miction facile.

IV. X..., vingt-six ans; entré à l'hôpital du Midi en août 1864. Rétrécissement de l'urèthre à la partie postérieure de la région spongieuse, ne laissant point pénétrer de bougies au delà du n° 10. Uréthrotomie interne. Aucun accident. Passage de sondes n° 20.

V. X..., vingt-deux ans. Deux rétrécissements dans la partie moyenne de la région spongieuse à la suite d'injections très-caustiques d'une solution de sublimé; rétrécissements très-durs; traitement sans succès par la dilatation; uréthrotomie interne des deux rétrécissements il y a quatre mois; introduction des sondes n° 20; miction très-facile depuis cette époque.

VI. X..., cinquante-huit ans. Rétrécissement à trois centimètres du méat; dilatation difficile; incision du rétrécissement en décembre 1852; introduction immédiate de bougies n° 20; dilatation jusqu'au n° 24; de temps en temps le malade s'introduit des bougies; persistance de la guérison depuis 1852.

VII. X..., trente-huit ans. Rétrécissement au niveau de la fosse naviculaire; dilatation ne pouvant pas dépasser le n° 10; retour d'une miction difficile; incision interne de l'urèthre; passage de bougies n°s 20 à 24. Guérison depuis une année.

VIII. X..., soixante-quatre ans. Trois rétrécissements très-durs de l'urèthre avec fistules urinaires, dont deux s'ouvrent à la partie inférieure de la verge, sur le scrotum, et la troisième en haut à la racine de la verge; le malade ne peut uriner qu'avec une sonde n° 10, introduite toujours difficilement; dilatation plusieurs fois essayée sans résultat; incision des trois rétrécissements; passage d'une sonde n° 16, laissée à demeure; un frisson et une orchite sans autres accidents; permanence des sondes à demeure pendant quinze jours; cicatrisation des fistules; miction et passage facile des bougies n° 17.

Dans tous les cas où j'ai pratiqué l'uréthrotomie interne, j'ai d'abord introduit dans la vessie une bougie conductrice très-fine qui a frayé la voie à l'uréthrotome sur lequel elle se vissait. Cet uréthrotome, qui coupe à la fois d'avant en arrière et d'arrière en avant, est celui de M. Charrière; il se manie facilement, se nettoie de même et permet de faire au besoin des incisions assez étendues.

J'ai toujours commencé par une incision d'avant en arrière, et si, ramenant l'instrument au niveau du rétrécissement, je sentais encore quelque obstacle, je n'hésitais pas à faire une incision d'arrière en avant. En songeant au degré de dilatation qu'exige une uréthrotomie pour amener des résultats satisfaisants, j'ai peine à comprendre qu'on puisse faire de l'incision d'arrière en avant une règle générale.

L'incision d'avant en arrière, complétée au besoin par une section d'arrière en avant de l'urèthre, a de grands avantages, car elle permet d'introduire de suite et facilement de grosses sondes.

Dans tous les cas que j'ai opérés, l'écoulement sanguin immédiat a été peu considérable, et le traitement consécutif des plus simples. L'uréthrotomie faite j'ai introduit dans l'urèthre une bougie conique à boule des n°s 16 à 20. Cette bougie contribue à arrêter l'hémorrhagie par la compression qu'elle exerce sur les lèvres de l'incision, elle maintient écartés les bords de la plaie, enfin, chose qui n'est pas à dédaigner, elle prouve au malade que son urèthre est largement dilaté. Cette bougie peut être laissée en place de une demi-heure à une heure; on l'introduit ensuite tous les jours pendant le même laps de temps, et la guérison, dans les cas que j'ai observés, s'est faite promptement et sans accident inquiétant.

Mais cette opération n'est pas applicable à tous les cas. Il y a des rétrécissements infranchissables pour lesquels l'uréthrotomie interne ne pourrait pas être appliquée; il y en a avec des callosités si dures, des trajets si tortueux, qu'on ne peut pas inciser l'urèthre en dedans. Quatre fois je me suis trouvé devant des cas semblables, et j'ai réussi par l'uréthrotomie externe à lever les obstacles au cours de l'urine. Je vais rappeler brièvement ces quatre cas.

I. R... 29 ans. Blennorrhagies; rétrécissements de l'urèthre; abcès urineux, puis cinq fistules urinaires. A l'entrée du malade à l'hôpital du Midi, à la fin de 1863, on constate deux rétrécissements à la partie postérieure de la région spongieuse; impossibilité de laisser dans l'urèthre une sonde au-delà de quatre millimètres.

Uréthrotomie externe sur conducteur, le 19 décembre 1863, avec incision des trajets fistuleux; sonde n° 14 à demeure; injections d'eau dans la vessie; pansement excitant de la plaie.

Quelque temps après cette opération, lorsque la plaie est granuleuse, essai de réunion secondaire par quatre points de suture enchevillée; résultat incomplet; la plaie ne marche pas vers la guérison; nouvelle opération par avivement des bords de la plaie, suture de ces bords et incisions latérales pour diminuer la tension des téguments. La réunion s'opère dans une grande étendue; les fistules se ferment; 4 mars, l'urine sort par la verge. Érysipèle de la face en avril

Le malade sort le 4 juin. Une sonde n° 16 entre facilement dans la vessie; il ne reste qu'une très-petite fistule périnéale. Au bout d'un mois, cette fistule est tout à fait cicatrisée; un an après, la guérison se maintient, le malade s'introduit toujours de temps en temps une bougie n° 16.

II. B..., 41 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 13 août 1864; jet tout à fait filiforme en vrille; impossibilité de pénétrer dans le rétrécissement qui est à treize centimètres du méat.

3 septembre, uréthrotomie externe dont l'incision va jusqu'à deux centimètres de l'anus; incision de l'urèthre en avant du rétrécissement sur un cathéter cannelé; ouverture directe de l'urèthre sans cathéter en arrière du siége supposé du rétrécissement; incision du rétrécissement entre les deux points ouverts de l'urèthre; introduction immédiate d'une sonde n° 16 dans la vessie.

18 octobre, cicatrisation complète; le malade sort de l'hôpital en introduisant dans l'urèthre une bougie n° 20.

III. X..., 37 ans. Rétrécissements multiples de l'urèthre; suite de blennorrhagies et d'abcès urineux au périnée; dilatation longtemps continuée sans succès. A l'entrée du malade à l'hôpital, on ne peut pénétrer que très-difficilement et avec des baleines très-fines. 24 septembre, uréthrotomie externe sans conducteur; introduction immédiate d'une sonde n° 20. 16 octobre, cicatrisation de la plaie; les sondes à demeure sont enlevées; guérison.

IV. Carpentier, 63 ans. Rétrécissement de l'urèthre depuis l'âge de 57 ans, infranchissable maintenant; traitement ancien par la dilatation; retour des accidents de rétention d'urine. Impossibilité de faire pénétrer les bougies les plus fines au delà de treize centimètres.

Uréthrotomie externe sans conducteur, 21 novembre; introduction immédiate d'une sonde n° 19. 30 novembre: orchite avec phlegmon et sphacèle du scrotum à la partie antérieure. La plaie de l'uréthrotomie externe continue à bien aller.

Au 31 décembre, on peut enlever la sonde à demeure; il ne reste qu'une très-petite fistule au périnée, et l'urine ne la traverse pas à chaque miction.

En avril 1865, on constate que le calibre de l'urèthre ne s'est pas rétréci; la petite fistule existe encore, mais on n'y peut introduire aucun stylet, et l'urine ne s'écoule que rarement à travers. La miction étant facile, le malade ne veut rien essayer pour faire clore cette fistule.

Sur ces quatre cas, je n'ai revu que deux malades un an après l'opération. Ils continuaient à bien uriner, mais ils avaient soin de s'introduire dans l'urèthre, une ou deux fois par semaine, une bougie conique des n°s 16 à 20.

Voilà, Messieurs, ce que m'a donné l'uréthrotomie, tant l'uréthrotomie interne que l'uréthrotomie externe. Les accidents graves et les morts après cette opération, je ne les connais que par des observations rapportées par d'autres chirurgiens; mais en examinant bien tout ce qui a été publié à cet égard, j'arrive à penser que la principale, sinon l'unique cause de mort après cette opération, c'est l'urémie consécutive à une lésion des reins antérieure à l'opération.

Cette cause de mort n'est point particulière à l'uréthrotomie; on la retrouve dans toutes les opérations pratiquées sur les voies urinaires. Ainsi, en parcourant une statistique très-importante, celle où le docteur Bryant rapporte un relevé du traitement des rétrécissements de l'urèthre dans l'hôpital de Guy, à Londres, pendant sept années et demi, on constate que des lésions rénales ont presque toujours existé là où la mort a été la conséquence du traitement d'affections des voies urinaires. Le docteur Bryant divise en deux catégories les rétrécissements observés à l'hôpital de Guy, et cités dans sa statistique : *Rétrécissements organiques simples, et rétrécissements traumatiques*. Les premiers furent au nombre de 603, et les seconds de 43. Sur les 603 rétrécissements organiques, 565 furent traités par la dilatation, et sur les 43 traumatiques, 37 furent dilatés. Dans cinq cas où le rétrécissement était à l'orifice du méat ou à son voisinage, on employa l'uréthrotomie interne; dans les autres cas où la dilatation ne réussit point, on fit l'incision extérieure du rétrécissement avec conducteur, et dans les rétrécissements imperméables la section périnéale sans conducteur.

Dans les 43 cas de rétrécissements traumatiques, on fit six fois l'uréthrotomie externe sans conducteur. En somme, on pratiqua 19 fois cette sorte d'uréthrotomie d'après le procédé de Syme, et il n'y eut qu'un cas de mort par lésion du rein et urémie. La section périnéale sans conducteur, donna au contraire sur 24 cas 6 morts.

En résumant tous les faits, on trouve à l'appui de l'opinion qui attribue aux lésions rénales la plus grande part dans la mortalité, que sur 603 cas de rétrécissements organiques, il y eut 36 morts, dont 26 furent autopsiés, et dans toutes ces autopsies, on constata une altération grave du rein. Dans deux cas, sur les dix où l'autopsie ne fut pas faite, les malades moururent avec les signes manifestes de l'urémie. Enfin, dans les huit derniers cas, on constata cet affaiblissement particulier aux maladies graves des reins.

Du reste, cette influence des lésions rénales sur la mortalité, ne se fait pas seulement sentir à la suite de l'uréthrotomie. Sur 49 cas de mort après la taille, relevés aussi par Bryant, on trouve 47 cas de lésions rénales, et sur 160 cas de taille à l'hôpital de Guy chez des enfants au-dessous de 15 ans, 9 morts furent la conséquence des maladies des reins.

Que conclure de tout cela? C'est que la principale contre-indication de l'uréthrotomie, comme de toutes les opérations sanglantes à pratiquer sur les voies urinaires, c'est la lésion des reins. Il faudra donc, avant de proposer l'uréthrotomie, s'assurer par un examen minutieux des urines, par une exploration profonde de la région rénale que les reins ne sont pas malades.

Mais, et c'est par là que je termine, dans tous les cas où il n'y a aucune lésion rénale, si le rétrécissement de l'urèthre ne se laisse pas dilater, ou si la dilatation est difficilement tolérée, quels que soient l'âge du malade, la dureté du rétrécissement, la complication des fistules urinaires, il faut opérer et faire, soit l'uréthrotomie interne, si l'on peut introduire une sonde dans le canal pour conduire l'uréthrotome, soit l'uréthrotomie externe avec conducteur par le procédé de Syme, ou bien enfin dans les rétrécissements infranchissables l'uréthrotomie directe, sans cathéter conducteur du bistouri.

M. TRÉLAT. J'ai écouté avec le plus grand intérêt les communications de MM. Perrin et Follin, d'abord à cause des faits importants qu'elles renferment et aussi, je l'avoue, parce qu'elles viennent à l'appui des idées que j'ai soutenues ici il y a deux ans.

On peut constater déjà, d'après l'exposé fait par nos deux collègues, que depuis cette époque les idées se sont modifiées sur la question de l'uréthrotomie, probablement à cause des nouveaux éléments fournis à la solution du problème. Je disais alors qu'il fallait distinguer avec soin les opérations faites autrefois d'après les méthodes anciennes et les opérations exécutées plus récemment avec les nouveaux procédés. Je montrais que ces dernières ne donnaient pas une mortalité supérieure à celle qu'on retrouve dans les opérations chirurgicales les plus simples, et que, très-probablement, on arriverait bientôt à n'avoir plus que deux ou trois pour cent d'insuccès.

Or, c'est précisément ce qui ressort de la statistique importante de M. Perrin. Cette amélioration dans les résultats tient évidemment au perfectionnement des procédés opératoires, et aussi à ce qu'on a bien reconnu que certains sujets ne devaient pas être soumis à cette opération. En d'autres termes, on a mieux apprécié les indications et les contre-indications que M. Perrin et M. Follin ont nettement formulées. Après avoir constaté ce progrès, je rapporterai brièvement l'histoire de quatre uréthrotomies que j'ai eu l'occasion de pratiquer depuis la dernière discussion de 1863.

Je n'ai malheureusement pu revoir qu'un seul de mes opérés. C'est un malade de la ville. Il a aujourd'hui conservé tous les bénéfices de l'opération, à la condition de s'introduire de temps en temps des bougies, d'abord tous les cinq ou six jours, puis tous les huit ou quinze jours et maintenant tous les deux mois.

Dans un autre cas, j'ai pratiqué l'uréthrotomie pour rendre possible le passage d'un lithotriteur. Il n'y eut aucun accident consécutif, et quatre jours après, la lithotritie put être faite sans difficulté. Le rétrécissement siégeait à sept centimètres du méat.

Le troisième malade était un homme de cinquante-cinq à cinquante-six ans, qui avait beaucoup vécu, et dont le rétrécissement avait été traité un peu par tout le monde. Ce rétrécissement dur et peu serré acceptait une bougie n° 12 de la filière Charrière; il était compliqué d'un écoulement purulent qui tourmentait beaucoup le malade; les urines étaient sédimenteuses et il y avait souvent des douleurs rénales et vésicales. Je commençai par essayer la dilatation, puis quand j'en eus constaté l'inefficacité complète, je fis l'uréthrotomie, il n'y eut encore aucun accident d'aucune sorte. Pendant les huit jours qui suivirent la section, j'introduisis des mandrins que je remplaçai ensuite par des bougies en gomme élastique, dont l'introduction était faite d'abord tous les huit jours, puis tous les quinze jours, toutes les trois semaines et enfin tous les mois.

Enfin, en décembre 1864, j'eus à traiter un jeune homme atteint depuis sept ans de rétrécissement. Des bougies d'un millimètre et demi d'abord, puis de deux millimètres et demi purent seules être introduites. Au-delà de ce volume, les bougies ne produisaient plus rien autre chose que des nuits sans sommeil, de l'ardeur en urinant et des symptômes de cystite. Après deux mois d'essais infructueux et d'intervalles de repos, je fis l'uréthrotomie sur deux rétrécissements distants l'un de l'autre d'environ quinze millimètres, le premier à quinze centimètres du méat urinaire. Après l'incision, je plaçai une sonde n° 20 de la filière Charrière. Aucun accident.

Un dernier malade fut opéré par moi d'uréthrotomie externe, il y a quatre ans et demi. C'était un homme de cinquante-quatre ans qui depuis 1825 souffrait d'un rétrécissement pour lequel il avait subi toutes sortes de traitements, dilatation progressive et continue, dilatation forcée (méthode Perrève) et enfin établissement d'une boutonnière excessivement gênante. Après de longues tentatives, je reconnus qu'il était impossible d'introduire une bougie dans toute la longueur du canal, et, pour des motifs que je n'ai pas le temps de développer, je me décidai à faire l'uréthrotomie externe, après laquelle j'eus assez de peine à introduire une sonde. Au bout de deux mois, la plaie uréthrale étant cicatrisée, je passai de temps en temps des bougies du n° 24 (filière Charrière), et aujourd'hui ce malade pisse librement, à la condition d'avoir recours, avec une inaltérable régularité, à l'introduction de bougies volumineuses.

Si j'ai insisté sur la dilatation consécutive à l'uréthrotomie, c'est à cause de ce qu'a dit M. Perrin sur la valeur de l'uréthrotomie employée seule et sans dilatation préalable ou consécutive. Je crois, en effet, que ces deux méthodes se prêtent un mutuel appui, qu'elles se complètent; je crois que M. Follin a bien posé les vraies indications de l'uréthrotomie interne. Quant à celles de M. Perrin, elles me paraissent trop larges pour être bien admises, et je me résumerais volontiers de la manière suivante : Dès que l'élasticité des rétrécissements cesse de permettre l'usage de la dilatation, il faut faire l'uréthrotomie. Contrairement à l'opinion de M. Perrin, je ne crois pas qu'il faille renoncer à la dilatation toutes les fois que la miction est gênée.

M. Perrin préfère l'instrument de M. Maisonneuve. Pour moi, il n'a pas d'autre avantage que celui qui résulte de sa courbure, et il offre l'inconvénient de ne pas renseigner sur l'étendue et le siége du rétrécissement, sans compter que sa pointe, quoique émoussée, peut produire la déchirure de la muqueuse.

Comme M. Perrin, je rejette les instruments terminés par une olive, parce que, avec eux, la section n'augmente le diamètre du rétrécissement que d'un millimètre au plus. Je crois qu'on peut employer avantageusement celui de Charrière, auquel je préfère celui que j'ai fait voir il y a deux ans, et dont je me suis toujours servi depuis.

En définitive, je termine en répétant ce que je disais en commençant : L'uréthrotomie interne est aujourd'hui une opération adoptée en principe; il ne s'agit plus que d'apprécier à leur juste valeur les meilleurs procédés opératoires. Les seules choses discutables sont les indications et les contre-indications.

— La discussion sera continuée dans la prochaine séance. La parole est réservée à MM. Dolbeau et Désormeaux.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE,

A PARIS.

Le lundi 10 juillet, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

MM. les élèves en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices en exercice, et les anciens élèves qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues de midi à trois heures, depuis le lundi 12 juin jusqu'au samedi 24 du même mois inclusivement.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 JUIN 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance académique ne nous offre aujourd'hui qu'une seule communication médicale, mais l'intérêt de cette note n'échappera à personne.

Quand on s'adresse à une maladie considérée comme incurable, toutes les recherches honorables et faites au grand jour méritent d'être encouragées. Nos lecteurs seront de notre avis en lisant au compte-rendu les essais de M. Fuster (de Montpellier).

Nous commençons aujourd'hui la publication d'un travail *important* dû à la plume de notre vénéré maître, M. Velpeau.

Le coup d'œil sur la chirurgie au XIXe siècle sert de préface à un ouvrage considérable entrepris par M. Anger, prosecteur des hôpitaux. Nous aurons bientôt à revenir sur cette remarquable iconographie chirurgicale publiée par M. Germer Baillière. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Du diagnostic de la coqueluche par les ulcérations de la langue et du traitement à suivre dans cette maladie.

(Leçon rédigée par M. DUGUET, interne du service.)

La coqueluche est une des maladies de l'enfance qui jette le plus souvent les cliniciens dans un grand embarras. Au premier abord, le diagnostic de cette affection paraît simple, et je dirai presque naïf, parce que c'est la seule qui se présente par accès plus ou moins répétés, par quintes de toux à reprises sonores, s'accompagnant d'une congestion intense de la face et suivie fréquemment de vomissements. Cela est vrai. Mais cet accès, sans lequel il nous est impossible de poser un diagnostic rigoureux et certain, il faut le voir; cette quinte, il faut l'entendre, et nous ne sommes pas maîtres de les faire naître à volonté.

D'un autre côté, peut-on se contenter des renseignements vagues et souvent faux que donnent des parents, plus préoccupés, à bon droit, de la vie de leurs enfants que d'une observation froide et judicieuse des phénomènes qu'ils ont sous les yeux?

Néanmoins, supposons que les parents nous tracent un tableau fidèle des symptômes qu'ont présentés leurs enfants; nous voudrons encore voir par nous-mêmes, et, quand nous aurons constaté ce que nous demandons, ne nous sera-t-il pas encore bien difficile, en maintes circonstances, de nous prononcer avec une certitude absolue?

En effet, la clinique, qui devrait être l'application de la pathologie, n'en est-elle pas souvent que l'exception? La coqueluche est faite entre mille pour nous le démontrer.

Trois périodes, vous le savez, ont été de tout temps distinguées dans la coqueluche; une période catarrhale ou de début, dans laquelle on ne trouve aucun élément suffisant pour se prononcer avec assurance; pas plus dans la troisième période ou période de déclin, et dans la période convulsive même, ou période d'état, nous retrouverons bien rarement le tableau idéal des auteurs. Ici manquent les quintes, là les reprises sonores, plus loin l'expectoration ou les vomissements.

Cela tient, il est vrai, à la nature de la maladie, et ne voyons-nous pas surgir les mêmes difficultés en face d'une hystérique ou d'un épileptique?

Sans doute, en dehors de l'attaque convulsive, qui, malgré certaines particularités individuelles, est ordinairement caractéristique, l'hystérique présente une mobilité générale des sens et de l'intelligence, un visage expansif et animé, des hyperesthésies ou des paralysies diverses; l'épileptique, un facies empreint de stupeur, un caractère souvent bizarre; l'enfant atteint de coqueluche, une face vultueuse, à fond bleuâtre, des yeux saillants et larmoyants, quelques râles ronflants et sibilants ou sous-crépitants dans la poitrine, nulle part de détermination morbide, et dans chacune de ces circonstances le médecin très-habitué à voir de ces sortes de malades soupçonnera ces affections et se mettra sur ses gardes; mais rien dans tout cela ne lui en donnera une certitude aussi grande que la vue d'un accès.

Quand je dis rien, je me trompe, au moins pour l'épilepsie. En effet, il est un signe bien facile à constater, et de notoriété vulgaire, qui, lorsqu'il existe, et cela a lieu dans près de la moitié des cas, permet de reconnaître sûrement un épileptique : c'est la morsure de la langue.

Il était réservé à l'observation moderne d'enrichir les investigations cliniques de la coqueluche d'un signe analogue, je veux parler de l'ulcération du frein de la langue ou des parties voisines. Je rapproche d'autant plus volontiers ces deux signes, qu'ils ont, comme vous le verrez, une grande analogie dans leur fréquence, dans leurs rapports avec les maladies qui les engendrent, à cause de leur mode de production tout mécanique; enfin, dans la valeur séméiotique et au besoin judiciaire que l'on peut en tirer. C'est, pour la pathologie générale, une petite conquête qui en vaut bien une autre. Je veux de suite vous en donner l'application.

Au n° 3 de la salle Saint-Louis, vous venez de voir un enfant de deux ans, entré le 30 avril pour une toux qui durait depuis quinze jours et un peu de diarrhée. Cet enfant a toujours été bien portant, quoiqu'il présente les attributs du rachitisme : grosse tête, sans soudure de la fontanelle antérieure, bruit de souffle vasculaire au niveau de cette fontanelle; il a douze dents et marche à peine; la poitrine et les membres ne sont pas déformés.

Au moment de son entrée, il avait la langue blanche, un peu de soif, quelques vomissements; le ventre souple et indolent, sans tumeurs ni gargouillement; une selle en diarrhée. La toux était assez fréquente, un peu quinteuse, sans reprises sonores, avec quelques épistaxis et un certain degré de pamoison. La résonnance de la poitrine était bonne, et l'on entendait de chaque côté en arrière un peu de râle muqueux et sous-crépitant fin.

La peau était chaude, le pouls à 128.

Qu'avions-nous sous les yeux?

La réunion de ces divers éléments devait nous faire hésiter entre une petite fièvre muqueuse, une simple bronchite ou une coqueluche.

En soulevant le frein de la langue, on vit une ulcération assez large, grisâtre, du frein de la langue, et le diagnostic fut posé : *Coqueluche.*

En effet, les jours suivants, les quintes se caractérisèrent plus nettement sous nos yeux; l'enfant quitta la période catarrhale pour entrer dans la période convulsive, et aujourd'hui les quintes s'accompagnent de reprises sonores, de cyanose, d'épistaxis et de vomissements : elles sont devenues plus fortes et plus fréquentes, et la face inférieure de la langue présente à gauche, à 1 centimètre du frein, vis-à-vis la première molaire, un peu saillante, une *ampoule à contenu un peu trouble*, ressemblant à une vraie phlyctène; sa largeur est de 3 millimètres; elle est allongée dans le sens antéro-postérieur de 6 millimètres environ. C'est un fait important sur lequel nous reviendrons.

Neuf jours après entrait au n° 3, salle Saint-Louis, un enfant de deux ans et demi pour un rhume qui le tourmentait déjà depuis quinze jours. Cet enfant, qui avait été rarement malade, était sujet aux rhumes et à la diarrhée.

Depuis quinze jours, au dire de ses parents, il toussait par quintes, avec reprises, sans vomissements, mais avec un peu d'expectoration épaisse, puriforme, sans cyanose ni pamoison.

On entendait de chaque côté de la poitrine du râle ronflant et muqueux peu abondant. Avec cela, pas de diarrhée; peau chaude, pouls à 120.

En soulevant la langue, on voyait à côté du frein une petite ulcération granuleuse, blanchâtre, un peu irrégulière, correspondant à une incisive mal placée. C'était donc encore une coqueluche.

Mais il ne suffit pas de signaler l'importance de ce signe, il est du plus grand intérêt d'en faire l'histoire, d'en rechercher la fréquence, le mode de production et partant la valeur nosologique.

Signalée en Allemagne vers 1844 par Amelung, Braün, Brück, Zitterland, Lersch et Smidt; étudiée en Italie par Gamberini dix ans plus tard, l'ulcération de la langue dans la coqueluche fut négligée en France jusqu'à l'époque où parut dans les *Archives générales de médecine* de 1855 un extrait du Mémoire de Gamberini. Je l'ai signalée un des premiers alors dans mon *Traité des maladies des nouveau-nés*. J'avais depuis recueilli un bon nombre d'observations sous forme de Mémoire, qui est resté inédit, mais que j'ai mis à la disposition d'un de mes internes, M. Charle, pour en faire sa thèse inaugurale, la première qui ait été faite sur ce sujet (1864).

COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE AU XIXe SIÈCLE.

A M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Un traité iconographique de la chirurgie! Avez-vous bien réfléchi, mon cher Anger, à la belle tâche que vous entreprenez? vous avez, e suppose, médité ces vers du poëte philosophe :

. . . . . et versate diu, quid ferre recusent,
Quid valeant humeri.

Votre intelligence, votre savoir, votre ténacité de Breton me garantissent que si vous entreprenez ce travail, vous le mènerez à bonne fin.

Avant tout, il faut être de son temps. La science revêt toujours un peu la teinte, les allures des milieux où elle vit. Personne ne peut se soustraire absolument aux exigences de l'époque où elle fleurit; il faut que ses adeptes s'attachent à la bien comprendre, s'ils veulent la servir. Les uns la poussent en avant, d'autres l'entraînent; s'il en est qui la tirent de côté, d'autres tendent à la faire reculer. De tous ces efforts, quelquefois contraires, il résulte un ébranlement qui l'empêche de s'endormir, de rester stationnaire, un mouvement que tout homme qui s'attelle à son char doit suivre ou conduire, s'il ne veut être renversé par elle. Pour ne pas être bientôt distancé par son ascension, il importe même d'élever les regards très-haut, afin de l'accompagner dans le lointain, de ne pas la perdre de vue pendant la route. Contempler ses splendeurs futures n'empêche point d'admirer les monuments de son passé!

Un coup d'œil maintenant, un mot, une course rapide, selon votre désir, et à vol d'oiseau, sur l'époque actuelle; sur ce qui s'est passé; sur les phases ou les modifications que la pathologie chirurgicale a subies en ce siècle, sous nos yeux..., non sous mes yeux; car vous n'en êtes qu'aux débuts de vos efforts, vous, tandis que moi, j'arrive au terme des miens. Mais enfin, si vous n'avez pas vu ce dont j'ai été témoin, vous n'en pèserez pas moins la valeur des étapes qu'elle a parcourues et que je crois devoir vous rappeler; étapes qui, dans le temps et dans l'espace, semblent mesurer plusieurs siècles.

En 1820, la chirurgie avait pour code le grand ouvrage de Boyer, œuvre précieuse où la chirurgie est représentée avec la rigueur, la précision des classifications, des descriptions géométriques, d'une façon un peu aride par conséquent, sèche, comme l'étaient alors les descriptions anatomiques ou chirurgicales sorties de l'Académie royale de chirurgie et de l'école de Dessault. A côté, l'ouvrage de Sabatier, sur la médecine opératoire, bientôt complété par le célèbre enseignement de Dupuytren; travail savant, qui laisse déjà poindre le besoin d'associer les doctrines et la pathologie médicales à la chirurgie. Entre ces deux guides, laissant loin derrière eux et la pathologie de Hévin et la pathologie ou la médecine opératoire de Lassus, se distinguait la nosographie de Richerand, ouvrage plus agréable que complet, tel qu'avait pu le concevoir et l'exécuter l'auteur des *Éléments de physiologie*, alors en vogue, au demeurant très-superficiel, rudimentaire et insuffisant.

A ce moment, les idées éprouvaient une sorte de bouillonnement, dans les sciences comme partout. Pinel, qui croyait avoir renouvelé la médecine, qui avait remis en honneur les idées solidistes d'Hoffmann et de Cullen, Bichat, qui venait de donner une base en apparence inébranlable aux mêmes aspirations, servirent bientôt de colonne d'appui au génie perturbateur du Val-de-Grâce, si bien que toute la pathologie, médicale et chirurgicale, n'auraient plus dû songer, dans leurs efforts de perfectionnement, qu'aux altérations des éléments solides du corps.

De là un état étrange des esprits : le talent vigoureux de Broussais, ses attaques contre les dogmes et les écrits de ses adversaires; la grande vérité, la notion fondamentale qu'il voulait faire prévaloir, à savoir : que tout symptôme *sérieux* de maladie correspond à quelque altération matérielle, rapprocha vite de ses doctrines, malgré son hypothèse irréfléchie de l'irritation, lui rallia bientôt toute la jeunesse des écoles. Les notabilités du temps, Chomel et Laënnec, entre autres, voulant se défendre sans sortir du solidisme absolu, pendant qu'un élève *réfractaire* de Dupuytren cherchait, comme Dupuytren lui-même, à faire rentrer la chirurgie dans cette croyance, augmentaient sa force.

Ailleurs, Lisfranc, criant avec virulence contre tout le monde, se vantait d'associer la médecine à la chirurgie, alors qu'il cherchait dans son enseignement, comme dans sa pratique et dans ses écrits, à en faire une science entièrement géométrique, où tout devait être compassé, mesuré, aligné d'après des formules et des lignes mathématiques, alors que la plus grosse injure qu'il crut faire à ses rivaux était de les appeler *menuisiers*, de ne savoir faire que de la *ménuiserie!*

On en était là, peu satisfait au fond, lorsque l'altération des fluides, d'une part, une entente plus large, plus pratique de l'anatomie de l'autre, devinrent l'objet d'études sérieuses. En ce qui me concerne, je ne craignis pas de me jeter, simple pygmée, à la traverse des doctrines solidistes, de m'élever dans mes thèses et ailleurs contre les doctrines de Broussais sur l'inflammation, dès 1823 et 1824.

Au risque d'être brisé par le courant, je tentai de prouver :

1° Que le mot inflammation est une abstraction qui n'explique rien, que chaque inflammation au surplus diffère par sa nature, par ses éléments propres, par les tissus qu'elle envahit, bien plus que par son intensité;

La fréquence de l'ulcération dans la coqueluche est très-grande : d'après un relevé de M. Charle, il y en aurait un peu plus de moitié, 56 sur 100.

Elle n'a point de préférence pour l'un ou l'autre sexe; il n'en est plus de même pour les âges; car elle est incomparablement plus fréquente chez les enfants qui ont dépassé deux ans; cela tient, ainsi que vous le verrez tout à l'heure, à la présence des dents.

L'intensité de la coqueluche a certainement une influence, comme le pense Zitterland; mais Gamberini croit que cette maladie peut être grave et cependant ne pas offrir d'ulcération linguale. Nous verrons qu'il est facile de concilier ces opinions par la façon dont la langue est projetée chez chaque malade pendant les quintes de toux.

La durée de la maladie doit avoir, dans certains cas, une influence marquée, bien qu'il existe des exemples où l'ulcération s'est montrée presque dans les premiers jours.

Son siége de prédilection est le frein de la langue, puisque, d'après M. Charle, sur 56 cas elle s'y trouve 47 fois, et 9 fois seulement en divers autres points, tels que les parties voisines du frein, les bords de la langue, une fois même la face supérieure de cet organe.

Ordinairement uniques, elles sont quelquefois au nombre de deux, comme dans notre première observation. M. Charle a pu en rencontrer trois sur le même sujet.

L'aspect de l'ulcération n'est pas toujours le même. Les unes sont blanches, granuleuses, à fond plutôt relevé que déprimé, et en les examinant au microscope on trouve en effet qu'elles sont formées par une accumulation considérable de cellules épithéliales pavimenteuses au milieu d'une matière amorphe. Les autres, au contraire, sont un peu excavées, jaunâtres, quelquefois même saignantes, et on les trouve composées surtout de matière amorphe et d'une grande quantité de corps granuleux de Gluge.

Leur forme est assez variable. Quand elles siégent au frein, elles se voient à sa partie moyenne, étendues transversalement; elles le coupent en croix, à l'état de repos, sous forme d'une fente, plutôt que d'une ulcération; mais, si on fait étaler la langue, l'ulcération grandit et devient à peu près ronde ou ovalaire.

Siége-t-elle sur les parties voisines du frein, à la face inférieure ou sur les bords de la langue, elle revêt une forme un peu allongée dans le sens antéro-postérieur; ce que vous comprendrez facilement quand nous parlerons du mécanisme qui préside à leur production.

Mais il est un point sur lequel je veux revenir, parce que les auteurs sont encore loin d'être d'accord à son sujet. C'est la forme qu'affecte l'ulcération à son début.

Selon les uns, la lésion qui précède ordinairement la formation de ces petits ulcères, est une vésicule (Zitterland). Selon d'autres, c'est une simple solution de continuité (Gamberini). D'autres enfin verraient une petite granulation blanchâtre épithéliale, sous laquelle une vésicule pourrait se montrer, ou qui pourrait donner lieu immédiatement à l'ulcération.

Or, tout cela a été vu, et nous allons comprendre comment il se produit; ici une vésicule sous-épithéliale et à la suite une ulcération; là une granulation épithéliale.

La présence des dents est nécessaire pour que l'ulcération ait lieu, cela est incontestable, et c'est par le frottement des parties sur ces dents qu'elle a lieu. En effet, les enfants qui n'ont point de dents et qui ont la coqueluche ne présentent jamais d'ulcération, et, chez ceux qui ont des dents, celle-ci est en rapport avec le mode d'implantation des dents. La dentition est-elle régulière, l'ulcération, quand elle se produit, se montre au frein; est-elle irrégulière, l'ulcération en suit les particularités. C'est ainsi qu'un enfant de cinq ans, dépourvu d'incisives médianes inférieures, présentait de chaque côté du frein deux larges ulcérations. C'est ainsi qu'une incisive latérale implantée obliquement et dépassant les autres dents, avait amené à son niveau une ulcération de la face inférieure de la langue, près du frein. Ainsi encore, dans notre première observation, une vésicule laiteuse s'est développée à gauche, par suite du frottement de la langue sur l'angle d'une première molaire, en l'absence de la canine. On pourrait multiplier à l'infini ces exemples.

Mais l'existence des dents et leurs dispositions normales ou anormales ne sont pas les seules conditions auxquelles soit soumis le développement de l'ulcération. La projection de la langue est différente, chez les différents sujets; elle est différente, parce que chez les uns la longueur du frein est plus courte que chez d'autres, et ne permet pas à la pointe de l'organe de franchir l'arcade dentaire; alors pas de frottement contre les dents, pas d'ulcération. Elle est différente, parce que, en dehors de la longueur du frein, tous les sujets, en toussant, ne projettent pas leur langue de la même façon. Quelques-uns la projettent au-dessus des dents de la mâchoire inférieure, ce qui ne peut amener aucune ulcération; d'autres la projettent en haut, contre les dents de la mâchoire supérieure, par une sorte de recourbement de l'organe; témoin ce malade porteur d'une ulcération à la face supérieure et latérale de la langue près de la pointe, parce que cette partie était lancée dans chaque quinte contre une dent difforme de la mâchoire supérieure.

NOUVELLES EXPÉRIENCES SUR LA DÉGLUTITION

faites au moyen de l'auto-laryngoscopie,

Par M. le Dr H. Guinier, agrégé à Montpellier.

Mes expériences d'auto-laryngoscopie ne datent pas précisément d'aujourd'hui; il y a déjà longtemps que j'en ai pour témoins les corps savants de Montpellier dont je m'honore de faire partie. Le compte-rendu de la séance du 19 novembre 1860 de notre Académie des sciences et lettres le constaterait au besoin (*Montpellier médical*, t. VI, p. 89, janvier 1861).

Une grande habitude du laryngoscope, que je manie journellement depuis son introduction en France par M. le professeur Czermak, m'a fourni de nombreuses occasions de voir sur les autres, comme de vérifier quelquefois sur moi-même, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue pathologique, bien des choses très-intéressantes et encore très-peu étudiées.

Pour le moment, je me bornerai à faire connaître les expériences relatives à la note que la haute bienveillance de M. le professeur Claude Bernard, à qui j'ai eu l'honneur de montrer directement les faits, le 24 avril dernier, m'a permis de faire arriver jusqu'à l'Institut, et que la plupart des journaux de médecine de Paris ont bien voulu reproduire.

Dans une première expérience, je démontre la facilité de maintenir, pendant un temps illimité, le miroir laryngo-nasal ou de Liston dans son lieu d'élection habituel, le fond du gosier; la facilité d'explorer, à loisir et avec détail, la base de la langue et de l'épiglotte dans leur totalité; la totalité des gouttières latérales du pharynx et de la paroi muqueuse sous-épiglottique, les replis aryténo-épiglottiques avec les tubercules formés par les cartilages de Wrisberg et de Santorini, limitant l'ouverture vestibulaire du larynx, les ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs ou fausses cordes vocales, l'ouverture des ventricules du larynx ou de Morgagni, les deux ligaments vocaux inférieurs ou vraies cordes vocales, et l'ouverture de la glotte, dans leur totalité, une grande portion de la trachée, le jeu des diverses parties constitutives de la glotte pendant la phonation; enfin, en renversant le petit miroir, l'intérieur des fosses nasales et notamment l'orifice de la trompe d'Eustache.

Ces diverses explorations sont faites sans aucune préparation médicamenteuse préalable et sans autre instrument, dans la bouche, que le miroir laryngo-nasal.

Dans une seconde expérience, je fais voir très-nettement le trajet que suit le bol alimentaire dans l'acte de la déglutition.

L'habitude de l'auto-laryngoscopie m'a rendu facile la déglutition d'un bol alimentaire peu volumineux, avec le laryngoscope en place, et elle m'a permis d'en suivre ainsi le trajet jusqu'à sa disparition complète dans l'œsophage.

L'expérience est faite avec un morceau de mie de pain blanc. Je le mâche et je l'insalive de manière à lui donner une consistance très-molle et à rendre facile sa désagrégation. J'introduis alors le laryngoscope à sa place, et voici ce que j'observe et ce que je fais voir en même temps à plusieurs personnes à la fois.

Le bol alimentaire, dont la blancheur laiteuse contraste vivement avec la rougeur sombre de la muqueuse bucco-pharyngée, suit la face dorsale de la langue jusqu'à sa base, où il rencontre l'épiglotte contre laquelle il s'arrête.

Par des mouvements incomplets de déglutition, consistant principalement en des mouvements de reptation de la langue (mouvements qui m'obligent à des efforts volontaires énergiques pour empêcher le concours des muscles du pharynx tendant à fermer l'isthme du gosier et dont je ne parviens qu'à retenir incomplétement les contractions synergiques), le bol alimentaire saute par-dessus l'épiglotte qui reste inerte et à peu près immobile. Dans cette culbute par-dessus l'épiglotte, le bol alimentaire passe par-dessus le bord libre de cet appendice membraneux qui semble s'incliner vers la langue, à la manière d'une pelle, pour le recevoir, et il chemine plus ou moins lentement sur la face postérieure ou laryngée, lisse et creusée en demi-gouttière de l'épiglotte.

De là, le bol alimentaire, paraissant entraîné par son propre poids, tombe et se répand sur les bords et au centre même du vestibule de la glotte, de laquelle il recouvre ainsi l'ouverture; là, il se trouve arrêté à la fois par la contraction automatique des replis aryténo-épiglottiques, des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs, mais surtout par celle des ligaments vocaux ou vraies cordes vocales, qui ferment par leur contact absolu toute communication avec la trachée.

A ce moment je n'éprouve aucune sensation pénible, sinon que le besoin de déglutition atteignant son plus haut degré, il faut d'assez grands efforts pour ne pas opérer immédiatement le mouvement ordinaire de bascule ou d'ascension du larynx qui le termine. J'y parviens cependant, et l'on voit alors le bol alimentaire, étalé sur l'espèce de plancher formé par la glotte contractée, disparaître de là, par fragments, dans l'œsophage que des essais contenus de déglutition entr'ouvrent par saccades successives.

Cette expérience est des plus curieuses et des plus intéressantes; elle prouve :

1° Que la déglutition complète est possible sans occlusion du pharynx, par l'application de la base de la langue sur sa paroi postérieure, puisque cette occlusion, interposant une barrière entre le laryngoscope et le bol alimentaire, celui-ci serait aussitôt perdu de vue;

2° Que le renversement préalable de l'épiglotte, pour protéger le larynx à la manière d'un couvercle, n'est pas nécessaire durant le passage du bol alimentaire du pharynx dans l'œsophage;

3° Que le bol alimentaire peut être sans inconvénient en contact direct avec les replis muqueux de la glotte, et que la seule contraction des cordes vocales suffit pour protéger les voies respiratoires contre l'accès des corps étrangers venus du pharynx;

4° Que la muqueuse de la base de la langue, de l'épiglotte et de l'intérieur du larynx parait douée d'une sensibilité spéciale que l'on pourrait appeler *sensibilité gustative* ou *de déglutition*, puisque le contact de l'aliment n'y provoque aucune autre sensation que le besoin de déglutition, tandis que le contact d'un corps étranger solide, tel qu'une sonde, sur un point

---

2° Que les maladies se développent aussi souvent, plus souvent peut-être, sous l'influence de l'altération des fluides que de celle des solides; que les altérations des liquides sont dues fréquemment à l'introduction dans le torrent circulatoire de matières inassimilables ou toxiques, prises dans le milieu qui entoure l'homme, ou qui se créent et se promènent naturellement dans sa propre substance.

C'était, on le conçoit, un brandon de discorde, qui eût réclamé un bras plus robuste, plus autorisé que le mien! Aussi en résulta-t-il de nombreuses discussions, heureusement terminées aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Bouillaud, Andral, de presque tous mes contemporains.

Mais la chirurgie n'était que médiocrement ébranlée par ces violences, si ce n'est pourtant que, partis de mes hardiesses sur l'infection purulente, sur les altérations du sang par suite de plaies, d'opérations, de phlébites, d'inflammations de l'utérus et des organes pelviens des femmes en couche, il fallut bien que, de tous côtés, les praticiens songeassent à cette face nouvelle de la médecine opératoire et de la pathologie chirurgicale tout entière.

Je ne tardai pas (entraîné par les circonstances et aussi par mes goûts naturels) à reporter mon esprit vers l'anatomie. J'avais besoin, en effet, la question de l'humorisme nouveau résolue pour moi, j'avais besoin, dis-je, d'une base puisée dans les solides, pour expliquer ce qu'il y a de mécanique ou de matériel en chirurgie. Or, envisagés d'une certaine façon, l'anatomie, l'arrangement, la contexture, la composition des différents organes, me sembla répondre à cet appel. De là une anatomie nouvelle, connue aujourd'hui sous le nom d'*anatomie chirurgicale*, anatomie dont on trouve quelques lambeaux, le titre plutôt que la chose, dans Palfin, Malacarne, à la fin du traité de Boyer et de la thèse de Gerdy; anatomie que signalait à la fin de son cours Béclard lui-même, mais qui n'existait en réalité nulle part comme anatomie distincte et dont on ne parlait, comme Blandin l'a fait plus tard, qu'à titre d'*anatomie des régions*.

Mon but à moi, ma pensée fondamentale devint toute autre : étudier dans une région donnée du corps, les différentes couches qui s'y trouvent superposées, les différents organes qui la constituent, et indiquer soigneusement les rapports de contact ou de voisinage de chaque objet, était un perfectionnement d'un grand secours assurément, pour les manœuvres de la médecine opératoire; mais j'avais rêvé autre chose; je voulais prouver, et c'est à cette démonstration que j'ai employé une grande partie de ma vie, je voulais prouver que ce qu'il y a de mécanique dans la forme des maladies s'explique par la forme, la composition, les arrangements mécaniques et physiques des tissus.

Prenons l'inflammation du doigt, le panari. Cette maladie se comporte diversement, non-seulement selon la couche où elle se développe, mais encore selon que cette couche est ou non soumise à des intersections d'un autre ordre; selon qu'elle est plus ou moins dense, poreuse, ou exactement séparée des autres tissus. A la pulpe du doigt, en particulier, l'inflammation sous-cutanée envahit toute l'épaisseur du tissu cellulo-graisseux, de la peau à l'os; elle gagne volontiers vers le dos de la phalange par sa continuité avec le tissu cellulaire lamelleux, mais elle ne s'étend point sur la phalange moyenne, parce qu'une bride fibreuse lui fait obstacle au devant de l'articulation; dans la coulisse fibro-synoviale, au contraire, contenue dans une gaîne résistante, elle n'amène que peu de tuméfaction à la face palmaire du doigt, elle ne gagne que difficilement la face dorsale; mais aucune cloison transversale n'existant par là, l'inflammation atteint sans peine la paume de la main, la gouttière antérieure du poignet et jusque dans la profondeur de l'avant-bras.

Un anévrysme se forme dans le haut du creux poplité. La tumeur, en se développant, se portera, soyez-en sûr, par en bas et en dehors, attendu que de ce côté les tissus sont souples et ne lui offrent que peu de résistance, tandis qu'à son point de départ les tendons et les muscles ne lui permettent pas de s'épandre vers la cuisse. Un phlegmon diffus sous-cutané naît dans la région illiaque? il serait naturel que l'abcès s'étendît par en bas plutôt que du côté du ventre, à en juger par la déclivité du lieu; mais il y a dans le pli de l'aine une sorte de bride, due à l'entre-croisement des fascia superficiels de la cuisse et du bas-ventre, bride assez serrée et qui forme barrière. L'inflammation, repoussée de ce côté, va s'étaler sous la peau de l'abdomen, avec d'autant plus de facilité que le tissu cellulaire est très-lamelleux, d'autant plus souple, d'autant plus perméable qu'on s'élève davantage; si bien que des inflammations nées au-dessus de l'aine, ou même dans les bourses, peuvent se propager de la sorte jusqu'au flanc, plutôt que de descendre vers le scrotum.

Au creux de l'aisselle, les inflammations purulentes, au lieu de suivre la déclivité, fuseront ou s'étaleront en suivant les traînées celluleuses, par en haut, pour redescendre en passant au-dessus du bord supérieur du grand dentelé dans le vide limité par la face externe de ce plan charnu, par la paroi thoracique et par le trapèze ou le grand dorsal; vous les voyez ensuite rentrer dans l'aisselle en remontant au-dessous du bord inférieur du même muscle, au lieu de proéminer tout d'abord avec les téguments, entre les deux bords de la région. — C'est ainsi encore que de telles suppurations gagnent ou peuvent gagner la région sus-claviculaire, la région carotidienne, le sommet de la poitrine ou l'écartement sous-sternal du médiastin.

Cette influence de la densité, de la perméabilité, des résistances ou de la souplesse des tissus, sur la marche et la forme des états inflammatoires est telle qu'un travail morbide, aigu ou chronique, primitivement établi à la base du crâne, je suppose, entre l'articulation occi-

quelconque de cette muqueuse, produit à l'instant une sensation des plus désagréables qui amène, par action réflexe, une toux convulsive ou des efforts de vomissement.

Il reste cependant à déterminer pourquoi une sonde, portée franchement et sans titillation préalable sur un point de la muqueuse pharyngo-laryngienne produit une sensation désagréable, tandis qu'un fragment de la même sonde ou tout autre corps inerte, tel qu'un noyau de fruit, peut être avalé, c'est-à-dire être mis en contact avec tous les points de la même muqueuse sans produire aucune sensation analogue.

Je poursuis des expériences destinées à élucider cette question.

Dans une troisième expérience, je fais voir que le liquide des gargarismes peut facilement dépasser l'épiglotte et qu'il baigne alors la glotte elle-même.

L'expérience est faite avec une petite quantité de liquide à peu près calculée de manière à ce qu'elle remplisse seulement la cavité sous-épiglottique.

Je prends donc une petite gorgée d'eau, et, renversant la tête en arrière, je la fais s'introduire par son propre poids dans la cavité sous-épiglottique; j'introduis le laryngoscope à sa place, et l'on voit très-facilement le liquide, sous-jacent à l'épiglotte qui est ou peut être à sec, bouillonner dans la cavité du larynx sous l'influence des petites bulles d'air que j'expire au travers de ma glotte.

Cette expérience très-facile ne fait, pas plus que les précédentes, éprouver aucune sensation pénible, et elle peut également se prolonger pendant tout le temps d'une longue expiration, ou bien autant de temps que l'on peut retenir la respiration.

Elle prouve qu'il est possible de porter des liquides médicamenteux sous forme de gargarisme jusque sur la muqueuse du larynx.

DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE

Et en particulier de la maladie appelée Ataxie locomotrice progressive,

Par M. le Dr TOPINARD, ancien interne des hôpitaux de Paris;

Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.
(Prix Civrieux. 1864.)

Ce livre correspond à l'une des tendances les plus accusées de notre époque, au besoin de connaître plus précisément que jusqu'ici la pathologie du système nerveux, étudiée trop longtemps sous un point de vue restreint, et sans que l'on ait tenu compte des relations qu'elle peut avoir avec les maladies du reste de l'organisme. Elle a été l'objet d'un certain nombre d'erreurs et de malentendus; tel est en particulier le cas pour l'ataxie locomotrice qui, confondue longtemps avec la paralysie, n'a guère été distinguée d'autres états morbides que depuis les travaux de MM. Flourens et Bouillaud sur les désordres de la station et de l'équilibration. De nombreuses recherches sur ce sujet se sont ajoutées aux leurs; mais elles n'avaient pu, cependant, jusque dans ces derniers temps, complétement élucider la question, ni bien fixer la place que l'ataxie locomotrice progressive doit occuper dans le cadre nosologique. Tandis, en effet, que quelques auteurs, et parmi les plus autorisés MM. Duchenne (de Boulogne), Trousseau, Axenfeld, la considèrent, sinon absolument comme une névrose, du moins comme étant toujours une espèce morbide à part, d'autres la regardent comme n'étant qu'un symptôme. Quelques-uns enfin, et parmi eux M. Tessier (de Lyon), la considèrent comme étant tantôt un symptôme, et tantôt une maladie propre.

Le livre de M. Topinard résout les divers problèmes qui se rattachent à ce sujet; ayant eu à répondre à la question proposée par l'Académie de médecine: *Faire l'histoire de l'ataxie locomotrice progressive,* notre collègue l'a fait avec tous les développements que comporte un tel sujet, et une netteté qui ne laisse aucun doute dans l'esprit du lecteur.

M. Topinard commence par étudier au point de vue le plus général le symptôme qui a donné son nom à l'affection dont il est question ici, à l'ataxie locomotrice et le définit: *Un désordre de la fonction* qui préside à la progression, à l'équilibration et autres actes de musculation volontaire, désordre non causé par la paralysie, l'atrophie musculaire, et différent du tremblement, de la chorée et des convulsions. Il le montre dans un certain nombre d'états pathologiques: dans les affections cérébelleuses, dans des intoxications, des névroses, diverses affections de la moelle épinière, et dans ses relations avec les entozoaires du tube digestif.

Dans les pages que consacre l'auteur à la comparaison de l'ataxie locomotrice produite par les lésions cérébelleuses avec celle déterminée par des lésions médullaires, il insiste sur les différences absolues qui les sépareraient symptomatiquement: les premières se caractérisant par des impulsions insolites, par la diminution de la faculté d'équilibration, des vertiges, de la titubation, et les secondes par des mouvements désordonnés, incoordonnés, et surtout par la folie musculaire. S'il en était ainsi, le diagnostic de l'ataxie dite cérébelleuse et de l'ataxie dite spinale serait des plus faciles; mais il y a, selon nous, bien à dire à cette caractéristique donnée ainsi par M. Duchenne (de Boulogne). En effet, des expériences de Philipeaux, Vulpian, Cl. Bernard et Turck, ont démontré que la section des cordons et des racines postérieurs ôte aux animaux la faculté de s'équilibrer, et deux observations de M. Cruveilhier prouvent que la titubation se lie très-bien à la dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moelle épinière. Nous-mêmes nous avons, dans le service de M. Bouillaud, deux malades atteints d'ataxie médullaire, chez lesquels il existait des signes prétendus de l'ataxie cérébelleuse: chez le premier, le phénomène central avait été une déformation de la partie dorsale de la colonne vertébrale; il présentait de la folie musculaire associée à des vertiges, à des tournoiements de tête et à des troubles d'équilibration. Le second, chez lequel l'autopsie a montré un ramollissement des cordons postérieurs, a présenté des étourdissements pendant la station debout, la vacillation pendant la marche.

D'un autre côté, si M. Topinard nie à l'ataxie médullaire le pouvoir de s'accompagner de titubation, troubles d'équilibration, etc., etc., il refuse à l'ataxie cérébelleuse celui de s'accompagner de folie musculaire, d'incoordination et de désordre des mouvements, qu'il réserve pour l'ataxie médullaire seule. Est-ce bien là la vérité? Et, dans son désir bien naturel d'arriver à distinguer ces deux états morbides, n'a-t-il pas été trop loin? Que prouvent, en effet, les troubles de la coordination pour la localisation de la lésion; est-il nécessaire que le cervelet soit lésé pour qu'il soit mis en cause dans l'explication du phénomène? « Supposons, a dit M. Bouillaud, que le cervelet soit sain; que voulez-vous qu'il fasse si la moelle est malade? Que peut faire la volonté sur des membres, lorsque le fil conducteur est interrompu? »

Plusieurs observations du livre de M. Topinard nous donnent raison du reste, et nous montrent des lésions cérébelleuses produisant de la folie musculaire.

Une partie considérable de l'ouvrage est consacrée à la question de savoir si l'ataxie locomotrice progressive proprement dite est une maladie, une espèce morbide, qui se présenterait avec des caractères, une allure propres, une marche régulière, et si elle mérite la place spéciale que lui ont donnée MM. Trousseau et Duchenne (de Boulogne). L'auteur répond par l'affirmative en s'appuyant sur la succession régulière des symptômes, l'apparition constante de troubles fonctionnels portant sur les nerfs crâniens optiques, moteurs oculaires, hypoglosse, auditif, facial, glosso-pharyngien, troubles qui se montrent six mois, deux ans, cinq ans et plus, avant que rien ne fasse soupçonner une affection actuelle ou prochaine de la moelle; en se fondant sur l'anatomie pathologique, qui montre les nerfs crâniens et certains nerfs des membres atteints de la même dégénérescence grise que le cordon médullaire. Ce qui a frappé surtout M. Topinard, c'est l'apparence d'une maladie générale du système nerveux s'attaquant d'abord à la périphérie des nerfs sur place, puis aux cordons postérieurs de la moelle; se traduisant, pour les premiers, par des symptômes paralytiques; pour les seconds, par des phénomènes ataxiques. Aussi conclut-il, en disant que l'ataxie locomotrice progressive correspond à l'affection décrite par l'auteur de l'électrisation localisée, et appelée par M. Trousseau Maladie de Duchenne. « Que certains signes manquent, tels que les douleurs, l'anaphrodisie, les troubles pelviens, la rachialgie, l'anesthésie cutanée, l'anesthésie musculaire, etc., l'espèce morbide n'en existe pas moins; l'on a simplement affaire alors à des formes frustes. »

En résumé, en dehors des cas où l'ataxie locomotrice n'est qu'un symptôme d'affections cérébelleuses et cérébrales, vermineuses, hystériques, syphilitiques, d'alcoolisme, d'intoxication saturnine, de méningo-myélite rhumatismale, de ramollissement des cordons postérieurs de la moelle, M. Topinard admet une espèce morbide, l'ataxie locomotrice progressive, l'analogue de la Maladie de Duchenne.

Pour nous, cette distinction nous paraît bonne, quoique en fait de nosographie nous préférions de beaucoup la désignation des maladies par des mots qui expriment leur nature et leur siége; mais ici notre langue se prête mal à ce mode de désignation, et, plutôt que de restreindre la dénomination de cette affection au mot de sclérose spinale, qui ne rend que très-incomplètement compte de l'espèce morbide, la limite beaucoup trop, nous croyons meilleur celui d'ataxie locomotrice progressive, qui permet de faire rentrer dans le cadre les phénomènes qui ressortent de la moelle, du cervelet et des nerfs crâniens. Pourtant, bien que le mot adopté par M. Topinard, et qui lui a du reste été presque imposé par l'Académie, soit meilleur que celui de sclérose spinale, cependant celui de Maladie de Duchenne, consacré par M. Trousseau, nous paraîtrait mieux encore convenir dans une maladie qui se caractérise aussi bien par des symptômes paralytiques: l'amaurose, le prolapsus de la paupière supérieure, l'anesthésie cutanée, que par des symptômes ataxiques; il a le mérite de ne rien préjuger, dans une affection où il y a tout au moins autant de paralysie que d'ataxie.

S'appuyant sur de très-nombreuses observations (252), l'auteur a fait un tableau des plus complets de la symptomatologie de l'ataxie locomotrice progressive. Il lui assigne trois périodes: la première est caractérisée par des douleurs, des troubles des nerfs crâniens, et surtout l'amaurose; la paralysie du moteur oculaire commun à laquelle se rattachent le strabisme externe, le prolapsus de la paupière supérieure, la diplopie et la dilatation pupillaire; la paralysie du moteur oculaire externe, qui se traduit par le strabisme interne et la diplopie; les désordres des organes génitaux, la spermatorrhée, l'anaphrodisie, le satyriasis, l'impuissance, la dysurie.

Le seconde période se manifeste par de l'engourdissement, l'anesthésie cutanée et musculaire, très-fréquemment mais non constamment par de l'ataxie locomotrice.

La troisième période se caractérise essentiellement par l'existence de l'ataxie locomotrice, par la généralisation de la maladie, son extension des membres inférieurs aux membres supérieurs, l'altération des fonctions digestives, l'atrophie musculaire, et un état cachectique. Ce chapitre a reçu tous les développements désirables, aussi bien que ceux consacrés à l'anatomie pathologique, à l'étiologie et au diagnostic. La partie relative à la physiologie pathologique est remplie d'aperçus très-ingénieux et d'une qualité clinique incontestable. Pour M. Topinard, l'ataxie ne dépend pas plus de l'anes-

---

pito-atloïdienne et le pharynx, pourra donner naissance, ainsi que je l'ai vu deux fois, à une suppuration qui, de proche en proche descendra: 1° le long du cou, de la poitrine, par le tissu lamelleux qui sépare la colonne vertébrale des organes cervicaux et thoraciques; puis 2° arrivera dans le ventre, en suivant l'aorte ou l'œsophage, parcourra la région lombaire derrière le mésentère, qui finira par le conduire sous le péritoine dans le bassin, pour atteindre, 3° la marge de l'anus, au point de faire naître l'idée d'un abcès stercoral ou d'une fistule intestinale.

Ces remarques ne concernent jusqu'ici que la grosse anotomie, que l'anatomie du scalpel et de l'œil; mais elles n'en sont pas moins applicables à la pathologie tout entière; car il n'y a aucune région, aucun plan, aucun organe qui n'y soit soumis, aucune maladie qui ne doive en tenir compte et en tirer parti, quant à ses formes ou son évolution. — A ce point de vue j'ai été suivi, accompagné ou dépassé par mes condisciples et quelques-uns de mes anciens élèves. — Si Blandin, en effet, s'en est tenu, comme Béclard le faisait dans ses leçons, comme M. Bouvier l'enseignait de son côté, à l'anatomie des plans, des couches ou organes superposés, mais presque uniquement descriptive, M. Malgaigne, avec son style hardi et ses vives couleurs, est bientôt entré par son excellent *Traité d'anatomie chirurgicale,* et sans nouvelles dissections, dans la voie que j'avais cru devoir ouvrir. — Il en a été de même, un peu plus tard, d'un chirurgien notable de Lyon, de M. Pétrequin, qui n'a pas craint d'embrasser dans un ouvrage remarquable les notions applicables à la médecine et à la chirurgie sous le titre d'*Anatomie médico-chirurgicale.* Voyez depuis, le traité de M. Jarjavay, d'une part, l'ouvrage de M. Richet dont le succès ne se dément pas, d'autre part, et vous comprendrez l'importance scientifique, les applications sans nombre de l'anatomie ainsi étudiée, vous comprendrez qu'il y a au fond de cette pensée un vaste horizon, une source de véritable progrès pour la chirurgie.

N'eût-il pas été malheureux de s'arrêter en si beau chemin. — Ce que je viens de dire, ce que mes collègues ont fait, n'est en quelque sorte que le point de départ, que la gangue, de ce que l'anatomie *chirurgicale* pourra produire. Elle promet et permet d'espérer en réalité de bien autres services. Dans ses éléments fondamentaux, l'organisme n'agit pas moins sur la forme et les individualités matérielles de la plupart des maladies, que pris en masse, en ce qu'il a, pour ainsi dire, de plus grossier.

Ainsi les ophthalmies en particulier n'ont-elles pas un aspect parfaitement distinct par la plupart de leurs caractères, selon qu'elles ont leur siége dans la conjonctive, la cornée, l'iris, les paupières, etc. Ne suffit-il pas, en face d'un œil enflammé, de constater une rougeur arborescente, réticulée, vineuse, intense vers la rainure oculo-palpébrale, pour affirmer qu'il s'agit d'une conjonctivite; tandis qu'au contraire, une rougeur radiée autour de la cornée nous donnera la preuve qu'il s'agit d'une kératite, etc.

Est-ce que dans les follicules ciliaires l'inflammation ne diffère pas, par son aspect et ses produits, de l'inflammation des glandules de Meibomius. J'ai toujours été si convaincu de cette influence des systèmes organiques sur la forme des maladies, que j'y ai insisté dès le début de mon enseignement, dès 1825. C'est à la peau qu'il me parut et qu'il me paraît encore naturel de s'adresser d'abord. — Là, presque toute forme particulière de la maladie tient à la constitution spéciale du petit organe qui en est le siége. — Si une pustule variolique, disais-je, représente un bourrelet, un disque purulent, déprimé au centre, un petit ombilic enfin, c'est que le mal a sa racine dans le follicule, dont la base est occupée par un poil. Plus tard, mais dès 1833, n'ai-je pas affirmé que les follicules, les canaux de la sueur, les mille organes particuliers qui entrent dans la trame cutanée, sont susceptibles de devenir malades isolément et que chacun doit imprimer des formes, des caractères spéciaux à ses maladies. — Alors le microscope était muet en pathologie, et à l'œil nu il était impossible de voir les altérations moléculaires, les infiniment petits en chirurgie comme en anatomie. — Aujourd'hui, si mes faits de détail n'ont pas tous été admis, voyez où en sont nos connaissances à ce sujet sous le point de vue de l'idée fondamentale! Voyez si, aidé du microscope, MM. Lebert, Mandl, et par-dessus tous, M. Robin soutenu de MM. Follin, Broca, Verneuil, etc., n'ont pas en quelque sorte changé la face de la science chez nous, en ce qui concerne les produits morbides, en ce qui concerne une infinité de maladies.

VELPEAU.

— Si quelque chose pouvait adoucir le sentiment douloureux inspiré par la perte si prématurée de notre excellent et savant ami le docteur Réveil, ce serait la certitude que son plus beau titre à la renommée ne sera pas détruit par cette mort cruelle. Plusieurs jours avant de mourir, Réveil avait remis la fin de sa part de collaboration à la *Flore médicale, usuelle et industrielle du dix-neuvième siècle.* Cet important ouvrage, publié avec tant d'exactitude et de goût par la librairie Théodore Morgand, ne souffrira pas de ce douloureux événement. On sait qu'en outre le docteur Réveil était l'auteur des remarquables chapitres *Chimie végétale* du *Traité de botanique générale* appartenant à la même publication.

De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit, par M. le docteur Xavier GOURAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux. In-8°. Prix: 3 fr. 50. Paris, 1865. Louis Leclerc, libraire-éditeur.

thésie musculaire que de l'anesthésie cutanée; le rôle principal, dans sa genèse, revient au pouvoir excito-moteur de la moelle, « que sa structure normale se trouve altérée dans « une longueur suffisante, et son pouvoir excito-moteur « troublé, la volonté, ne trouvant plus l'intermédiaire chargé « de régler l'exécution de l'acte, ne sera plus que l'occasion « d'une action musculaire anormale, irrégulière, en un mot, « désordonnée. Plus la volonté insistera, plus le désordre « s'exagèrera; si le pouvoir réflexe est tout à fait éteint, les « mouvements n'auront plus aucun sens, ce sera le délire « musculaire, les jambes de pantin. La cause physiologique « de ces désordres musculaires serait donc l'altération de la « propriété coordinatrice de la moelle, c'est-à-dire du pouvoir « réflexe, que l'on tend à localiser dans les cordons posté- « rieurs. »

Pour ce qui concerne la pathogénie de l'atrophie et de la dégénérescence grise de la moelle et des nerfs, M. Topinard s'appuie sur plusieurs faits pour affirmer que la cause intime en est une congestion, une phlegmasie des capillaires, une affection spéciale de l'ordre des scléroses et des cirrhoses; état général, en tous cas, qui frappe tout le système nerveux à la fois, même le grand sympathique (cela a été prouvé par MM. Laveran et Duchenne), avec une prédilection marqué etoutefois pour les nerfs crâniens et les cordons postérieurs de la moelle.

La thérapeutique est loin d'être impuissante dans cette maladie; l'hydrothérapie, les bains sulfureux, les toniques, la cautérisation au fer rouge le long du rachis, les ventouses, l'électricité, le nitrate d'argent, ont donné des succès relatifs ou tout au moins ont soulagé. « L'avenir de la thérapeutique de l'ataxie est dans le choix des médications; elle a pour se développer des raisons multiples, à chaque raison devront correspondre des méthodes diverses. »

En résumé, ce traité me paraît empreint des meilleures qualités, et supérieur au point de vue doctrinal à un livre récent sur le même sujet; tandis, en effet, que dans ce dernier, l'ataxie locomotrice progressive est considérée comme synonyme de sclérose spinale, M. Topinard nous semble être plus dans le vrai en la regardant comme une affection générale, intéressant le système nerveux tout entier. S'il est des cas où l'ataxie locomotrice est un symptôme, ainsi que le pense à juste titre le savant médecin de Lyon, M. Teissier, il y en a d'irrécusables ou elle appartient à une espèce morbide distincte, désignée avec assez de raison par le professeur Trousseau sous le nom de Maladie de Duchenne, dénomination bien autrement vraie et juste que celle d'ataxie locomotrice progressive, d'atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle, de tabes dorsalis et de sclérose spinale.

Dr Auguste Voisin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 juin 1865. — Présidence de M. Decaisne.

M. Fuster lit une note sur le traitement curatif de la phthisie pulmonaire.

Il annonce que depuis le 11 avril dernier il emploie, dans les salles de clinique qu'il dirige à Montpellier, contre la phthisie pulmonaire et d'autres affections caractérisées par un état de consomption générale, une méthode de traitement qui lui a donné d'assez belles espérances pour l'obliger à se hâter de la faire connaître.

Il s'agit de l'usage de la viande crue de mouton ou de bœuf associé à celui de l'alcool très-étendu et à petites doses. La viande crue, réduite en pulpe en la pilant et en la passant dans un tamis pour la débarrasser des parties tendineuses, s'administre en bols roulés dans du sucre ou en pulpe sucrée par cuillerées à café, à la dose de 100 à 300 grammes par jour. Une boisson faite en délayant une centaine de grammes dans 500 grammes d'eau froide édulcorée sert à étancher la soif des malades. La potion alcoolique, composée de 100 grammes d'alcool à 20 degrés Baumé, étendus dans 300 grammes de véhicule édulcoré, se donne par cuillerées à bouche d'heure en heure; la proportion de l'alcool et l'intervalle entre les prises varient suivant la susceptibilité des sujets.

« Le concours de ces deux agents, dit l'auteur, est indispensable à la réussite du traitement : le premier me paraissant avoir une action reconstituante, et le second une action plus directe sur les organes de l'hématose.

« Il n'y a rien de nouveau dans la médication que j'emploie, si ce n'est la combinaison des deux moyens indiqués et leur application aux maladies consomptives. »

L'auteur assure qu'à l'aide de cette méthode de traitement, plusieurs malades, atteints de phthisie pulmonaire très-grave et d'infection purulente, ont été parfaitement guéris. (Commissaires : MM. Andral, Serres, Rayer.)

M. Affre annonce que, dans certaines maladies nerveuses, et principalement pour les femmes et les enfants dont l'électricité atmosphérique dérange si souvent la santé, il a eu recours, avec le plus grand succès, à l'usage de tissus fabriqués avec des substances isolantes.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

67. Des endémies au Sénégal, par M. Gauthier.
68. Étude sur la fièvre typhoïde, par M. Bernard.
69. Des fièvres intermittentes pernicieuses, par M. Damour.
70. De l'intoxication par le sulfure de carbone, par M. Tavera.
71. De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit, par M. Gouraud.
72. Des corps étrangers du corps vitré, par M. Ballias.
73. De la résection du coude, par M. Painet.
74. Du céphalœmatome, par M. Chadzinski.
75. Du catarrhe du sac lacrymal dans ses rapports avec la tumeur et la fistule lacrymales, par M. Chauvel.
76. Considérations générales sur l'hérédité physique et l'hérédité morale, par M. Bleynie.
77. Étude sur l'absorption par la peau revêtue de son épiderme, par M. Broquin.
78. Des fausses grossesses, par M. Villebrun.
79. Des matières albuminoïdes, par M. Gautier.
80. De la thoracenthèse, par M. Lapeyrouse.
81. Des vomissements incoercibles de la grossesse, par M. Verdalle.
82. Traitement de la pneumonie chez l'adulte, par M. Coste.
83. Étude sur le délire aigu sans lésion, par M. Thulié.
84. Quelques considérations sur les phénomènes douloureux, par M. Leclercq.
85. Des névromes, par M. Leboucq.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 1er mai, M. le docteur Girard, médecin en chef des hôpitaux de Marseille, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur E. Verrier commencera un cours particulier d'accouchements le lundi 19 juin, à quatre heures et demie du soir.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 23 juin.

Voici son ordre du jour :

1° Observations de varioles anomales, par M. Duguet;

2° Observation intitulée : Hystéro-épilepsie; angine de poitrine; mort de phthisie pulmonaire, par M. Pelvet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections génériques de la peau, professées par le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc., rédigées et publiées par le docteur Guérard, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, revues par le professeur. Tome IIe et dernier. — Un vol. in-8° de 460 pages. Prix : 6 fr. *franco*. Paris, 1865; chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Huit années de pratique médicale à Contrexéville (étude clinique), par le docteur Legrand du Saulle. Paris, 1865. Un vol. in-8° de 132 pages. Prix : 2 fr. Chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1864; 2e série, t. V, suivi d'un Compte-rendu des travaux de la Société, par le docteur U. Trélat. Un vol. in-8° de 670 pages. Prix : 7 fr. Chez Victor Masson et fils, libraires, place de l'École-de-Médecine.

Nouveau guide du dyspeptique, recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par M. le docteur Hippolyte Bachelet, ex-médecin du dispensaire général de Lyon. Un vol. in-18 de 265 pages. Prix : 5 fr. Paris, Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 73. — JEUDI 22 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 22 JUIN 1865. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 JUIN 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La question de la contagion de l'érysipèle a paru pour la première fois d'une manière un peu sérieuse à l'Académie de médecine. On a entendu pour la première fois un homme de l'école de Paris déclarer que l'érysipèle était contagieux.

M. Gosselin, nous l'avons déjà dit dans une de nos dernières revues cliniques, s'est fait le patron d'une idée anglaise souvent attaquée depuis son apparition chez nous.

L'honorable académicien a pris pour appuyer son opinion les faits consignés par M. Blin dans une note envoyée à l'Académie l'année dernière, il a invoqué ses propres observations, celles de ses élèves et quelques réflexions de MM. Grisolle et Trousseau. Il n'a pas cru devoir s'occuper des travaux qui avaient été faits contre la contagion.

Nous renverrons le lecteur à ce que nous avons déjà dit des observations ou citations signalées par M. Gosselin (*Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 189, et 1865, p. 117), les observations y sont jugées à leur valeur.

Certes, nous comprenons que M. Gosselin puisse ne tenir compte que de ses jugements, et nous nous bornerons à répéter quelques-unes des réflexions que suggère le bagage de faits qui semble à quelques esprits favorable à la contagion.

Nous nous sommes personnellement occupé de l'érysipèle ; nous avons écrit son histoire et avec des observations qui sont autre chose que de simples notes, et voici, suivant nous, ce que l'on peut dire de l'érysipèle.

Les vaisseaux lymphatiques capillaires ou les réseaux lymphatiques sont le siége de l'érysipèle, comme les vaisseaux capillaires sanguins sont le siége du phlegmon ; les traumatismes, les irritations et les inflammations de la peau et des parties profondes des régions sont la cause exclusive des inflammations phlegmoneuses et érysipélateuses, et cela a été entrevu, proposé avec plus ou moins de netteté, de génération en génération, par des hommes de valeur : Gorter, Callisen et Blandin.

Ceci posé, il faut en tirer cette conclusion que si l'érysipèle est contagieux, toutes les inflammations peuvent être contagieuses, ou bien, et ce serait au moins extraordinaire, que les petits vaisseaux lymphatiques ne sont pas susceptibles de s'enflammer, ou que, dans le système lymphatique, contrairement à l'adénite et à l'angioleucite, l'inflammation des réseaux lymphatiques n'a aucun des caractères de l'inflammation.

M. Gosselin nous permettra de lui dire que l'interprétation des faits auxquels il attache une grande importance est contestable. En effet, prenons un exemple.

Le domestique du malade qui, suivant M. Blin, aurait pris un érysipèle à Paris, est tombé malade le 2 décembre 1863, trois jours après la mort de son maître ; « il éprouvait de la faiblesse, des courbatures et avait peu d'appétit ; il se plaignit, le 25 décembre, de maux de gorge et de fièvre. M. le docteur Devilliers constata une vive rougeur au voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx et un engorgement des ganglions sous-maxillaires. Le pouls donnait 100 pulsations. Le 28 décembre, l'érysipèle gagne tout le nez ; le jour suivant, il s'étend à la face, mais ne gagne pas le cuir chevelu. Le 2 janvier, la convalescence se prononce, la desquammation commence. »

On dit : c'est un cas de contagion. Nous répondons c'est un cas d'amygdalite survenue chez un garçon surmené pendant qu'il donnait des soins à son maître, et chez lequel un érysipèle est survenu sous le nez autour d'une écorchure ou d'un bouton non soigné.

Ce fait entre cent nous sert d'argument. Nos lecteurs savent comment jusqu'ici nous avons pris le soin de discuter les prétendus exemples de contagion. Ils ont vu que dans la majorité des cas les choses se passaient de la manière suivante.

Un malade, affecté, chagriné, puis fatigué par des veilles, par l'habitation dans une chambre toujours fermée ou infectée par de mauvaises odeurs, et portant en même temps une écorchure non pansée, est atteint d'une inflammation de son écorchure, inflammation qui ne peut être qu'un érysipèle, avec ou sans angioleucite, ou un phlegmon diffus si la peau toute entière est intéressée dans la plaie.

Ou bien un malade est mal disposé, constipé, a un embarras gastrique, une angine et a en même temps des boutons sur la face ou le cou et habite ou non à côté de malades atteints d'érysipèle ou d'autres inflammations, il se fatigue ou se refroidit, et s'il y a une inflammation superficielle autour du point déjà malade, ce ne peut être encore qu'un érysipèle.

Ou bien, un individu est atteint de fracture comminutive ou de plaie contuse, le pus coule mal hors de la plaie, les parties se mortifient, il est impossible de laver complétement la plaie, on ne la lave pas assez souvent. Les tissus s'enflamment, il y a phlegmon, phlébite, angioleucite et érysipèle, c'est-à-dire une inflammation généralisée.

Supprimons, par la pensée, dans tous les cas dits de contagion le voisinage d'un malade atteint d'érysipèle, nous voyons que le mode de production de cette inflammation est le même que pour les cas ordinaire d'érysipèle, où M. Gosselin lui-même ne pourrait pas songer à la moindre contagion.

Les médecins nous opposeront sans doute les érysipèles spontanés. Nous avons déjà répondu avec MM. Trousseau et Piorry que l'érysipèle spontané naissait autour d'une écorchure méconnue, et nous ajoutons que, sans compter l'insolation, un coup d'air capable de causer une conjonctivite, une amygdalite, une pneumonie, peut causer un érysipèle chez des individus dans des conditions de santé défavorables.

M. Gosselin, d'ailleurs, sait quelles nombreuses causes J. Franck avait reconnues à l'érysipèle, depuis les émotions morales jusqu'à l'irritation des plaies. Peut-il affirmer que six ou huit au moins de ces causes n'ont pas présidé au développement des érysipèles dits contagieux ? J. Franck passe pour un médecin des plus consciencieux et des plus observateurs, ses assertions ne sauraient être sans valeur, et cet auteur n'est pas si loin de nous pour qu'on les accuse de vétusté.

M. Gosselin propose d'admettre, pour les avantages de la pratique, que l'érysipèle est contagieux, et voudrait qu'on se conduisit en conséquence. Cela est dangereux à notre avis. En effet, si, comme tant de faits le prouvent, l'érysipèle naît autour d'une plaie non pansée, ou difficile à bien soigner et chez un individu malade déjà, songer qu'en isolant les blessés on les met à l'abri de la contagion, ce serait peut-être donner une sécurité trompeuse aux chirurgiens. Cela pourrait les détourner de l'absolue nécessité de bien panser les plaies, de soigner l'état général des blessés, et d'éviter les effets des variations de température sur le corps, et toutes causes que l'expérience séculaire a indiquées comme susceptibles de causer les inflammations.

M. J. Guérin a dit quelques paroles qui contrediraient en grande partie M. Gosselin. Ce qui est contagieux dans l'érysipèle, disait M. Guérin, ce n'est pas l'érysipèle, c'est une maladie générale, et nous lui avons entendu ajouter tout bas, ce n'est pas le bubon de la peste qui est contagieux, c'est la peste. Il y a un an, M. Sée, à l'hôpital Baujon, nous disait qu'il croyait que les seuls érysipèles susceptibles d'être contagieux étaient ceux qui existaient chez des malades ayant en même temps une infection purulente. Ces deux assertions sont déjà une meilleure manière d'envisager les faits. Nous sommes disposés à croire que là, du moins, il y a quelque chose de possible, mais c'est seulement à titre de cause occasionnelle propre à favoriser l'infection purulente, l'embarras gastrique et tout à fait ultérieurement ou accessoirement l'érysipèle, quand les malades auront une plaie méconnue ou mal soignée.

L'Académie a entendu un rapport de M. Bergeron sur la fièvre récurrente de Saint-Pétersbourg. Plusieurs lectures et présentations ont été faites à la fin de la séance.

Un petit incident a eu lieu à l'occasion d'une remarque de M. Larrey. Cet académicien demandait qu'il fût soumis au conseil académique la proposition suivante : Donner lecture en séance publique de la partie scientifique des rapports sur les prix.

COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE AU XIXe SIÈCLE (1).

A M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

Jusqu'ici le drapeau qui nous abrite s'implanterait volontiers dans la doctrine de Broussais. Voici maintenant qui va nous en éloigner. Après les influences anatomiques viennent d'abord les différences relatives aux produits morbifiques. Si, d'une part, la forme ou la composition élémentaire de l'organe ou du tissu modifie l'aspect de la maladie, il n'est plus contestable que les produits exsudés ou excrétés n'amènent à leur tour des différences dans la forme des altérations, à toutes les phases de l'évolution de chaque maladie. La micrographie a fait voir ainsi que les molécules normales de l'organisme, déviées de leur courant naturel, que les parties constitutives des liquides entraînés hors de leur voie, expliquent la nature de la plupart des créations, des productions pathologiques.

Ainsi n'est-il presque plus question de produits *hétéromorphes* ou *hétérologues*, de néoplasmes ou d'hétéroplasmes. Les tumeurs, maladies constituées par des éléments primordiaux de l'économie, sont des fibrômes, des enchondrômes, des épithéliômes, etc. Une autre source d'influence sur l'aspect et sur le caractère des maladies (et c'est en ce point que notre drapeau se sépare nettement des idées broussaisiennes), se tire de la nature, de la spécificité, de l'étiologie des produits morbides.

Les inflammations elles-mêmes diffèrent sous ce triple point de vue. L'inflammation que détermine un acide, par exemple, offre des nuances diverses suivant qu'elle a été causée par l'acide chlorhydrique, azotique ou sulfhydrique. Elle n'est pas dans ces trois cas la même, que si elle est amenée par la potasse, par le chlorure du zinc, par le caustique arsénical, par le beurre d'antimoine, non plus que par une violence mécanique ou une cause traumatique quelconque. — A ce sujet, autant d'individualités que de causes distinctes, un nombre d'entités morbides en rapport avec celui des causes morbifiques ; ce qui constitue la *spécialisation* des maladies en dehors du degré d'intensité et de leur siége anatomique !

Un fait capital se place à côté du précédent. C'est le rôle que la spécificité joue dans l'évolution et tout ce qui concerne une foule de lésions, inflammatoires ou non. La syphilis, par exemple, imprime un cachet particulier à tous les dérangements qu'elle produit. La pustule maligne, le charbon, etc., sont des tumeurs inflammatoires, sans doute ; mais qui a le plus d'importance en pareil cas, de l'inflammation ou de la cause qui l'a produite ? La variole, la scarlatine, l'érysipèle, sont des inflammations de la peau, mais des inflammations modifiées, du tout au tout, par une cause échappant à l'influence anatomique, sous la dépendance des causes spécifiques, générales ou locales, absolument en dehors des sources de l'inflammation proprement dite. A la spécificité des causes se lient ainsi deux groupes : maladies générales, maladies locales. Pour celles-ci, y a-t-il rien d'évident, de manifeste, comme ce qui concerne la classe des maladies parasitaires, soit de la peau, soit du tégument interne ? Cette *trichinie* si dangereuse, si rapidement mortelle, qui vient de faire irruption dans le cadre nosologique, n'a-t-elle pas sa spécificité perfide dans un entozoaire ? Tous ces sporules, ces corpuscules, ces êtres innombrables, ces matières sans nom, connues ou non, qui grouillent dans l'atmosphère, au milieu desquelles nous vivons, ces vibrions, ces monades, ces kolpodes que nous absorbons avec le vin, avec la bière, avec nos aliments de toute sorte, ces microzoaires qui nous imbibent, ces bactéries, ces filaires, tous les éléments hétérogènes qui se développent ou pénètrent dans le sang, ne sont-ils pas, ne peuvent-ils pas devenir incessamment les germes d'inflammations, de maladies, d'altérations de nature spécifique ?

A ce point de vue la doctrine de Broussais ne pouvait plus gouverner la pathologie. C'est de l'école de Bretonneau que nous nous sommes inspiré jadis, M. Trousseau et moi, pour combattre l'hypothèse insoutenable aujourd'hui, des irritations, des inflammations, comme base de la médecine. Nous avons pu marcher côte à côte avec la médecine dite *exacte* de M. Bouillaud, avec l'organicisme de mon collègue et ami le professeur Rostan, pendant que d'autre part nous nous rattachions aux idées, encore mal élaborées du reste, de Laënnec, le plus pénétrant observateur de notre siècle, et de Bichat, le grand Bichat, sur la possibilité des altérations du sang.

Nous voilà bien près du champ des hypothèses, des doctrines, des théories médicales !

La chirurgie, me direz-vous, n'est point forcée d'arborer, sous ce rapport, une bannière tranchée. Cependant, aujourd'hui qu'elle ne se distingue plus de la médecine générale que par des lignes de convention, il lui est impossible, plus que jamais, de se soustraire absolument aux doctrines du temps. Que faut-il donc accepter ou rejeter en ce sens ? Pour moi, je n'éprouve aucun embarras à le dire. En fait, le solidisme et l'humorisme, nullement exclusifs l'un de l'autre, sont deux lumières qui s'entre-appuient ou qui s'entre-éclairent, qui ne peuvent pas servir de pivot à deux doctrines opposées. Il en est de même de l'humorisme moderne et de la chimiatrie. Si personne n'est en mesure de nier les actions chimiques ou physiques dans la constitution ou l'évolution des maladies, il est impossible aussi de révoquer en doute l'importance du solidisme et de l'humorisme proprement dit ; en sorte que la chimiatrie doit faire partie des doctrines médicales

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

M. Bouley, l'enfant terrible de l'Académie comme on l'a répété, M. Bouley qui a le cœur jeune, c'est-à-dire généreux, a demandé une mesure plus large; la lecture entière du rapport devant le public. M. Dubois (d'Amiens) n'a pas été heureux, à notre avis, l'orsqu'il a dit qu'il serait difficile de distinguer ce qui est scientifique de ce qui doit être réservé pour le comité secret.

Il n'y a de soumis au jugement de l'Académie que des livres d'hommes connus ou inconnus, que des mémoires, avec une épigraphe, et un numéro d'ordre, répétant l'épigraphe sur une enveloppe où se trouve enferméle nom des auteurs.

Que peut donc avoir à dire de secret le rapporteur d'une commission de prix ? Dans le premier cas, il est à croire qu'il n'est pas question des personnes; dans le second cas, à part des réflexions sur la richesse des épigraphes, nous ne savons trop ce que le rapport pourrait contenir qui ne serait pas scientifique.

M. Bouley a demandé que l'Académie juge au grand jour. Ce vœu ne manque pas de noblesse, puisse-t-il être réalisé. L'élite du corps médical de la France ne saurait hésiter, et il ne faut pas que l'Académie puisse être soupçonnée.

D[r] Armand Després.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

Du diagnostic de la coqueluche par les ulcérations de la langue et du traitement à suivre dans cette maladie (1).

Il est donc facile de comprendre : 1° comment l'ulcération ne peut exister en dehors de la présence des dents; 2° comment, par suite des conditions particulières que je viens de rapporter, il est un certain nombre d'enfants qui peuvent ne pas la présenter tout en ayant des quintes violentes et leurs dents; 3° enfin, comment elle se développe par *frottement*.

J'ai dit qu'elle pouvait revêtir à sa naissance deux formes : la forme *granuleuse* et la forme *vésiculeuse*. D'où vient cette différence? Je crois qu'elle réside dans l'époque de la coqueluche à laquelle elle se produit. En effet, la forme granuleuse nous a paru se rattacher plus particulièrement à la période *catarrhale* de l'affection et la forme vésiculeuse à la période d'état ou *convulsive*.

Ne se passa-t-il pas là ce que nous voyons chaque jour sur les mains ou sur les pieds de ceux qui, habitués à une vie peu fatigante, se mettent à ramer, à bêcher ou à faire de longues marches? Tantôt, et si le travail est modéré, lent et répété, il se forme un durillon, une hypergenèse d'éléments épithéliaux, un véritable épithélioma accidentel et passager. Tantôt, et si le travail est subitement violent et répété, un soulèvement de l'épiderme et au-dessous une accumulation de sérosité. Autour de la vésicule, les tissus rouges attestent la violence avec laquelle la lésion s'est opérée. Le durillon met plusieurs jours à se montrer; ce sont les mains calleuses des ouvriers. L'ampoule met un jour, quelquefois moins, à se produire; son développement est aigu comme la violence qui lui donne naissance.

Cette explication me paraît entièrement applicable au cas qui nous occupe.

Dans la période catarrhale de la coqueluche, tout le monde le sait, les quintes de toux n'existent souvent pas, ou elles sont mal dessinées; l'enfant tousse plus que dans un rhume ordinaire, assez pour produire une irritation continuelle du frein par son frottement réitéré sur l'arcade dentaire et amener l'épithélioma par hypergenèse, l'ulcération granuleuse dont nous avons parlé et qui a tant d'analogie avec le durillon. Dans la période convulsive, au contraire, la toux est quinteuse, violente; la langue frotte avec une vigueur très-grande sur les dents, et nous voyons se développer, et rapidement, une vésicule souvent transparente, quelquefois laiteuse.

C'est ainsi qu'il est facile de comprendre :

1° Comment la forme granuleuse est propre à la période catarrhale;

2° Comment la forme vésiculeuse est propre à la période convulsive.

Tel est, d'ailleurs, le bel exemple que j'ai rapporté dans la première observation. L'enfant arrive à la fin de la période catarrhale, il offre une ulcération granuleuse du frein; dans la salle, il entre dans la période convulsive avec des quintes si violentes qu'il vomit, se cyanose, se pâme et saigne du nez chaque fois: nous voyons se développer en deux jours une vésicule transparente au niveau de la première molaire gauche, sur la face inférieure de la langue.

On conçoit d'ailleurs qu'il n'y ait rien d'absolu, et cela concorde parfaitement avec les faits. La période catarrhale peut coïncider avec des quintes violentes et amener le début par la vésicule, et la période convulsive être assez bénigne pour ne pas amener la vésicule. C'est le cas de la deuxième observation où nous voyons l'enfant conserver ses granulations en chapelet du frein, sans passer par la vésicule ni l'ulcération vraie, bien qu'il soit en pleine période convulsive.

D'un autre côté, la toux peut devenir tellement intense que l'usure de la langue dépasse quelquefois les limites ordinaires, et, à ce sujet, je vous rappellerai encore ce fait d'ulcération si profonde que j'ai montré à l'Académie de médecine, et dans lequel on voyait au fond de l'ulcération le muscle lingual inférieur à nu, et à côté le nerf grand hypoglosse dénudé également dans une assez grande étendue pour qu'il soit reconnaissable à simple vue.

Est-il besoin de vous prémunir contre une erreur de diagnostic qui consisterait à prendre pour une ulcération de coqueluche une autre affection de la bouche? Après la description détaillée que je viens d'en faire, je ne crois guère une erreur possible. A coup sûr je n'irai pas passer en revue les affections ulcéreuses diverses de la langue ou du plancher buccal, ce serait illusoire.

Les aphthes seuls peuvent simuler l'ulcération de la coqueluche, mais qu'il vous suffise de savoir que les aphthes, à l'état de vésicule ou d'ulcération, sont multiples, disséminés sur les joues, les lèvres, et jamais sur le frein, au moins d'une façon isolée, et puis dans l'incertitude il fera bon de se reporter aux autres phénomènes présentés par l'enfant, tels que toux plus ou moins convulsive, teinte animée du visage, etc., phénomènes qui achèveraient de lever tous les doutes.

Que dire après cela des opinions diverses qui ont régné sur la nature de cette ulcération, car après la découverte du fait est venue, comme toujours, l'interprétation!

Tout d'abord, les auteurs qui plaçaient la coqueluche à côté des fièvres éruptives crurent avoir trouvé le complément de leur analogie. C'était comme la rougeole, comme la variole, *une fièvre éruptive*, mais *à forme spéciale*, et en effet l'éruption était bien peu étendue.

D'autres en firent une éruption *critique* et ne craignirent pas de la comparer aux lysses de la rage, *lysses* qui sont encore pour moi chose inconnue, et que la généralité des médecins repoussent.

Inutile d'aller si loin. N'est-il pas clair aujourd'hui pour tout le monde, après les nombreuses particularités que je viens de citer, et que j'ai discutées, que cette ulcération résulte simplement de l'usure mécanique de la langue sur l'arcade dentaire?

Il n'est pas jusqu'à la médecine légale qui ne puisse, au besoin, tirer quelque parti de la présence de cette lésion. Celà arrive pour les épileptiques, il peut en être de même pour un enfant atteint de coqueluche, et, devenu l'objet de recherches judiciaires, le signe dont nous parlons pourrait être d'une grande utilité dans la recherche de l'identité.

Mais la coqueluche guérit et l'ulcération, après la cessation du mécanisme qui l'avait produite et qui l'entretenait, se cicatrise; au bout de quelques jours on n'observe plus qu'une petite plaque blanchâtre, puis, et sans qu'il faille attendre longtemps, toute trace disparaît à peu près complétement.

En résumé, vous voyez que le signe que je viens d'étudier a une importance réelle à tous les points de vue. Son existence, il est vrai, n'est pas constante, mais quand on le rencontre il est pathognomonique, et je ne crains pas de formuler hautement cette proposition :

Un enfant qui tousse et qui a une ulcération du frein de la langue ou des parties voisines a certainement la coqueluche.

La coqueluche reconnue avec certitude, il sera possible d'appliquer, sans attendre plus longtemps, un traitement qui, pour ne pas juguler la maladie, pourra dans beaucoup de circonstances en abréger singulièrement la durée et en adoucir le cours.

Deux éléments constituent la coqueluche, on ne saurait trop le redire; l'élément *catarrhal* et l'élément *nerveux*; d'où résultent deux indications fondamentales, les *vomitifs* et les *calmants*.

On peut hésiter parmi les vomitifs entre l'ipécacuanha et le tartre stibié. L'ipécacuanha est moins dangereux et par conséquent préférable. On le donne pour un enfant de deux ans, par exemple, d'après cette formule :

Sirop d'ipéca . . . . . . 30 grammes.
Poudre d'ipéca. . . . . 0,20 à 0,30 centigr.

et trois fois par semaine on répète l'administration de ce médicament.

Donne-t-on la préférence à l'émétique, qui est excellent toutes les fois qu'on sait le manier avec assurance, on prend :

Émétique. . . . . . . 0,025 milligr. à 0,05 centigr.

dans 40 ou 50 grammes d'eau, pas davantage, sans quoi on ne fait plus vomir, et une partie du médicament, sinon tout, agit sur l'intestin et purge. C'est alors l'émétique en lavage; mais on affaiblit l'enfant au lieu de lui être utile, au lieu de favoriser l'expulsion des mucosités glaireuses qui encombrent les bronches, et de diminuer ainsi le nombre et la violence des quintes, dont le but et l'effet sont de rejeter ces mucosités.

Comme sédatifs, on donne l'oxyde de zinc, mais on s'adresse surtout, et avec raison, aux solanées vireuses, telles que la belladone, chaque jour, en sirop à la dose de 15 à 30 grammes, ou en poudre dans des confitures, à la dose de 0,10 à 0,30 centigrammes. A son défaut, l'opium, de 0,025 à 0,050 milligrammes, produirait également des effets très-favorables.

Il arrive que rien ne réussit, et souvent alors le changement de milieu, l'air vif de la campagne et des champs guérit rapidement des coqueluches qu'aucun médicament n'avait pu même soulager.

Que penser d'un certain traitement dont on aurait tiré tout récemment des effets inattendus, et dont la presse politique a enregistré les merveilleux résultats? Je veux parler de la *respiration des vapeurs provenant de l'épuration du gaz d'éclairage.*

Ce traitement n'a rien de médical dans son origine. C'est un succès de l'empirisme. — Un nouvelliste a un jour annoncé qu'on guérissait la coqueluche dans les usines à gaz et il a fait imprimer le fait dans les journaux politiques. — Dès le lendemain, tous ceux dont les enfants étaient atteints de coqueluche, pris d'une noble émulation, ont conduit leurs enfants dans ces usines qui entourent Paris, et, encore à présent, sans avis de médecin, on va respirer l'atmosphère des usines comme on va au bain, uniquement par suite de l'inspiration du moment. Il est impossible que vous ne cherchiez pas à savoir ce qu'il y a de vrai ou de faux, de bon ou de mauvais, dans une médication devenue si rapidement populaire et au sujet de laquelle vous pourrez

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

---

comme l'humorisme et le solidisme; ce sont trois assises du savoir humain qui concourent à augmenter la somme de nos connaissances, et voilà tout!

Reste le rationalisme, le positivisme, le vitalisme. Si la physiologie *était faite*, ou même assez avancée pour que la pathologie n'en fût qu'une des branches; si tout était démontré dans le mécanisme et la nature intime des fonctions; si nous connaissions la source, les causes, la nature de toutes les maladies; si l'action intime d'une foule de médicaments, ou des modificateurs de l'organisme, était évidente aux yeux de tous, peut-être pourrait-on accepter pour guide, dans la pratique médicale, la méthode dite *rationnelle*.

Mais... d'ici là... qu'on nous permette aussi l'empirisme, et d'invoquer tour à tour ou ensemble le solidisme, l'humorisme, l'histologie, la chimie, l'observation et l'expérience, de rester hypocratiste, en un mot.

Je ne dis rien de l'éclectisme, qui n'est point une hypothèse. Dire, en effet, qu'on doit prendre dans chaque camp doctrinal ce qu'il y a de bon, de vrai, ressemble à une des maximes du fameux la Palisse, et ne vaut pas la peine d'être discuté.

Quant au vitalisme, question délicate, brûlante même, la chirurgie pourrait à la rigueur ne point l'aborder, si les esprits d'aujourdhui ne cherchaient à la mettre en regard du positivisme. Peut-être cependant y a-t-il à ce sujet plutôt désaccord dans les mots que dans les choses. Si le positivisme consiste à n'admettre comme *démontré* que ce qui peut être constaté par les sens, tous les chirurgiens sont positivistes; mais s'il faut par contre rejeter tout ce qui arrive ou se passe sous nos yeux, par cela seul qu'on ne peut pas en prouver mathématiquement la réalité, je cesse pour ma part d'être positiviste. Le positivisme est pour moi un guide, un soutien, une méthode dont je me sers tant qu'il rencontre matière à démonstration; mais là où il ne veut plus me prêter secours, si sa lumière s'éteint, je l'abandonne et n'en continue pas moins de marcher, en tâtonnant, il est vrai, au hasard souvent, aidé des lueurs que j'aperçois de droite et de gauche, avec l'espoir que le progrès des sciences lui permettra de me rejoindre dans l'avenir, de m'aider de nouveau à restreindre de plus en plus le champ des conjectures!

Maintenant si le vitalisme consiste à supposer dans l'organisme, comme gouvernail des maladies, d'autres forces que celles qui ont suffi jusqu'à présent à la physique ou à la chimie, d'autres lois que celles qui régissent la matière, je n'ai aucune raison de le nier, je l'admets volontiers, quoiqu'au fond je n'en sache rien. Si le vitalisme entend de plus que les dérangements morbides doivent être soumis à une force, à des lois absolument indépendantes, à un principe séparable de l'organisme, à une sorte d'âme immatérielle, planant en dessus de l'observation, je n'admets plus qu'une telle question soit du ressort de la médecine, qu'elle puisse me servir d'appui. En fait de causes générales étrangères à la matière, j'avoue humblement mon ignorance. Si loin que l'esprit puisse aller dans l'espace, il arrive toujours à cette question désespérante: *Et après ?...* Que mon intelligence s'élève vers les cieux ou les régions éthérées, qu'elle descende sous l'horizon, qu'elle compte les astres du firmament, qu'elle essaye de comprendre l'origine du monde, qu'elle se demande même s'il y a eu un commencement, s'il y aura une fin de toutes choses, elle tombe dans le vide ou se heurte à une barrière infranchissable qui l'avertit qu'on ne comprend rien à rien! Il y a là un abîme, un chaos dont l'imagination ne peut point sortir, qui oblige la pensée à rentrer bien vite, à l'ombre d'une légende quelconque et l'oreille basse, dans le champ clos de l'étude, de l'observation des objets terrestres, dans le cercle des sciences physiques et naturelles!

Ces questions de doctrines sont en définitive très-secondaires au lit du malade.

A l'hôpital, M. Chauffard, avec son vitalisme philosophiquement raisonné et rajeuni, ou celui de M. Pidoux, ou celui de M. Salles-Girons, comme celui de toute l'école de Montpellier, se comporte-t-il autrement que M. Rostan ou M. Bouillaud? De telles vues de l'esprit ne peuvent, au demeurant, exercer qu'une influence légère sur la publication que vous entreprenez.

Il en est de même du caractère historique.

La chirurgie a cela de bon que, marchant pas à pas, elle permet de rendre justice par l'histoire à tous les travailleurs qui l'ont enrichie ou honorée, d'exciter l'émulation de ceux qui la cultivent et cherchent à la perfectionner; mais ce critérium, encore possible de nos jours, le sera-t-il dans quelques siècles?

Après un coup d'œil sur les publications contemporaines, sur les traités de Roche et de Sanson, où se reflète brillamment l'hypothèse broussaisienne, sur le grand ouvrage de Bourgery, sur le *Dictionnaire* en 20 volumes, tableau des doctrines mêlées du temps, sur le *Dictionnaire* en 30 volumes avec ses tendances rénovatrices doctrinales, à côté du *Dictionnaire* en 15 volumes, image des doctrines de l'irritation modifiées; sur le *Compendium* de Delaberge, Bérard, Denonvilliers, Gosselin, etc., nous arrivons au traité de Vidal (de Cassis), fortement teinté déjà de toutes les couleurs sus-indiquées; puis à l'excellent ouvrage de M. Follin, un peu trop germanique peut-être, mais qui promet de peindre exactement l'état moderne et actuel de la science. Le traité de M. Nélaton, plus personnel, eût amoindri la valeur du précédent, si l'auteur n'avait été bientôt forcé, par ses devoirs professionnels, d'en confier la rédaction à une main étrangère, habile assurément et savante, mais n'ayant pas l'autorité, le cachet que lui eût maintenu mon célèbre collègue.

avoir à donner votre avis. Permettez-moi donc de vous en dire quelques mots.

Depuis l'invention de cette nouvelle méthode de traitement de la coqueluche, beaucoup d'enfants ont eu à la subir, et si l'on examine ce qui s'est passé sur eux, on voit clairement trois sortes de résultats. Beaucoup d'enfants ont été améliorés; les autres n'en ont tiré aucune espèce de soulagement, d'autres enfin ont eu à en souffrir, ils en sont revenus avec des pneumonies véritables.

Je ne veux pas, certes, faire ici le procès à ce nouvel agent thérapeutique, parce que je n'ai pas étudié son action d'assez près pour me prononcer d'une façon définitive à son égard, mais j'en ai assez vu pour en connaître le mode d'action et les inconvénients. Cherchons donc dans sa composition même ce qu'il renferme pour arriver à comprendre ce qu'il y a de réel et d'explicable dans ses effets.

J'ai interrogé plusieurs chimistes à ce sujet, et il résulte de leurs réponses que ce gaz est un composé assez complexe dans lequel entrent comme éléments principaux, de l'*hydrogène carboné*, de l'*hydrogène sulfuré* et de l'*ammoniaque*, gaz essentiellement irritants, qui ont certainement pour effets d'irriter violemment les bronches, et peut-être d'engendrer les pneumonies dont j'ai parlé. En effet, que se passe-t-il chez un enfant atteint de coqueluche et qu'on mène respirer les vapeurs qui existent dans la salle d'épuration du gaz d'éclairage?

Il y reste deux heures et il faut qu'il y vienne tous les jours pendant huit à douze jours. A peine s'y trouve-t-il que l'action irritante des gaz sur les bronches se fait sentir, et qu'il y tousse avec force, quelquefois d'une manière continue accompagnée de vomissements mécaniquement provoqués par la toux, ce qui débarrasse la poitrine. Cette action irritante est telle, au dire des mères qui viennent à la consultation de l'hôpital après avoir abandonné le traitement qu'elles avaient infructueusement essayé, qu'elles-mêmes ne pouvaient rester dans cette atmosphère sans y éprouver du picotement des yeux et sans tousser par suite de constriction à la gorge.

Si cela est vrai, et nous ne pouvons en juger que par les renseignements qui nous ont été fournis par les parents des enfants, il est certain que les vapeurs provenant de l'épuration du gaz d'éclairage sont irritantes, et qu'en agissant de cette façon sur les bronches elles occasionnent mécaniquement de la toux, des vomissements et une expectoration qui soulage momentanément les malades. C'est ce qu'on produit autrement en portant tous les jours, comme Ducros (de Marseille), un pinceau légèrement chargé d'ammoniaque liquide au fond du gosier. Le gaz, sorti de l'épuration du gaz d'éclairage, est donc irritant et vomitif, c'est un émétique par inhalation, et, à ce titre, comme les vomitifs ordinaires, il débarrasse la poitrine, il peut soulager et enfin il peut guérir la coqueluche. Ces vapeurs qui renferment de l'hydrogène carboné ont-elles une action sédative, anesthésique? Cela est possible, mais il n'y a rien de démontré, et, quant à présent, leur action est plutôt mécanique que sédative. Tel est dans mon esprit le mode d'action de la thérapeutique si populaire dont je vous parle en ce moment.

Voyons maintenant quels sont ses dangers.

J'ai vu un grand nombre d'enfants venus à la consultation de l'hôpital, dont les parents nous disaient avoir renoncé à continuer les inhalations de la vapeur d'épuration du gaz en raison de l'aggravation de la coqueluche. J'en ai vu qui étaient affectés de pneumonie; trois fois, en ville, j'ai été appelé en consultation par des confrères pour des pneumonies développées dans le cours de la coqueluche traitée aux usines à gaz. Le docteur Desfossés (de Saint-Cloud), à qui je faisais part de mes observations, me racontait des cas semblables, de sorte qu'il y a lieu de faire des réserves sur les résultats du traitement dont je vous parle.

Au reste, voici les résultats auxquels sont arrivés deux de nos plus distingués confrères de la ville à ce sujet.

La premier, M. le docteur Comminges, a traité, en trois ou quatre mois, 142 enfants, sur lesquels il y a eu 54 guérisons, 24 améliorations, 10 insuccès et 54 cas où les enfants ont disparu après une séance d'inhalation sans qu'on ait eu de leurs nouvelles et sans qu'on sache pourquoi ils ont interrompu le traitement commencé.

Dans une communication postérieure due à M. le docteur Berthols, il y a eu, en six mois, 901 enfants atteints de coqueluche traités par les vapeurs de la salle d'épuration du gaz d'éclairage. De ces 901 enfants, 219 ont été guéris, 122 ont été améliorés, et 460 dont on ne parle pas, et qui, pour une raison inconnue, ont interrompu le traitement.

Dans cette importante question thérapeutique, s'il importe de connaître le nombre des guérisons, il importe encore plus de savoir quels ont été les effets de la médication chez les enfants qui ont abandonné le traitement. Ce n'est pas assez de dire : sur tant d'enfants atteints de coqueluche et traités par les vapeurs de la salle d'épuration du gaz d'éclairage, il y en a eu tant de guéris, tant de soulagés et tant d'autres qui ont été perdus de vue et dont l'histoire est restée incomplète. — Non, ce n'est pas assez. — Ce sont précisément ces enfants perdus de vue, le tiers ou la moitié seulement de ceux qui ont été mis en traitement, dont il importe de connaître le sort; car si ces enfants ont été obligés d'interrompre le traitement à cause de l'insuccès et de l'aggravation du mal, comme l'a dit mon savant collègue et ami Oulmont, ou peut-être à cause des pneumonies intercurrentes, alors l'avantage à obtenir, ne valant pas les mauvaises chances du traitement, ce serait une médication à ne pas encourager.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 juin 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des documents sur le choléra asiatique, adressés de Calcutta à l'Académie par M. le docteur Balguer (Commission des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Haute-Savoie), par M. le docteur Vidal, et d'Enghien (Seine-et-Oise), par M. le docteur Depuisay (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Une note de M. le docteur Revillout père, sur neuf cas de transmission de la syphilis par la vaccine (Commission de vaccine);

2° Une lettre de M. le docteur Berger sur l'aphasie;

3° Un mémoire de M. le docteur Neucourt (de Verdun), concernant la pleurocèle (épanchement séreux des plèvres) (Commissaires : MM. Blache, Barth et Roger);

4° Un travail, sous forme de proposition, sur la rougeole et le croup, par M. le docteur Vernhes (de Béziers);

5° Un travail sur la vaccine, le cowpox et la variole, par M. le docteur Reverchon (de Nogent);

6° Une lettre de M. le docteur Belhomme accompagnant l'envoi d'un mémoire sur la localisation des fonctions cérébrales et de l'aphémie;

7° Une lettre de M. Chauveau, membre correspondant, accompagnant l'envoi d'un exemplaire d'un travail concernant les rapports entre la variole et la vaccine présenté à la Société médicale de Lyon.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL présente le deuxième et dernier fascicule du tome II du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié par MM. Victor Masson et Asselin, sous la direction de MM. Raige-Delorme et Dechambre. M. Béclard signale d'une manière spéciale les articles suivants: *Afrique*, par M. Laveran; *Albinisme*, par M. Trélat; *Albuminurie*, par M. Gubler; *Alcoolisme*, par M. Lancereaux; et, pour la partie médico-légale, par M. Tourdes: *Alcool*, chimie, par M. Wurtz, pharmacie, par Réveil.

M. LARREY offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Blot, médecin militaire, un ouvrage sur le traitement des hydatides.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Gimelle père, membre de l'Académie de médecine.

M. BERGERON, au nom de la Commission des épidémies, lit un rapport sur la peste de Saint-Pétersbourg.

On connaissait, dit le rapporteur, à Saint-Pétersbourg, le typhus et la fièvre typhoïde, il s'est présenté cette année de nombreux cas d'une maladie insolite qui a été appelée fièvre récurrente.

Cette maladie, d'après les excellentes descriptions de M. Heyfelder et d'après d'autres documents, est une affection qui est caractérisée par des accès fébriles ayant plusieurs jours de durée et se reproduisant après une convalescence momentanée. Elle débute par des frissons violents et des périodes de chaleur pendant lesquels la température du corps est quelquefois élevée jusqu'à 40 degrés; les malades ont des douleurs abdominales et des douleurs dans les membres.

Les lésions qu'on trouve à l'autopsie sont des congestions viscérales, quelquefois des abcès de la rate et des péritonites.

La fièvre récurrente n'existe pas qu'à Saint-Pétersbourg, on la connaît en Irlande. Elle semble frapper surtout les populations qui sont dans la misère et souffrent le froid et la famine, et qui cherchent des consolations dans l'ivresse; aussi a-t-on appelé cette maladie fièvre récurrente à rechute, fièvre de famine.

En terminant, le rapporteur dit que la fièvre récurrente n'est pas une maladie extrêmement grave, et que l'on guérit un bon nombre des individus qui en sont atteints; il est peu probable que, comme le choléra, cette affection voyage et prenne le chemin de la France.

M. GOSSELIN, au nom d'une Commission composée de MM. Malgaigne, Joly et Gosselin, lit un rapport sur une note envoyée par M. Blin (de Saint-Quentin) ayant trait à une série d'érysipèle gagné par contagion.

Suivant le rapporteur, il n'est pas démontré que l'érysipèle est inoculable, mais il ne reste pas moins probable que l'érysipèle peut être communiqué par l'exhalation de miasmes volatiles spéciaux, ce qui constitue une contagion.

M. Gosselin passe en revue les livres modernes, et il fait remarquer que, contrairement aux auteurs anciens, Boyer, Rayer et autres, les modernes penchent à admettre la contagion de l'érysipèle, défendue pour la première fois au commencement de ce siècle par les auteurs anglais.

Il dit que MM. Grisolle, Trousseau, Follin, et plusieurs jeunes gens distingués, MM. Fenestre, Martin, ont défendu la contagion. M. Velpeau lui-même a dit que ce mode de développement de l'érysipèle n'est pas impossible, et qu'il y avait peut-être des miasmes putrides qui s'introduisaient dans les plaies.

Il cite les faits énumérés par M. Blin, douze cas d'érysipèle auraient eu successivement pour origine l'érysipèle d'un malade revenant de Paris où il avait été en relation avec un élève des hôpitaux atteint de cette maladie.

Que les miasmes des hôpitaux, dit le rapporteur, aient pu produire des érysipèles dans les salles, cela pourrait être attribué à une influence épidémique; mais qu'il se développe ainsi des érysipèles successivement, et dans les campagnes, il est impossible de nier qu'il y ait eu contagion. Seulement, on pourrait peut-être objecter que les observations de M. Blin ne sont pas détaillées, et la discussion restera peut-être possible sur la question du mode de transmission de l'érysipèle.

M. Gosselin rappelle plusieurs faits de sa pratique. Un prêtre a contracté un érysipèle en confessant un blessé atteint de cette maladie, il portait un bouton au front, et c'est autour de ce point que l'érysipèle est survenu. Le père de cet abbé, qui était venu le voir, a eu un érysipèle autour d'un anthrax qu'il avait au cou. Une femme qui avait soigné son enfant atteint d'un érysipèle du ventre, a gagné un érysipèle autour d'une écorchure qu'elle s'était faite à la jambe.

Il cite ensuite les faits signalés par M. Trousseau, par M. Graves, et par MM. Fenestre, E. Labbé et plusieurs autres médecins.

Je sais bien, dit M. Gosselin, qu'on objectera les conditions identiques dans lesquelles peuvent se trouver les malades, mais ce serait trop attribuer au hasard et à des coïncidences.

Mais il faut admettre, tout en concédant que l'érysipèle est contagieux, que des conditions individuelles sont nécessaires pour que la contagion s'exerce.

Comme conséquence pratique, le rapporteur conclut que l'érysipèle est très-probablement contagieux dans certaines conditions, et non toujours, puisque la science possède des faits négatifs. Il ajoute que, en pratique, il vaut mieux se comporter comme si l'érysipèle était contagieux. Il faut alors renouveler sans cesse l'air des salles; ne pas admettre dans les salles où l'on fait des opérations les individus venant du dehors avec un érysipèle, engager les individus qui soignent

---

Ces publications laissent poindre un désir d'érudition manifeste : la traduction de Sprengel, puis de S. Cooper, avaient donné l'élan. Toutefois, que d'écueils! Ne citer personne, raconter purement et simplement, en abrégé, comme on le faisait partout jusqu'en 1825, était facile; permettait de rédiger un traité de chirurgie au courant de la plume et sans désemparer. Mais aussi, quelle a été la valeur de pareils livres, quels services ont-ils rendu, si ce n'est comme rudiments, comme simples manuels destinés aux commençants?

Roux, dans ses éléments inachevés de médecine opératoire, crut sortir un moment de tels errements, mais sans faire de bibliographie, sans indiquer les sources où il puisait.

Désireux par instinct de connaître ce qui avait été dit ou fait par les autres sur chaque sujet traité par moi, je voulus changer les habitudes sur ce point. Partout, dans mon *Anatomie*, dans mon *Traité d'accouchements*, dans ma *Médecine opératoire*, comme dans mes autres écrits, et mon enseignement, je m'efforçai de rappeler les efforts de chacun en indiquant aussi exactement que possible les sources où je puisais. Mais que de travail, que de difficultés, que de temps exige une pareille tâche, que d'erreurs on est exposé à commettre!

Puis, loin de s'entre-aider, de s'entre-applaudir, les hommes qui aiment la même voie et qui la suivent, soit ensemble, soit l'un après l'autre, les bibliophiles sont plus disposés que qui que ce soit à s'entre-combattre, à s'entre-déchirer, à s'entre-repousser. L'observation philosophique du monde prouve du reste que c'est là, en définitive, un fait psychologique assez général, qui ressort de la même disposition d'esprit ou de l'intelligence que la rivalité dans les professions de même ordre. Aussi, moi, qui croyais avoir donné un bon exemple, alors que personne ne citait qui que ce soit dans ses écrits, me trouvais-je bientôt en butte aux attaques, aux antipathies manifestes de Dézeimeris, en particulier, esprit hargneux du reste, mais instruit et le plus versé de son temps dans les études historiques et d'érudition médicale.

D'autre part, l'historique dans les sciences deviendra bientôt tellement difficile qu'il y a lieu d'en être effrayé pour nos successeurs. Avec l'ardeur fiévreuse qui s'est emparée de toutes les têtes et qui menace de se répandre de plus en plus, n'y a-t-il pas lieu de se demander ce que deviendra un jour l'histologie? Avec l'extrême divisibilité des molécules organiques, la multitude inouïe de cellules, vésicules, globules, noyaux, etc., que découvre ou permet de découvrir chaque jour le microscope, avec le progrès dans cette étude des infiniments petits ne risque-t-on pas de tomber dans une sorte de confusion générale? Que deviendront nos neveux dans un siècle ou deux, en face des travaux de ce genre accumulés jusque-là? Ce n'est pas, en effet, en France seulement, à Paris, où tant de publications surgissent à toute minute, c'est aussi à Montpellier, à Strasbourg, à Lyon, à Nantes et partout. En Allemagne, traités généraux, monographies, journaux de toutes sortes, publications de toute nature, n'encombrent-ils pas les Universités d'Autriche, de Prusse, etc.? En Angleterre, n'en est-il pas de même? et les Amériques, du Nord, du Centre, du Sud, ne produisent-elles pas de leur côté et incessamment de nombreux ouvrages relatifs aux sciences médicales? La Belgique, la Hollande, l'Espagne, le Portugal, semblent sous ce rapport sortir d'un antique sommeil pour donner la main à l'Italie, qui va se raviver aussi et redevenir bientôt à son tour un foyer d'étincelante lumière. Il n'est pas, on le voit aujourd'hui, jusqu'à l'Égypte ou la Turquie, jusqu'à l'Inde, et bientôt peut-être le Japon et la Chine, qui ne tendent à s'ébranler, à entrer dans le mouvement européen. Qu'on se figure l'intelligence même la plus vaste en face de tant de richesses si péniblement amoncelées en l'an 2000 seulement! Qui donc pourra dégager alors les quelques grains de blé de l'ivraie du sein de tant de produits de l'esprit humain? Comment ne pas se perdre dans ce dédale? Qui pourra distinguer les vérités acquises, utiles, persistantes, et les mettre en lumière à travers une si imposante masse de travaux éparpillés à toute la surface du globe, soit dans les myriades de journaux ou de brochures, soit dans les innombrables dictionnaires, encyclopédies ou revues, soit simplement dans les ouvrages didactiques ou historiques antérieurs?

N'est-il pas à craindre que les savants de cette époque ne finissent par maudire notre fécondité, par se plaindre d'une confusion des langues, d'une Babel scientifique, par désirer qu'un cataclysme vienne balayer nos œuvres et faire table rase devant eux?

Heureusement que le plan de votre ouvrage ne comporte pas, n'exige pas du moins, ainsi que je l'ai dit plus haut, de grands frais d'histoire, ni d'érudition, quoiqu'il ne me paraisse pas devoir repousser absolument ces deux qualités d'un bon livre. Ce qui vous importe davantage, à mon sens, c'est le diagnostic.

VELPEAU.

Schlangenbad au point de vue médical, par le docteur F. BAUMANN, médecin, traduit de l'allemand par J.-P. MAGNIN. In-8° de IX-134 pages. Prix : 2 fr. 50. A Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

L'Animisme ou la matière et l'esprit conciliés par l'identité du principe et la diversité des fonctions dans les phénomènes organiques et psychiques, par M. J. TISSOT, doyen de la Faculté des lettres de Dijon, professeur de philosophie. Un vol. in-8° de XVI-504 pages. Prix : 7 fr. 50. Paris, 1865. Chez Victor Masson et fils, libraire-éditeur.

des individus atteints d'érysipèle à changer d'air, et à ne pas rester toujours dans la chambre du malade.

Pour ce qui est du travail de M. Blin, M. Gosselin propose de lui adresser des remerciments et de renvoyer son travail aux archives.

M. GIBERT croit que né dans des conditions spéciales l'érysipèle peut être contagieux. Il cite son propre exemple, il a eu une angine, puis un érysipèle. Sa femme qui l'avait veillé a eu un érysipèle ; son fils a eu une angine et un tout petit érysipèle derrière la tête.

M. GUÉRIN dit qu'il y a là une question de mots. Il n'y a pas de contagion de l'érysipèle. Il y a des érysipèles qui sont contagieux : ceux qui sont le résultat d'une maladie générale, contagieuse et épidémique.

M. VELPEAU. La question de l'érysipèle est une question grave qui touche à la médecine et à la chirurgie. Elle devrait être mise à l'ordre du jour.

Pour ma part, dit-il, je n'ai rien vu qui me fasse positivement croire à la contagion de l'érysipèle. J'ai des doutes. Je suis un peu comme M. Gosselin. Mais voici des faits : une de mes opérées dans le quartier de l'Étoile, et une dans le quartier du Panthéon ont eu un érysipèle. J'ai vu dans mes salles quatre érysipèles survenir à la fois. Il est vrai que d'autres érysipèles sont ensuite apparus dans les salles. Puis, je n'oublie pas que nous faisons pour ainsi dire l'érysipèle sous les emplâtres ; on voit des traînées érysipélateuses qui ont la forme de l'emplâtre.

M. Gosselin parle d'une prédisposition à la contagion, mais cette prédisposition nous la connaissons, et nous la voyons favoriser une foule de maladies : c'est une plaie, une écorchure, un pansement mauvais, l'air extérieur, la température, etc. Néanmoins, la question mérite d'être discutée.

M. LAUGIER fait remarquer que l'Académie a proposé un prix sur ce sujet, et demande si la discussion est opportune.

M. LARREY propose de renvoyer la discussion au moment où sera lu le rapport sur les travaux soumis à l'Académie, et à cette occasion il fait la proposition suivante :

Demander au Conseil de l'Académie que désormais la partie scientifique des rapports soit lue en séance publique.

M. DUBOIS (d'Amiens). Il y aurait une distinction très-difficile.

M. BOULEY. Alors je demanderai que tout soit lu, ce sera une excitation pour les rapporteurs, qui feront des travaux d'autant meilleurs qu'ils auront une plus grande responsabilité. Ce sera bien encore à un autre point de vue, les juges seront jugés.

M. DUBOIS. Oh! nous ne voulons pas être jugés.

M. BOULEY. Les plus puissants tiennent compte de l'opinion publique.

M. DUBOIS. Vous cherchez de la popularité.

M. BOULEY. M. le secrétaire perpétuel, ne me faites donc pas... je ne dirai pas sortir, mais rentrer dans mon caractère.

M. GOSSELIN ne croit pas que l'on puisse discuter. Nous n'avons pas, dit-il, les matériaux pour cela ; si quelqu'un a des faits à apporter, la discussion pourra s'engager ; sinon, je crois que nous pouvons ajourner.

M. LARREY insiste sur sa proposition.

M. BOUCHARDAT. La question sera soumise au Conseil.

LECTURES.

M. le docteur **RÉVILLOUT** lit un travail sur le traitement des angines diphthéritiques. Nous publierons prochainement ce travail. (Commissaires : MM. Blache et Roger.)

— **M. GOUYON** lit une note sur le traitement des vastes plaies par le silicate d'alumine et de magnésie, talc de Venise, dans lequel il constate les propriétés calmantes, hémostatiques et désinfectantes, outre qu'il y voit une action parasiticide destinée à détruire les spores qui peuvent se déposer sur une plaie et l'irriter.

PRÉSENTATION.

M. JOBERT présente :

1° Un épi de seigle qu'il a retiré de la portion membraneuse d'un urèthre. Il s'est servi d'une tige spéciale inventée par lui. Il s'agit d'une tige dont une extrémité plate sert à la manœuvrer et d'une extrémité arrondie où se trouvent deux cannelures opposées. La tige, passant au delà d'un corps arrêté dans l'urèthre, arcboute contre une de ses extrémités, et celui-ci est facilement ramené.

2° Une tumeur fibreuse du maxillaire enlevée récemment. M. Jobert ajoute qu'il a laissé le périoste de la portion d'os enlevée, et qu'il n'y a eu que du tissu fibreux reproduit. Notre confrère pense donc que la reproduction des os par le périoste est un rêve.

Le malade a eu un appareil que lui a fabriqué M. Préterre ; il mange aujourd'hui très-bien et est parti guéri.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 21 avril 1865. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend le *Compte-rendu des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée*, par M. Siry, secrétaire général.

— **M. BOYS DE LOURY**, à l'occasion de l'observation présentée dans la dernière séance par M. Guibout, rapporte un fait dont il a été témoin sur une jeune mariée présentant des phénomènes identiques à ceux dont a parlé M. Guibout.

M. VOISIN a observé une femme hystérique depuis plusieurs années éprouvant le sentiment de la boule hystérique, et ayant le cri caractéristique. Il lui arrivait parfois, en l'absence d'accidents hystériques, de saisir un homme ou un objet quelconque, le serrant et l'embrassant ; elle avait alors les yeux hagards ; après quelques minutes, elle revenait à son état ordinaire sans paraître avoir eu conscience de ses actes.

M. GUIBOUT. Chez ma malade, toutes les manifestations se sont passées sous l'influence hystérique ; j'ai voulu voir l'effet que produirait la musique ; il a été tellement violent que j'ai fait de suite taire les musiciens ; c'est sous cette influence qu'elle s'est mise à danser d'une manière frénétique. Cette femme n'a jamais eu d'attaques d'hystérie.

J'ai en ce moment à Saint-Louis une femme, d'un tempérament lymphatique, taciturne et peu communicative, qui a eu dernièrement une attaque de catalepsie dans laquelle la vie semblait si bien éteinte qu'on se préparait à l'ensevelir. Cependant, l'accès étant passé, il est resté aux extrémités supérieures et inférieures, aux limites des doigts, une ligne de démarcation tranchée ; ces extrémités sont restées froides, décolorées, insensibles. J'ai essayé de plusieurs moyens ; sous l'influence de l'hydrothérapie, la circulation est revenue ; ce phénomène ne se rapportait certainement pas au système artériel. Cette femme, sujette à des accès de catalepsie, dit que chaque fois que les crises se renouvellent le même phénomène se manifeste.

M. VOISIN. Le fait dont M. Guibout vient de nous faire la relation est très-intéressant ; je demande s'il ne serait pas possible de l'expliquer au moyen des connaissances physiologiques que l'on a acquises aujourd'hui sur le rôle des nerfs cérébro-spinaux, et de ceux émanant du grand sympathique dans le système vasculaire. Ne pourrait-il pas arriver qu'un excès d'excitabilité des nerfs cérébro-spinaux produisît une constriction des tuyaux capillaires, dont le résultat final serait d'empêcher l'arrivée du sang aux extrémités des vaisseaux, et par suite, d'amener un état d'anémie cutanée analogue à celle observée par M. Guibout.

M. SALES GIRONS. De pareils phénomènes ne sont pas rares ; je rencontre souvent à Pierrefonds des femmes qui ont un ou plusieurs doigts refroidis, pâles, à circulation insensible, à sensation obtuse, non-seulement aux piqûres, mais aux différences de température. Un de nos collègues marche pendant tout l'hiver avec les pieds exsangues, la sensibilité y reste fort obtuse, et ces phénomènes cèdent au printemps.

M. FORGET lit un rapport sur le travail de M. le docteur Labbé, des tumeurs adénoïdes ulcérées du sein, dont la Société vote l'impression.

M. RICHARD. Je ne veux pas entamer de discussion histologique, je dirai seulement que parmi les planches du travail de M. Velpeau, il y en a une qui se rapporte à une femme que j'ai opérée il y a quinze ans. Je lui ai enlevé une énorme tumeur, que je nomme kystique. Elle vit encore âgée de plus de quatre-vingts ans. J'en ai vu un grand nombre d'autres. J'ai fait plusieurs opérations sur des tumeurs kystiques, et toujours avec succès. On en trouve dans le sein et au voisinage du sein. Une femme avait été opérée plusieurs années avant moi par M. Velpeau ; je l'ai opérée depuis avec le même succès. Une dame étrangère n'avait pas été opérée à cause de l'horrible aspect de la tumeur qu'elle portait ; elle vit actuellement, portant depuis plusieurs années ces tumeurs qui n'ont pas envahi l'aisselle.

M. RICHELOT lit un rapport moral sur M. le docteur Labbé, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. A la suite de ce rapport, M. Labbé est nommé membre résidant de la Société de médecine de Paris.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 17 juin, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Vansteenkiste, médecin-major de 1re classe ; Morren, doyen de la Faculté des sciences de Marseille, et Jourdan, doyen de la Faculté des sciences de Lyon.

Au grade de chevalier : M. Duauthier, médecin-major de 2e classe.

— Les conférences historiques ouvertes à la Faculté de médecine, seront terminées le lundi 6 juin, à sept heures et demi du soir, par une conférence sur Harvey, par M. J. Béclard.

Le Directeur, Dr E. Le Soued.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 74. — SAMEDI 24 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 24 JUIN 1865. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit.

La solidarité anatomique et physiologique qui existe entre le poumon et le cœur est si intime, que beaucoup d'auteurs ont désigné l'ensemble de ces deux organes sous le nom d'appareil cardio-pulmonaire. Cette solidarité anatomique suppose l'existence d'une solidarité pathologique entière et sans aucune restriction. On s'est cependant beaucoup plus préoccupé de l'influence exercée par les maladies du cœur sur le poumon et surtout sur la circulation intra-pulmonaire; mais on s'est peu occupé de l'influence inverse, c'est-à-dire de celle qui est exercée par les maladies du poumon sur le cœur.

C'est là cependant une importante question de physiologie pathologique et dont l'étude, sérieusement faite, est appelée à éclairer puissamment le diagnostic et le pronostic des maladies des voies respiratoires. Cette question a été tout récemment reprise et étudiée avec le plus grand soin par un interne lauréat des hôpitaux, le docteur Xavier Gouraud. Dans sa dissertation inaugurale se trouvent relatés quelques faits particulièrement dignes d'intérêt et très-bien observés. De là, l'auteur suit pas à pas l'influence qu'une maladie du poumon peut avoir sur le cœur droit, les vaisseaux qui viennent y aboutir et sur l'ensemble de la circulation générale. Il arrive ainsi à cette conclusion que l'action du poumon sur le cœur droit a une valeur pathogénique au moins égale, si ce n'est supérieure, à celle qui est exercée par le cœur sur le poumon.

Quand on cherche à embrasser l'ensemble des maladies pulmonaires et à étudier la valeur séméiologique de leurs manifestations cliniques, on reconnaît que toutes ont pour objet de diminuer la circulation physiologique du poumon et par suite de rétrécir de plus en plus le champ d'action de l'hématose aérienne. Cela s'explique — pour les phlegmasies et les congestions par l'exsudation qui les accompagne (Paget, Glüge, Vogel et Monneret) — pour l'emphysème, par le déplissement des vésicules; quant aux autres affections caractérisées par la présence, au milieu du parenchyme altéré, d'une masse hétéromorphe tuberculeuse ou cancéreuse, ou par l'existence de ces indurations qui se rencontrent parfois chez les phthisiques à la suite de la cicatrisation des cavernes, elles amèneront fatalement aussi un obstacle à la petite circulation, par suite de la pression excentrique exercée sur les capillaires par le produit pathologique; elles détermineront de plus, comme conséquence nécessaire du travail ulcératif qui succède à l'organisation imparfaite des pseudoplasmes, la destruction d'une partie du réseau vasculaire du poumon et la diminution de l'hématose pulmonaire (Natalis Guillot).

Toutes les fois que, par suite de la lésion anatomique dont il est le siége, le parenchyme pulmonaire ne peut admettre dans son réseau capillaire tout le sang noir que lui envoie le cœur droit, il en résulte nécessairement une gêne circulatoire qui est le point de départ d'importantes complications cardiaques.

Il est bon de faire remarquer auparavant que la gêne circulatoire dont nous venons de faire voir la pathogénie peut être amenée par une maladie aiguë ou par une maladie chronique du poumon; mais, comme cette influence du poumon sur le cœur emploie d'ordinaire un certain temps à se produire, il est de toute évidence qu'on la verra plutôt se manifester dans les cas de maladies chroniques du poumon. Toutefois, et cela s'observe surtout chez les vieillards, lorsque les maladies aiguës envahissent les deux poumons à la fois ou que l'un des deux est entièrement pris, ou bien dans les cas où l'inflammation limitée prend la forme adynamique, elles peuvent amener la même complication du côté du cœur.

Au point de vue de l'âge, s'il est certain que le retentissement des maladies pulmonaires sur le cœur droit s'observe chez les enfants (Rilliet et Barthez), cependant il est incontestable que les complications cardiaques dans les maladies pulmonaires sont particulièrement fréquentes chez les vieillards. Cette prédisposition avait frappé Laënnec et il avait même fait cette remarque, « que chez les vieillards un rhume négligé « peut être la cause originelle des maladies du cœur les plus « graves. » (*Traité de l'auscultation médiate*, 4e édit., t. III, p. 171.)

Ces altérations du cœur droit, consécutives aux maladies pulmonaires, appartiennent, comme l'a fait remarquer le docteur Xavier Gouraud, aux deux formes suivantes :

1° Altérations qui intéressent les parois du cœur droit;

2° Altérations qui occupent l'orifice de l'artère pulmonaire et l'orifice de la valvule tricuspide.

I. Comme altérations de parois, nous avons en première ligne l'hypertrophie. La phthisie pulmonaire ne peut amener, que dans des cas tout à fait exceptionnels, l'hypertrophie du ventricule droit. C'est à peine si on la rencontre deux fois sur cent comme cause de l'hypertrophie (*Archives générales de médecine*, vol. II, 1854, p. 719). Quant aux bronchites capillaires et aux bronchites chroniques, nous ne saurions mieux faire que de rappeler, avec M. le professeur Béhier, « que la gêne apportée « à la circulation par l'obstruction catarrhale des bronches peut « à la longue, en gênant les fonctions du cœur, entraîner l'hy- « pertrophie ou la dilatation de cet organe, influence niée par « beaucoup d'auteurs, mais à laquelle des faits particuliers « nous font accorder une valeur réelle. »

Les trois formes d'hypertrophie décrites par Bertin se rencontrent dans les conditions pathogéniques que nous étudions en ce moment; mais il faut reconnaître que l'hypertrophie simple et l'hypertrophie excentrique sont de toutes les formes celles que l'on observe le plus fréquemment.

En présence d'un obstacle au cours régulier du sang dans le poumon induré, il est certain que le cœur droit réagit contre cet obstacle qu'il tend à surmonter. Il s'agit maintenant d'expliquer comment cette suractivité fonctionnelle doit nécessairement s'accompagner d'une augmentation des fibres musculaires. Pensant, et avec raison, que la solidarité fonctionnelle du poumon et du cœur était en réalité un phénomène d'ordre réflexe, c'est par l'action réflexe que le docteur Xavier Gouraud cherche à expliquer cette hypergenèse consécutive. En effet, dans l'*introduction* aux leçons de Brown-Séquard sur les paraplégies, nous trouvons ceci : « Que les impressions réfléchies des nerfs « sensitifs sur les nerfs vaso-moteurs sont parfois la cause dé- « terminante de lésions autres que la congestion et l'inflamma- « tion proprement dite; elles peuvent amener des lésions de « nutrition variées succédant à des paralysies vasculaires plus « ou moins déterminées. »

On voit non-seulement l'hypertrophie, mais la dilatation du cœur droit, dilatation avec amincissement, l'anévrysme passif en un mot, succéder à ces mêmes affections. Comment expliquer qu'une affection de même nature soit susceptible de produire deux effets aussi dissemblables que l'hypertrophie dans un cas, la dilatation avec amincissement, dans d'autres; cela tient aux prédispositions individuelles. Par le fait même d'un obstacle à la circulation intra-pulmonaire, le cœur peut réagir ou ne pas réagir; dans le premier cas, il y aura hypertrophie; dans le second, dilatation avec amincissement; car, dans le premier cas, cette prédisposition augmente l'activité fonctionnelle du muscle cardiaque; dans l'autre, elle a une influence passive qui laisse les cavités du cœur directement soumises à l'accumulation successive du sang veineux.

Quant aux affections aiguës du poumon, nous trouvons à ce sujet, dans l'excellent ouvrage de M. le professeur Grisolle (*Traité de la pneumonie*, 2e éd., p. 458), quelques indications intéressantes : « Willis et Senac ont prétendu que lorsque le poumon est hépatisé, il en résulte un obstacle au cours du sang, lequel obstacle a pour effet d'accumuler ce liquide dans les cavités droites du cœur et de les dilater. Grimaud, dans son *Traité des fièvres*, dit aussi avoir souvent observé des anévrysmes du cœur chez les individus qui avaient fréquemment éprouvé des inflammations du poumon, sans préciser davantage son assertion. Avenbrugger signale également la fréquence des anévrysmes du cœur chez les sujets qui succombent avec une pneumonie. » Legroux (journal *l'Expérience*, t. I, p. 212) a étudié l'influence que la pneumonie exerce sur le cœur, mais il ne dit pas si elle produit ou non la dilatation, et dans quelle proportion elle la produit.

Il existe aussi une relation directe entre les maladies chroniques du poumon et la dégénérescence graisseuse. Un travail récent du docteur Wagras (de Leipzig) met hors de doute cette complication (*Die Fettmetamorphose des herzfleisches*. 1864). Sur 21 observations, il y en a 8 où la dégénérescence graisseuse occupe exclusivement le ventricule droit, quatre fois à la suite de la tuberculose pulmonaire et quatre fois dans des cas de bronchite chronique avec emphysème, plus ou moins liée à la présence des tubercules. Dans les 13 autres observations les deux ventricules sont à peu près également atteints par la dégénérescence graisseuse. Il est à remarquer que dans presque tous les cas cités par l'auteur allemand, il y avait dilatation et hypertrophie du ventricule droit produites par l'emphysème ou déterminées par la pneumonie chronique qui accompagne soit la dilatation des bronches, soit la tuberculose pulmonaire.

II. Comme altérations valvulaires, les *insuffisances* seules doivent être étudiées. Cette insuffisance est fonctionnelle, et l'un de ses caractères essentiels est d'être relative et propor-

---

COUP D'ŒIL SUR LA CHIRURGIE AU XIXe SIÈCLE (1).

A M. Anger, prosecteur des hôpitaux.

En chirurgie, comme en médecine, le diagnostic est la pierre angulaire de tout l'édifice. On peut le dire, à la gloire de notre pays et de notre temps, c'est surtout aux écoles françaises, aux cliniques qui se font dans les divers hôpitaux de notre nation, que la précision actuelle du diagnostic dans les maladies chirurgicales doit être attribuée. Ses progrès ont évidemment marché de pair avec ceux de l'anatomie pathologique et de l'anatomie chirurgicale.

Dans mon enseignement, je l'ai toujours envisagé à deux points de vue : diagnostic par élimination, diagnostic par affirmation. En face d'une maladie, on arrive, en effet, à la bien discerner en élaguant l'une après l'autre toutes les affections ayant avec elle quelque analogie. De la seconde façon, le praticien affirme d'abord le fait et cherche ensuite à en écarter tout ce qui peut lui être étranger. C'est de cette manière que les chirurgiens sont en droit d'appeler *science* le point du savoir humain qu'ils cultivent et que le diagnostic des maladies chirurgicales va se perfectionnant sans cesse. Il n'y a plus guère aujourd'hui de praticiens, dans nos hôpitaux ou dans nos écoles, qui procèdent autrement, qui ne tiennent pas à honneur de préciser avant tout la nature et l'espèce de maladie qu'ils ont sous les yeux. Depuis Boyer, le prudent A. Dubois, le sage Marjolin, la pathologie chirurgicale a donc subi, à ce sujet, une réforme radicale, à laquelle je m'applaudis d'avoir pu concourir. Plût à Dieu qu'elle eût autant fait de progrès à l'étranger que chez nous sous ce rapport!

Une autre question de première importance dont vous aurez aussi à tenir compte, c'est la question des indications, en médecine opératoire surtout. Dans le premier quart de ce siècle, sous le premier Empire d'abord, pendant nos gigantesques guerres, sous la Restauration ensuite, à l'issue de la paix, un grand mouvement s'était opéré à l'occasion des opérations chirurgicales; les amputations partielles devinrent surtout à la mode. On ne voulait sacrifier que le moins possible de tissus ou d'organes; on érigea en loi qu'il ne fallait amputer que ce qui était inévitablement perdu, incapable d'être conservé. De là des opérations nouvelles, une série de résections, d'excisions, de désarticulations ou d'exarticulations des doigts, du métacarpe, du carpe, des différentes parties du pied, etc.

Une réaction s'est opérée contre cette manière de faire, et j'y ai contribué de toutes mes forces. Ne point sacrifier d'organes ou de portions d'organes susceptibles d'être conservés sans entraver ensuite les usages ou la forme du membre est fort légitime, sans doute; mais à la condition que de telles opérations n'exposeront pas à y revenir plus tard parce que la maladie tout entière n'aura point été enlevée, ou parce que la partie conservée est plus nuisible qu'utile au malade. C'est qu'en effet conserver certaines portions du pied ou de la main qui n'ont pas grande valeur fonctionnelle, au risque de laisser quelques traces de la maladie, expose le blessé à subir plus tard une seconde opération, quelquefois plus grave que la première.

A cette époque, il suffisait qu'une opération fût possible pour que les chirurgiens se crussent obligés de l'entreprendre; de là des tentatives quelquefois insensées, qui ont beaucoup nui à la dignité de la chirurgie. Avant tout, le diagnostic étant bien établi, c'est de l'*utilité* pour le malade, bien plus que de la *possibilité* de l'opération, qu'il faut s'enquérir avant d'agir. Non-seulement il importe que la maladie puisse être enlevée tout entière, mais il faut se demander encore s'il y a lieu d'espérer une guérison radicale, et si le malade en peut attendre quelque bénéfice pour son existence future ou les besoins de la vie.

Un autre point de la chirurgie, en voie de modification, est celui qui concerne les restaurations, les *autoplasties* ou mieux les *anaplasties* ainsi que les difformités. Les anaplasties ont eu une grande vogue de 1815 à 1840; Roux, M. Jobert (de Lamballe), en France, Dieffenbach, en Prusse, et une foule d'autres notabilités chirurgicales, en firent en quelque sorte la passion, la gloire de leur pratique et de leur nom.

Aujourd'hui les esprits se sont bien refroidis sur ce chapitre. Que de déceptions, que d'accidents, que de catastrophes on pourrait rappeler? D'une part, le moindre coup de bistouri peut amener à causer plus d'une fois des érysipèles, des phlegmons, des abcès et la mort, à l'occasion de tentatives ayant pour but de remédier à de toutes légères difformités, à la reconstruction d'une aile du nez, entre autres, comme il est arrivé à Dieffenbach sur un pauvre malade opéré par lui à l'hôpital Saint-Louis; d'autre part, la prothèse a subi de si merveilleux perfectionnements que tout ce qui frappe l'œil dans les difformités du

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

tionnelle à la force mécanique qui préside à sa formation. Elle suit, dans ses oscillations, la maladie pulmonaire qui en est la source, augmente et disparaît avec elle si elle est aiguë, persiste au contraire si elle est chronique, et, ce qui distingue dans ce dernier cas l'insuffisance absolue de l'insuffisance relative, c'est le mode de début qui coïncide, pour celle-ci seulement, avec l'apparition de la maladie pulmonaire.

Cette pathogénie des insuffisances, longtemps niée, ne peut plus être mise en doute depuis les travaux de Gendrin, de Corrigan, de Stokes, et plus récemment de Friederiech (de Heildelberg) et du docteur Xavier Gouraud.

Emphysème traumatique des membres.

Nous empruntons ici à un travail sous presse (1) plusieurs pages ayant trait à l'emphysème traumatique des membres. Ce sujet, qui peut être considéré comme nouveau, même après des discussions encore récentes, vient d'être traité avec le plus grand soin par M. Demarquay.

Voici comment s'exprime ce chirurgien dans des passages qui résument avec lucidité l'état de la question :

Lorsqu'une plaie est compliquée de fracture ou de luxation, l'introduction de l'air est rendue d'autant plus facile ; en effet, au jeu des muscles et des tendons que nous avons déjà signalé, il faut ajouter les mouvements des fragments osseux, ou des extrémités articulaires.

Ce mécanisme n'est pas moins évident chez ce jeune homme, dont le fait est rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1844. En voulant franchir un cheval dans les exercices gymnastiques, il s'est fracturé l'avant-bras droit ; et pour faire saigner la plaie, a pressé son membre fracturé et l'a agité pendant vingt minutes, après l'avoir plongé dans un seau d'eau froide.

Il n'est pas nécessaire que la plaie soit très-large pour permettre l'introduction de l'air ; un simple petit pertuis, communiquant avec le foyer de la fracture, suffit pour la pénétration du fluide aérien. Les plaies les mieux disposées pour l'emphysème sont celles qui, dans les fractures directes, sont produites par le corps vulnérant, lequel, en même temps qu'il brise l'os, déchire les parties molles ; ou bien encore celles qui résultent de la perforation des tissus par un des fragments de l'os.

Ce sont les blessures du membre inférieur qui paraissent surtout jouir du privilége de s'accompagner d'emphysème. Parmi elles viennent de beaucoup en première ligne les fractures de jambe, puis les écrasements du pied et les fractures compliquées de cuisse ; en dernière ligne, les luxations du pied.

Le rapport de fréquence entre les blessures avec emphysème du membre supérieur, et celles du membre inférieur, est environ comme 1 : 4. Ce sont les fractures de l'avant-bras et les écrasements et contusions de la main qui l'offrent le plus souvent.

L'emphysème consécutif aux blessures et luxations compliquées apparaît presque toujours très-peu de temps après l'accident, et ordinairement à l'occasion des mouvements qui s'opèrent dans le membre blessé, avant son immobilisation par un appareil contentif. On l'a vu cependant se montrer, après le pansement, mais chez des blessés indociles ou pris de délire, qui, après avoir enlevé leur bandage, avaient été en proie à une agitation désordonnée.

M. Demarquay fixe ensuite des indications de diagnostic qui auront leur intérêt :

L'emphysème est constaté, mais le diagnostic ne doit pas s'en tenir là, il doit établir la nature de cet emphysème.

Il y a deux alternatives : ou bien l'emphysème est produit par l'infiltration de l'air extérieur ; ou bien, par l'épanchement de gaz venus du dedans par suite de la modification produite par le traumatisme.

On base le diagnostic sur les considérations suivantes : L'emphysème par introduction de l'air n'est possible qu'autant qu'il existe une plaie ; cette condition n'est en rien nécessaire à la production de l'emphysème par modification traumatique. L'emphysème par introduction de l'air est toujours *primitif*, c'est-à-dire qu'il se montre toujours immédiatement après l'accident, ou très-peu de temps après ; en effet, le gonflement qui survient, et l'épanchement plastique qui s'opère ne tardent pas à rendre la plaie imperméable, en même temps que l'immobilisation du membre blessé supprime les moyens d'introduction de l'air. Il atteint son maximum de développement au deuxième jour de l'accident, ne prend jamais une grande extension et ne tarde pas à disparaître, étant remplacé par une tuméfaction inflammatoire.

L'emphysème par modification traumatique est toujours *secondaire ;* c'est-à-dire qu'il survient un certain temps après l'accident. Cet intervalle est variable ; il est quelquefois d'un jour, le plus souvent de deux, trois, cinq et même plus.

L'observation de Desault ne peut être opposée à cette loi. On sait qu'il s'agit dans ce cas d'une tumeur emphysémateuse, qui se serait montrée subitement pendant la réduction d'une luxation ancienne de l'épaule. Mais elle a été interprétée de tant de manières différentes qu'on ne saurait en tenir compte aujourd'hui, alors même que quelques-uns lui refusent d'avoir jamais été formée par de l'air.

L'auteur traite aussi la question du pronostic, et après la discussion des faits, il conclut de la manière suivante :

Donc il faut cesser de reconnaître à l'emphysème des membres, par infiltration de l'air extérieur, la gravité qu'on lui avait attribuée dans les premières observations qu'on en a données, et on doit en tenir un compte très-restreint lorsqu'on est appelé à faire le pronostic des lésions qu'il accompagne.

« Quant à la gravité de cette complication, je crois qu'elle n'est pas aussi grande qu'elle m'avait parue tout d'abord. La gravité dépend bien plutôt de la blessure elle-même que de l'emphysème qui vient la compliquer... Le traitement doit varier en raison de la blessure elle-même... »

Ce sont là les paroles prononcées par M. Velpeau dans la discussion de la Société de chirurgie. On voit combien ses idées sur l'emphysème sont justifiées. C'est que après les faits malheureux sont venus d'autres faits heureusement terminés, et dans lesquels on a pu voir que l'emphysème ne jouait aucun rôle.

Les dernières idées du maître sont aujourd'hui les nôtres et nous admettons que le pronostic doit avoir exclusivement pour point de départ l'étendue et la gravité des désordres locaux.

(1) *Traité de pneumatologie*, par M. Demarquay.

LA GRAVELLE OBSERVÉE À CONTREXÉVILLE,

Par M. le docteur H. Marion.

Les auteurs anciens et modernes sont unanimes pour accorder le premier rang aux eaux minérales de Contrexéville, dès qu'il s'agit de gravelle. Pendant le séjour que j'ai fait, en 1864, dans cette localité, j'ai pu me convaincre de la façon la plus péremptoire, de l'action réellement si efficace de ces eaux sur les reins et la vessie. Du reste, un médecin très-distingué, M. le docteur A. Millet (de Tours), qui a été conduit à Contrexéville, pour son propre compte, a émis sur ce sujet les assertions les plus compétentes :

« Les graveleux, dit-il, affluent à Contrexéville, et il faut avouer qu'ils ont raison d'y venir, car ceux qui n'y sont pas guéris, et c'est l'exception, s'en vont très-notablement soulagés. Grâce à ma position de médecin, j'ai été dépositaire d'une foule de confidences et j'ai pu me convaincre de l'efficacité de ces eaux, non-seulement dans la *gravelle urique*, mais encore dans les *gravelles phosphatiques* et la *gravelle oxalique*.

« Lorsqu'un malade doit être atteint de la gravelle, il ressent plus ou moins longtemps avant son apparition des fourmillements, des douleurs obtuses et même parfois lancinantes dans la région des reins. Les urines qu'il rend sont rouges et souvent sédimenteuses. Ces phénomènes précurseurs ne sont pas constants, et je me rappelle toujours un jeune Anglais que j'ai mené avec moi, en 1862, à Contrexéville, et qui, en parfaite santé, fut pris brusquement un jour, sur le pont de Tours, d'une colique néphrétique telle qu'il put à peine gagner son hôtel, soutenu par sa sœur. Il fut pendant douze heures en proie aux plus terribles souffrances, il eut des nausées et des vomissements très-abondants, une envie presque incessante d'uriner, et la rétraction du testicule droit, la colique siégeant à droite. Le lendemain, il rendit une énorme quantité de sable rouge très-fin, très-délié, et le surlendemain tout était rentré dans l'ordre. Les eaux de Contrexéville lui firent infiniment de bien ; il n'a rien éprouvé depuis.

« Le traitement de la gravelle est d'abord tout médical. Le premier soin du médecin traitant un malade atteint de gravelle doit être d'éloigner les causes qui ont donné naissance à la maladie.

« Les préparations alcalines, les eaux alcalines ont été très-vantées dans le traitement de la gravelle urique, aussi le bicarbonate de soude et les eaux de Vichy ont-ils joui d'une immense faveur. Que de graveleux vont à Vichy !... et combien peu en reviennent guéris ou même soulagés ! C'est à Contrexéville qu'on peut juger de ce résultat.

« L'usage longtemps continué du bicarbonate de soude et des eaux alcalines, telles que celles de Vichy, ne sont pas sans danger. Les eaux de Contrexéville, au contraire, ne donnent jamais lieu au moindre inconvénient, et peuvent être supportées par toutes les constitutions ; et, de plus, elles conviennent à toutes les espèces de gravelle, tandis que les eaux de Vichy, applicables à la gravelle d'acide urique, sont nuisibles aux autres variétés de la gravelle, et notamment à la gravelle phosphatique.

« Du reste, je m'en rapporte à ce qui m'a été dit. Que de malades m'ont confessé avoir été à Vichy pendant plusieurs années de suite sans en retirer le plus léger bénéfice, tandis que depuis qu'ils fréquentaient Contrexéville, ils avaient obtenu des résultats merveilleux ! Je n'aurais que l'embarras du choix s'il me fallait citer des noms propres, et je pourrais relater les très-remarquables observations d'un jeune banquier d'Abbeville, d'un gentilhomme de Nantes, d'un notaire de Paris, d'un rentier de Versailles, d'un entrepreneur de Paris, d'un avocat de Lyon, d'un grand nombre de prêtres et de religieux de plusieurs parties de la France, de plusieurs médecins, de beaucoup d'officiers, etc., qui avaient tous été désappointés en fréquentant les eaux de Vichy, et qui avaient trouvé à Contrexéville un amendement des plus notables, et même une guérison à des coliques néphrétiques abominables qui les torturaient habituellement plusieurs fois par an.

« Pourquoi les eaux de Contrexéville sont-elles donc si efficaces dans la gravelle ? Il est assez difficile de s'en rendre compte, car leur minéralisation, comparée à celle de Vichy, est fort peu considérable... Elles agissent, non pas en dissolvant, non pas en désagrégeant les calculs, comme Petit l'a prétendu pour les eaux de Vichy, mais elles agissent par une sorte de lixiviation en entraînant les graviers, en déblayant, en lavant les reins, les uretères et la vessie.

« Dès que l'on a ingurgité une certaine quantité d'eau, des envies impérieuses d'uriner se font sentir et demandent à être immédiatement satisfaites. Il est impossible de dire et de soupçonner quelle quantité d'urine est rendue pendant l'espace de cinq à six heures ; on urine tous les quarts d'heure ou au moins toutes les demi-heures.

« J'ai été surpris de la facilité avec laquelle des graviers énormes, de la grosseur d'un bon pois, hérissés de pointes et d'aspérités, sont rendus à Contrexéville. Tous les matins, aux abords de la source du Pavillon, les malades font voir les graviers qu'ils ont rendus, soit pendant la nuit, soit dans la matinée ; j'en ai vu de très-volumineux et de très-aigus qui avaient été expulsés sans de trop grandes souffrances.

« Il est rare, à Contrexéville, que des graviers même très-considérables ne passent pas par les voies urinaires sans le secours des instruments et sans l'intervention chirurgicale ; et je puis affirmer qu'il ne se rencontre peut-être pas par saison deux cas nécessitant l'extraction d'un de ces calculs arrêté dans

---

visage peut être facilement masqué au moyen de pièces artificielles qui n'exposent à aucun danger ; en troisième lieu, on avait trop oublié que les organes reconstruits par l'anaplastie, que les réparations les mieux réussies laissent beaucoup à désirer ; que les tissus mal élaborés, déviés de leurs fonctions ou de leur place, subissent à leur tour des déformations, des rétractions, qui rendent bientôt le pauvre opéré aussi disgracieux qu'auparavant.

De plus, cet enfant, cette femme, cet être difforme, quel qu'il soit, est affreux à voir avant l'opération, il est vrai ; en cas de succès, qu'aucune déception ne se soit jetée à la traverse, il sera infiniment moins laid qu'auparavant, je l'admets ; mais, comme il lui restera toujours un certain degré de difformité, ceux qui le verront plus tard ne seront point séduits par votre œuvre ; le malade ou ses parents qui avaient d'abord été frappés de la différence l'oublieront, ne songeront plus qu'à ce qui persiste de la lésion première et ne vous sauront presque aucun gré de vos efforts. Il y a donc lieu de se restreindre notablement dans cette catégorie d'opérations, qui conserve pourtant encore parmi nous un ardent promoteur dans la main habile de M. Denonvilliers.

Ce que je viens de dire des anaplasties s'applique, en partie du moins, aux sections de tendons, de muscles, dont une certaine classe de praticiens a étrangement abusé d'abord. Aujourd'hui que la réflexion et l'expérience ont permis d'en mieux apprécier les effets, chacun sait que de telles opérations sont loin de donner tout ce qu'elles avaient promis. Couper un tendon, un muscle ou un ligament rétracté, ce n'est rendre au membre ni son volume, ni sa force, ni même sa direction normale ; en effet, le raccourcissement de la corde à trancher est à peu près constamment associé à une déformation des surfaces articulaires voisines, à un déplacement des os, à une roideur des jointures, à une atrophie, un certain degré de paralysie de tout le membre ; or, la ténotomie est manifestement impuissante contre de telles complications, et il serait insensé de lui demander autre chose que de détruire une des résistances au redressement des parties. Ajoutez que, tout en se reconstruisant, le tendon ou le ligament divisé ne récupère presque jamais sa force primitive, que dans la meilleure supposition possible l'opéré doit s'attendre à conserver un certain degré de faiblesse le reste de sa vie.

A côté de ces déceptions, qui n'en laisseront pas moins un important progrès dans le domaine chirurgical du dix-neuvième siècle, se trouvent quelques méthodes nouvelles dont vous aurez aussi à invoquer le concours. Ainsi de la lithotritie d'abord, ensuite des incisions dites sous-cutanées, qui permettent tant d'opérations auxquelles on n'eût point pensé avant 1815, et qui jouent maintenant un rôle important dans la pratique ; ainsi encore des voies ouvertes par M. Jobert (de Lamballe) eu égard aux fistules vésico-vaginales.

De même de la généralisation des injections irritantes dans les cavités closes et qui épargnent l'action du bistouri à une infinité de malades. De même aussi de l'écrasement linéaire imaginé, propagé avec tant d'ardeur par M. Chassaignac, et qui permet de substituer une sorte de ligature et d'étranglement aux opérations sanglantes dans une série nombreuse de cas.

La question des caustiques n'est plus la même que du temps de Boyer. Reprise à nouveau par M. Tarall, il y a près de quarante ans, puis par M. Malgaigne dans son *Manuel de chirurgie*, et par moi dans ma *Médecine opératoire*, elle est devenue aujourd'hui une des questions capitales de la pratique. Aussi emploie-t-on maintenant les caustiques presque partout. Bonnet et M. Philipeaux (de Lyon), A. Bérard, M. Laugier, M. Maunoury et Salmon ou Girouard (de Chartres), M. Follin, M. Maisonneuve, s'attachent tous les jours à en étendre l'emploi presque à l'égal de Canquoin, de Legrand. On voit que la tendance naturelle des esprits actuels est de réduire de plus en plus la nécessité de diviser les tissus vivants dans le corps de l'homme, à l'aide du fer, à l'aide du bistouri ; est-ce un bien ? est-ce un mal ? est-ce un progrès ? est-ce un mouvement rétrograde ? Non. Ce n'est ni l'un ni l'autre, ou c'est l'un et l'autre, selon qu'on se laissera entraîner par l'abus, ou qu'on se renfermera dans l'usage prudent et légitime de chaque chose.

Il est si difficile d'éviter les écueils dans un sens ou dans l'autre, que toute maxime un peu générale expose à en tirer de bons ou de mauvais principes. Pour caresser les préventions du public, qui attribue volontiers au chirurgien un grand amour des opérations, une certaine école a pris pour devise qu'il y a plus d'honneur, plus de mérite à conserver un membre qu'à l'amputer, à guérir telle ou telle maladie par les remèdes pharmaceutiques, par les moyens doux, qu'à l'attaquer par les opérations, qu'il ne faut, en un mot, recourir au bistouri qu'après avoir épuisé tous les autres genres de médications. A la rigueur, rien n'est plus sensé, et pourtant rien n'est plus perfide dans une foule de cas. L'important est de savoir s'il y a plus de dan-

le trajet du canal de l'urètre. On ne saurait se figurer l'activité que ces eaux impriment aux voies urinaires (1). »

Erasme écrivait à son ami : « J'ai la néphrétique et tu as la goutte ; nous avons épousé les deux sœurs. » Beaucoup de goutteux, en effet, finissent par avoir la gravelle et par endurer de temps à autre les exquises douleurs de la colique néphrétique, qui provoque une horrible agitation, d'affreuses secousses et d'incoercibles vomissements. Trop souvent soumis à l'usage non interrompu du bicarbonate de soude ou de l'eau de Vichy, ces malades-là finissent, au bout de six mois ou d'un an, par avoir une santé extrêmement délabrée et par se faire beaucoup de mal. C'est alors qu'ils arrivent à Contrexéville et que les médecins de la localité ont la mission de réparer les outrages d'une médication intempestive et dangereuse.

Les malades atteints autrefois de calculs vésicaux et qui en ont été débarrassés par la lithotritie, viennent à Contrexéville, parce que l'action puissante que ces eaux ont sur la vessie est de nature à entraîner les très-petits fragments qui pourraient y séjourner encore. Il y a même des malades qui expulsent des fragments considérables.

En présence des opinions si contradictoires qui ont été émises sur la dissolution ou la non-dissolution des calculs à Contrexéville, enregistrons ici l'opinion personnelle de M. le docteur Legrand du Saulle, qui doit nécessairement avoir le plus grand poids : « L'eau de Contrexéville, dit ce savant médecin, ne dissout pas les calculs rénaux ou vésicaux, mais en présence de graviers échancrés, érodés, amincis et d'une grande friabilité, j'ai dû me demander si elle n'arrivait pas à désagréger quelquefois les molécules de la matière lithique ; et je ne suis pas très-éloigné de l'admettre, lorsque j'ai vu tant de malades rendre, au bout de dix ou de quinze jours de traitement, de la boue phosphatique, du mortier lithique, au prix de vives souffrances.

« Dans le cas de très-petits calculs phosphatiques friables, mous, je crois que l'eau de Contrexéville désunit les parcelles du corps étranger ou les amollit au point de les réduire à l'état de mortier boueux. Voici, par exemple, certains faits dont j'ai été souvent témoin. Un malade arrive à Contrexéville sans cystite chronique ; il a la gravelle ou la goutte. Pendant les quinze premiers jours, ses urines sont très-limpides, puis elles deviennent troubles, foncées, boueuses, ammoniacales, phosphatiques et contenant du mortier. Le malade a un grand ténesme vésical, des hématuries, de la fièvre, de l'anorexie, des insomnies, et il expulse dans ses urines du magma phosphatique de couleur grisâtre. L'orage se calme, les urines redeviennent normales, et le patient s'éloigne de Contrexéville en très-bon état. Chez cinq ou six de nos buveurs, et entre autres chez le commandant M..., j'ai vu la vessie n'être plus qu'un infect réceptable de boue épaisse, et l'urine charrier quelques écailles phosphatiques desséchées, frisées et en forme de petits godets. Ces cas-là sont généralement graves, et je n'arrive à des résultats un peu sérieux qu'avec un traitement de six semaines ou deux mois, des bains de siége très-prolongés, etc., etc. (2). »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 juin 1865 (addition). — Présidence de M. BROCA.

COMMUNICATIONS.

Ponction du globe de l'œil dans le glaucôme aigu.

M. PANAS. J'ai été appelé à soigner un malade atteint d'ophthalmie blennorrhagique. Il existait trois staphylômes de la cornée qui furent guéris par la cautérisation. Mais bientôt survinrent des douleurs excessivement aiguës résultant du développement d'un glaucôme aigu des plus intenses, avec irradiation dans les branches du trijumeau, à l'exception du rameau auriculo-temporal. Tous ces phénomènes étaient accompagnés de fièvre et de délire. Je pensai que tous ces accidents étaient dus à la compression intra-oculaire ; les sangsues, un purgatif et les frictions d'onguent mercuriel n'ayant produit aucun soulagement dans cet œil, d'ailleurs complétement perdu pour la vision, je me décidai à faire la ponction du globe oculaire à six ou sept millimètres en arrière de la cornée pendant le sommeil chloroformique. Un calme immédiat succéda à cette opération, quoiqu'une très-petite quantité d'humeur vitrée se fut écoulée. Ce bien-être dura douze jours, pendant lesquels il ne s'écoula pour ainsi dire plus d'humeur vitrée, quoique l'ouverture faite au globe oculaire eut presque un centimètre d'étendue. Au bout de ce temps, les douleurs reparurent avec leur acuité première. Je fis alors l'excision de la moitié antérieure du globe oculaire, en conservant les muscles dans le moignon destiné à supporter un œil artificiel.

Ce qui précède montre d'une manière évidente que le débridement de l'œil, alors qu'il n'a pas suppuré, ne suffit pas à faire cesser les douleurs causées par le glaucôme aigu, quoiqu'on produise quelque chose d'analogue à ce qu'on obtient par l'iridectomie, c'est-à-dire la diminution de tension dans le compartiment postérieur de l'œil. Dans l'iridectomie, la tension intra-oculaire se trouve diminuée par suite de l'écoulement de l'humeur aqueuse et la propulsion du diaphragme irien, qui a pour résultat ultime l'agrandissement du compartiment postérieur de l'œil. Dans la ponction de ce compartiment, la tension se trouve diminuée directement par l'écoulement d'une petite partie de l'humeur vitrée. Le résultat définitif est toujours le même.

M. FOLLIN. J'ai dans mon service un homme qui a traversé toutes les péripéties du malade de M. Panas. Je fis chez lui l'iridectomie, qui fut suivie d'un soulagement immédiat.

Cinq jours plus tard, les douleurs reparurent avec leur intensité première. Je fis alors la ponction de la sclérotique; une certaine portion du corps vitré sortit par la plaie; l'œil perdit de sa dureté, et aussitôt les douleurs cessèrent.

Pendant deux ou trois jours, tout alla bien; mais au bout de ce temps, les douleurs reparurent tout aussi intolérables qu'au début. Alors je fis l'ablation de la partie antérieure du globe, avec la précaution de laisser subsister les culs-de-sac conjonctivaux sur lesquels appuie l'œil artificiel bien plus que sur le moignon. Le soulagement fut encore immédiat.

Mais dès que la cicatrice du globe oculaire se fut faite, des souffrances nouvelles reparurent par suite du développement d'un nouveau glaucôme dans le moignon. Me rendant alors aux prières et aux supplications du malade, je pratiquai une résection complète du globe oculaire. Depuis ce moment, le soulagement a persisté, aucune douleur n'a reparu.

Du fait de M. Panas et du mien, il résulte donc que la paracentèse oculaire ne suffit pas toujours, à beaucoup près, à calmer d'une manière durable les douleurs du glaucôme aigu.

L'iridectomie ne suffit pas non plus dans tous les cas, mais elle me paraît cependant préférable à la ponction du corps vitré pour deux raisons: la première, c'est que l'humeur aqueuse, s'écoulant plus facilement que l'humeur vitrée, produit une diminution plus considérable et plus rapide de la tension intra-oculaire; la seconde, c'est que la section de la rétine, qui complique nécessairement la ponction scléroticale, n'est pas toujours sans danger.

M. PANAS. Je partage complétement l'avis de M. Follin; mais je crois que si j'ai évité la récidive du glaucôme dans le moignon, je le dois à ce que j'ai peut-être vidé la coque oculaire plus largement que mon collègue. En effet, après avoir passé un fil dans la partie antérieure du globe, je me suis servi des deux chefs de ce fil pour tirer en avant l'œil tout entier et pratiquer l'excision aussi en arrière que possible. Cette excision une fois faite, j'enlevai avec une curette tout ce qui pouvait rester d'humeur vitrée dans la cupule postérieure de l'œil.

Exostose de croissance avec kyste volumineux de voisinage.

M. BROCA. Il y a sept ou huit ans, j'eus l'occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille qui portait des exostoses multiples et symétriques sur les différents points du corps. La disposition de ces exostoses me fit penser qu'elles étaient le résultat d'une exagération du travail épiphysaire qui produit l'accroissement du squelette ; d'où le nom d'*exostoses de croissance* que je leur ai donné. Un de mes élèves, M. Soulié, a fait sa thèse sur ce sujet.

Je présente aujourd'hui un exemple de cette variété d'exostose dont on avait déjà signalé quelques cas particuliers sous le nom d'*exostoses symétriques*, dénomination incomplète en ce qu'elle ne donne pas l'idée de leur origine, et inexacte parce que beaucoup de ces exostoses sont uniques et insymétriques.

Ces exostoses partent du cartilage épiphysaire, ce qui se conçoit facilement, puisqu'il est dans sa nature de produire du tissu osseux par une sorte de végétation. Elles se développent sur les bords des cartilages épiphysaires, en dedans ou en dehors, presque jamais en avant ni en arrière, ce qui me paraît devoir tenir à l'absence de pressions musculaires sur les parties latérales. A mesure que l'os s'allonge par son épiphyse, l'exostose se trouve de plus en plus distante de l'extrémité de l'os sur lequel elle s'est formée; elle remonte, en quelque sorte, le long de la diaphyse; aussi son degré d'éloignement de l'extrémité osseuse peut-il servir à déterminer approximativement son âge. L'examen histologique permet d'y reconnaître tous les degrés de transition : cartilage, tissu chondroïde et tissu osseux.

Ces exostoses affectent des formes variables. Tantôt carrées, tantôt rectangulaires, elles sont souvent étranglées à leur base de manière à présenter une sorte de col ou même un véritable pédicule autour duquel on peut passer une aiguille courbe et une scie à chaîne.

La tumeur que je présente aujourd'hui existait chez un jeune homme de vingt ans ; elle avait commencé à se développer plusieurs années auparavant, ce qui est en rapport avec la distance qui la séparait de l'extrémité du fémur au moment où je fus appelé à l'observer pour la première fois.

Elle remontait jusqu'au voisinage de l'anneau du troisième adducteur. Autour de cette exostose s'était formé un kyste plus volumineux qu'une tête de fœtus à terme, kyste dont les parois avaient environ 1 centimètre d'épaisseur et qui contenait environ un litre de liquide sanguinolent. La nature de la tumeur étant bien déterminée, je l'enlevai à Saint-Germain, avec l'aide de M. le docteur Issartier (de Maule), le 13 novembre 1864.

Je ne crus pas devoir chloroformer l'opéré, parce que l'auscultation du cœur me révéla l'existence d'un bruit de souffle au premier temps.

Ce qui gêna surtout pendant l'opération, ce fut la nécessité d'éviter les vaisseaux qui la contournaient. Une seule incision longitudinale, longue de 13 centimètres, put cependant suffire. Les muscles et les vaisseaux furent écartés. La tumeur fut mise à nu dans la plus grande partie de sa surface. Une scie à chaîne fut passée au-dessous du col de l'exostose, et l'excision put ainsi être faite sur le pédicule sans ouvrir le kyste qui s'y trouvait accolé. Comme la scie à chaîne avait un peu glissé, il me fallut achever l'enlèvement du reste du pédicule avec une scie à main.

La surface interne du kyste présentait çà et là des dépôts fibrineux analogues à ceux qu'on rencontre dans les hématocèles anciennes. La surface de l'exostose est surmontée de petites végétations mamelonnées, composées de tissu cartilagineux et de tissu chondroïde.

Les suites de l'opération ont été simples, mais la plaie a suppuré pendant assez longtemps, puis a été remplacée par une fistule dont M. Issartier m'a depuis annoncé la guérison complète.

Je dois dire que dans ce cas la présence de l'exostose est ce qui m'a mis sur la voie d'un diagnostic exact. C'est grâce à elle que j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait bien là d'un kyste séreux développé au voisinage d'une exostose de croissance et non pas d'une tumeur de mauvaise nature.

Sans la présence de l'exostose, dont le pédicule, situé en dehors du kyste, était accessible au toucher, j'aurais, selon toutes probabilités, pris ce kyste à parois très-épaisses et à fluctuation très-obscure pour une tumeur solide.

M. PANAS. Je fournirai un renseignement à l'appui de l'opinion émise par M. Broca sur l'origine de ces exostoses. Je connais une famille dont trois membres portent ainsi une exostose, presque congénitale, développée chez tous sur le même point de la face externe du fémur.

M. BROCA. J'ajouterai que le développement rapide de la portion kystique de la tumeur est ce qui a rendu l'opération nécessaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

Séance du 14 juin 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que M. Robert Adams (de Dublin), associé étranger, est présent à la séance.

M. Robert Adams remercie la Société de l'avoir admis dans son sein; il lui fait hommage de son ouvrage intitulé : *A treatise on rheumatic gout.* Un vol. in-8°, avec atlas lithographié in-4°.

— **M. PERRIN**, à propos du procès-verbal, donne quelques détails sur un cas de glaucôme aigu qui confirme les réflexions faites dans la dernière séance par MM. Panas et Follin. L'iridectomie et la ponction de l'œil, pratiquées dans des conditions analogues, ont eu les mêmes résultats.

RAPPORT VERBAL.

M. TRÉLAT fait un rapport verbal sur une brochure de M. le docteur Gachet (d'Issoudun) intitulée : *l'Hôpital et la famille dans les villes secondaires*, et adressée par lui à la Société.

(1) *Une saison à Contrexéville.* Paris, 1865, 3e édit.

(2) *Huit années de pratique médicale à Contrexéville (Étude clinique).* Paris, 1865, chez F. Savy.

---

ger ou de sécurité pour le malade d'attaquer dès l'abord son mal par l'instrument que de se risquer à le traiter d'une autre façon ; s'il y a chance de le guérir mieux, plus vite, avec de plus grands avantages par une méthode que par l'autre. Une tumeur cancéreuse, limitée, mobile, encore récente, sera facilement enlevée, sans danger sérieux, avec chance d'une guérison radicale, au moyen de quelques coups de bistouri. En essayant contre elle, au contraire, toutes les médications imaginables, externes ou internes, non-seulement on ne la guérira point, mais encore on lui permettra d'infecter l'organisme et de rendre plus tard toute opération inutile ; que d'exemples analogues ne pourrais-je pas invoquer? C'est que, pour vouloir toujours conserver, on court grand risque de s'exposer à tout perdre.

Avec tant de points de vue nouveaux, il était impossible que la pathologie chirurgicale, que la médecine opératoire restassent ce que je les ai vues au début de ma carrière, et que les traités qui les exposent, qui les personnifient ne fussent pas renouvelés, changés de fond en comble. Voyez aussi comme l'art d'opérer s'est transformé ; reportez-vous en arrière d'un demi-siècle et comparez! jetez un coup d'œil sur le livre de Sabatier, édité au nom de Dupuytren par Bégin et Sanson, puis sur l'ouvrage que je lui ai consacré en 1832 d'abord, en 1839 ensuite, et qui n'était que le résumé concret de mon enseignement théorique de l'époque, de ce que j'ai continué de faire depuis dans mon enseignement clinique à l'hôpital de la Charité et partout. Passez de là au traité très-savant, assez complet de Malle, puis à l'ouvrage beaucoup plus personnel et mieux fait de M. Sédillot, joignez-y le manuel de M. Malgaigne, abrégé merveilleusement rédigé et qui a eu tant de succès, sans empêcher un petit traité du même genre, dû à la plume de M. Alph. Guérin, et vous vous ferez une idée des perturbations, de la révolution qui se sont opérées sous nos yeux dans le cours de ces quarante dernières années, sans compter l'éthérisation, la plus inattendue comme la plus éclatante des acquisitions récentes de la chirurgie.

Je le demande, qui oserait se dire capable dès à présent de composer une histoire un peu sérieuse et complète de la chirurgie, de mettre en relief avec exactitude et impartialité l'état actuel de cette science, empruntée à tous les foyers d'où elle rayonne, à tous les pays qui la cultivent de nos jours avec fruit. Pour juger de la difficulté d'une pareille œuvre, il suffit de jeter les yeux sur les temps passés, si simples pourtant et si pauvres relativement. De ce côté, en effet, que nous reste-t-il, que voyons-nous? De siècle en siècle quelques grandes figures ; Jean-Louis Petit, Ambr. Paré, plus haut Guy de Chauliac, et quelques personnalités secondaires restées debout çà et là au milieu des ruines ou des décombres de leur époque, phares précieux, entourés d'appuis lumineux, et plus ou moins brillants, sortes de boussoles pour ceux qui veulent remonter la chaîne des âges.

Si pour des époques si peu encombrées l'esprit est déjà comme écrasé par le poids des difficultés, que diront nos descendants s'ils veulent apprécier les élucubrations des savants d'aujourd'hui? Si les quelques siècles écoulés depuis l'imprimerie ont assez produit pour que l'imagination s'en effraye volontiers, que fera-t-on dans les siècles futurs, alors qu'un rayonnement, qui s'étend de plus en plus, qui s'éparpille sur tous les points du globe, qui émerge en quelque façon de toutes les intelligences à la fois, qui menace de couvrir le monde entier des œuvres de chacun et de ne plus laisser de prise à la réflexion! A force de se disséminer par l'excès même de sa diffusion, la lumière ne doit-elle pas craindre en se nivelant de sombrer un jour, de conduire aux ténèbres, de mettre l'avenir dans l'impossibilité d'extraire de nos travaux des vérités assez incontestables pour donner le droit de se vanter d'avoir élevé le niveau de la science? Y aura-t-il en réalité des mains assez habiles, des intelligences assez élevées pour mettre utilement en œuvre ces matériaux dont nous sommes si fiers, et en construire des édifices dignes de la postérité!

Votre iconographie des maladies chirurgicales aura-t-elle cet imposant honneur? Vous êtes trop modeste sans doute pour le prétendre ; je n'oserais pas de mon côté l'affirmer; toutefois l'image de chaque maladie, de chaque opération présentée, comme vous le projetez, une sorte de photographie de nos efforts pris sur nature aura grande chance, étant bien faite, de traverser les aspérités de l'histoire comme un type de la chirurgie actuelle, sans montrer aux générations à venir les décombres qui se feront autour de vous, mais en leur indiquant comment la science a été entendue et cultivée au dix-neuvième siècle.

VELPEAU.

Recherches anatomiques et physiologiques sur la moelle des os longs, par le docteur Félix DUBUISSON, ancien prosecteur de l'École de médecine de Lyon, etc. In-8° de 160 pages. Prix : 3 fr. *franco.* Paris, 1865. Chez Adrien Delahaye, libr.-éditeur.

M. Trélat propose à la Société d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments sympathiques pour l'envoi de sa brochure.

La proposition de M. Trélat est mise aux voix et adoptée.

Des remercîments sympathiques seront adressés à M. le docteur Gachet (d'Issoudun).

PRÉSENTATION DE MALADE.

Déformation considérable du tibia à la suite de l'extraction d'un séquestre de 0m,13 faite il y a cinq ans.

M. MARJOLIN. L'enfant que je présente à la Société, qui est d'une assez bonne constitution et âgé de treize ans et demi, était entré dans mon service, dans le courant de septembre 1859, pour une ostéo-périostite du tibia, dont la cause probable était une marche forcée.

L'affection remontait à quatre mois; elle avait été accompagnée de symptômes inflammatoires graves et s'était terminée par la nécrose de la presque totalité de la diaphyse du tibia.

L'extraction du séquestre, qui était un cylindre de plus de 0m,13 de longueur, ne présenta rien d'extraordinaire, et à partir de l'opération la suppuration alla toujours en diminuant.

Six mois après son entrée, l'enfant quitta l'hôpital marchant très-bien à l'aide d'un appareil qui soutenait la jambe; cette précaution m'avait semblé d'autant plus nécessaire que déjà le nouvel os commençait à fléchir.

L'enfant partit pour la campagne, y resta un mois, l'incurvation de l'os n'augmentant pas; mais, quelque temps après son retour, ayant fait une chute avec son appareil, il se forma une saillie angulaire qui a une configuration telle que l'on serait tenté de croire qu'il y a eu non-seulement courbure, mais fracture de l'os nouveau au niveau de son point de jonction avec l'os ancien.

Malgré cette difformité très-marquée, l'enfant, dont la santé générale s'était sensiblement améliorée et qui avait beaucoup grandi, fut obligé d'abandonner son appareil devenu inutile. Mais, comme il n'éprouvait que très-peu de gêne dans la marche, je ne le revis que deux ou trois fois. Très-probablement il ne serait pas revenu me consulter sans une nouvelle contusion reçue dernièrement sur la partie la plus saillante du tibia et qui a amené une excoriation des téguments.

Ce fait a une grande analogie avec un autre dont il fut question dans les premières réunions de la Société de chirurgie; il s'agissait d'un enfant très-bien portant, ayant un cal vicieux de la jambe. Notre collègue M. Guersant, à qui il avait été adressé, demanda quelle était la conduite que le chirurgien devait suivre. D'après un ou deux cas de succès obtenus par M. Josse (d'Amiens), quelques membres de la Société pensèrent qu'on ne pouvait laisser l'enfant dans cet état et qu'il y avait quelque chose à faire. Comme en définitive l'enfant était assez peu gêné pour aller et venir, un assez grand nombre des membres de la Société, et M. Guersant entre autres, pensèrent qu'il serait plus sage de s'abstenir de toute opération.

Malheureusement ce ne fut pas l'opinion qui prévalut; M. Malgaigne pratiqua la résection de l'angle saillant du tibia, et l'enfant succomba. Pour ma part, dans le fait actuel, comme l'enfant est très-agile, qu'il marche et court très-bien sans béquilles, et qu'il exerce une profession peu fatigante, je crois que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de lui donner un appareil qui diminue un peu la claudication. Maintenant, en voyant ce fait, ne doit-on pas craindre que dans de véritables résections sous-périostées, pratiquées sur le membre inférieur, il ne survienne aussi de semblables incurvations?

M. BROCA. Je crois qu'à Paris, dans nos hôpitaux, il n'y a pas lieu de toucher à ce membre, mais peut-être pourrait-on l'opérer utilement dans un hôpital de province.

M. GUERSANT. Par cela même que cet enfant, malgré sa difformité, peut facilement aller et venir, monter et sauter, je crois qu'il ne faut pas toucher à son membre, même à la campagne. Ce serait faire là une opération de luxe qui ferait courir des dangers trop grands. Je serais d'autant plus disposé à l'abstention dans ce cas que le malade peut parfaitement masquer sa difformité par un pantalon un peu large. Ce serait, suivant moi, faire de la mauvaise chirurgie que d'exposer de gaîeté de cœur un enfant bien portant, pouvant gagner sa vie, à des dangers considérables, peut-être même à la mort, pour un résultat problématique.

M. GIRALDÈS. Cet enfant ne paraît pas avoir autre chose qu'une fracture incomplète d'un os de nouvelle formation, due peut-être à un état semi-rachitique.

Je pense, comme M. Guersant, que les opérations de luxe ne doivent pas être faites. Mais, dans le cas actuel, on doit se poser deux questions : d'abord, cet enfant pourra-t-il avec sa difformité exercer une profession qui lui permette de gagner sa vie? En deuxième lieu, l'opération étant supposée admise, pourra-t-on en obtenir une amélioration suffisante? A la première question je répondrai par le doute, à la seconde par l'affirmative, attendu que j'ai déjà trois fois fait avec succès des résections pour des cas analogues, et cela dans nos hôpitaux. Ma seule préoccupation serait de savoir si le périoste restant sera capable de fournir les éléments nécessaires à une consolidation complète.

M. GUERSANT. J'insiste pour faire remarquer que les petits malades de M. Giraldès ne pouvaient probablement pas marcher avant l'opération. Celui de M. Marjolin, au contraire, se sert facilement de son membre, il marche et saute; lui faire courir un risque quelconque me paraît téméraire.

M. DEMARQUAY. Je crois, comme M. Guersant, qu'il n'y a pas lieu d'opérer, mais j'accepterais volontiers l'emploi d'un appareil prothétique, qui pourrait amener un certain redressement du membre. J'ai vu faire deux opérations de ce genre, et elles ont échoué. Au contraire, dans deux cas analogues les appareils prothétiques ont rendu de grands services.

M. BROCA. J'ai vu Blandin tenter le redressement d'une fracture consolidée angulairement. Il y eut décollement de l'épiphyse. L'enfant est sorti amélioré, mais je ne me rappelle pas si la consolidation était complète.

M. GIRALDÈS. Vouloir redresser ce membre par des appareils prothétiques, c'est savonner un nègre pour le blanchir.

M. DÉSORMEAUX. Contrairement à l'avis de M. Giraldès, je serais disposé à essayer l'emploi d'un appareil prothétique. Je n'y vois aucun inconvénient, il y aurait peut-être quelque avantage. D'ailleurs il vaudrait mieux, ce me semble, avec l'idée singulière de blanchir un nègre, le savonner que l'écorcher.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie la Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission chargée de présenter des candidats à une place vacante de membre titulaire.

La Commission propose en terminant la liste suivante :

En première ligne, M. Labbé.

En deuxième ligne, *ex æquo*, par ordre alphabétique, M. Després et M. Tillaux.

En troisième ligne, M. Leroy (d'Étiolles).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
pendant l'année 1865.

86. Hémorrhagies secondaires après l'accouchement (après la délivrance), par M. Odin.

87. Considérations générales sur l'hydrothérapie; de quelques-unes de ses applications, par M. Tourton.

88. Fièvre catarrhale: épidémie observée à bord du vaisseau *le Duguay-Trouin*, aux mois de février et mars 1863, par M. Chaumezière.

89. De la fièvre typhoïde chez les enfants, par M. Cahierre.

90. Anatomie et pathologie des bourses celluleuses sous-cutanées, par M. Bleynie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 21 juin 1865, M. Charbonnié, chirurgien de 2e classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets en date du 21 juin 1865 :

M. Gervais, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie, physiologie comparée et zoologie, à la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Gratiolet, décédé.

M. Milne-Edwards, agrégé près l'École supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de zoologie à la même école, en remplacement de M. Valenciennes, décédé.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien au Bureau central vient d'être arrêté de la manière suivante :

MM. Giraldès, Maisonneuve, Gosselin, Huguier, Cazalis, jurés titulaires. Danyau, Gubler, juges suppléants.

— Une faute typographique ayant dénaturé notre dernière nouvelle du jeudi 22 juin, nous la rétablissons de la manière suivante :

Lundi 26 juin, à sept heures et demie du soir, conférence sur Harvey, par M. Béclard.

Lundi 3 juillet, M. Broca clora les conférences par une étude sur Celse.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finit le 30 juin sont instamment priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Ils s'épargneront ainsi le désagrément de payer les frais de recouvrement nécessités par la traite que nous sommes sur le point de tirer sur eux; frais de recouvrement qui leur sont complétement à charge, sans que nous ayons intérêt à les leur faire supporter.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Tumeur cancéreuse du testicule chez un enfant âgé de seize mois.

(Leçon recueillie par M. LOUVET, interne des hôpitaux.)

Parmi les malades qui seront opérés ce matin sous vos yeux, il en est un qui offre un assez grand intérêt et sur lequel je désire appeler plus particulièrement votre attention. C'est ce jeune enfant, âgé de seize mois seulement, que vous avez vu au n° 28 de la salle Saint-Côme, et qui est affecté d'une tumeur volumineuse des bourses. Il nous a été envoyé, il y a quelques jours, comme atteint d'hydrocèle et nous n'avons sur ses antécédents aucun renseignement précis.

Au lieu d'offrir l'aspect pyriforme ou même cylindrique que l'on rencontre généralement dans l'hydrocèle, au lieu de présenter une surface lisse et unie et de remonter assez haut du côté de l'orifice externe du canal inguinal, cette tumeur est assez régulièrement ovoïde, aplatie dans le sens transversal, un peu bosselée dans certains points, bien nettement circonscrite et limitée à la région même des bourses. Par sa consistance assez ferme, par son poids, ses bosselures, l'absence complète de transparence et l'ensemble de ses caractères, elle se distingue manifestement de l'hydrocèle simple.

Les téguments qui recouvrent cette tumeur sont tendus et présentent surtout dans les parties les plus déclives une coloration rougeâtre, et les veines sous-cutanées très-développées se dessinent sous la peau. Il y a là évidemment une modification assez prononcée de la circulation veineuse, modification qui semblerait indiquer la présence d'un néoplasme morbide. Le cordon n'offre pas d'altération sensible; les ganglions inguinaux paraissent également sains. Cette tumeur offre à la pression une résistance élastique, mais dans certains points on perçoit une sensation obscure de fluctuation. Lorsqu'après l'avoir soulevée on l'abandonne à elle-même, elle retombe lourdement comme les tumeurs solides des bourses, bien différente en cela encore de l'hydrocèle. La pression ne paraît pas provoquer de douleur notable.

Pour reconnaître sa nature, nous l'avons ponctionnée avec une épingle; nous avons pu constater alors que la pointe de cette épingle n'était pas libre comme si elle avait joué dans une cavité; qu'au contraire on percevait, en essayant de la faire manœuvrer, une sensation de frottement un peu rugueux. La piqûre a donné issue à un liquide sanguinolent et comme visqueux. L'état général du malade est du reste satisfaisant.

Le diagnostic de cette tumeur nous semble assez difficile; il résulte de ce que nous avons dit tout à l'heure que nous pouvons éliminer l'hydrocèle. Si le sujet était adulte, on pourrait hésiter entre une hématocèle de la tunique vaginale et une tumeur solide du testicule. Mais chez d'aussi jeunes enfants, l'hématocèle est une affection excessivement rare, et tout en admettant sa possibilité dans le cas actuel, nous la croyons peu probable. Nous pencherions donc plus volontiers vers la seconde hypothèse, d'autant plus que l'on voit parfois des enfants présenter des néoplasmes morbides dans différents points de l'organisme et dans le testicule en particulier. C'est ainsi que la science possède quelques cas, très-rares il est vrai, de sarcocèles observés chez des enfants nouveau-nés. Quant à préciser la nature de cette tumeur solide, nous ne saurions le faire; mais pourtant, l'absence d'altérations notables de la peau, eu égard au volume considérable de la tumeur, l'intégrité du cordon, l'existence de quelques bosselures arrondies et non adhérentes à la peau, enfin l'état général du malade nous feraient admettre de préférence la maladie kystique du testicule.

Le choix du mode opératoire est rendu difficile par l'obscurité du diagnostic. Dans le cas de tumeur de mauvaise nature ou de maladie kystique du testicule, il faudrait avoir recours à l'ablation de cet organe, à la castration; dans l'hématocèle, au contraire, il faut respecter la glande séminale souvent intacte et faire en sorte de détacher les couches stratifiées qui l'entourent, en un mot de pratiquer la décortication. Comme la première opération est grave et ne doit être faite qu'en cas de nécessité absolue, dans le doute où nous sommes, nous agirons comme si nous avions à traiter une hématocèle, sauf, pendant le cours de l'opération, à modifier notre manuel opératoire lorsque le diagnostic sera éclairci.

Une incision sera pratiquée sur la partie antéro-externe de la tumeur et poursuivie jusqu'à son extrémité inférieure, puis nous la disséquerons de façon à l'énucléer autant que possible et à laisser intact à la partie postérieure et supérieure le point qui correspond au testicule dans l'hématocèle. Si rien, dans cette première partie de l'opération, ne vient nous éclairer suffisamment sur le diagnostic, nous inciserons la tumeur en avant, de manière à juger de son aspect intérieur et nous agirons ensuite d'après le résultat de cet examen.

La tumeur ne présentait avec les bourses que des adhérences celluleuses assez faibles; elle fut isolée sans trop de difficulté, et M. Giraldès, reconnaissant qu'elle était complétement solide et occupait le testicule lui-même, résolut de l'enlever. Le cordon fut lié en masse et coupé un peu au-dessus de son insertion. Il ne s'écoula pendant toute l'opération qu'une faible quantité de sang. La plaie fut réunie à l'aide de trois points de suture métallique assez espacés, de manière à permettre l'écoulement facile du pus.

La tumeur a la forme d'un ovoïde un peu aplati transversalement, à grand diamètre dirigé d'avant en arrière et un peu de haut en bas. Le cordon intact vient s'insérer sur son bord supérieur. Sa forme et sa position rappellent donc à peu près celles du testicule, mais ses dimensions sont considérablement amplifiées; son grand diamètre mesure 75 millimètres; son petit diamètre, 5 centimètres; sa grande circonférence, 19 centimètres. Elle offre à une pression légère une résistance élastique, mais si la pression est un peu soutenue, son tissu cède et s'écrase sous le doigt; elle est complétement enveloppée par une membrane assez épaisse qui paraît n'être autre chose que le feuillet pariétal de la tunique vaginale, feuillet recouvert à sa face interne d'une fausse membrane fibrineuse, élastique, se rétractant après l'incision et offrant dans son épaisseur quelques ecchymoses, quelques suffusions sanguines d'un rouge un peu violacé. Cette membrane n'adhère à la tunique albuginée que par des tractus celluleux qui se laissent facilement déchirer. L'épididyme est situé sur le bord supérieur de la tumeur, au point d'attache du cordon; il paraît avoir conservé son volume normal.

La tunique albuginée forme l'enveloppe la plus interne de la tumeur; elle est blanchâtre, lisse à sa surface, sans solution de continuité, mais présente dans son épaisseur, qui est augmentée, des veines volumineuses et gorgées de sang noirâtre. A l'aide de coupes verticales et transversales on constate que la tumeur est formée de deux parties assez distinctes :

1° Un noyau central;

2° Une couche périphérique.

1° La partie centrale offre un aspect blanc bleuâtre, sans trace apparente de vascularisation; elle est peu consistante et paraît constituée par une trame fibroïde dans les mailles de laquelle est infiltré un liquide analogue au blanc d'œuf et d'aspect colloïde, s'écoulant difficilement à la coupe, mais se laissant chasser par la pression. On voit alors qu'il diffère notablement du suc laiteux auquel on a donné le nom de suc cancéreux. Dans quelques points du centre on trouve aussi des noyaux un peu jaunâtres, d'aspect presque tuberculeux, plus consistants que les parties voisines. Enfin on rencontrait également sur la coupe deux ou trois petites cavités peu profondes, du reste, qui semblaient avoir appartenu à de petits kystes.

II° De cette sorte de noyau central partent en divergeant des lignes rougeâtres qui divisent la partie périphérique de cette tumeur en segments, les uns assez nettement limités, les autres moins distincts. On peut en compter huit environ sur une coupe verticale. L'intervalle de ces lignes est occupé par une masse d'un blanc jaunâtre entièrement solide, assez consistante, d'apparence tuberculeuse, se laissant écraser et devenant pulpeuse sous une pression un peu énergique.

L'un de ces lobules, arrondi et ovoïde, offre dans toute son étendue une coloration d'un rouge foncé qui paraît due à des extravasions sanguines dans son épaisseur. Quelques vaisseaux volumineux circulent dans la tumeur. Cette partie périphérique ne contient pas non plus de suc cancéreux.

Ajoutons que la tumeur ne présente de ramollissement en aucun point.

Examen histologique. — M. Hayem, mon collègue, a bien voulu se charger de l'examen microscopique. Voici le résultat de ses recherches.

Le stroma de la tumeur a une structure vaguement fibrillaire et présente un grand nombre de noyaux embryo-plastiques et fibro-plastiques très-pâles et infiltrés pour la plupart de granulations graisseuses.

Les éléments contenus dans cette trame sont :

1° Des cellules volumineuses, irrégulières, affectant diverses formes, granuleuses à leur surface, offrant un ou plusieurs noyaux, et caractéristiques, en un mot, du cancer encéphaloïde. Elles sont disposées par groupes épars çà et là et ne se rencontrent pas dans tous les points de la tumeur.

2° Un très-grand nombre de corps granuleux, de gouttelettes de graisse libres et de cristaux de margarine, soit sous forme d'aiguilles fixées et dispersées dans la préparation, soit en groupes caractéristiques.

Dans les points jaunes de la tumeur, le microscope fait voir une très-grande quantité de matière amorphe granuleuse, sorte d'infarctus fibrineux ayant subi une métamorphose graisseuse.

Dans les points rouges la vascularisation est assez grande et on rencontre quelques éléments du sang extravasés.

Les tubes séminifères n'ont pu être retrouvés, et on ne saurait donner ce nom à quelques fragments irréguliers ayant une forme vaguement cylindrique et du reste assez rares.

Ajoutons que M. Giraldès a examiné la tumeur de son côté et est venu confirmer les recherches de M. Hayem.

Réflexions. — En résumé, l'examen microscopique nous a montré ici les caractères d'un cancer encéphaloïde dont la trame conjonctive, assez abondante, ne contient relativement que peu de cellules cancéreuses, tandis qu'elle est infiltrée d'albumine et de fibrine et est très-riche en éléments graisseux. Il est donc impossible de douter de la nature de cette tumeur, d'autant plus que par ses signes physiques, elle répond assez exactement aux descriptions qui ont été données de l'encéphaloïde du testicule.

Ce fait est intéressant à divers points de vue. Notons d'abord que le malade n'était âgé que de seize mois; chose assez rare et dont la science possède peu d'exemples.

Signalons ensuite la difficulté du diagnostic, qui fut telle que la nature de la tumeur ne put être reconnue qu'après l'opération. Peut-être si on eût examiné au microscope le liquide sorti après la ponction y eût-on trouvé des cellules cancéreuses.

Relativement au pronostic, il est à craindre évidemment que d'autres tumeurs cancéreuses ne se forment soit dans les tissus voisins, soit dans les ganglions, soit enfin dans d'autres points de l'organisme. Mais, s'il est vrai que la récidive puisse parfois ne pas avoir lieu, nous ferons remarquer que notre malade se trouve dans les meilleures conditions pour y échapper. En effet, la tumeur était nettement limitée à la cavité de la tunique albuginée intacte, le cordon est sain, les ganglions lombaires ne peuvent être sentis, l'état général est satisfaisant. De plus, nous avons appris, depuis l'opération, qu'aucun membre de la famille n'a jamais été atteint d'affection cancéreuse, que les parents existent encore et jouissent d'une santé excellente.

TRAITEMENT DE L'ANGINE COUENNEUSE,

Par M. le docteur RÉVILLOUT.

(Travail lu à l'Académie de médecine dans la séance du 20 juin 1865.)

Depuis quelques années j'emploie contre l'angine diphthéritique une méthode qui m'a toujours réussi, bien que je l'aie mise en usage dans des cas qui semblaient fort graves.

Cependant j'hésitais à en parler, et peut-être hésiterais-je encore si je n'eusse été encouragé par les conseils d'un maître, M. le professeur Trousseau, qui, me l'ayant vu appliquer et l'ayant appliquée lui-même, m'engagea à la publier. D'ailleurs, s'il est vrai de dire qu'on ne saurait mettre trop de prudence et de lenteur dans l'examen d'une question de thérapeutique, je craindrais que ce ne fût une faute d'attendre trop pour appeler l'attention sur un moyen qui peut être efficace contre une affection dangereuse.

J'ai été moi-même le sujet de ma première observation. Il y a neuf ans, comme j'étais externe dans le service de M. Blache, où sévissaient alors le croup et l'angine couenneuse, j'y pris le germe d'une diphthérie qui envahit rapidement les fosses nasales et l'arrière-bouche. Faute d'espace, je ne puis entrer dans les détails. Qu'il me suffise de dire qu'en outre des signes locaux, les phénomènes généraux étaient aussi des plus accusés : engorgement ganglionnaire considérable, mal de tête intense, accablement, frissonnements, courbature, dégoût absolu, insomnie, bientôt adynamie croissante, pâleur et bouffissure du visage, rien ne manquait à ce qui constitue l'intoxication diphthéritique.

M. Maingault avait eu la bonté de venir me donner des soins, lorsque j'eus envoyé à l'hôpital, pour faire excuser mon absence, un échantillon de ces fausses membranes épaisses, résistantes, que j'expulsais avec effort au milieu de flots du liquide âcre produit du coryza couenneux.

Il m'avait conseillé l'usage du nitrate d'argent en solution, et, bien que j'eusse peu de confiance en ce moyen, que j'avais vu trop souvent échouer, je me conformai fidèlement à l'ordonnance. Je fis dans le nez

les injections prescrites, bien qu'elles me fissent éprouver la plus atroce douleur possible.

Cependant, je n'allais pas mieux. M. Maingault me fit même comprendre, après m'avoir regardé la gorge à sa troisième visite, qu'il était loin d'être satisfait de la marche que prenaient les choses. Il m'approuva lorsque je parlai de faire appeler aussitôt mon père par dépêche télégraphique.

Dès lors, je me sentis condamné; mais comme j'en étais à ma cinquième année d'études médicales, je ne voulus pas me laisser mourir sans tenter encore quelque chose.

Je me mis à réfléchir sur moi-même, comme un médecin réfléchit sur un malade dont le cas est presque désespéré et qui l'intéresse d'une manière particulière.

Voici quels furent mes raisonnements :

Aux yeux de tous, les manifestations locales, les fausses membranes, jouent un grand rôle dans la diphthérie, soit par leur extension possible, soit par l'adynamie, ou, suivant quelques-uns, l'intoxication véritable dont elles deviennent une source nouvelle.

Il fallait trouver un agent qui ne put devenir toxique, quelque fut l'abus qu'on en fit, qui ne mortifiât jamais les surfaces malades, mais les excitât seulement, changeât leur sécrétion, les mît au vif et les modifiât sans danger.

Je songeai tout d'abord aux acides végétaux, et particulièrement à celui du citron qui, ne manquant pas d'énergie, sans être aggressive pour l'estomac s'il y pénétrait, était naturellement uni à une sorte de mucilage qui le faisait adhérer plus longtemps.

Je me fis donc apporter trois douzaines de citrons dont j'usai le jus en gargarismes. J'en avalais chaque fois une partie pour agir plus profondément; une autre partie refluant dans les fosses nasales. Il n'en restait plus lorsque mon père arriva, quatorze heures après. La douleur locale avait graduellement augmenté, jusqu'à devenir insupportable; mais les fausses membranes se détachaient, l'engorgement ganglionnaire se dissipait, et mon père me jugeait en voie de guérison. Je continuai ce seul remède, et bientôt je fus en état d'être emmené dans la province, où je me ressentis encore longtemps de l'adynamie diphthéritique.

Certes, je ne fus pas le premier à employer le jus de citron dans l'angine couenneuse; mais je crois pouvoir dire que je fus le premier à l'employer comme il le faut pour qu'il soit vraiment efficace.

Par exemple, ai-je besoin de mentionner la pratique de ceux qui, suivant une formule anglaise, le faisaient prendre par cuillerées dans le rhumatisme et quelques autres maladies inflammatoires et diathésiques, peut-être quelquefois des angines dans ce nombre? Ils voulaient agir sur le sang et négligeaient les effets topiques, tandis que moi c'est au contraire comme un modificateur local que je l'ai choisi.

Le mode d'administration et les doses ne variaient pas moins que le but.

D'autres employaient le citron comme un adjuvant inoffensif pour aider la chute des pseudomembranes de l'angine couenneuse bénigne. A intervalles toujours fort éloignés, ils le portaient au fond de la gorge à l'aide d'un pinceau lorsque le mal ne leur inspirait aucune inquiétude. M. Trousseau le fit autrefois sur les enfants de l'hôpital Necker, et c'est dans le même but et les mêmes circonstances qu'on emploie aujourd'hui le vinaigre aromatique à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Mais entre cette manière d'agir et la mienne, la différence est telle que M. Trousseau n'en regarda pas moins ma méthode comme originale.

Il l'essaya chez un malade qu'il soignait pour une diphthérie des plus graves, et fut frappé, dit-il, de la rapidité avec laquelle les fausses membranes se détachèrent.

Mon père eut toujours à s'en louer depuis neuf ans qu'il la mit en usage, et de mon côté, j'eus pour en faire l'expérience des occasions d'autant plus répétées, que mes amis n'ignoraient pas l'histoire de ma maladie.

Comme elles sont elles-mêmes le résultat d'une forme spéciale de phlegmasie, sinon d'une inflammation spécifique, il est urgent de les faire disparaître, non point en cherchant à les dissoudre comme des morceaux de fibrine au fond d'un vase, mais en modifiant la nature de l'inflammation qui les produit; en d'autres termes, en employant une médication substitutrice, suivant le mot heureux de M. Trousseau. Tel est le but que l'on peut poursuivre à l'aide des différents topiques; mais pour que leur action fût pleinement efficace, il faudrait qu'elle fût assez continue pour l'emporter en influence sur les dispositions morbides. Lorsqu'il s'agit d'angine couenneuse, cette condition est d'autant plus indispensable que les fausses membranes existantes jouent le rôle de cuirasse à l'égard de la muqueuse qu'elles recouvrent, et la protégent contre tout liquide qui ne les baigne pas assez longtemps pour pénétrer au-dessous d'elles. Il faudrait donc choisir une substance dont les applications pussent être renouvelées pour ainsi dire sans intervalles.

En peut-il être ainsi du nitrate d'argent, des acides minéraux, du perchlorure de fer? Non sans doute, car ces substances finissent par détruire les tissus, lorsqu'on en use trop largement en solutions un peu concentrées; elles sont loin d'être innocentes, lorsqu'on les avale à hautes doses, et, quand on les dilue, leur utilité disparaît plus vite que leurs inconvénients.

En écartant bien entendu tous ces cas d'angine couenneuse simple qui pullulent dans la pratique, je trouve la mention de onze faits dans mes notes personnelles dont les plus anciennes ne remontent pas à plus de quatre ans, car jusqu'alors j'avais laissé perdre mes observations déjà nombreuses.

Sur ces onze faits, plusieurs mériteraient des détails dans lesquels les limites fixées à cette lecture ne me permettent point d'entrer. Je dois me borner à rapporter de l'une des premières observations, comme spécimen, ce qui me semble essentiel à faire connaître sur la marche du traitement et son influence.

Le 9 avril 1862, je fus appelé rue Saint-Thomas-Saint-Jacques, n° 5, chez un jeune homme qui était soigné depuis plusieurs jours par un de ses amis, médecin étranger, non autorisé à exercer en France. Ce médecin, voyant que le mal empirait et craignant une issue funeste, se retira, et l'on vint me chercher. L'engorgement ganglionnaire était énorme, les fausses membranes grisâtres, épaisses, résistantes, attiraient par leur rétraction les tissus environnants et simulaient de profonds ulcères, surtout sur l'amygdale gauche chroniquement hypertrophiée; la dysphagie, l'adynamie, la céphalalgie, le découragement étaient considérables.

J'ordonnai d'employer par heure le jus d'au moins quatre citrons, dont on laisserait tomber une partie dans l'arrière-gorge, afin d'agir durant la déglutition sur le pharynx et l'œsophage. Ce manége fut continué sans interruption toute la nuit, malgré la douleur presque insupportable qu'il provoquait au bout de quelques heures.

Le lendemain, 10 avril, au matin, les fausses membranes étaient blanchies; elles paraissaient au moins aussi épaisses, mais beaucoup plus molles et se dessinaient en relief sur des tissus qui n'étaient plus bridés par elles. Même prescription. Le soir, les fausses membranes étaient détachées en grande partie, l'engorgement ganglionnaire et le gonflement de la face avaient notablement diminué. Le 11 au matin, après trente-six heures, il ne restait plus aucune parcelle des fausses membranes primitives qui, sur quelques points, étaient remplacées par des concrétions minces, transparentes, peu adhérentes. Sur la muqueuse palatine, vers l'insertion du voile du palais, on remarquait une légère exsudation pultacée, analogue à celle qu'on rencontre dans les scarlatines communes. Je fis mêler le jus de citron avec partie égale de sirop de mûres, et diminuer la quantité jusqu'à un seul citron par heure. Le lendemain il n'existait plus de fausses membranes d'aucune espèce, l'engorgement ganglionnaire avait presque entièrement disparu. Je fis cesser les gargarismes.

Bien qu'écourtée, cette observation peut servir de type en ce qui regarde les fausses membranes et la manière dont elles se comportent avant de se détacher sous l'action du citron. Si elles sont épaisses, grisâtres, rétractiles, elles se ramollissent et blanchissent; puis, lorsqu'elles sont tombées, souvent il se produit à leur place soit une seule fois, soit deux ou même trois, des concrétions tantôt blanches et minces, tantôt très-molles et comme puriformes. Sur d'autres points, lorsqu'il a fallu pousser très-loin les gargarismes, la muqueuse buccale sécrète parfois un enduit blanc, abondant surtout vers le fond de la voûte palatine; bientôt cet enduit se détache en découvrant une surface rouge et très-sensible. Dans certains cas aussi la luette, qui était ou n'était pas auparavant recouverte de fausses membranes, se gonfle, s'allonge et devient comme œdémateuse quand il existait en même temps de la diphthérite gengivale, comme je l'ai noté dans trois cas; au bout de quelques heures, les gencives dénudées sont devenues le siége d'une hyperesthésie tellement vive, de forme d'exacerbations névralgiques, que, malgré toutes les précautions pour en écarter les gargarismes, il n'était pas facile d'obtenir du malade la continuation du traitement.

Dans un cas, j'ai vu le citron faire cesser des vomissements qui se répétaient presque continuellement depuis seize heures. C'était chez un M M..., teneur de livres, âgé de quarante-sept ans, rue Saint-André-des-Arts, n° 22. Lorsque je fus appelé chez lui le 14 octobre 1864, à huit heures du soir, l'angine avait quatre jours de durée; l'amygdale droite et le pilier du voile du palais du même côté étaient entièrement recouverts d'une pseudo-membrane dont on distinguait peu les limites inférieures, il en existait d'autres sur la paroi postérieure du pharynx, sur la luette et l'amygdale gauche. Outre les ganglions sous-maxillaires gonflés, il y en avait un gros comme une noix dans la région sous-mastoïdienne droite. Le malade accusait une douleur aiguë qui de là, disait-il, s'étendait et répondait dans tout le côté de la tête. Les vomissements avaient commencé le matin vers quatre heures, la prostration était extrême, le pouls faible et intermittent. Je fis administrer le jus de citron à très-hautes doses, en gargarismes en partie avalés, et à partir de ce moment il n'y eut plus que cinq vomissements qui se succédèrent à intervalles de plus en plus longs, et dont le dernier eut lieu le samedi vers trois heures du matin. Il fallut plus de temps jusqu'au dimanche pour amener une notable diminution du ganglion sous-mastoïdien et la disparution complète de la douleur qui en partait. Les fausses membranes alors détachées se reproduisirent jusqu'à trois fois de plus en plus minces et molles; il y eut d'employés en tout cent vingt citrons, ce qui n'est pas un maximum, car chez un autre malade ainsi traité on en compta cent quatre-vingt-cinq.

Je regrette de ne pouvoir ici rapporter l'observation précédente dans son entier, car elle est très-curieuse, ne fût-ce que par les phénomènes nerveux insolites qui se manifestèrent dans la convalescence, et qui n'ont point encore été compris dans les classiques descriptions de la paralysie diphthéritique.

Il ne faudrait pas croire en effet que le traitement par le citron prévient toujours les phénomènes nerveux consécutifs. Plusieurs fois ils se sont présentés sous une forme ou sous une autre :

Simple paralysie momentanée du voile du palais chez un journaliste italien, M. M..., pour lequel je fus appelé, rue de l'Université, 80, le 9 juin 1864.

Paralysie du voile du palais avec adynamie profonde, etc. : 1° chez M. de G..., avocat, rue des Saints-Pères, 29, traité pour une angine couenneuse du 5 au 10 mars 1862; il partit aussitôt après en convalescence à Bordeaux; 2° chez M. X..., étudiant en droit, hôtel de France, rue Bonaparte, 50 (27 janvier 1864).

Ce dernier, chez lequel, outre l'angine couenneuse, il existait sur le coude-pied une plaie qui se recouvrit de fausses membranes épaisses entourées d'un liseré rouge vif, étant retourné, une fois guéri, chez son père, notaire à Bernes, en Artois, après divers symptômes nerveux, y fut pris d'un rhumatisme articulaire; chose que je note parce que plusieurs médecins anglais, entre autres le docteur Jenner (*Dublin Quarterly journal*, nov. 1861), ont également observé des cas de rhumatisme survenant à la suite de l'angine couenneuse; est-ce une simple coïncidence, ou faut-il y voir autre chose comme à la suite de la scarlatine?

Affaiblissement des membres inférieurs avec essoufflement facile et rachialgie chez M. Th..., tailleur, rue Sainte-Marguerite, 35 (20 janvier 1865).

Dyspnée intense revenant par accès chez M. F..., mécanicien, rue Sainte-Marguerite, 16 (18 juin 1863), comme entre autres choses chez M. M..., teneur de livres, mentionné plus haut.

Je ne puis, faute de temps, insister davantage.

Dans les onze faits que j'ai eus en vue, je n'ai pas compté M. B..., avocat, rue de l'Université, 12. Ce malade, que je vis avec M. le professeur Trousseau, le 3 mars 1865, a-t-il bien eu une diphthérie proprement dite, précédant une scarlatine, ou seulement une scarlatine anormale à forme angineuse couenneuse grave? Nous avons penché vers la première solution, où la forme même de l'angine, bien que le doute fût permis, puisque cette première angine, ayant disparu après cinq jours, une angine scarlatineuse bien caractérisée se manifesta, accompagnée cette fois d'éruption générale. « En tout cas, ajouta M. Trousseau, il n'en était pas moins important pour le malade d'être débarrassé de ses pseudo-membranes, car la complication angineuse portée à ce point n'est pas la moins grave qui puisse se rencontrer chez un scarlatineux. »

En résumé, par notre méthode, qui est originale, non par la nature de l'agent choisi, mais par la manière d'en tirer parti et par les doses, nous avons vu, et d'autres que nous ont vu dans les diphthéries les plus graves les fausses membranes disparaître et les malades être guéris. Cette méthode, malheureusement, ne peut servir lorsqu'il existe déjà des fausses membranes dans les parties de l'arbre aérien que les gargarismes ne peuvent atteindre; elle ne peut non plus servir chez les très-jeunes enfants, car elle demande de la part du patient une certaine persévérance et un certain courage qu'on ne peut guère espérer avant l'âge de raison.

Mais dans ces limites, chez les jeunes gens et chez les adultes, la diphthérie a fait trop de victimes, depuis quelques années surtout, pour qu'on ne prête pas quelque attention à ce qui peut en diminuer le nombre.

En terminant, nous devons dire que le jus de citron s'est montré sans grande influence contre ces angines herpétiques, ces exsudats pultacés de forme lenticulaire et d'un blanc mat que le chlorate de potasse fait si promptement disparaître.

COMPTE-RENDU

sur l'histoire et le traitement de la fistule vésico-vaginale,

Par M. le docteur H.-E. Gantillon.

Quoique nous soyons tout à fait disposé à admettre que le succès en cette matière a toujours été le résultat entre les mains de M. le docteur Marion Sims (de New-York), et que ce succès ait été la règle générale, tandis que l'insuccès ait été l'exception, nous pensons qu'il est de notre devoir, tout en lui rendant justice, de ne pas non plus oublier de faire remarquer qu'entre les mains de chirurgiens très-distingués aussi le résultat n'a pas toujours couronné leurs efforts.

C'est pour cette raison que nous pensons devoir exposer les moyens propres à éviter les résultats fâcheux, quelque peu nombreux qu'ils soient, que nous sommes forcé de reconnaître.

Nous puisons ces renseignements dans un travail publié en Amérique par un chirurgien très-habile, M. le docteur P.-M. Kollock, professeur de l'Académie de médecine de Savannah (Géorgie), États-Unis du Sud (Amérique), qui a dévoué sa grande expérience au traitement de cette triste affection.

Les causes d'insuccès se trouvent dans le mode de suture. Les fils d'argent souvent se frayent un chemin au travers des tissus, quelque précaution que l'on prenne de les introduire à une certaine distance des bords de la plaie et même à une profondeur rationnelle dans l'épaisseur des tissus sous-muqueux. Ce mécompte est dû généralement aux irrégularités et à la rigidité de la surface de la muqueuse vaginale, de plus à d'anciennes cicatrices qui laissent les parois vaginales indurées et empêchent le rapprochement régulier des lèvres de la plaie dans une position parallèle nécessaire à la réunion de ses bords.

Plusieurs observations rapportées dans le travail de M. le docteur Kollock où nous puisons ces détails confirment la véracité de ce qu'il avance.

Pendant l'hiver dernier, dit l'auteur, j'ai reçu une petite brochure intitulée : *Remarques sur la fistule vésico-vaginale*, avec les détails de sept opérations heureuses, qui m'avait été adressée par son auteur M. le docteur H. Bozeman, de Montgomery (Alabama).

Dans cette brochure, le docteur Bozeman décrit un nouveau genre de suture (qui lui est propre), qu'il présente à l'examen du corps médical avec la confiante assurance fondée sur les résultats qu'il a obtenus.

Il attribue la découverte de cette nouvelle suture à ses échecs répétés par l'usage de la suture de M. le docteur Sims, même dans les cas favorables où un mauvais résultat ne devait pas être soupçonné. Particulièrement dans un cas de *fistule double*, dans lequel la méthode du docteur Sims était tout à fait inapplicable, il allait, découragé, prononcer le cas incurable, quand un effet du hasard, semblable à celui qui fit découvrir à Newton la loi de la gravitation, le mit sur la route du succès.

Dans le cas de fistule double auquel l'auteur fait allusion, il s'exprime ainsi : « J'avais la parfaite conviction que je ne pourrais jamais guérir mon malade à moins d'inventer un moyen quelconque pour fermer d'emblée les deux ouvertures fistulaires, ou tout au moins de protéger complétement les bords dénudés de l'une pendant le temps de la formation de la cicatrice de l'autre. Je désespérais de trouver ce moyen, quand quelque temps après, en boutonnant mon gilet, une idée me vint que quelque chose de semblable au bouton et à la boutonnière ferait parfaitement l'affaire dans le cas de fistule mentionné. En conséquence, j'imaginai quelque chose d'analogue au bouton de gilet et l'appliquai dans un cas où la suture ordinaire avait fait défaut trois fois. Le résultat fut, comme par la suite, aussi satisfaisant qu'on peut le désirer. »

A cause de l'accident de cette découverte et aussi de son mode d'action, le docteur Bozeman l'a nommée « *suture à bouton*, » et fait remarquer que ce n'est qu'une modification de la suture entortillée.

Les parties essentielles de cet appareil consistent :

1° En un fil métallique pour les sutures;

2° Un bouton métallique ou plaque;

3° Des grains de plomb perforés pour retenir la plaque en sa place.

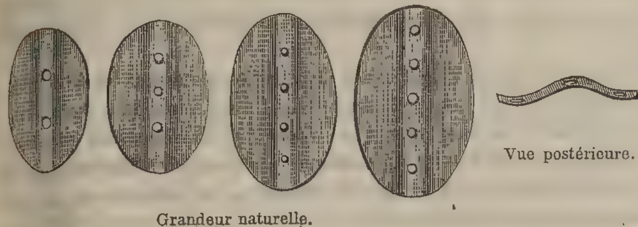
Le fil métallique doit être d'argent le plus pur, de la grosseur marquée généralement n° 93 et convenablement recuit. La longueur de ce fil pour chaque suture doit être généralement aussi de 18 pouces.

Le bouton possède plusieurs particularités : il peut être fait de plomb ou d'argent.

Le plomb, aminci par le marteau à l'épaisseur de 1/16e de pouce, répond assez bien aux besoins. Le bouton d'argent peut être fait plus mince et est préférable pour beaucoup de raisons : il est plus léger, moins susceptible de plier sous la pression ; il admet un polissage plus brillant et permet aux fils de glisser au travers des trous sans tirage.

La grandeur et la forme du bouton dépend de la fistule ; la forme la plus commune est l'ovale. Il doit être concave en dedans, c'est-à-dire la partie qui est en contact avec la fistule ; les bords doivent être un peu retournés pour éviter d'irriter la muqueuse vaginale ; il doit être percé au centre d'autant de trous que l'on pense nécessaire d'user de fils. Les trous doivent être de grandeur nécessaire pour permettre de passer en double les fils à ligature.

Figure 1.



Vue postérieure.

Grandeur naturelle.

Le docteur Bozeman recommande de placer les sutures à une distance l'une de l'autre de 3/16e de pouce. La grosseur du grain de plomb doit être du n° 3.

Les premiers temps de l'opération ne diffèrent pas matériellement de ceux du docteur Sims.

La malade peut-être chloroformée avec avantage. La position de la patiente peut être la même ; les spéculums répondent au besoin ; le ravivement des bords peut se faire de la même manière et avec les mêmes instruments. Les fils métalliques se passent au travers de la muqueuse vaginale au moyen de fils de soie.

Le docteur Bozeman se sert d'une aiguille forte, droite et terminée en forme de lance ; il l'introduit à une distance d'un demi-pouce des parties ravivées.

Fig. 2.

La figure 2 est la représentation de la fistule la plus commune avec ses bords taillés en forme d'équerre et les fils d'argent passés au travers.

Les fils étant passés à leur propre place, on les tire de manière à ce que les deux bouts soient ensemble et les bords de la plaie rapprochés aussi justement que possible. Pour cela, on se sert d'une tige d'acier munie d'un manche, laquelle est perforée, aplatie et arrondie à son extrémité, appelée par M. Bozeman *suture adjuste* ; on passe les bouts de fils dans le trou qui se trouve au bout de cette tige, et l'on fait glisser cet instrument jusqu'à l'origine de l'insertion de chaque deux fils.

Fig. 3.

B — A

Les doubles de chaque fil sont ensuite passés au travers de chaque trou du bouton, et ce dernier est poussé jusqu'aux bords des lèvres de la plaie.

La figure 4 donne une idée exacte de l'aspect

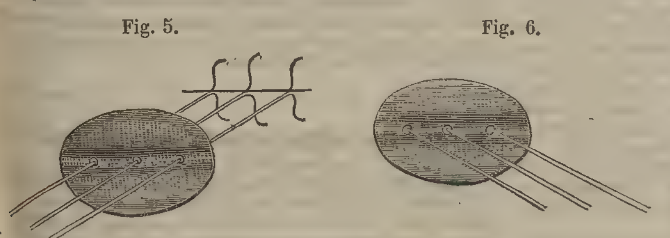
Fig. 4.

de la fistule après l'ajustement des fils de suture.

On fait alors glisser un plomb perforé sur chaque deux fils jusqu'à ce qu'il soit en contact avec le bouton, contre lequel on le maintient en l'écrasant avec une pince à mords plats de manière à ce qu'il ne puisse pas glisser en arrière.

On coupe les fils à un quart de pouce environ des grains de plomb, en ayant soin de séparer et d'aplatir les bouts sur les grains de plomb pour éviter qu'ils ne déchirent la muqueuse vaginale et en même temps retiennent plus solidement l'appareil.

Fig. 5. Fig. 6.



Les figures 5, 6, 7 et 8 représentent, d'après le travail du docteur Bozeman, les différentes applications du *bouton, plombs et fils*. On ne peut enlever l'appareil avant dix ou douze jours. L'auteur, dans son travail, donne l'histoire de plusieurs cas entrepris et guéris par lui que nous ne pensons pas nécessaire de reproduire ici.

Fig. 7.

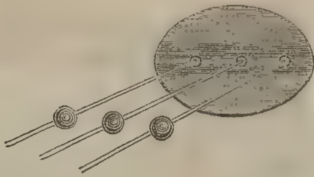


Fig. 8.



Avant de terminer ce petit compte-rendu, qu'il nous soit permis de rappeler au lecteur que M. le docteur H. Savage, du Samaritan Hospital de Londres, a inventé pour l'opération de la périnéoraphie un système de suture du même genre ; seulement, le bouton est remplacé par une petite tige placée de chaque côté des lèvres de la plaie sur lesquelles il arrête l'extrémité de ses fils de suture.

RECHERCHES

sur la disposition des fibres musculaires de l'utérus développé par la grossesse,

Par Th. Hélie, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes (1).

Organe singulier par ses variations anatomiques comme par l'intermittence de ses fonctions, l'utérus a été dans notre siècle l'objet de nombreux travaux relatifs à sa structure. Grâce à ces recherches multipliées, on peut dire que la constitution intime de son tissu, si impénétrable dans l'état de vacuité, est bien entièrement dévoilée. Un point important de son histoire anatomique a toutefois conservé, jusqu'à nos jours, une certaine obscurité ; je veux parler de la *texture*, de l'*agencement* ou de la *disposition* de ses fibres musculaires.

Sur cette question, les anciens se bornaient à dire, comme André Dulaurens (2), que « la matrice est entretissue de trois sortes de fibres » dont les premières, « *droites et fort apparentes,* » permettent à l'organe d'attirer de son col le liquide séminal ; dont les secondes, « *obliques* ou biaisantes, » servent à retenir le fœtus ; enfin, dont les dernières, « *transversales et circulaires,* » concourent à l'expulsion de l'enfant et du délivre. Et, jusqu'à Mme Boivin, on se contenta de semblables données, car on était persuadé que le tissu utérin est complétement inextricable. Le muscle *detrusor placentæ* de Ruysch, muscle circulaire et situé, au dire de ce célèbre anatomiste, vers l'une des cornes utérines, doit être cependant mentionné comme attestant un essai qui resta infructueux.

Mme Boivin en 1821, puis M. Deville en 1844, publièrent sur la texture musculaire de l'utérus les premières recherches vraiment importantes et résolurent ainsi une partie de ce difficile problème. Plus tard (1860), M. Pajot, reprenant la question, donna une description originale qui, aujourd'hui encore, me paraît être une des plus exactes et des plus claires. Mais les travaux de ces auteurs, concordants sur certains points, divergents sur d'autres, laissaient dans l'ombre plusieurs détails d'un réel intérêt. L'origine et la terminaison des faisceaux musculaires, la texture des parties latérales de l'organe, les connexions des fibres du corps avec celles du col, etc., restaient presque tout entières à élucider. C'est cette lacune que M. Hélie a entrepris de combler en faisant de la texture musculaire de l'utérus une étude complète et détaillée.

Pour le dire en commençant, à part certaines réserves sur lesquelles j'aurai à revenir, le travail de M. Hélie me semble dissiper d'une manière heureuse l'obscurité qui régnait encore sur le sujet. Grâce à ses laborieuses recherches, poursuivies avec persévérance pendant douze années, grâce aux dessins d'une très-belle exécution que M. Chenantais a pu joindre à ses descriptions, l'auteur aura puissamment contribué à la solution définitive des points encore litigieux ou inexplorés. Quoique ce travail soit, de sa nature, peu susceptible d'analyse vu la complication extrême des détails, il me paraît utile cependant de donner un aperçu rapide des résultats qui s'y trouvent consignés.

Comme Mme Boivin qui déjà l'avait signalée, M. Hélie admet l'existence d'une capsule fibreuse revêtant l'utérus dans tous les points où le péritoine recouvre cet organe. Cette lame fibreuse, comparable jusqu'à un certain point à la capsule de Glisson, serait plus épaisse sur la face antérieure que sur la face postérieure de la matrice, et présenterait dans tous les cas une minceur qui en rend la démonstration difficile. Pour ma part, je dois dire que sur un utérus frais que j'ai présentement sous les yeux, et qui appartient à une femme morte six heures après être accouchée, cette enveloppe fibreuse sous-péritonéale me semble peu apparente. Toutefois, en procédant avec beaucoup de soin, je puis *dédoubler* la membrane qui, d'une part, adhère au tissu propre de l'organe et de l'autre présente une surface séreuse libre. Cette membrane ne serait donc pas seulement un simple revêtement péritonéal, ainsi qu'elle a été jusqu'ici généralement considérée, mais elle constituerait en outre une capsule enveloppante destinée à l'insertion de nombreuses fibres musculaires. Ce dernier point en particulier est de toute évidence, car on ne peut séparer les moindres lamelles de ce feuillet profond sans entraîner en même temps des parcelles du tissu propre.

Tout en remarquant qu'on pourrait en admettre un plus grand nombre, M. Hélie reconnaît au tissu musculaire du *corps* de la matrice trois couches de fibres, lesquelles sont composées elles-mêmes de bandelettes en faisceaux qui se croisent, se réunissent, puis se dissocient, s'entrecroisent de nouveau et se contournent de telle sorte qu'il semble, au premier abord, impossible d'en suivre le trajet si compliqué. Pour le col, deux couches seulement paraissent exister, et présentent dans leur disposition une moins grande complexité.

Pour avoir une idée de la couche externe du corps, la plus épaisse des trois, qu'on se représente d'abord une bandelette de fibres, large au moins de 3 à 4 centimètres, commençant sur la face postérieure de l'utérus vers la jonction du corps et du col, puis remontant sur la ligne médiane jusque sur le fond de l'organe qu'elle recouvre en partie, pour venir enfin se terminer sur la face antérieure un peu au-dessus du col, et l'on aura ainsi le « faisceau ansiforme » le plus superficiel de tous les plans de fibres utérines. Qu'on se figure ensuite, partant des cornes de la matrice ou du point d'insertion des annexes, deux faisceaux musculaires, un droit et un gauche, lesquels divergeant dans toutes les directions, à la manière des deux expansions conoïdes, puis s'entrecroisant ou se fusionnant entre eux vont, en définitive, se combiner avec le faisceau ansiforme vers la ligne médiane ou dans son voisinage. Qu'on suppose enfin un troisième ordre de faisceaux musculaires qui, ayant pour point d'origine les ligaments larges et embrassant dans une courbe horizontale les bords mêmes de l'organe, viennent s'associer après diverses combinaisons aux fibres des faisceaux précédents, et l'on aura ainsi les trois groupes principaux de fibres qui constituent la couche superficielle.

Dans la couche profonde, indépendamment de deux bandelettes triangulaires et médianes existant, l'une sur la paroi antérieure et l'autre sur la paroi postérieure de l'utérus, on trouve des fibres généralement bien fasciculées dont la direction est presque partout nettement transversale, depuis l'orifice interne du col jusque vers le fond de la matrice. Dans ce dernier point cependant, il convient de signaler une disposition remarquable des fibres musculaires. Celles-ci se rapprochent en faisceaux circulaires et concentriques autour de l'orifice des trompes et simulent ainsi une sorte de muscle orbiculaire à la face interne de chacune des cornes utérines. Il représente sans doute le muscle *detrusor placentæ* de Ruysch. Quoiqu'il en soit, la couche interne est incontestablement celle dont la texture est la moins difficile à suivre et à démontrer. J'ai vu plus d'une fois ses volumineux faisceaux de fibres être presque aussi accusés que ceux d'un muscle du bras ou de la jambe.

Quant à la couche moyenne « fort distincte, dit M. Hélie, des deux autres auxquelles elle est d'ailleurs intimement unie, elle est formée presque entièrement de séries d'anneaux musculaires qui constituent, par leur succession, des canaux contenant les veines. » Ces anneaux forment aux sinus utérins de véritables parois contractiles. La couche moyenne, surtout très-manifeste dans la région de l'insertion placentaire, n'est pas distincte dans le col utérin.

Le col de la matrice, composé seulement de deux couches de fibres vaguement fasciculées, est pour ce motif particulièrement difficile à étudier dans sa texture. Le trajet général de ses faisceaux musculaires est sensiblement transversal, surtout dans l'épaisseur de l'organe et au niveau de l'orifice interne où existe un véritable sphincter. A ses deux surfaces, les fibres « s'élèvent du milieu de chaque paroi et forment des arcs au-dessus des bords de la cavité. »

Telle est dans sa substance, et résumée d'une manière nécessairement bien imparfaite, la texture générale de la matrice développée par la grossesse. Dans sa description, M. Hélie a particulièrement mis en lumière la texture musculaire des bords de l'organe, ainsi que celle de la couche moyenne, dont M. Pajot avait déjà donné une idée très-juste en disant qu'elle est constituée « par des fibres en anses formant une sorte de tissu natté. »

L'auteur a su également mettre en relief les rapports du tissu musculaire avec les vaisseaux sanguins de l'utérus et des ligaments larges ; il a montré que les canaux veineux sont oblitérés d'une façon *active* après l'accouchement, et non par la pression qu'exercent sur eux les divers plans musculaires. Enfin, après avoir consacré un chapitre à l'étude de la composition intime du tissu propre de l'utérus, cherchant à tirer quelques conclusions pratiques des données anatomiques qu'il avait confirmées ou établies, il relate à l'appui de ses déductions deux bonnes observations d'enchatonnement du placenta. J'ajouterai que l'habile concours de M. Chenantais doit être considéré comme une bonne fortune, dont l'auteur a su tirer un heureux profit.

Comme on le voit, le travail de M. Hélie est une œuvre sérieuse, longuement élaborée et riche de faits, telle en un mot que savent en produire les savants consciencieux. Je ne taira pas cependant (et ce sont là les seules réserves que je crois devoir faire) que sa lecture a laissé encore dans mon esprit quelque incertitude relativement à l'origine et à la terminaison *réelles* de beaucoup de faisceaux musculaires dont le trajet est d'ailleurs minutieusement décrit.

Les connexions qui existent entre les fibres du col et celles du corps de l'utérus ne me semblent pas non plus entièrement élucidées. Or, à mon avis, c'est un point qui mérite considération. Ce sont, en effet, ces connexions qui peuvent nous éclairer sur le mode d'effacement du col pendant l'accouchement ; ce sont elles encore qui sans doute pourraient nous rendre raison

(1) Brochure in-8 et grand atlas, par M. Chenantais. Paris, 1864. Chez P. Asselin, libraire-éditeur.

(2) *Histoire anat., etc.* Lyon, 1627, t. II, p. 770.

d'une anomalie curieuse de cet effacement, anomalie non encore signalée jusqu'ici, et qui s'observe dans les cas où le placenta est inséré sur le col utérin. Le plus souvent alors, contrairement à la loi générale, c'est la portion sous-vaginale du col qui s'efface la première, et l'orifice interne vient ainsi temporairement affleurer le fond du vagin.

Puisque je viens d'indiquer une particularité peu connue de l'accouchement, qu'on me permette en terminant d'en mentionner une seconde qui se rattache, comme la précédente, au sujet de cet article.

Chacun sait que l'inflammation du moignon, après les amputations des membres, expose beaucoup à une complication fâcheuse due à une *rétraction excessive* des tissus, je veux parler de la conicité du moignon. Or, l'inflammation ayant dans ce cas un tel résultat, d'où vient que le tissu utérin phlogosé *cesse*, au contraire, *de se rétracter* et conserve à la matrice un volume très-disproportionné? C'est là ce qu'on observe, en effet, d'une manière presque constante chez les femmes atteintes de métrite après l'accouchement. Serait-ce que la *texture* et le caractère des fibres musculaires, qui sont lisses dans l'utérus et striées dans les moignons, peuvent produire des résultats aussi opposés? ou bien l'inflammation du péritoine utérin dans la métrite aurait-elle pour effet de paralyser le tissu musculaire sous-jacent, à peu près comme on le voit pour la tunique musculeuse de l'intestin dans la péritonite de cet organe? Ces deux causes, quoique hypothétiques, me paraissent être les moins inadmissibles.

Dr GUÉNIOT,
Chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

91. Des rétrécissements intrinsèques de l'œsophage, par M. Mansière.
92. De la génération des éléments anatomiques, par M. Clémanceau.
93. Remarques sur une tumeur provenant de la substance grise céphalo-rachidienne, par M. Osobio.
94. Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin, par M. Henrot.
95. Considérations sur la dyspepsie essentielle, par M. Soutzo.
96. Mahomet; étude médico-psychologique, par M. Rondeau du Royer.
97. De la diphthérie, par M. Tillé.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

pendant l'année 1864 (suite).

50. Fragments pour servir à l'histoire médicale de l'opium, par M. Bruneau de Saint-Auban.
51. Étude sur le croup ou laryngite pseudo-membraneuse, par M. Benoît Gonin.
52. Des plantes usuelles des Taïtiens, par M. Nadeaud.
53. Essai sur le delirium tremens, par M. Blanchon.
54. Remarques sur le dragonneau ou filaire de Médine, par M. Joubert.
55. Du catarrhe utérin et de son traitement, par M. Sagnier.
56. De la phthisie galopante considérée chez l'adulte, par M. Maurel.
57. Quelques mots sur les fièvres intermittentes invétérées considérées surtout au point de vue de leur traitement, par M. Espirabé.
58. Essai historique sur la vaccine, son origine et sa nature, par M. Frat.
59. Essai sur l'insolation, par M. Dumas.
60. Observations médico-chirurgicales recueillies sur divers points du globe, par M. Decubis.
61. Relation de la campagne du *Curieux* (mer des Indes et mer Noire, 1861-62-63-64), par M. Maupiou.
62. Aperçu sur les lésions anatomiques de la dyssenterie en Cochinchine, par M. Julien.
63. De la paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. Brunel de Moze.
64. De quelques théories de l'épilepsie au point de vue du siége et des phénomènes convulsifs, par M. Fromet de Rosnay.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret du 24 juin 1865, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Thierry de Maugras, Giulani, Mouret, Renard et Duplessy, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier : MM. Sistach, Lavigne, de Menon, médecins-majors de première classe; Friant, Dandreau, Dumont, Fauvel, Marcenac, Pillon, Humel, médecins-majors de deuxième classe; Ribadieu, médecin aide-major de première classe; Soulé et Quatrefages, pharmaciens-major de deuxième classe; Pietrement et Tixier, vétérinaires en premier; Bernis et Camoin, vétérinaires en deuxième; Alquié, médecin à Mostaganem.

— Hier a eu lieu, à la Maison-École d'accouchement, la distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité. La séance était présidée par M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, assisté des principaux fonctionnaires de l'administration, et en présence du médecin et des chirurgiens de la Maternité.

M. Danyau, professeur honoraire, et d'autres personnes de distinction assistaient à cette solennité.

Le directeur de l'administration a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il s'est attaché à faire ressortir aux yeux des élèves l'importance des devoirs qu'elles sont appelées à remplir. Il les a félicitées au sujet des habitudes d'ordre et de régularité qu'elles ont contractées à l'École, et qui sont un sûr garant de l'estime et de la confiance des populations qu'elles doivent secourir en retournant dans leurs départements.

Le docteur Guyon, chirurgien adjoint de l'École d'accouchement, appelé à rendre compte des opérations du jury, a exposé la nature de l'enseignement reçu à l'École d'accouchement et les résultats des examens subis cette année. Il a donné à son tour aux élèves, en se plaçant au point de vue de l'expérience médicale, d'utiles conseils sur l'exercice de la profession de sage-femme.

Le 1er prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été remporté par Mme Lallier, élève aux frais du département de l'Eure.

Le 1er prix de clinique a été partagé entre Mlle Paul, élève aux frais du département de Tarn-et-Garonne; Mlle Mouret, élève aux frais du département de Lot-et-Garonne, et Mlle Ronsin, élève aux frais du département de Seine-et-Marne.

Le prix de saignée a été remporté par Mme Verney, élève à ses frais.

Le prix de vaccine, par Mlle Paul, déjà nommée.

Et le prix de botanique, par Mlle Clin, élève aux frais du département de l'Allier.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées sont Mlle Paul, Mme Verney, Mlle Clin, Mlle Ronsin.

— Sur le rapport présenté à S. M. l'Empereur par LL. EExc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics et le ministre de l'instruction publique, le 20 juin 1861, une commission spéciale composée de professeurs des écoles de médecine et de pharmacie avait été formée à l'effet de s'occuper de la révision du *Codex* ou *Pharmacopée française* et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage.

MM. J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie de médecine, viennent d'être déclarés adjudicataires et chargés de la publication du *Codex*.

Le travail de la coordination de tous les matériaux et de la rédaction étant terminé, on peut espérer une assez prochaine publication.

Il ne sera pas sans intérêt de rappeler à cette occasion que l'usage du premier *Codex* avait été ordonné par l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, et qu'il fut remplacé successivement par le *Codex medicamentarius*, publié en 1818 chez Hacquart, en 1837 chez Béchet jeune.

Le *Codex* de 1837 n'est plus en harmonie avec l'état de la science. La publication du nouveau *Codex* remplira une lacune depuis longtemps signalée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Le Microscope, sa construction, son maniement et son application aux études d'anatomie végétale, par le professeur Henri VAN HEURCK. In-8°, avec 35 figures dans le texte. Prix : 3 fr. Paris, chez Adrien Delahaye, lib.-édit., place de l'École-de-Médecine.

Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin, par M. le docteur HENROT ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 116 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, lib.-édit., place de l'École-de-Médecine, 23.

De la péricardite hémorrhagique, par M. le docteur DEBEST DE LACROUTILLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8 de 196 pages. Prix : 3 fr. 50, *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 76. — JEUDI 29 JUIN 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 29 JUIN 1865. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE BICÊTRE. Dégénérescence ostéo-calcaire de tout le système artériel aortique. — Traitement des calculeux. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Diabète sucré. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

PARIS, LE 28 JUIN 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Les sondes et bougies flexibles que l'on emploie dans le traitement des rétrécissements divers de l'urèthre ont été l'objet d'une modification que M. Mercier a soumise à l'Académie. Ce chirurgien a fait fabriquer des sondes en gomme pareilles à celles dont nous nous servons dans les hôpitaux, et les a rendues plus solides sans augmenter de beaucoup leur rigidité. Pour cela, il y a fait introduire un fil métallique flexible. C'est là un perfectionnement avantageux. Nous possédons bien les bougies de baleine filiforme pour les rétrécissements étroits, mais il manquait à la pratique des bougies d'un calibre de plusieurs millimètres jouissant des avantages de la bougie de baleine. M. Mercier croit qu'il est bon de posséder des sondes ou bougies assez molles pour suivre la portion prostatique de l'urèthre sans la déchirer, et assez dures pour en conserver la forme, et ces propriétés ne sont pas à négliger dans les cas d'hypertrophie partielle de la prostate où le cathétérisme est d'ordinaire difficile.

M. Chatin a lu un rapport sur un Mémoire de M. Scelles (de Montdésert), Mémoire de médecine atmosphérique, si l'on peut ainsi dire : le traitement de la goutte et du diabète par l'air ozonisé.

Le travail, objet du rapport, repose sur des faits d'observation et des déductions intéressantes que l'Académie a jugé dignes d'être étudiées encore.

M. Batailhé a développé devant l'Académie ses opinions anatomo-pathologiques sur la fièvre puerpuérale; suivant M. Batailhé, et non sans bonnes raisons, la fièvre puerpuérale n'est autre chose qu'une infection putride aiguë.

Dr Armand Desprès.

HOPITAL DE BICÊTRE. — M. Léger.

Dégénérescence ostéo-calcaire de tout le système artériel aortique. — Lésion cérébrale consécutive.

(Observation lue à la Société médicale d'observation par M. Lannelongue, interne du service.)

Chauvelot (Nicolas), âgé de quatre-vingt-deux ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre, salle Sainte-Foy, n° 22, le 18 mars 1863. Interrogé sur ses antécédents, il nous fait des réponses très-vagues, et sait seulement nous dire que depuis cinq à six jours il éprouve des étourdissements et une certaine lourdeur dans la tête. Ses membres sont devenus plus faibles, lui qui, malgré son âge avancé, faisait encore à pied, une fois par semaine, le trajet de Bicêtre à Paris. La personne qui le conduit à l'infirmerie nous apprend que cet homme, ancien soldat de l'Empire, était fort gai, et que dans sa division, où il était depuis six ans, il amusait des heures entières ses camarades en leur racontant ses nombreuses campagnes, et les péripéties des luttes où il s'était trouvé engagé. Son état actuel, la confusion de ses idées ne nous permettent pas de tirer de lui d'autres renseignement sûrs.

C'est parce qu'il a eu dans la matinée du 8 deux attaques convulsives qu'on l'a transporté dans la salle, et voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé le 9 :

Les facultés intellectuelles sont diminuées; la mémoire a en partie disparu, ses idées incohérentes; il se plaint seulement de sa douleur de tête. Les sens sont intacts; aucun trouble de la vue, si ce n'est ceux dus à l'âge; son œil droit porte, en effet, un commencement de cataracte; la sensibilité rétinienne est normale.

Du côté du mouvement, nulle part il n'existe de paralysie; comme je l'ai dit, il y a de la faiblesse dans les membres inférieurs; le malade paraît avoir conservé toute sa force dans les membres supérieurs. Au lieu d'une diminution dans la sensibilité, il existe plutôt de l'hyperesthésie, et cette surexcitation générale est plus marquée dans les jambes qu'ailleurs; lorsqu'on prend en effet un de ses membres il se plaint. Le thorax, l'abdomen n'offrent rien de spécial.

La sonorité de la poitrine est normale; à la base des poumons quelques râles muqueux. L'appareil de la circulation est plus intéressant, et nous a permis de constater une légère hypertrophie du cœur traduite par une matité plus grande de la région précordiale, et en même temps, avec de l'irrégularité dans la succession des bruits, la présence d'un souffle rude, présystolique, dont le maximum était en dehors et au-dessous du mamelon. Il est probable qu'il existe une lésion de l'orifice mitral.

Du côté des artères, nous trouvons les artères de la face dures, flexueuses; le pouls de la radiale est à peine perceptible, et l'artère fémorale, très-superficielle, forme comme une corde dure où la pulsation est également très-diminuée.

Dans la journée du 9, le malade est pris d'une première convulsion, et le soir j'assistais moi-même à une deuxième attaque, consistant en un état de roideur avec contracture à la fois dans les deux membres supérieurs, mais plus marquée dans le côté droit. Les muscles de la face entraient à leur tour en contraction, et au grincement produit par le frottement des dents se joignait le roulement des globes oculaires dans l'orbite, ce qui donnait à la figure amaigrie de ce vieillard un aspect étrange.

La nuit, le malade est pris d'un délire actif; il se lève, veut défaire son lit, et prononce quelques vociférations plaintives. Aucune convulsion.

Les 10 et 11, même état; les convulsions sont devenues plus fréquentes le jour, et les nuits ont été marquées par une agitation plus vive. D'ailleurs, aucune espèce de réaction générale, sauf l'appétit, qui est à peu près aboli.

Le 12, le malade est plus affaissé dans l'intervalle de ces convulsions, dont la durée, d'ailleurs très-courte, est d'une demi-minute environ.

Le 14, le malade tombe dans une somnolence dont il ne sort plus que pour gémir, et je remarque alors que si l'on vient toucher sa jambe droite, il est réveillé comme par une douleur excessivement vive, et une nouvelle exploration de l'artère fémorale montre les battements de cette artère filiforme, à peine sensibles. On ne sent plus la pédieuse, et sur le côté interne du gros orteil apparaît une tache violacée, livide, ne disparaissant pas à la pression; diminution de la température dans le pied.

A partir de ce moment, le malade ne sort plus de son état de torpeur jusqu'au moment de sa mort, qui a eu lieu dans le marasme. D'ailleurs, il n'a présenté d'autres signes que ceux qui se sont passés localement et que je vais décrire rapidement. Ainsi, il n'y a jamais eu de paralysie localisée; les attaques convulsives n'ont pas reparu; toujours dans une sorte de coma, le malade n'en sortait que pour crier lorsqu'on remuait son membre; on était obligé de lui introduire son vin et ses potages dans la bouche pour l'alimenter.

Je reviens à l'état local. De nouvelles plaques livides se sont successivement montrées sur le pied, la jambe, qui est devenue froide, insensible; ces plaques se sont réunies; l'épiderme, les ongles ont tour à tour tombé. Bref, la gangrène s'est étendue, mais s'est limitée au-dessous du genou, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia.

Le 20, toutes ces parties étaient déjà noires, et apparaissait à leur limite le sillon rosé indice du premier travail de séparation qui allait commencer. Les parties situées au-dessus du sillon sont rouges, très-engorgées, et leur contact réveille le malade; les parties au-dessous sont froides et livides.

Le 21 et les jours suivants, le sillon de séparation s'étend de plus en plus en profondeur.

Le 24, il se fait une collection purulente au-dessus du genou, à la partie interne et postérieure de la cuisse; l'abcès est ouvert, et dans la plaie on retire le tendon du couturier; cette particularité, qui alors n'avait aucune signification pour nous, a cependant son importance.

L'état général du malade est très-mauvais; il meurt le 26.

Autopsie. — Cœur et vaisseaux. — Adhérence partielle du péricarde au cœur. Les parois ventriculaires ont un aspect flétri, comme ridées, peu hypertrophiées. Ventricule droit normal; un caillot récent se prolonge à travers les orifices sains dans l'artère pulmonaire. Dans le ventricule gauche, l'orifice mitral présente une légère induration des valvules et deux petites nodosités cartilagineuses, mais l'orifice est suffisant.

L'aorte thoracique est dilatée, et vers sa terminaison la séreuse érodée laisse à nu la substance athéromateuse, qui en certains endroits a envahi les parois du conduit. Ces plaques deviennent plus nombreuses et se transforment subitement dans l'abdomen en concrétions calcaires. Ici, de plus, on observe une disposition curieuse. Au-dessous de l'origine du tronc cœliaque, l'aorte décrit une courbure latérale très-accusée, mais de peu d'étendue en longueur, et le doigt introduit dans le vaisseau vient s'arrêter contre une saillie osseuse proéminant sous forme de valve dans le conduit. C'est qu'à partir de ce point et jusqu'à sa terminaison la paroi aortique, dans les trois quarts postérieurs, a subi toute entière la transformation ostéo-calcaire, et cette portion du vaisseau ainsi dégénérée est aussi rigide qu'un conduit métallique. La séreuse à ce niveau est entièrement détruite, et de petites crêtes osseuses, limitant des dépressions peu profondes, forment la surface interne du vaisseau. Les artères iliaques, les fémorales ont subi la même dégénérescence. Du côté du membre sphacélé, un caillot de coloration foncée dans sa partie supérieure, n'adhérant que par une partie de sa surface, obstrue complétement l'artère. A mesure qu'on se rapproche de la gangrène, ce caillot est insensiblement moins coloré, plus friable; en aucun point, il n'a subi de ramollissement.

J'ai suivi ce caillot jusqu'à la partie inférieure de la jambe, et partout il a présenté ces mêmes caractères; il n'est pas besoin de dire que le caillot s'étendait dans toutes les branches qui proviennent de la fémorale, et qu'il est partout remarquable par la même homogénéité.

Les artères viscérales qui émanent de l'aorte avaient subi la même dégénérescence; mais elles étaient libres de toute coagulation, et les organes auxquelles elles se rendent, sains.

Les vaisseaux de la base de l'encéphale sont également athéromateux; mais, suivis jusque dans leurs divisions les plus ténues, tous m'ont paru perméables. Seule, l'artère cérébrale postérieure, branche du tronc basilaire, est oblitérée à 2 centimètres de son origine; un noyau d'athérome, faisant corps avec la paroi artérielle, obstrue complétement la lumière du vaisseau, et immédiatement en arrière de ce noyau un caillot noir adhérent remplit l'artère; mais déjà celle-ci a pénétré un noyau de substance cérébrale, ayant un aspect tout particulier, et que je vais d'abord décrire; je reviendrai plus tard sur le caillot.

Ce noyau cérébral occupe la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère cérébral gauche. La pie-mère à son niveau est injectée, adhérente. Si par des coupes successives on pénètre des couches corticales jusque dans l'épaisseur de ce noyau, on remarque que la couleur varie de la superficie à la profondeur; que jaune foncée à la surface cette couleur passe rapidement à une teinte plus obscure tirant sur le vert, en quelques points sur le noir. Il n'existe nulle part de cavité; en aucun endroit la substance cérébrale n'est ramollie; elle se fait remarquer au contraire par une sécheresse et une dureté toutes particulières. Cette dureté a même quelque chose de frappant, et ce n'est qu'avec difficulté que le scalpel la pénètre; et avec la dureté, la substance cérébrale est raréfiée, comme si le tissu cérébral s'était tassé, ou avait disparu en certains points pour ne plus laisser que la charpente cellulaire qui le contient. Si on verse un filet d'eau sur cette masse dont le volume est de la grosseur d'un œuf de pigeon, on n'enlève que les débris, et l'aspect aréolaire à reflets verdâtres se montre davantage. C'est d'une manière brusque que cesse cet état du noyau, le pourtour est formé par la substance cérébrale saine, peut-être un peu colorée en gris; mais nulle part, on n'y trouve d'épanchement sanguin.

D'ailleurs, aucun sillon, aucune trace de séparation entre la partie saine et la partie malade. Cette dernière ne possède aucune odeur appréciable. J'ai dit que l'artère cérébrale postérieure la traversait à la partie adhérente à l'extrémité la plus reculée de l'hémisphère; cette artère et toutes les branches qui en partent sont oblitérées; leurs parois sont malades.

Le reste du cerveau est très-sain.

Sans revenir sur les détails de cette observation, nous croyons cependant devoir essayer de lui donner une interprétation. Deux choses doivent être considérées : la gangrène du membre, l'état anatomique de la partie postérieure du cerveau.

Il n'est pas douteux, je crois, que la gangrène du membre inférieur ne soit la conséquence d'une oblitération artérielle dont le point de départ se trouve dans les parois de la fémorale. En effet, lancée par le ventricule dans l'aorte, la colonne sanguine est venue se heurter contre un premier obstacle, cette sorte de valvule rigide proéminente dans l'intérieur du conduit. Ne trouvant plus dans la paroi artérielle (car cette paroi était complétement dégénérée et incapable de réagir), l'élasticité nécessaire à hâter son parcours; incessamment en contact avec les aspérités et les crêtes ostéo-calcaires, séjournant dans les dépressions signalées, le sang qui était déjà ralenti a dû stagner; il s'est plus tard coagulé.

Et telle a été l'origine de la gangrène du membre.

Du côté de l'encéphale, c'est par son développement que le dépôt athéromateux est venu oblitérer l'artère; mais cette oblitération a dû être lente à se produire, et elle a déterminé un état de la substance cérébrale sur lequel je veux rapidement revenir. Nous avons vu cette substance raréfiée, dure à la coupe, sans odeur, non imprégnée de liquide, d'une coloration verdâtre, et cela dans la portion qu'alimentait l'artère oblitérée. Cet ensemble de caractères n'offrent-ils pas une grande analogie avec ceux qui se sont passés dans le membre inférieur? évidemment oui. Mais peut-on le désigner par le nom de gangrène?

Je crois, pour ma part, qu'on a peut-être un peu forcé la logique, lorsque dans ces derniers temps on a désigné sous le nom générique de ramollissement toutes les lésions cérébrales consécutives à des oblitérations vasculaires. Le fait que je viens de vous lire n'a rien de commun avec le ramollissement du cerveau, parce que le mot ramollissement implique l'idée de diminution dans la cohésion naturelle à chaque tissu, l'idée de dissociation des éléments dans le cerveau; et l'on se rappelle cet état dur et sec de la partie frappée de mort. Mais ce dont on n'a pas tenu assez compte, c'est de la trame cellulo-fibreuse qui, dans l'encéphale, supporte l'appareil vasculaire, ainsi que des dégénérescences des vaisseaux capillaires de cet organe, dégénérescence de même nature que celle que nous avons vu exister dans tout l'arbre artériel. Et pour l'observation qui nous occupe, nous pensons que s'il y a eu pendant la vie du malade du sang extravasé, que si ce sang et la cellule cérébrale ont subi des métamorphoses, se sont dissociés, ramollis, il a dû se passer un travail de résorption en vertu

duquel il n'est plus resté qu'une sorte de charpente dure, due en partie à l'altération des vaisseaux capillaires.

COMPTE-RENDU DU TRAITEMENT DES CALCULEUX pendant les années 1863 et 1864,

Par M. Civiale.

(Travail lu à l'Académie des sciences, séance du 22 mai 1865.)

Le nombre des calculeux que j'ai traités en 1863 et 1864 est de 122 : 49 à l'hôpital et 73 dans ma pratique particulière ; 7 femmes et 115 hommes, dont 65 de dix à soixante ans, 50 au-dessus de soixante ans et 10 au-dessous de dix ans.

Sur 99 opérés, 90 ont été soumis à la lithotritie et 9 à la taille.

Le chiffre des non opérés est de 23 (1).

Comme les résultats du traitement par la lithotritie diffèrent selon les circonstances, je dois signaler les principales variétés de cas.

I. — Cas simples.

Première série. — Un calcul petit ou moyen forme à lui seul toute la maladie. Il irrite la vessie et trouble momentanément ses fonctions, sans altération organique. Dans ces conditions, l'opération est peu douloureuse et facile à tout âge. Je compte parmi mes derniers opérés un enfant de quatre ans et un vieillard de quatre-vingt-trois ans.

Pour les calculeux de cette classe, l'art est en possession de moyens éprouvés.

Les cas dont il s'agit constituent particulièrement la sphère d'action de la lithotritie. Il suffit de les énoncer. « Il serait superflu, dit sir B. Brodie, d'entrer dans des détails pratiques, puisque l'opération n'a pas de mauvaises conséquences, et que la guérison est complète et se soutient. »

Deuxième série. — Les résultats sont analogues dans tous les cas où la pierre est petite et facile à détruire, lors même qu'un catarrhe de la vessie a profondément troublé la santé générale. Les calculeux qui se trouvent dans ces conditions sont heureusement traités par la lithotritie, moyennant des précautions indispensables qui assurent le succès du traitement.

Mais les difficultés augmentent avec les progrès de la maladie, et, hormis les cas simples, les applications de la méthode perdent à la fois de leur régularité et de leur importance.

Sans doute, on peut broyer une grosse pierre, surtout lorsque la vessie est encore saine ; mais, comme l'espace diminue en raison du volume de la pierre, la manœuvre est gênée, douloureuse, et la guérison ne s'obtient que par un long traitement.

Quand un calculeux ne se fait pas opérer en temps utile, non-seulement la pierre grossit, mais elle produit en grossissant des désordres qui deviennent des obstacles graves à l'application de la lithotritie.

II. — Cas compliqués.

Dans les cas de cette espèce, ce n'est pas la pierre qui constitue l'élément essentiel de la maladie; ce sont les troubles fonctionnels généraux qui attirent l'attention du chirurgien.

J'ai insisté dans mes précédents comptes-rendus (2) sur les complications de ce genre. Je me propose dans celui-ci de présenter quelques remarques pratiques sur les coarctations uréthrales.

Des rétrécissements de l'urèthre chez les calculeux. — La coexistence des rétrécissements uréthraux et de la pierre dans la vessie n'est pas rare. Cette complication doit nous préoccuper ici par rapport au traitement des calculeux par la lithotritie.

A l'état normal, les instruments lithotriteurs pénètrent aisément dans la vessie par les voies naturelles; mais, sous l'influence d'un état morbide, des obstacles se présentent, dont les principaux sont les coarctations de l'urèthre, si communes chez l'homme, et d'autant plus dignes de fixer l'attention du praticien qu'on n'a pas encore trouvé le moyen de les guérir radicalement.

La dilatation est la méthode la plus ancienne et la plus généralement employée contre les rétrécissements de l'urèthre ; mais elle est insuffisante. On a cru un moment que la cautérisation serait une ressource plus efficace. Il y a cinquante ans, Percy soutenait dans cette enceinte les efforts de deux chirurgiens qui cherchaient à répandre cette méthode, ou plutôt à la remettre en honneur, car on sait que le roi Henri IV fut traité par la cautérisation. Dans les deux rapports qu'il présenta à l'Académie sur cette question, Percy fit ses réserves, et non sans raison : la méthode de la cautérisation est aujourd'hui à peu près abandonnée.

Depuis 1824, je traite les rétrécissements uréthraux par une opération connue sous la dénomination de *débridement du méat urinaire*, mais l'action de l'instrument dont je me sers (1) ne s'étend pas au delà de 4 centimètres de l'orifice uréthral.

Pour les rétrécissements plus profonds, nous n'avions que des ressources insuffisantes, lorsque M. Reybard, de regrettable mémoire, proposa une opération qui devait écarter définitivement les derniers obstacles que l'urèthre rétréci opposait à la lithotritie.

Le procédé de M. Reybard, dont l'Académie de médecine a récompensé les travaux, consiste à inciser les rétrécissements fibreux profondément situés.

Bien que cette opération ait ouvert des voies nouvelles à la thérapeutique, elle n'a pas reçu un accueil empressé. Des chirurgiens très-habiles l'ont même rejetée. Leur opposition tient à deux causes principales :

1° En général, les premières applications d'une méthode ou d'un procédé opératoire laissent beaucoup à désirer. L'ouvrage de M. Reybard en est la preuve ; instruments défectueux, procédés irréguliers, applications hasardées, accidents formidables, quelques succès; on y trouve de tout cela. C'est sur ces premiers essais qu'a été jugée la méthode des *grandes incisions uréthrales*. Mais il y a dans le travail du chirurgien de Lyon une idée neuve. M. Reybard a démontré expérimentalement que, même dans les circonstances défavorables où il se trouvait, son procédé opératoire peut être appliqué et donner des résultats qu'il serait impossible d'obtenir autrement.

Nous avons cherché, sans prévention ni enthousiasme, à régler les applications de cette méthode, en nous attachant à perfectionner les instruments et les procédés, de manière à satisfaire aux nécessités de la pratique, et sans exposer les opérés à des dangers qu'on croyait inévitables (2).

2° Signalons d'autres obstacles plus sérieux à la propagation de l'uréthrotomie profonde. Cette méthode appartient, ainsi que la lithotritie, à ce groupe d'opérations nouvelles qui constituent la chirurgie interne des voies urinaires, et qui diffèrent essentiellement de celles qu'on pratique sur les autres régions du corps. Dans ces dernières opérations, le chirurgien mesure de l'œil le siége et l'étendue du mal; il sait quels points il faut atteindre ou respecter, et il choisit en conséquence la manœuvre opératoire.

Quand il s'agit d'opérer dans l'intérieur des organes, la vue ne fournit que des notions confuses. Pour se reconnaître dans la vessie, par exemple, le chirurgien n'a qu'un long instrument, qu'il tient du bout des doigts, et dont l'extrémité libre, explorant la cavité vésicale, doit lui fournir les indications indispensables. C'est à l'aide du toucher médiat, pratiqué de la sorte, qu'il doit établir le diagnostic avant d'exécuter dans cet organe invisible toute une série de mouvements précis et d'une délicatesse extrême.

Telle est l'unique ressource du praticien pour des opérations aussi difficiles que l'uréthrotomie profonde, la lithotritie, l'extraction des corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie. C'est par le toucher médiat qu'il parvient à instituer le traitement et à régler la manœuvre. C'est à l'aide de ce procédé que, dans l'opération de la lithotritie, il découvre et saisit, pour les broyer ou les extraire, les petits calculs et les débris pierreux, et qu'il reconnaît, dans le traitement des fongus, les tumeurs qui naissent du col ou du corps de la vessie, de manière à les distinguer d'après les caractères les plus saillants, et à les extirper, quand il y a lieu, sans léser les tissus sains.

A la face interne de l'urèthre, les difficultés sont moindres, mais le toucher médiat est toujours l'unique guide, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Le sens du toucher n'est pas également développé chez tous les hommes, et le toucher médiat, qui est comme un sens artificiel, n'acquiert toute sa finesse qu'après de longs exercices.

Il n'est pas étonnant que les chirurgiens qui ne comprennent pas la nécessité de ces exercices ne se soient pas rendu compte des difficultés inhérentes à ces opérations nouvelles, et il paraît tout simple qu'ils n'aient pas réussi à pratiquer avec succès des manœuvres opératoires qui exigent une grande dextérité.

Mais si le toucher est susceptible d'acquérir par l'exercice une précision et une délicatesse qu'on admire dans les arts et jusque dans quelques professions manuelles, pourquoi des chirurgiens, dont les sens ont été suffisamment exercés, ne réussiraient-ils pas à pratiquer, avec aisance et sûreté, des opérations, difficiles sans doute, mais dont on ne saurait contester désormais la possibilité ?

Ainsi, des changements utiles ont été opérés dans cette partie de la chirurgie, et je dois signaler, en terminant, la part qui revient à la clinique spéciale des calculeux dans ces divers perfectionnements.

Lorsque le Conseil d'administration des hôpitaux de Paris créa, en 1829, un service spécial pour les affections calculeuses, il se proposait à la fois de faire participer les malades indigents aux avantages de la lithotritie, et de propager la connaissance pratique de cette méthode opératoire. L'institution d'un enseignement clinique régulier était le plus sûr moyen de perfectionner l'art de broyer la pierre et de mettre en évidence les services qu'il peut rendre. Les faits cliniques éclairent les observateurs; ils soulèvent des doutes ou affermissent les convictions, et c'est l'épreuve clinique qui décide de la valeur d'une méthode thérapeutique. Telle est l'utilité d'un service public dans un hôpital.

Aussi est-ce à l'hôpital que nous avons poursuivi pendant des années nos études sur les principales lésions de l'urèthre et de la vessie, et plus particulièrement sur les opérations de la chirurgie interne.

En dehors de la lithotritie, les principales améliorations introduites dans la pratique se rapportent au traitement chirurgical des fongus de la vessie et des fistules urinaires.

La cystotomie elle-même a reçu quelques perfectionnements. Le plus important consiste à briser au moyen d'instruments appropriés les pierres trop volumineuses pour passer par l'ouverture pratiquée soit au périnée, soit à l'hypogastre. J'ai eu déjà l'occasion d'entretenir l'Académie des applications de cette méthode, qui associe les procédés de la lithotritie à ceux de la taille (1).

L'uréthrotomie interne, enfin, a trouvé un refuge à l'hôpital Necker, où ses applications ont été régularisées, de telle sorte qu'elle constitue désormais une méthode sûre de traitement pour les coarctations profondes de l'urèthre (2).

En résumé, voici trente-cinq ans que la clinique spéciale de l'hôpital Necker existe. Ses commencements furent difficiles : nous n'avions d'abord que douze lits. Bien des obstacles ont été successivement écartés. Le service régulier, tel qu'il fonctionne aujourd'hui, date à peine de dix ans. Si l'on considère le nombre de malades traités et les résultats obtenus, on reconnaîtra que l'institution a rempli les vues des fondateurs par son caractère d'utilité publique et par son influence sur les progrès de l'art. Quatre des principales méthodes de la chirurgie moderne ont reçu dans ce service spécial la consécration de l'expérience.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 juin 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Lemaire (de Cosne), Quarante (de Metz), Petitgaud (de Gorze), Loisel (de Cherbourg), Galtier (de Castelnaudary) ;

2° Le compte-rendu des épidémies qui ont régné dans les départements de la Haute-Marne, de Seine-et-Oise, de l'Ardèche et de Seine-et-Marne (Commission des épidémies) ;

3° Un rapport de M. le docteur Payen sur le service médical des eaux minérales de Saint-Gervais (Haute-Savoie) pour l'année 1863 (Commission des épidémies) ;

4° Une lettre de M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaize) sur les inconvénients de la pratique vaccinale (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Un mémoire de M. Burin (du Buisson) et M. le comte de Maillard (de Lyon), sur le traitement des maladies des voies respiratoires par l'inhalation des produits volatiles qui se dégagent autour des épurateurs du gaz d'éclairage (Commissaires : MM. Blache, Delpech et Royer) ;

2° Une lettre de M. le professeur Willebrand, d'Elsingfors (Finlande) sur l'emploi de l'iode contre le typhus (Commission des épidémies) ;

3° M. J. Charrière présente à l'Académie une nouvelle gouttière à irrigations continues de M. le docteur Carof (de Brest).

Cet appareil se compose d'une boîte en fer-blanc, cuivre ou zinc, etc., surmontée d'une plaque de même métal percée de trous et ayant la disposition des gouttières pleines employées pour les fractures des membres.

L'eau qui imbibe les parties coule à travers les trous de la plaque dans la boîte inférieure. Aux extrémités de cette boîte existent deux tubes CC par lesquels l'eau s'écoule, au moyen de tubes en caoutchouc, dans des vases placés sous le lit.

Cet appareil permet :

1° De maintenir le membre blessé et de contenir s'il y a lieu une fracture;

---

(1) On remarquera que dans ce relevé le chiffre des opérés n'est pas égal à celui des malades énumérés. Nous n'opérons pas, en effet, tous les calculeux indistinctement.

Lorsque les douleurs sont incessantes, cruelles, semblables à celles qui ont été si vivement décrites par Montaigne, l'opération est urgente. Il n'y a d'autre chance de salut que l'extraction immédiate de la pierre. Il faut donc opérer, que les conditions soient favorables ou non.

Mais ces atroces souffrances, produites par les contractions exagérées de la vessie, ne s'observent que dans les cas rares. En général, le calculeux ne présente que des troubles fonctionnels vagues; il souffre plus ou moins en finissant d'uriner, mais les douleurs qu'il ressent ne sont pas proprement celles de la pierre, et on parvient le plus souvent à les calmer par un traitement médical qui améliore aussi l'état général.

Le plus communément, la vessie est inerte; elle ne se vide pas complétement : les parois vésicales ne s'appliquent point sur le corps étranger. Point de douleurs locales excessives. Cependant, les fonctions se troublent, les forces baissent et l'embonpoint disparaît. Dans ces cas insidieux, l'extraction de la pierre est rarement un moyen utile; loin de suspendre les désordres, l'opération ne fait qu'abréger la vie de l'opéré.

Cependant, dans les cas de cette espèce, un traitement judicieux peut produire à la longue une amélioration telle qu'une opération devienne possible, particulièrement la lithotritie. J'ai obtenu de la temporisation les plus heureux résultats.

En ajournant l'opération pour les calculeux qui ne sont pas en proie à des douleurs intolérables, je n'ai fait que suivre les maîtres de l'art. Scarpa renvoyait de l'hôpital de Pavie les calculeux qui ne souffraient pas assez pour être taillés. On sait que des cystotomistes célèbres avaient coutume de dire à certains calculeux : « Votre pierre n'est pas encore mûre. » Ces exemples ne doivent pas être perdus.

(2) 17 février 1862 et 19 janvier 1863.

(1) *De la lithotritie*, 1827, in-8°, pl. III.

(2) Voir mon *Traité pratique*, 3e édit., t. I, chapitre de l'*Uréthrotomie interne*.

(1) Comptes-rendus de 1862-1863.

(2) Depuis 1840, j'ai souvent opéré par l'uréthrotomie interne, d'arrière en avant, les rétrécissements fibreux, noueux, non dilatables ou élastiques, sans tenir exactement note de ces faits. En 1862 seulement, et pour satisfaire au désir de quelques jeunes confrères, j'ai fait faire un relevé des malades opérés dans mon service par l'uréthrotomie interne.

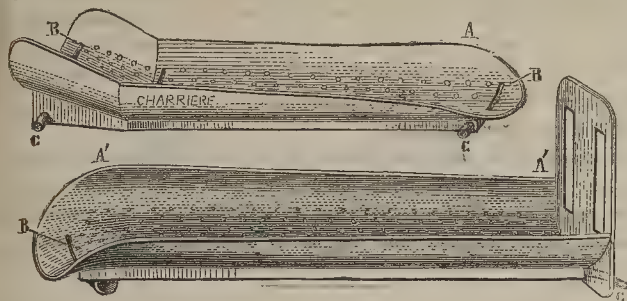
Les cas se distribuent ainsi ; 1862, 31 ; 1863, 30 ; 1864, 40, soit un total de 101 opérations pour trois ans.

Je puis compter autant de cas semblables dans ma pratique particulière. En réduisant les uns et les autres à une moyenne de 50 par an, on arriverait à un chiffre au-dessus de 1,000.

J'ai indiqué ailleurs (*Traité pratique*, 3e édit., t. I, p. 456) les procédés de cette opération, les accidents possibles, leurs causes, et la manière de les prévenir et de les traiter. Je me bornerai à remarquer ici que, dans les faits recueillis en dernier lieu, les accidents sont moins fréquents et surtout moins graves. Nous faisons aujourd'hui des incisions répétées plutôt que des incisions profondes, et nous procédons avec beaucoup de douceur à la dilatation consécutive. Une pratique plus rationnelle donne des résultats plus heureux.

2° De prévenir l'imbibition des linges et du lit du malade, et toutes les conséquences dont on a parlé depuis longtemps;

3° De généraliser, suivant les indications des chirurgiens de tous les pays, l'usage de l'irrigation continue dans les cas de plaie compliquée.



Pour appliquer cet appareil, il n'y a rien à changer dans les modes d'irrigation continue. Seulement, pour que la boîte reste bien placée, on l'immobilise avec de l'ouate afin qu'elle ne touche pas au malade et ne se dérange pas à tout instant.

M. LARREY présente à l'Académie :

1° Au nom de M. Amédée Paris, un travail sur la trépanation du crâne;

2° Au nom de l'auteur, un manuscrit sur le bouton de Biskra, par M. Renard, médecin-major. (Renvoyé à une Commission qui sera prochainement nommée.)

M. TARDIEU offre en hommage à l'Académie :

1° Un compte-rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans, par M. T. Gallard;

2° Le tome III de médecine et de chirurgie pratiques, sous la direction de M. le docteur Jaccoud;

3° Le livre de M. Billod sur la pellagre;

4° Une lettre de M. le docteur Baillarger à propos de la dernière discussion académique.

M. BAILLARGER s'attache à démontrer dans cette lettre que la doctrine que lui a prêtée M. Guérin n'existe pas dans son travail.

M. Guérin a partout parlé d'organes *détruits*; or, dans le travail de M. Baillarger, il n'est question que d'organes plus ou moins gravement lésés.

Tout le monde admet que beaucoup de lésions, même très-graves, ont été trouvées après la mort sans que leur existence eût été soupçonnée pendant la vie.

La destruction complète d'un organe doit au contraire, et dans tous les cas, sans exception, entraîner l'abolition de la fonction.

M. LARREY lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques de Gimelle au nom de l'Académie de médecine. Ce discours est accueilli par des applaudisssements.

RAPPORT.

M. CHATIN lit un rapport sur un travail de M. Scelles (de Montdésert), concernant le traitement de la goutte et du diabète par l'air ozonisé. Le rapporteur entre dans quelques détails sur l'ozone et sur sa production au contact de l'air et de l'eau réduite en poussière; sur les lieux où selon toute probabilité le bien-être éprouvé par les malades et les voyageurs peut être attribué à l'ozone; sur les moments de l'année ou du jour où le maximum de la production ozonométrique est observée, et il s'appuie sur l'autorité des chimistes qui ont traité la question.

Passant à l'examen du travail de M. Scelles, le rapporteur signale comment, d'après l'auteur, l'oxygène existant en grande abondance dans l'air respiré, le sucre est plus facilement brûlé dans l'économie.

Il fait remarquer, avec M. Scelles, que le voisinage des forêts est une circonstance qui favorise la production de l'ozone et qu'il protége même les villes ainsi entourées contre les épidémies. Versailles, on le sait, n'a pas été frappé par les choléras de 1832 et 1849. Il dit qu'au point de vue thérapeutique on peut donner de l'ozone à l'atmosphère qui environne les malades; pour cela on pourrait, comme le pense M. Scelles, faire tomber un filet d'eau sur des substances capables de réagir chimiquement les unes sur les autres sans donner naissance à des produits nuisibles. L'air ozonisé, développé alors, serait un oxydant énergique qui activerait toutes les combustions organiques.

La Commission propose d'adresser des remercîments à M. Scelles et de l'engager à continuer ses recherches.

M. BUSSY. On sait que c'est au printemps que la production ozonométrique atteint son maximum; je demanderai à M. Bouchardat s'il a remarqué au printemps une amélioration chez les diabétiques.

M. BOUCHARDAT. J'ai observé une amélioration chez les diabétiques pendant la belle saison, mais la question est complexe.

M. CHATIN. J'ai été souvent appelé à examiner l'urine des diabétiques et je me suis trouvé à même de suivre les vicissitudes de la maladie. C'est au mois d'avril et de mai que j'ai vu les urines contenir le moins de sucre.

M. BOUCHARDAT. Il ne faut pas négliger les autres conditions, l'exercice forcé surtout que les malades sont plus à même de faire dans la belle saison.

M. BRIQUET. Il n'est pas exact de dire qu'en 1849 il n'y avait pas de choléra à Versailles; cette ville, Sèvres et Viroflay, en ont offert de nombreux cas. Je dois dire toutefois que, sans compter les malades militaires reçus à l'hôpital de Versailles, il y a eu 157 décès par le choléra dans la population civile.

M. CHATIN. Il faut éliminer Sèvres qui, comme Versailles, n'est pas entouré de bois, et il doit y avoir eu à Viroflay quelques conditions climatériques spéciales. Pour ce qui est des cas de choléra de Versailles, je suis bien renseigné, puisque j'habitais alors cette ville. Les cas de choléra ont été observés chez des individus qui, couchant dans les pays voisins, rapportaient avec eux le germe du choléra.

M. BRIQUET. Il y a eu à Versailles des infirmiers de l'hôpital qui ont eu le choléra.

LECTURES.

M. MERCIER lit une note sur de nouvelles sondes et bougies.

J'ai déjà fait connaître, il y a vingt-cinq ans, les avantages dans certains cas des sondes coudées à leur extrémité (*Rech. anat. path.*, etc., 1841. Pour plus de détails, voir *Gaz. méd.*, 1863). Quelques années après, j'ai imaginé les sondes bicoudées et fait voir qu'elles sont souvent le seul moyen de franchir les obstacles que présentent la partie profonde de l'urèthre ainsi que le col vésical et d'éviter des opérations graves, telles que la ponction de la vessie. C'est un nouveau pas dans cette voie que j'ai tenté et que je viens faire connaître aujourd'hui.

Un spécialiste du commencement de ce siècle, Lioult, a eu l'idée de faire des bougies coniques terminées par un renflement olivaire à leur extrémité. Comme de 1807 à 1830, il en a donné la description et publié la théorie dans une brochure à cinq éditions (*Des bougies œdaliques, etc.*), il est difficile de comprendre comment dans ces derniers temps on a pu, et avec succès, lui ravir l'honneur de cette invention.

Dans beaucoup de cas, ces bougies, ainsi que les sondes construites sur le même modèle, entrent fort bien; l'olive terminale glisse sur les tissus sans les accrocher, et le collet qui la supporte lui permet, par sa flexibilité, de suivre les déviations du canal. Mais dans des circonstances nombreuses, elles sont insuffisantes; par exemple, que dans la région spongieuse il y ait un rétrécissement originairement excentrique, ou bien que le rétrécissement, primitivement central, ait été déjeté de côté par une fausse route faite au devant et devenu pour ainsi dire le prolongement de l'urèthre; qu'à la courbure de ce canal la région membraneuse ait été fortement entraînée vers la symphyse pubienne par un spasme ou une contracture musculaire, ou encore qu'une fausse route ait été faite dans le fond du bulbe, dans l'axe même de la région périnéale de l'urèthre; ou bien enfin qu'au col de la vessie l'orifice vésical soit fortement et brusquement entraîné en avant soit par une hypertrophie de la portion susmontanale de la prostate, soit par un spasme ou une contracture, ou même une rétraction du muscle obturateur, ce que j'ai décrit sous le nom de valvule musculaire, maladies qui souvent se trouvent comme les précédentes compliquées de fausses routes; dans tous ces cas la sonde conique boutonnée peut s'engager dans la fausse route ou buter contre l'obstacle et cela d'une manière invariable, de telle sorte que si l'on persiste à vouloir franchir la difficulté, le collet de l'instrument se plie, se déforme et non-seulement ne passe pas, mais encore blesse les tissus et devient incapable de servir de nouveau à cause de l'éraillement de sa substance emplastique.

Veut-on imprimer une courbure au collet de ces bougies ou sondes, afin d'éviter les fausses routes et détourner leur extrémité dans le sens des déviations à enfiler, cette courbure disparaît aussitôt que l'instrument est soumis à la direction, à la chaleur et à l'humidité de la partie antérieure du canal, et les tentatives ne sont pas plus heureuses que les précédentes. Pour que la courbure soit durable, il faut couder le collet de l'instrument assez fort pour que la substance emplastique qui lui donne son poli se rompe dans sa continuité, et il s'ensuit qu'il se présente à l'obstacle, non par une courbure douce et lisse, mais par un coude brusque, anguleux et rugueux, toutes circonstances propres à s'opposer à sa progression et à dilacérer les tissus. J'ai cherché un moyen qui permette de donner facilement à ces bougies et sondes coniques boutonnées la courbure que l'on désire, qui les mette en état de la conserver, sans cependant qu'elles aient une rigidité trop grande, et c'est à quoi je suis parvenu en munissant le centre de leur extrémité d'un fil métallique approprié à la résistance qu'on recherche.

Mes essais ont été faits avec des fils de plomb, de zinc, de laiton, de fer, et j'ai trouvé dans un fabricant habile, dévoué aux progrès de son industrie, un homme qui n'a reculé devant aucun essai nécessaire pour arriver à trouver dans la nature de ces fils et leur diamètre la gamme pour ainsi dire des diverses résistances dont on peut avoir besoin, ce fabricant est M. Bénas.

Il a fait, d'après le même système, des bougies de tous volumes et de toutes formes, de cylindriques, de coniques, de coniques boutonnées; il a également fait des sondes coniques boutonnées qui, recevant toutes les courbures qu'on leur donne rendront de grands services aux praticiens, particulièrement dans les cas de rétention d'urine par obstacle au col de la vessie. Je me fais un devoir de dire que M. Bénas m'a été fort utile pour mener à bonne fin une idée dont la réalisation demandait de grands soins et beaucoup d'essais. (Commissaire : M. Ségalas.)

M. BATAILHÉ commence la lecture d'une série de lettres sur la fièvre puerpérale. Après avoir fait remarquer que la fièvre puerpérale ne peut être jugée que par l'anatomie pathologique, l'auteur établit que de toutes les autopsies qu'il a faites, il résulte que l'utérus ne s'était point rétracté chez les mortes de fièvre puerpérale, et qu'il avait examinées. Dans ces conditions d'inertie, dit M. Batailhé, on conçoit très-bien que les veines et les lymphatiques restés béants absorbent les produits renfermés dans l'utérus, ce qui a été remarqué par plusieurs auteurs, Tonnelé, Nonat, J. Guérin, Béhier et Brochin, etc. En conséquence, on s'explique qu'il puisse y avoir un empoisonnement suraigu, une infection purulente ou mieux une infection putride aiguë.

De ces considérations, ne peut-on pas conclure que, en pansant l'utérus comme une plaie, on se mettrait en garde contre l'infection, et, si cette manière de voir était acceptée, ne serait-il pas naturel de recourir aux injections alcoolisées? (Commissaires: MM. Danyau et Blot.)

La séance est levée à quatre heures et demi.

OBSERVATIONS SUR LA GUÉRISON DU DIABÈTE SUCRÉ,

Par M. le Dr BUTTURA.

Tout le monde connaît les beaux travaux de M. Claude Bernard sur la glycosurie, et les expériences si intéressantes qui démontrent qu'en excitant chez certains animaux le plancher du quatrième ventricule, on les rend à volonté diabétiques.

Le fait clinique suivant me paraît intéressant à ce point de vue :

Le nommé H..., maçon au Cannet (Alpes-Maritimes), âgé de trente-huit ans, était malade depuis plusieurs années (dix ans, dit-il), lorsque je le vis, à la fin de 1862. Depuis deux ans il ne pouvait plus travailler, il était d'une grande faiblesse et se plaignait de lourdeur de tête; il n'était plus homme, selon son expression, avait une soif extrême, et rendait douze à quinze litres d'urine dans les vingt-quatre heures. Je fis examiner les urines; elles contenaient une quantité notable de sucre.

Je soumis ce malade à l'eau de Vichy, aux toniques, au traitement de Bouchardat, etc., mais inutilement. La quantité d'urine était devenue promptement moindre, mais le sucre y existait toujours, les forces ne revenaient guère, et la lourdeur de tête persistait. Après huit mois, je crus devoir tenter autre chose, et j'appliquai un large séton à la nuque. Lorsque la suppuration fut bien établie, la lourdeur diminua progressivement, le sucre diminua peu à peu et les forces revinrent. Trois mois après, H... pouvait travailler un peu; au bout de six mois, il n'y avait plus de trace de sucre, et depuis un an H... travaille chaque jour, a repris sa vie ordinaire, et malgré le régime le moins indiqué, la guérison se maintient.

Les urines ne contiennent pas de sucre et sont normales. Il y a huit mois que le séton est supprimé.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 mai 1865. — Présidence de M. FORGET.

RAPPORT.

M. CAVASSE. Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'un Mémoire de M. Marx ayant pour titre : *Des accidents fébriles à forme intermittente et des phlegmasies à siége spécial qui suivent les opérations pratiquées sur l'urèthre*. Bien que ce travail date de 1864, nous pouvons encore le considérer comme le plus complet qui ait été publié sur cette intéressante question; aussi j'espère que vous voudrez bien me pardonner la longueur d'une analyse, qui dépasse l'étendue ordinaire d'un compte-rendu.

M. Marx me paraît avoir été heureusement inspiré en réunissant dans une même étude l'histoire des divers aspects fébriles intermittents connus sous le nom de fièvre uréthrale et la description de ces phlegmasies spéciales consécutives aux manœuvres opératoires pratiquées sur les voies urinaires. Ces accidents sont fort distincts d'allure et de terminaison; mais leur origine est la même, car ce n'est jamais qu'à la suite d'une opération sur l'urèthre qu'ils se montrent et ils méritent par cette circonstance étiologique d'être rapprochés, comme on le fait dans des cas analogues, pour les accidents saturnins par exemple.

L'auteur arrive ainsi à traiter successivement des accidents fébriles intermittents et des accidents inflammatoires.

Accidents fébriles intermittents. — Il y a deux sortes d'accès fébriles : les simples, ou ceux qui ont de l'analogie avec les accès de fièvre intermittente simple; les pernicieux, qui offrent des symptômes ou une intensité insolites.

L'accès simple présente la plus grande analogie avec l'accès paludéen; comme lui, il se compose de trois stades : frisson, chaleur et sueur, et ces trois périodes, dans la fièvre uréthrale et dans la fièvre des marais, sont identiques jusque dans leurs variétés. Les premiers symptômes se montrent en général le jour même de l'opération et le plus souvent trois ou quatre heures après; ils sont variables de durée et d'intensité, tout en restant dans les limites d'un accès simple. Le nombre des accès varie entre 1 et 20; il est souvent de 4 ou 5; en général ils vont en diminuant d'intensité. Les types quotidiens ou doubles-tierces sont les plus fréquents.

Il est très-important de pouvoir différencier dès le début un accès bénin d'un accès pernicieux. Le pronostic n'est jamais grave; la qualification d'accès bénin est pleinement justifiée.

Pour M. Marx, un accès est pernicieux lorsque, se rapprochant par les symptômes d'un accès intermittent, il offre ou des phénomènes insolites ou une intensité plus qu'ordinaire. On voit par cette définition qu'un accès peut être pernicieux sans être fatalement mortel.

Les accès pernicieux sont divisés en trois classes : les accès pernicieux ordinaires, les accès foudroyants et les accès compliqués.

Cette classification ne me semble pas devoir être approuvée, parce qu'elle reunit dans un même chapitre des accidents très-différents. Nous en aurons la preuve quand nous nous occuperons des accès compliqués.

Les accès pernicieux ordinaires forment une classe parfaitement distincte; ils diffèrent des accidents bénins par le traitement énergique qu'ils réclament et des accès pernicieux foudroyants par ce caractère que le premier accès est toujours suivi d'un ou plusieurs autres, et parce que le pronostic est toujours favorable.

M. Marx, le premier, a admis ces accès pernicieux ordinaires; cette distinction est subtile; elle offre même dans les termes qui l'expriment une sorte de contradiction entre le traitement énergique qu'ils réclament et leur pronostic toujours favorable. D'ordinaire, une maladie qui réclame un traitement aussi énergique ne se termine pas d'une manière constante favorablement.

Les accès foudroyants enlèvent le malade au chirurgien, sans qu'il ait même le temps de se mettre en garde. Ici l'issue est toujours et promptement fatale. M. Marx a réuni une trentaine de ces cas.

Je crois inutile d'entrer devant vous dans les détails d'une description minutieuse; je me contenterai de signaler les formes que revêt le fond pernicieux : ce sont les formes algide, typhique, gastrique; pour les accès foudroyants, nous avons les cas à forme indéterminée et les cas à forme déterminée, algide, asphyxique, typhique, tétanique. De chacune de ces formes, M. Marx rapporte une ou plusieurs observations. En résumant, et sans tenir compte des diverses classes admises par M. Marx, on voit qu'à la suite d'une opération pratiquée sur l'urèthre, il survient des accès intermittents variables pour la gravité depuis l'accès le plus bénin jusqu'à l'accès foudroyant. Ces accès présentent la plus grande analogie avec les accès de fièvres intermittentes. Il est bon toutefois de remarquer que les accès d'une fièvre intermittente sont en général bien plus nombreux que les accès d'une fièvre uréthrale, ce qui tient vraisemblablement à des différences dans l'intensité de l'intoxication.

Malgré les efforts de M. Marx pour établir le diagnostic des accès bénins, pernicieux ordinaires et pernicieux foudroyants, je crois qu'on ne peut énoncer à cet égard aucune conclusion positive; il est bien entendu que je parle d'un accès qui commence, car, à une période plus avancée, rien n'est plus facile que de reconnaître la forme que revêt la fièvre uréthrale. Le meilleur principe dans la pratique sera d'agir au début comme si l'on devait avoir affaire à l'accès le plus pernicieux.

Je devrais, pour suivre le travail que j'analyse, parler maintenant du traitement; mais ce traitement étant subordonné à l'idée que l'on se fait de la nature de la maladie, je crois plus opportun d'étudier d'abord les accès compliqués et les phlegmasies spéciales.

J'ai dit que les accès compliqués (dénomination empruntée à M. Civiale) avaient été à tort rangés par M. Marx à côté des accès pernicieux; en effet, le caractère des accès de fièvre uréthrale que nous avons étudiés jusqu'à présent, c'est qu'il n'y a pas de phénomènes morbides locaux, c'est qu'on ne trouve aucune lésion anatomique dans les organes génito-urinaires. Or, par accès compliqués, M. Marx entend des accès dont le caractère constant est une complication de maladie grave des organes génito-urinaires; leurs autres différences sont considérables ainsi qu'on en pourra juger par le tableau suivant que j'emprunte à M. Marx : « Les accès ne sont pas franchement délimités; il y a plutôt une espèce de fièvre lente, continue, à exacerbations irrégulières; celles-ci présentent elles-mêmes des particularités à noter. Le frisson manque ou est irrégulier, partiel, intermittent, entrecoupé de bouffées de chaleur ou prolongé avec état de malaise, d'abattement. La chaleur qui suit est sèche, brûlante. Enfin la sueur n'est plus franche, abondante, soulageant le malade; ce sont de petites sueurs partielles, irrégulières, froides plutôt que chaudes, fatigantes, ne terminant pas l'accès, mais faisant place à une fièvre moins forte. Pendant tout ce temps, la malade est sous le coup d'un malaise général, de douleurs vagues au périnée, aux lombes, à l'hypogastre. La miction est troublée, la digestion difficile, la face altérée, la prostration notable. Si les accès ont d'abord été bien limités, ils reparaissent bientôt de plus en plus irréguliers et on n'a plus qu'une fièvre continue avec paroxysmes. Le malaise, l'abattement persistent dans l'intervalle. »

Dans ces phénomènes locaux et généraux ne reconnaît-on pas les caractères des suppurations chroniques et profondes? A l'autopsie, en pareil cas, ne trouve-t-on pas les lésions d'une cystite chronique et surtout d'une néphrite? Ces accès compliqués tiennent donc à l'exacerbation d'une inflammation déjà établie; il faut les décrire comme l'a fait M. Marx, parce qu'ils sont une suite des opérations pratiquées sur les voies urinaires; mais il ne faut pas trop les rapprocher des accès pernicieux sans lésion, dont ils diffèrent considérablement.

M. Marx admet, suivant la prédominance de tel ou tel phénomène, la forme nerveuse, la forme comateuse, la forme cholérique, la forme sudatoire, la forme rémittente. Je regarde comme très-important d'être prévenu de l'existence de toutes ces formes, afin de pouvoir sans hésitation rapporter à leur véritable cause certains accidents insolites que l'on observe surtout chez les vieillards.

Dans les cas compliqués, le pronostic dépend de la nature de la complication. Si la complication est légère, on peut espérer une issue favorable à la maladie. Si la complication est grave par elle-même, il reste peu de ressources. M. Marx admet cependant que, même dans ces cas, la fièvre seule peut amener la mort.

Je passe aux phlegmasies consécutives aux manœuvres opératoires pratiquées sur l'urèthre.

Elles ont pour caractères :

1° De se produire à la suite d'une opération sur le canal de l'urèthre;

2° D'avoir lieu dans des points qui n'ont pas de relation anatomique avec ceux sur lesquels a été pratiquée l'opération;

3° D'avoir pour siége presque spécial les masses musculaires, les articulations, et surtout les articulations des membres inférieurs et les séreuses;

4° D'être, en général, précédées d'accès de fièvre.

Les abcès de voisinage se trouvent par conséquent éliminés.

M. Marx décrit avec un très-grand soin tous les phénomènes auxquels ces abcès donnent lieu : le frisson, la fièvre, qui ne tarde pas à devenir continue, la douleur localisée dans une articulation ou dans une masse musculaire. L'inflammation peut avorter, mais le plus souvent la douleur augmente, ainsi que la fièvre; il y a de la prostration, du délire. La partie affectée est plus ou moins étendue, rouge, tuméfiée. La fluctuation apparaît bientôt; dans les articulations, on trouve des épanchements considérables. Si on pratique des incisions ou des mouchetures sur la partie malade, il s'écoule une sérosité abondante, mêlée de sang, puis plus tard d'un pus abondant et jamais franchement phlegmoneux. L'odeur en est souvent urineuse, comme celle des abcès urineux.

Les malades, arrivés à cette période, succombent le plus souvent avec une diarrhée très-abondante.

M. Marx rapporte trois exemples d'inflammation des séreuses ayant les mêmes caractères distinctifs que les phlegmasies musculaires et articulaires. Ces inflammations des séreuses n'avaient jamais été étudiées à ce point de vue.

Nous arrivons à la nature de tous ces accidents; M. Marx résume ainsi son opinion : « Si on recherche la cause productrice de ces accidents, dit-il, on est bien obligé de reconnaître l'influence toujours facile à constater d'une manœuvre chirurgicale pratiquée sur l'urèthre. Quant à leur nature intime, tout en laissant à l'infection purulente, qui peut se produire ici comme dans les traumatismes, la part qui lui revient, on ne peut nier qu'elle soit le plus souvent insuffisante pour donner l'explication des faits cliniques. »

Deux théories bien plus satisfaisantes se rattachent soit à la néphrite, soit à une altération fonctionnelle des reins amenant une intoxication urineuse.

L'explication qui rattache les accidents à une néphrite est applicable aux accès compliqués; cette explication serait plus vraie encore si elle était davantage généralisée et si on disait que ces accidents tiennent à une suppuration dans les organes génito-urinaires.

Il nous reste les accidents fébriles sans lésion et les phlegmasies spéciales : l'intoxication par l'urine nous paraît être la seule théorie admissible. Mais comment se fait cette intoxication? M. Marx se rattache à l'opinion d'un trouble fonctionnel des reins, en vertu duquel troublé les reins n'élimineraient pas du sang les principes destinés à faire de l'urine; ce serait une espèce d'urémie, une espèce d'empoisonnement par la non-sécrétion de l'urine.

L'autre opinion, celle qui veut que l'urine une fois formée soit absorbée par les vaisseaux lymphatiques et veineux, réunit un certain nombre de suffrages importants. Les chirurgiens, entre autres, qui ont souvent pratiqués l'uréthrotomie, sont arrivés à cette conclusion que, pour éviter les accidents consécutifs, il fallait placer après l'opération de grosses sondes dans l'urèthre, afin de prévenir le contact de l'urine avec la plaie uréthrale.

Tout ce qui a été écrit à propos du traitement est longuement exposé dans le Mémoire de M. Marx; il y a une foule de particularités qui en rendent la lecture très-profitable, mais qui ne sauraient figurer dans une simple analyse. C'est le sulfate de quinine qui, pour M. Marx comme pour la généralité des praticiens, joue le plus grand rôle dans le traitement de la fièvre uréthrale; vous avez l'année dernière entendu une intéressante communication de M. Leroy d'Étiolles sur le même sujet et dans le même sens. M. Marx croit que les accès bénins ne réclament pas le sulfate de quinine. « Remède souverain, dit-il, et presque toujours infaillible des accès pernicieux ordinaires, il échoue complétement dans les accès foudroyants. »

Pour les accès compliqués, il faut attaquer directement la complication dès qu'elle apparaît avec des symptômes un peu tranchés. Si on la reconnaît avant le début des manœuvres opératoires, on ne doit les commencer qu'après avoir modifié directement la maladie; si on a déjà opéré, suspendre toute manœuvre jusqu'à amélioration de la maladie. Si la maladie compliquante est au-dessus des ressources de l'art, on renoncera à opérer, toute opération ne pouvant que hâter l'issue fatale. Dès que les accès se rapprochent plus ou moins des formes pernicieuses, on doit administrer le sulfate de quinine pour parer à un danger imminent.

Le travail de M. Marx est, ainsi que je vous le disais en commençant, un travail très-recommandable, et c'est avec plaisir que j'ai l'honneur de vous proposer de conférer à M. Marx le titre de membre correspondant; ce sera une excellente acquisition pour notre Société.

Le jury du concours pour une place de prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, vient d'être arrêté de la manière suivante :

MM. Jarjavay, Manec, Richet, Luys et Pelletan de Kinkelin : *juges titulaires.*

MM. Cusco et Serres : *juges suppléants.*

— Par suite d'une transposition, un passage de l'article de M. Révillout, inséré dans notre dernier numéro (page 298, col. I) est devenu incompréhensible, il faut rétablir le texte comme suit :

Voici quels furent mes raisonnements :

Aux yeux de tous, les manifestations locales, les fausses membranes, jouent un grand rôle dans la diphthérie, soit par leur extension possible, soit par l'adynamie, ou, suivant quelques-uns, l'intoxication véritable dont elles deviennent une source nouvelle.

Comme elles sont elles-mêmes le résultat d'une forme spéciale de phlegmasie, sinon d'une inflammation spécifique, il est urgent de les faire disparaître, non point en cherchant à les dissoudre comme des morceaux de fibrine au fond d'un vase, mais en modifiant la nature de l'inflammation qui les produit; en d'autres termes, en employant une médication substitutrice, suivant le mot heureux de M. Trousseau. Tel est le but que l'on peut poursuivre à l'aide des différents topiques; mais pour que leur action fût pleinement efficace, il faudrait qu'elle fût assez continue pour l'emporter en influence sur les dispositions morbides. Lorsqu'il s'agit d'angine couenneuse, cette condition est d'autant plus indispensable que les fausses membranes existantes jouent le rôle de cuirasse à l'égard de la muqueuse qu'elles recouvrent, et la protégent contre tout liquide qui ne la baigne pas assez longtemps pour pénétrer au-dessous d'elles. Il faudrait donc choisir une substance dont les applications pussent être renouvelées pour ainsi dire sans intervalles.

En peut-il être ainsi du nitrate d'argent, des acides minéraux, du perchlorure de fer? Non sans doute, car ces substances finissent par détruire les tissus, lorsqu'on en use trop largement en solutions un peu concentrées; elles sont loin d'être innocentes, lorsqu'on les avale à hautes doses, et, quand on les dilue, leur utilité disparaît plus vite que leurs inconvénients.

Il fallait trouver un agent...

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 77. — SAMEDI 1er JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 1er JUILLET 1865. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 ». Un an. . . . 30 ».

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Phlegmon profond de la paroi abdominale.

Un cas de phlegmon de la paroi abdominale d'un diagnostic difficile vient d'être observé à l'hôpital de la Pitié; la manière heureuse dont le diagnostic a été porté rend ce fait intéressant.

Une femme d'une cinquantaine d'années, très-forte et très-grasse, habituellement bien portante, mais sujette à une diarrhée fréquente, est entrée dans les salles avec une tumeur rouge, chaude, douloureuse à la pression, mal circonscrite et cependant assez étendue, qui occupait le côté droit de la paroi abdominale antérieure, en dehors et un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur s'accompagnait d'un mouvement fébrile très-prononcé, sans vomissements ni autres symptômes de péritonite. En cherchant par le toucher et le palper les limites de la tumeur, M. Gosselin reconnaissait bien qu'elle n'était ni sous-cutanée, ni sous le premier plan musculaire de l'abdomen, et qu'elle occupait les couches profondes de la paroi. Mais se prolongeait-elle dans la cavité abdominale? Les sensations obtenues avec la main ne permettaient à cet égard aucune détermination.

Le diagnostic offrait donc une partie évidente : phlegmon marchant vers la suppuration dans les couches profondes de la paroi abdominale. Mais il présentait une grande difficulté relative à la détermination du point de départ. Il y avait, en effet, à choisir entre trois opinions : ou il s'agissait d'un kyste du foie enflammé, devenu adhérent à la paroi abdominale et dont la cavité remplie de pus commençait à se vider dans la couche profonde de cette paroi; ou c'était un phlegmon consécutif à une perforation de l'intestin par un corps étranger; ou c'était un phlegmon simple sous-péritonéal, développé à la façon de ceux dont M. Bernutz a le premier donné la description (*Arch. génér. de méd.*, 1850, 4e série, t. XXIII, p. 129), c'est-à-dire au voisinage d'une cavité abdominale contenant un intestin habituellement un peu malade.

La première opinion a été bientôt écartée, parce que tout autour de la portion centrale déjà ramollie et fluctuante la tumeur offrait, dans l'étendue de 10 à 12 centimètres, une résistance considérable et non pas la fluctuation profonde qu'aurait donnée sans doute une poche hydatique. D'ailleurs, quoiqu'il fût difficile, à cause de l'embonpoint extrême de la malade, d'établir par la percussion une ligne de démarcation bien tranchée entre la tumeur et le foie, cependant la situation de la première à une certaine distance au-dessous des derniers cartilages costaux devait faire penser qu'il ne s'agissait pas d'une maladie du foie.

La deuxième opinion se trouvait appuyée par cette circonstance que la malade, sans pouvoir donner des renseignements précis sur l'origine de son affection, l'a cependant toujours rapportée à deux périodes : une d'assez longue durée (plusieurs mois) pendant laquelle la tumeur s'est développée lentement sans occasionner ni douleurs ni symptômes généraux, et une autre datant de quinze jours seulement, depuis laquelle le phlegmon aigu et chaud s'est montré. Or, dans ces cas, M. Gosselin a vu les choses se passer de cette façon à la suite de la perforation de la paroi abdominale par un corps étranger de l'intestin : pendant une première phase, tumeur profonde et indolente; pendant une seconde phase, tumeur chaude, douloureuse, bientôt abcédée. Il est vrai que ces malades avaient eu pendant toute la durée de la première période quelques coliques, avec vomissements et malaises pouvant faire croire à une péritonite au moins partielle. Or, la dernière malade de M. Gosselin indiquait bien dans ses commémoratifs une tumeur indolente, mais rien qui indiquât une péritonite, et c'est cette absence d'antécédents favorables à une péritonite antérieure qui éloignait aussi l'idée d'un abcès enkysté du péritoine venant se faire jour à travers la paroi abdominale, variété de maladie dont M. Bernutz a signalé dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (art. ABDOMEN) les analogies avec le phlegmon de la paroi abdominale.

Restait donc l'opinion du phlegmon sous-péritonéal. Il ne serait resté aucun doute à cet égard si l'on n'avait pas été embarrassé par cette première et longue période d'une tumeur lente et sourde ayant précédé la tumeur inflammatoire aiguë actuellement observée. En effet, dans les cas de ce genre dont M. Gosselin a été témoin, de même que dans ceux de M. Bernutz, le phlegmon a été chaud d'emblée.

Malgré ces restes d'incertitude, M. Gosselin a fait une incision trois jours après l'entrée de la malade sur le point mou et fluctuant; il a constaté avec le doigt que la cavité était large, profonde, mais paraissait être distincte de celle du péritoine. Il n'est sorti ni gaz, ni matières intestinales, ni corps étranger appréciable. Le pus, qui était très-abondant, avait seulement cette fétidité caractéristique des abcès développés au voisinage du tube digestif.

M. Gosselin s'est donc arrêté à la pensée qu'il avait eu affaire à un phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale, d'abord chronique et passé tout à coup à l'état aigu, chez une femme sujette à l'entérite, ou que, s'il s'agissait d'un abcès consécutif soit à une perforation, soit à une péritonite partielle, les symptômes en restaient absolument impénétrables, même après l'incision du foyer.

La malade a été prise d'un érysipèle quelques jours après l'opération; mais cet érysipèle est resté assez bénin pour faire espérer que la guérison aura lieu.

Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin.

Il est avéré plus d'une fois que les cliniciens les plus distingués et les plus habitués à triompher des difficultés du diagnostic, ont pu admettre des étranglements qui n'existaient pas, et dans quelques cas même proposer ou au moins accepter des opérations de la gravité de l'entérotomie ou de la gastrotomie; c'est là une erreur des plus regrettables, et il y a grand intérêt à appeler sur quelques-uns de ces faits l'attention des praticiens.

C'est la tâche que s'est proposée tout récemment un interne, lauréat des hôpitaux, M. Henrot; dans sa thèse inaugurale, il cite bon nombre de ces cas où l'on a cru à un étranglement mécanique alors qu'il n'en existait point, et il cherche à prouver que dans ces cas les accidents si variés qui simulaient l'étranglement devaient être attribués à la paralysie de l'intestin.

Entre les étranglements mécaniques et l'iléus nerveux, nié à tort par Masson, Raige, etc., se placent comme transition nécessaire des cas où une portion d'intestin a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, et est ainsi partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la libre circulation des matières (Louis, Corsy, Besnier, etc.).

I. Dans toutes les péritonites aiguës, quel qu'en soit le point de départ, le ballonnement du ventre, en nous montrant que les intestins sont distendus par des gaz, nous révèle aussi un certain degré d'inertie de la paroi intestinale, qui ne réagit que d'une façon incomplète et insuffisante pour amener leur expulsion.

Lorsqu'une perforation se produit tout d'un coup et qu'il n'existe point une maladie (dyssenterie, fièvre typhoïde) qui puisse mettre le médecin sur ses gardes, le péritoine, subitement saisi et impressionné, réagit avec violence; le ballonnement du ventre, la constipation apparaissent aussitôt, et, comme dans ces cas ces symptômes simulent de la façon la plus parfaite l'étranglement intestinal, l'erreur peut être facilement commise; on donne alors des drastiques violents, et donner des drastiques dans un cas de perforation suivi de péritonite, c'est amener sûrement un redoublement dans l'inflammation : c'est une erreur d'où dépend la vie du malade.

Ce que nous venons de dire des péritonites par perforation intestinale s'applique aussi à la péritonite suite de perforation de la vésicule biliaire, et dont M. Henrot dans sa thèse rapporte un très-remarquable exemple, simulant l'étranglement à tel point que M. Jobert fut appelé pour faire l'opération, qui heureusement fut remise au lendemain : le soir même, le malade mourut.

Les perforations de l'appendice iléo-cœcal peuvent aussi simuler l'étranglement par un mécanisme tout à fait analogue à celui que nous venons d'exposer, c'est-à-dire par le développement brusque et rapide d'une péritonite généralisée, amenant un arrêt des matières par défaut de contraction péristaltique et non par paralysie de l'intestin.

II. Reste maintenant une seconde classe de causes pouvant simuler l'étranglement : ce sont les paralysies proprement dites. La rétention, l'obstacle au cours des matières fécales peuvent, tout aussi bien que la rétention d'urine pour laquelle cette distinction a toujours été faite, reconnaître deux ordres de causes : celles qui mettent obstacle mécanique au cours des matières et celles qui agissent par défaut d'action expultrice des parois.

Comme exemple de ce genre de paralysie, M. Henrot rapporte avec détail une observation recueillie par lui alors qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu de Reims : *le début brusque des coliques que la pression calmait*, le fait pour le malade d'avoir travaillé dans un couloir nouvellement peint, nous portent à penser qu'il s'agissait là d'une paralysie intestinale saturnine.

III. Des altérations inflammatoires des parois musculaires de l'intestin, spontanées ou consécutives à la kélotomie, constituant ce qu'on est convenu d'appeler l'engouement intestinal, peuvent facilement être confondues dans les symptômes qu'elles produisent avec un étranglement interne.

Il peut arriver aussi que, consécutivement à la réduction d'une hernie, les nausées et les vomissements reprennent, des gaz distendent les parois de l'intestin, dont l'on peut sentir le relief à travers les parois abdominales; alors l'intestin a perdu tout ou partie de sa contractilité et les matières ne passent plus.

IV. Certaines formes de paralysie essentielle consécutive à une maladie aiguë, la fièvre typhoïde, consécutive à la diphthérite (Maingault, Sellerier).

La constipation, si commune dans l'ataxie locomotrice, peut être amenée au point de simuler un étranglement (Langlet).

V. Enfin, nous énumérerons pour terminer quelques-unes des maladies d'organes plus ou moins éloignés de l'intestin et qui ont pu simuler l'étranglement interne.

Telles sont les maladies du testicule : testicules retenus dans l'aine (Curling), orchite inguinale (Verneuil), des hernies de l'ovaire plus ou moins comprimé (Nélaton), des tumeurs de l'aine, abcès, lipocèles, etc.

VI. Quelle est maintenant l'étiologie de ces paralysies intestinales? Lorsque la tunique musculaire est altérée directement ou par propagation de l'inflammation, lorsqu'à la suite d'ulcérations elle est en partie dénudée, on comprend que dans ces cas elle soit frappée d'inertie et qu'elle se soit laissé distendre.

Dans les cas de péritonite suraiguë, il est logique d'admettre que la paralysie intestinale est un phénomène d'ordre réflexe; l'impression exercée sur les centres nerveux ou les ganglions du grand sympathique s'est réfléchie par l'intermédiaire des nerfs moteurs sur les fibres musculaires de l'intestin.

C'est par action réflexe que l'on peut également expliquer les pseudo-étranglements à la suite d'orchite inguinale, de perforation subite.

On peut expliquer par action réflexe, plutôt que par l'hypothèse d'une paralysie nerveuse directe, essentielle, les pseudo-étranglements consécutifs à la colique saturnine et à la diphthérite.

A propos de l'aphasie.

Au moment où se terminait la discussion académique sur l'aphasie, nous recevions une intéressante observation de M. le docteur Lesur. Nous donnerons la parole à notre honorable correspondant :

« Il y a deux mois, un ouvrier ardoisier, âgé de vingt-six ans, à Deville (Ardennes), reçoit un coup de mine qui le renverse et lui fracture comminutivement l'os malaire et le frontal gauche, de même que la moitié antérieure et inférieure du pariétal du même côté, avec fragments considérables du temporal et de la grande aile du sphénoïde. Un fragment unique, que je conserve, de la grandeur d'une écaille d'huître, est une espèce de mosaïque où le frontal, le pariétal, le temporal, l'aile du sphénoïde, forment un tout réuni par leur quadruple suture.

« Je n'entre point dans les détails de mon opération, dans laquelle je dus enlever, indépendamment du fragment déjà cité, plusieurs autres de moindres dimensions, et un nombre infini d'esquilles, surtout au dépens de l'arcade orbitaire externe, et de la portion écailleuse et temporale du frontal. Mon honorable confrère, le docteur d'Hôtel (de Charleville), a pu constater, quelques heures après, l'énorme perte de substance osseuse, tant par le toucher, palpant la substance cérébrale à nu sur une grande étendue du lobe antérieur, que par la vue du grand nombre réuni de fragments osseux extraits de cette région.

« Pour ne point sortir du sujet, que s'est-il passé, au point de vue des lésions de la parole, dans un cas où certes les lésions anatomiques intéressent si intimement la région du cerveau où l'on a localisé, à tort ou à raison, la faculté de la parole?

« Je cite un fait tout simplement, sans toucher à la question de doctrine.

« Je dois dire tout d'abord que cet homme est aujourd'hui parfaitement guéri, sans lésion de l'entendement. Mais, quant à la parole, à dater du moment de l'accident, le blessé est resté quinze jours sans pouvoir articuler un mot : la connaissance chez lui a reparu assez vite, puisque la voix seule du chirurgien le jetait dans un trouble et une agitation extrêmes, et qu'au bout de quelques jours il pressait la main de ses camarades qui venaient lui parler, en signe d'intelligence. Des cris inarticulés étaient proférés dans son délire, sans que l'on put distinguer soit un mot, soit un nom. Aujourd'hui, que la cicatrisation est complète, sans aucun vestige d'inflammation du côté de l'encéphale, la faculté de parler est aussi complète que l'entendement est intact. Il ne reste que la difformité d'affreuses cicatrices.

« A côté de ce fait je citerai le cas d'un enfant trépané à l'hôpital de Reims, dans mon service, pour un coup de pied de cheval qui lui avait fracturé le frontal, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade orbitaire gauche. Il suffisait, quand cet enfant, qui a guéri, prononçait un mot de plusieurs syllabes, de comprimer alternativement la pulpe cérébrale, pour suspendre à volonté la prononciation. La parole reparaissait dès que cessait la compression.

« Ce fait, qui n'est pas unique, reste consigné dans la clinique de l'hôpital de Reims. Le même phénomène se produit-il dans une lésion traumatique qui intéresse le lobe antérieur droit? Mon expérience personnelle ne m'en fournit aucun exemple. Ceux que je viens de citer n'ont de valeur qu'au point de vue de la localisation de cette faculté dans le lobe antérieur gauche. »

HOPITAL D'AIX. — M. BOURGUET.

De l'uréthrotomie par voie collatérale dans les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre compliqués de fistules au périnée (1).

Rétrécissement avec oblitération présumée de l'urèthre; huit fistules urinaires; fausses routes antérieures; insuccès de la dilatation, de l'uréthrotomie externe sans conducteur, de l'incision des trajets fistuleux, de la boutonnière en avant du rétrécissement; formation d'un nouveau canal à la région du bulbe; amélioration très-prononcée.

J..., entrepreneur, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution primitivement bonne, mais aujourd'hui profondément détériorée par la souffrance et la maladie, pâle, très-amaigri, au teint cachectique, se présente à l'hôpital d'Aix le 14 janvier 1856, et donne sur son état les renseignements suivants :

A l'âge de seize ans il fut atteint d'un écoulement uréthral à la suite d'excès de masturbation. Cet écoulement persista très-longtemps et résista à un grand nombre de médications.

Au bout de quelques années, il s'aperçut que le besoin d'uriner se faisait sentir plus souvent que de coutume, qu'il restait plus longtemps pour y satisfaire, et que le jet de ses urines était moins long et plus petit. Insensiblement ces symptômes s'aggravèrent; des accidents de rétention se produisirent et nécessitèrent l'emploi du cathétérisme.

Après un traitement par la dilatation et la cautérisation, son état se trouva sensiblement amélioré, et il put reprendre ses travaux et son genre de vie habituels, à la condition d'introduire de temps en temps une sonde dans l'urèthre.

En 1850, en pratiquant lui-même le cathétérisme avec une sonde en gomme élastique, le mandrin sortit et s'engagea dans un des yeux de la sonde. Le malade ne s'en étant pas aperçu, et ayant continué de pousser la sonde avec force, il s'en suivit une fausse route accompagnée d'hémorrhagie abondante et d'infiltration d'urine avec sphacèle étendu du scrotum.

Depuis cette époque, le rétrécissement est resté infranchissable. De nouveaux abcès urineux se sont formés à diverses reprises; ils ont été ouverts au moyen du bistouri ou se sont ouverts spontanément, et il lui est resté autant de trajets fistuleux qui ne se sont plus cicatrisés, l'urine ayant pris cette nouvelle voie et ayant cessé de passer par le méat.

Le malade s'est adressé successivement à un grand nombre de médecins recommandables dans les diverses villes qu'il a habitées (Pau, Tarbes, Carcassonne, Toulouse). Tous, dit-il, ont essayé de le sonder, mais aucun n'a pu arriver dans la vessie, malgré des tentatives répétées. En désespoir de cause, il s'est décidé à se rendre à Montpellier et est entré à l'hôpital Saint-Éloy de cette ville dans le courant de septembre 1854.

M. le professeur Courty, étant chargé en ce moment du service de la clinique chirurgicale, a examiné le malade avec beaucoup de soin, et après avoir reconnu, comme les médecins qui l'avaient précédé, l'impossibilité absolue de traverser le rétrécissement, s'est décidé à recourir à l'uréthrotomie périnéale externe sans conducteur.

Quelles ont été les circonstances de cette opération? En acceptant comme vrai le récit du malade, elle aurait été assez laborieuse; une sonde en gomme élastique aurait été placée à demeure après l'opération, mais n'aurait pas laissé écouler de l'urine et aurait dû être enlevée au bout de deux ou trois heures.

Quoi qu'il en soit, après un séjour de plus de trois mois à l'hôpital Saint-Éloy et un second de près de huit mois à l'hôpital général de la même ville, dont M. Courty est chirurgien en chef, et où le malade s'est fait admettre à sa sortie de l'hôpital Saint-Éloy, afin de se trouver encore sous la direction de cet habile chirurgien, G... a quitté définitivement Montpellier au mois d'août 1855, sans que son état fut sensiblement différent de ce que nous l'avons décrit plus haut, c'est-à-dire que le rétrécissement restait toujours infranchissable et que les urines s'écoulaient en totalité par les fistules du périnée.

En quittant Montpellier, il s'est rendu à Nîmes et s'est fait admettre à l'hôpital de cette ville. Pendant un séjour d'environ quatre mois dans cet établissement, les deux honorables chirurgiens placés à la tête du service, MM. Fontaine et Pleindoux, se sont livrés, dit-il, à de nombreuses tentatives de cathétérisme sans parvenir à traverser le rétrécissement.

Se considérant alors comme entièrement incurable, le malade s'est résigné à ne plus rien faire et a pris le parti de retourner auprès de sa famille qui habite l'Algérie. Mais, arrivé à Aix, sa fatigue et sa faiblesse ont été telles qu'il n'a pas pu aller plus loin et s'est vu forcé d'entrer encore une fois à l'hôpital.

Soumis à notre examen le 15 janvier 1856, nous constatons les symptômes suivants :

Le scrotum et la région périnéale sont le siége de huit ouvertures fistuleuses disséminées depuis la racine de la verge et les environs de l'anus jusqu'à l'aine gauche et en dedans de la cuisse du même côté. Cinq de ces fistules sont situées à gauche de la ligne médiane, deux à droite, une sur la ligne médiane elle-même, dans le point correspondant à l'opération pratiquée par M. Courty. Leur trajet est oblique et tortueux. Toutes cependant paraissent se diriger vers un même point de l'urèthre situé à l'union du bulbe et de la portion membraneuse. Elles laissent écouler goutte à goutte, sans la participation de la volonté du malade, la totalité des urines mélangées d'une très-notable quantité de pus, le tissu cellulaire ambiant est épaissi et induré, de façon à former tout autour des trajets fistuleux une espèce de corde étendue de l'orifice des fistules jusqu'à l'urèthre. Le scrotum est très-infiltré et transformé également dans quelques points en une masse dure. La peau est rouge et excoriée à l'extérieur.

L'état général est aussi mauvais que possible; le malade est abattu, découragé; il ne quitte pas le lit, exhale une odeur urineuse repoussante, les draps, le matelas et même la paillasse étant constamment souillés d'urine; il a de la diarrhée et assez souvent de véritables accès de fièvre; le sommeil et l'appétit sont perdus; les membres inférieurs infiltrés, la faiblesse extrême, la peau sèche, le pouls fréquent bat de 85 à 90 par minute; la face présente une teinte terreuse; en un mot, la situation est des plus graves et la mort paraît inévitable si l'art n'intervient d'une manière efficace.

Après un repos de quelques jours, l'emploi des boissons délayantes et d'un régime approprié, nous explorons l'urèthre.

La sonde pénètre sans difficulté jusqu'à la fin de la portion spongieuse; mais, arrivée à ce point, elle rencontre un obstacle qui présente une résistance insurmontable et paraît formé par un tissu de cicatrice très-dense. Le doigt appliqué à l'extérieur sent sous la peau, en arrière du bec de la sonde, un noyau dur, espèce de cylindre d'environ deux centimètres de diamètre à sa base, qui se prolonge du côté de la symphyse et de la portion musculeuse. Cet obstacle paraît correspondre assez exactement à la portion du canal sur laquelle a porté la fausse route faite par le malade et dont il a été déjà question. Il semble obturer complétement l'urèthre sur une longueur d'au moins deux centimètres. En effet, outre qu'il ne passe plus une seule goutte d'urine par le méat, les investigations les plus minutieuses et les plus prolongées ne permettent pas de découvrir la moindre ouverture ni le moindre pertuis dans lequel il soit possible d'engager un corps étranger quelconque. Nous essayons successivement des sondes en argent de très-petit calibre (sondes de Béniqué), des bougies en gomme élastique, en baleine, en ivoire flexible, droites, courbes, crochues, tortillées, introduites directement dans l'urèthre ou portées au-devant du rétrécissement à travers un conducteur ouvert à ses deux bouts, etc., etc.

Toutes les tentatives auxquelles nous nous livrons, non-seulement ce jour-là, mais un grand nombre d'autres fois, restent infructueuses. Le malade, qui s'y prête sans difficulté, nous prévient d'avance qu'elles n'aboutiront pas, car, ajoute-t-il, ces manœuvres et d'autres analogues ont été déjà employées, non pas une fois, mais des centaines de fois par plus de vingt médecins différents. Il affirma même qu'une de ces tentatives a produit une fausse route, il y a trois ou quatre ans, et il est porté à croire que la sonde en gomme élastique, placée à la suite de l'opération pratiquée à Montpellier, a été introduite dans cette fausse route. A l'appui de son opinion, il nous indique lui-même la situation et la direction de la fausse route, ainsi que la manière d'y faire pénétrer la sonde. Pour nous éclairer à cet égard, nous prenons un cathéter courbe de petite dimension. Arrivé sur le rétrécissement, il s'arrête comme précédemment, mais en le poussant plus avant, dans la direction indiquée par le malade, il finit en effet par se dévier à gauche, dépasse la symphyse pubienne et s'engage, à la profondeur de cinq à six centimètres, dans une voie assez spacieuse qui ne présente pas les caractères du conduit uréthral et nous paraît être évidemment, ainsi que le prétend le malade, le résultat d'une fausse route ancienne.

Après nous être bien convaincu de l'impossibilité de franchir le rétrécissement au milieu de semblables conditions, nous eûmes la pensée, avant de nous livrer à d'autres tentatives, de recourir à la méthode conseillée et mise plusieurs fois en pratique avec succès par Bonnet (de Lyon), et plus tard par M. Palasciano (de Naples), nous voulons parler du débridement de tous les trajets fistuleux sur la sonde cannelée accompagné de leur cautérisation, en vue de permettre à la suppuration de dégorger les tissus et de découvrir ensuite plus facilement la lumière de l'urèthre.

Cette opération, pratiquée le 28 janvier à l'aide du chloroforme, ne présenta rien de particulier. Les trajets fistuleux furent incisés les uns après les autres sur la sonde cannelée, à la profondeur d'un à deux centimètres, et laissèrent à découvert un tissu dur, comme lardacé. Les bords de toutes ces incisions furent ensuite cautérisés avec le fer rouge jusqu'à dessication de la plaie, ainsi que le recommandait Bonnet. Les suites de cette première opération furent fort simples : la suppuration abondante qui l'accompagna dans les premiers temps assouplit le scrotum et fit disparaître l'infiltration et l'induration dont il était le siége; la cicatrisation marcha assez rapidement, et au bout de deux mois et demi il ne restait plus qu'une seule plaie aboutissant à la fistule principale. Mais la position du malade, quoique sensiblement améliorée au point de vue de l'état général et du nombre des fistules, restait la même quant au rétrécissement proprement dit, c'est-à-dire que celui-ci était toujours complétement infranchissable, que le méat ne laissait passer aucune goutte d'urine, et que celle-ci s'échappait en entier et involontairement par l'unique fistule qui restait au périnée.

Partant de la supposition que l'oblitération du canal n'était pas complète, ainsi que cela a lieu d'ailleurs généralement dans les cas de ce genre, et, ne perdant pas dès lors tout espoir de traverser la coarctation, nous eûmes recours à la dilatation de la fistule, afin de pouvoir attaquer le rétrécissement d'arrière en avant, espérant que nous aurions ainsi plus de facilité à enfiler la lumière de l'urèthre. Les tentatives nombreuses auxquelles nous nous livrâmes dans ce but restèrent infructueuses. Il nous fut constamment impossible de traverser le point rétréci et même d'y engager une sonde ou un stylet quelque déliés qu'ils fussent.

Nous nous décidâmes alors à inciser l'urèthre sur le bec du cathéther, immédiatement en avant du rétrécissement, pensant qu'il nous serait possible, cette fois, d'introduire une petite sonde ou un stylet cannelés dans l'intérieur de la coarctation, et, à l'aide de l'un ou de l'autre de ces conducteurs, d'inciser cette dernière d'avant en arrière, comme dans la méthode de Syme.

Cette nouvelle opération, pratiquée le 8 avril, ne nous procura pas malheureusement les résultats qu'elle nous avait fait concevoir. L'urèthre, mis à découvert sur une étendue d'environ deux centimètres, nous cherchâmes vainement à y faire pénétrer une petite sonde cannelée, un stylet de Méjean pour les voies lacrymales, de très-fines bougies en baleine et en gomme élastique, etc. Aucun de ces instruments ne parvint jamais à s'engager, et il nous fut impossible de découvrir la plus petite trace de canal.

Nous en étions là de notre opération, découragé de tous nos insuccès successifs, et presque résolu à ne pas aller plus loin, lorsque la pensée suivante se présenta à notre esprit :

N'y aurait-il pas possibilité de mettre en communication directe l'ouverture dilatée de la fistule périnéale avec le point de l'urèthre où s'arrête le bec du cathéter et d'introduire par cette voie artificielle une sonde dans la vessie?

Cette idée nous ayant paru rationnelle et parfaitement praticable, d'autant mieux que le canal de l'urèthre était agrandi en arrière de la fistule et que les sondes portées par cette dernière pénétraient aisément dans le réservoir de l'urine, nous la mîmes sur-le-champ à exécution en procédant de la manière suivante :

Un cathéter courbe, de sept millimètres de diamètre, est introduit dans l'urèthre et porté jusqu'au devant de l'obstacle. Le pavillon en est confié à un aide à qui nous recommandons de pousser fortement et de refouler le plus possible le rétrécissement en arrière. Pendant ce temps, nous cherchons nous-même à sentir le bec de l'instrument à travers les tissus qui le séparent de la fistule périnéale en engageant l'extrémité de l'indicateur gauche dans l'ouverture dilatée de la fistule. La mobilité naturelle de l'urèthre dans cette région permettant au rétrécissement de glisser en arrière et de se déplacer dans l'étendue de plusieurs centimètres, nous sentons très-distinctement le bec du cathéter à travers les tissus, dans le lieu indiqué. Recommandant alors à l'aide de ne l'incliner d'aucun côté et de continuer à presser sur lui, afin de maintenir son extrémité postérieure en face de la fistule, nous pratiquons sur le relief formé par le cathéther, à l'aide du bistouri droit, au fond de la fistule et sur sa paroi antérieure, une incision d'un centimètre et demi environ d'étendue, dirigée d'avant en arrière, parallèlement à l'axe de l'urèthre, et intéressant tous les tissus compris entre la fistule et le cathéter. Arrivé sur le bec de l'instrument, nous l'engageons dans l'espèce de boutonnière qui vient d'être faite, et comme il passe difficilement nous agrandissons la solution de continuité en haut et en arrière, au moyen du bistouri boutonné, de manière que l'ouverture reste largement béante et que le cathéter puisse s'y engager et la parcourir sans aucune difficulté.

Après que tout écoulement de sang a cessé, le cathéter est enlevé et remplacé par une sonde en gomme élastique de huit millimètres de diamètre, qui traverse aisément la nouvelle portion de l'urèthre et chemine jusqu'au col de la vessie. Mais arrivée à cette hauteur, il est impossible de la faire aller plus avant, malgré les manœuvres variées auxquelles nous avons recours. Une sonde moins volumineuse est également essayée sans succès. Nous nous décidons alors à introduire la sonde dans la vessie par le périnée et à la ramener ensuite dans le méat, d'arrière en avant. Cette dernière manœuvre ne s'exécute pas sans quelque difficulté; elle peut être réalisée cependant en unissant la sonde introduite par la fistule avec une sonde conductrice introduite par le méat et mise en rapport avec la première en lui faisant traverser la boutonnière uréthrale.

Dès ce moment, l'opération se trouve terminée. Elle a duré à peine quelques instants, en dehors du temps consacré à l'introduction de la sonde et à sa mise en place. La quantité de sang perdu a été insignifiante, et, à son réveil, le malade n'est pas peu surpris d'apercevoir une sonde dans l'urèthre et l'urine s'écouler au dehors. Les bords de la plaie extérieure, faite au début de l'opération, sont rapprochés à l'aide d'une bandelette de collodion (fomentations froides sur la verge et le périnée; alimentation légère).

Les jours suivants, l'état de l'opéré est aussi satisfaisant que possible; la réunion de la petite plaie uréthrale a lieu sans suppuration; les urines passent en entier par la sonde; le malade commence à se lever du septième au huitième jour.

Au bout d'un mois, la fistule est réduite des trois quarts. La portion nouvellement créée du canal laisse jouer très-facilement la sonde à demeure. Celle-ci étant éraillée, et ses gerçures irritant douloureusement l'urèthre, nous l'enlevons pour la remplacer par une nouvelle. Malheureusement nous rencontrons les mêmes difficultés qu'après l'opération pour la faire pénétrer dans la vessie. Nous nous décidons alors à renoncer à la sonde à demeure et nous nous bornons tout simplement à pratiquer le cathétérisme uréthral. Celui-ci est pratiqué tous les matins avec une sonde de Mayor n° 3, et plus tard n° 4, laquelle arrive aisément jusqu'au col de la vessie, traverse par conséquent et dilate le point de l'urèthre sur lequel a porté l'opération et est laissée en place deux ou trois heures, jusqu'à ce que le besoin d'uriner se fasse sentir.

Peu à peu, la santé générale se rétablit. Le malade se lève tous les jours et fait quelques courtes promenades, l'urine passe presque en entier par la verge et forme un jet du volume d'une plume d'oie. La fistule se rétrécit de plus en plus.

Tenant à connaître quels effets produirait la suspension de la dilatation pratiquée tous les matins, nous restons quinze jours sans introduire de sonde. Une nouvelle exploration, faite au bout de ce temps, nous permet de constater que la sonde passe à travers la nou-

(1) Nos lecteurs se rappellent que M. Bourguet a eu un prix à l'Académie pour ses opérations d'uréthrotomie externe.

Nous publions ici une observation, qui a été envoyée à l'Académie, que l'auteur offre comme un exemple destiné à justifier la méthode qu'il a proposée et exécutée, et qu'il croit être le modèle d'opérations faites l'année dernière par M. Maisonneuve.

velle portion de l'urèthre avec la même facilité que la dernière fois. Malheureusement, il se développe une orchite à la suite de ce cathétérisme, ce qui nous oblige à renoncer à d'autres tentatives semblables et rend le malade très-pusillanime à cet endroit. Il sort de l'hôpital le 10 juillet 1856, trois mois et deux jours après l'opération.

L'avant-veille de sa sortie, nous l'examinons attentivement, de concert avec notre excellent collègue, M. Goyrand, qui avait pris le service le 1er juillet, et avait eu ainsi le malade sous les yeux pendant une huitaine de jours. Voici ce que nous notons à ce dernier examen :

La fistule est réduite à un simple pertuis dans lequel on a beaucoup de peine à introduire un stylet de trousse ordinaire. Les urines s'échappent presque en totalité par le méat (il en sort à peine quelques gouttes par la fistule). Elles continuent à former un jet du volume d'une plume à écrire, et peuvent être lancées à une distance considérable. Le malade urine cinq à six fois dans les vingt-quatre heures. Le scrotum est souple, sans infiltration ni induration. Nous cherchons à explorer l'urèthre, mais cet homme s'y refuse obstinément, redoutant le développement d'une nouvelle orchite, et prétextant d'ailleurs qu'il est complétement guéri. Depuis sa sortie de l'hôpital, il a été perdu de vue, et il nous a été impossible d'obtenir de nouveaux renseignements sur son compte.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 juin 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. ÉD. ROBIN lit une Note sur les nouvelles applications de ses principes concernant la possibilité de ralentir l'activité respiratoire, les besoins de la respiration, sans être obligé de rendre plus faible la quantité d'air qui pénètre dans la circulation.

D'après ce que j'ai cherché à faire voir dans mes communications antérieures, le café, les antiputrides non désorganisateurs qui produisent avec les matières protéiques des combinaisons inattaquables par l'oxygène humide, diminuent la vitesse de consommation sans gêne pour l'économie animale; ils permettent aux matières en circulation de supporter plus longtemps l'action de l'oxygène; ils diminuent, par conséquent, le besoin de réparation; ils mettent dans l'état où sont les habitants des pays chauds, si remarquables par la faible quantité d'aliments nécessaire à leur existence et par la facilité avec laquelle ils supportent l'abstinence; ils se rapprochent, pour ainsi dire, à volonté des animaux à température variable, plus remarquables encore par les mêmes propriétés.

Sous l'influence de ceux des modérateurs de la combustion lente qui agissent par combinaison, la température des animaux à sang chaud s'abaisse plus ou moins; ils deviennent donc plus ou moins à température variable. Dans ces nouvelles conditions, ils doivent être moins sensibles que dans les conditions normales à l'action des anesthésiques, qui ne sont autres que des poisons asphyxiants.

Chacun sait d'ailleurs que l'alimentation dans laquelle le café intervient en grande proportion n'est pas du tout incompatible avec la santé. On peut emprunter au goudron des antiputrides propres à faire des boissons dont l'usage journalier peut être longtemps et avantageusement soutenu. Suivant ce qui a été dit, l'alimentation arsenicale elle-même, et sans doute l'alimentation sous l'influence d'une multitude d'autres antiputrides par combinaison, par opposition à l'action de l'oxygène, n'est pas plus incompatible avec une bonne santé. On est donc conduit à ces applications.

Première application. Moyens de diminuer les besoins de la respiration des animaux, de manière à rendre l'anesthésie moins dangereuse.

Deuxième application. Moyens de produire artificiellement l'hibernation chez les mammifères.

Troisième application. Substances propres à favoriser l'engraissement sans fournir ni la graisse ni ses matériaux.

Quatrième application. Manière de préparer l'alimentation dans les pays chauds, d'éviter les effets dus à la gêne de la respiration dans l'ascension des montagnes, le séjour des mines, etc.

Cinquième application. Agents propres à diminuer les inconvénients d'une alimentation trop peu abondante, et parfois à la faire supporter sans gêne.

Sixième application. Moyens de rendre moins dangereuses les opérations chirurgicales.

Septième application. Prévision du pouvoir fébrifuge.

M. PÉCHOLIER adresse pour le concours des prix de médecine et de chirurgie un opuscule intitulé : « Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dyssenterie. » (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. J. RODRIGUEZ DA COSTA DUARTE adresse pour le concours du prix Godard un opuscule intitulé : « Des fistules génito-urinaires chez la femme. » (Renvoi à la Commission du prix Godard.)

M. GUSTAVE LE BON écrit pour demander l'ouverture d'un paquet cacheté déposé par lui dans la séance du 3 juin dernier. Le dépôt ouvert contient la note suivante concernant l'existence d'un alcaloïde dans la fève de Calabar.

« Cet alcaloïde, que je n'ai pas encore obtenu, dit l'auteur, assez pur pour en présenter des échantillons, jouit de propriétés physiologiques extrêmement curieuses. Sa dissolution introduite à la dose d'une goutte entre les paupières d'un myope, produit, au bout de quelques instants, une augmentation considérable dans la portée de la vue. Cette augmentation, qui persiste au moins une heure, est très-facile à constater, car elle n'a lieu que dans celui des yeux qui a reçu la solution. Par conséquent, en ouvrant et en fermant alternativement les yeux, on s'aperçoit qu'il existe une grande différence dans la portée de la vue de chacun.

« J'ai fait ces expériences sur moi-même et les ai répétées un grand nombre de fois avec succès. Chez des personnes possédant une vue moyenne, la portée de la vue serait-elle aussi augmentée? Tout me porte à le croire.

« En ce moment, je ne saurais dire comment agit l'alcaloïde de la fève de Calabar. J'espère cependant arriver à élucider cette question. Agit-il simplement en provoquant la contraction de la pupille toujours si dilatée chez les myopes, ou bien possède-t-il une action spéciale sur les nerfs? Je penche vers cette dernière hypothèse.

« Quoi qu'il en soit, l'alcaloïde de la fève de Calabar pourra être employé avec succès dans le traitement de la myopie. Ce sera, je crois, le premier agent thérapeutique qui aura été essayé contre cette infirmité. »

M. DE QUATREFAGES présente, au nom de M. Dareste, une Note sur une condition très-générale de la production des anomalies de l'organisation.

M. CL. BERNARD présente, au nom de M. Davaine, une Note sur la nature et la constitution anatomique de la pustule maligne.

M. le docteur Cl. Bernard présente, au nom de M. Buttura, une Observation sur la guérison du diabète sucré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 juin 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

M. LARREY fait savoir qu'il a reçu une lettre de remercîments de M. Gachet (d'Issoudun), qui annonce qu'il a fait parvenir au Corps législatif plusieurs exemplaires de sa brochure.

Discussion sur l'uréthrotomie.

M. DOLBEAU. Je commencerai par remercier M. Perrin d'avoir provoqué une nouvelle discussion sur l'uréthrotomie interne. Vous avez tous remarqué l'argumentation solide et brillante de notre collègue, nous devons l'en féliciter, et, personnellement, je lui sais gré de l'extrême courtoisie qu'il a apportée dans la critique de mes opinions.

Lorsqu'en 1862 j'ai exposé devant la Société de chirurgie les résultats de ma pratique, relativement à l'application de l'uréthrotomie, je me suis efforcé de démontrer que cette opération, réservée à des cas spéciaux et bien déterminés, méritait d'être prise en grande considération. Je dois l'avouer, je n'ai rencontré parmi vous que de rares adhésions et les résultats de la discussion n'ont pas été très-favorables à l'opération de l'uréthrotomie. A quelque temps de là, M. Perrin vint nous dire : On repousse en général trop sévèrement l'uréthrotomie; c'est une question qu'il faut discuter et résoudre sans parti pris, mais la solution de cet intéressant problème ne peut sortir que de l'observation clinique. Joignant l'exemple au précepte, notre distingué collègue nous apportait treize observations sévèrement recueillies, et il prenait l'engagement de vérifier dans l'avenir les résultats définitifs obtenus chez ces treize malades.

Dans les précédentes séances, M. Perrin a exposé les résultats de son enquête chirurgicale; puis, satisfait de ses recherches, il a montré une fois de plus que la mortalité, après les opérations d'uréthrotomie, était relativement faible, puisqu'on ne perd que trois malades sur cent.

Enfin, M. Perrin a terminé sa communication en déclarant que la dilatation ne répondait pas à tous les besoins de la pratique et que l'uréthrotomie, telle qu'on l'exécute aujourd'hui, était une méthode de traitement suffisamment perfectionnée pour entrer dans le domaine de la clinique. Chemin faisant, M. Perrin s'est occupé des indications de l'opération, du procédé et de l'instrument qu'il conseille d'employer désormais.

J'ai l'intention, Messieurs, d'examiner et de discuter les différentes parties de la communication de M. Perrin. Je ne partage pas complétement la manière de voir de notre collègue, mais je crois qu'il a raison quand il dit qu'on repousse d'une manière trop systématique une opération qui est aujourd'hui bien réglée et qui a rendu de véritables services. J'ajouterai une réflexion : c'est probablement parce que la dilatation est parfois insuffisante que bon nombre de chirurgiens pratiquent actuellement la section des rétrécissements.

Dans la discussion qui va suivre, et pour apporter une plus grande facilité dans le débat, j'intervertirai un peu l'ordre suivi par M. Perrin.

En terminant sa communication, notre collègue, rejetant la classification des rétrécissements en dilatables et non-dilatables, propose de faire deux classes d'angusties uréthrales. Il distingue les rétrécissements suivant que la maladie met ou non obstacle à la fonction urinaire. Cette distinction ne me paraît pas acceptable, car je me demande comment l'on reconnaîtra l'existence d'un rétrécissement qui n'apporte aucun trouble dans la miction. Les individus qui pissent mal hésitent toujours longtemps à venir consulter; comment M. Perrin peut-il admettre que ceux qui ne souffrent pas viendront demander des conseils! Peut-être ai-je mal compris; notre collègue classe probablement ses malades suivant qu'ils éprouvent des phénomènes douloureux ou suivant que le rétrécissement n'entraîne que des troubles mécaniques dans la miction. Si telle est la distinction qu'a voulu établir M. Perrin, je l'accepte et, comme lui, je sectionnerai le rétrécissement chez les malades de la première catégorie. La dilatation sera réservée pour le second groupe de malades, seulement l'uréthrotomie demeurera une méthode exceptionnelle, car les individus qui souffrent et chez lesquels le rétrécissement provoque des accidents multiples sont en nombre relativement petit.

M. Perrin nous a retracé le lugubre tableau que présentent les malheureux qui portent des rétrécissements compliqués de l'urèthre; il nous a parlé de ces vives douleurs, de ces accès de fièvre ou bien encore des rétentions d'urine qui se montrent à des époques plus ou moins rapprochées de la maladie; il nous a fait voir les pauvres patients allant de crise en crise et finissant par succomber. Car, dit notre collègue, la dilatation est insuffisante, elle ne tue pas les individus, mais elle les laisse mourir. Ce tableau est exact, et pour les cas de cette nature l'uréthrotomie est bien indiquée; mais ce sont là des circonstances exceptionnelles dont M. Perrin me semble exagérer la fréquence. Le plus grand nombre des rétrécissements constitue surtout une infirmité; les individus urinent par un jet très-fin; aussi le temps employé pour vider la vessie est-il considérablement augmenté. Mais voilà tout; aussi les malades se gardent-ils bien de consulter, et cependant c'est une affection menaçante puisque d'un instant à l'autre les complications pourraient survenir.

On a dit souvent que les rétrécissements de l'urèthre ne permettaient pas d'arriver jusqu'à la vieillesse, que leur présence entraînait des accidents dont la marche lente et insidieuse favorisait la formation de lésions organiques graves et fatalement mortelles. On a répété qu'on n'observait plus de rétrécissements dans les hospices consacrés aux vieillards, les désordres qu'entraîne l'existence d'un rétrécissement ne permettant pas d'atteindre l'âge indiqué par les règlements. Je pense, pour ma part, que cette assertion n'est point exacte. Certes, les lésions prostatiques dominent chez les vieillards, cependant j'ai vu un certain nombre de rétrécissements à l'hospice de Bicêtre. La plupart de ces vieilles coarctations ne déterminent guère d'accidents, mais le cathétérisme fait reconnaître parfois la présence d'un obstacle, lorsque par hasard on est obligé de remédier à une rétention d'urine, causée d'ailleurs par une lésion de la prostate.

Il semble que les rétrécissements de l'urèthre entraînent moins de phénomènes réactionnels, alors que les individus ont dépassé l'âge adulte; l'explication de cette particularité nous semble facile à trouver. En effet, la présence d'un rétrécissement s'accompagne souvent, chez l'adulte, de phénomènes spasmodiques qui ont leur siége dans les fibres musculaires entrant dans la constitution du canal de l'urèthre; c'est généralement cet élément spasmodique qui intervient dans la production des accidents aigus qui compliquent les rétrécissements de l'urèthre, la rétention d'urine par exemple. Lorsque l'irritation des fibres musculaires se prolonge pendant longtemps, les anneaux musculeux qui entourent l'urèthre deviennent progressivement moins élastiques, puis rigides, et on voit naître ce qui a été désigné sous le nom de contracture. Ces diverses circonstances, ne permettant plus l'ampliation du canal de l'urèthre au moment de la miction, il en résulte des douleurs, des rétentions incomplètes mais permanentes; dans ces cas, pour le dire en passant, la dilatation est impuissante et l'uréthrotomie peut seule vaincre l'obstacle.

Mais quelles sont les causes de ces accidents spasmodiques qui donnent aux rétrécissements une gravité exceptionnelle? Il faut invoquer les fatigues et principalement les excès de toutes sortes. Lorsque l'âge mûr arrive, l'urèthre se trouve dans un repos relatif; les différentes circonstances que nous venons d'indiquer se présentent rarement à cette époque de la vie, et voilà pourquoi les rétrécissements de l'urèthre restent le plus ordinairement silencieux chez les vieillards.

Suivant M. Perrin, tous les individus atteints d'un rétrécissement de l'urèthre seraient voués à une vie misérable, continuellement troublée par des accidents qui finiraient un jour ou l'autre par entraîner la mort; c'est là une exagération, et, je le répète, les malades placés dans ces conditions sont en minorité, ce qui ne m'empêche pas de reconnaître, comme M. Perrin, que dans ces cas, l'uréthrotomie peut seule sauvegarder les individus.

Par conséquent, nous sommes d'accord avec M. Perrin, sauf sur la proportion relative des cas graves, aussi répétons-nous que l'uréthrotomie reste une méthode d'exception.

Il y a une série de rétrécissements qui, par leur nature, sont ordinairement réfractaires à la dilatation, ce sont les rétrécissements cicatriciels; mais il est bon d'ajouter que ces obstacles se compliquent rarement d'accidents spasmodiques ou inflammatoires. L'uréthrotomie convient assez bien au traitement de ces angusties, et je suis surpris que M. Perrin s'en soit montré peu partisan, quoique chez son malade du numéro 2 (rétrécissement traumatique) il ait appliqué d'emblée la méthode sans recourir à la dilatation.

Messieurs, nous pensons avoir établi qu'il existe une catégorie de rétrécissements compliqués d'accidents et pour lesquels l'uréthrotomie est une précieuse ressource, mais que M. Perrin a exagéré la fréquence de ces cas rebelles à la dilatation. Abordons maintenant un second point, c'est celui de la gravité relative de l'uréthrotomie comparée à la dilatation.

M. Perrin a bien établi, suivant moi, que le chiffre de la mortalité avait été sans cesse décroissant à mesure que l'uréthrotomie allait se perfectionnant, et le chiffre de 3 pour 100 est de nature à calmer bien des craintes. Cependant l'uréthrotomie demeure une opération plus grave que la simple dilatation. Je veux bien admettre que la dilatation est impuissante dans les cas compliqués, qu'elle laisse aller les accidents faute de pouvoir rendre à l'urèthre sa capacité normale; c'est une opération insuffisante par conséquent, mais qui a une gravité certainement moins grande que l'uréthrotomie.

Nous disions en 1862 : « L'uréthrotomie peut causer la mort, mais le danger réside surtout dans les incisions trop profondes. L'opération doit comprendre toute l'épaisseur du rétrécissement, mais respecter tous les tissus sains. »

Messieurs, c'est quelque chose qu'une incision uréthrale; du reste, M. Perrin reconnaît comme moi l'importance de cette incision intra-uréthrale, et il convient que l'opération expose d'autant moins le malade que la section est davantage limitée à l'obstacle. Il y a donc accord parfait entre mon collègue et moi, nous différons cependant sur le procédé. M. Perrin repousse l'uréthrotomie faite d'arrière en avant, il donne pour raison que ce procédé n'est pas applicable à tous les cas, puisque l'olive de l'instrument ne peut pas toujours aller au delà du rétrécissement. Il me semble que ce n'est point une raison pour rejeter l'uréthrotomie d'arrière en avant; il faut se défier d'une manière générale de ces procédés et de ces instruments qui sont bons à tout faire. Oui, l'uréthrotomie ne peut pas toujours s'exécuter d'arrière en avant, mais quand l'olive franchit le point étroit, rien n'est plus facile que de préciser et d'apprécier l'obstacle; la section s'opère alors d'une façon vraiment mathématique. J'ai pratiqué plusieurs fois l'uréthrotomie d'avant en arrière, mais je déclare que c'est l'instrument qui agit d'une manière plus ou moins précise et que l'intervention du chirurgien est pour bien peu de chose. Pour ma part, j'ai peu de confiance dans ces instruments perfectionnés qui font les opérations à eux tout seuls.

M. Perrin a remarqué, comme tous ceux qui ont fait l'uréthrotomie, que des incisions très-superficielles suffisaient souvent pour obtenir un écartement considérable, et par suite le rétablissement du canal; pourquoi alors employer des instruments qui coupent tant ou tant de millimètres, ni plus ni moins.

Tout en admettant que l'opération est toujours indécise lorsqu'on l'exécute d'avant en arrière, je crois qu'il est préférable d'employer un instrument droit, dont on découvre la lame juste assez pour franchir l'obstacle. Avec l'uréthrotome de M. Charrière, on pratique assez régulièrement l'opération.

Comme M. Perrin, je crois mauvais de faire suivre l'incision d'avant en arrière d'une deuxième incision faite d'arrière en avant. J'aime mieux attendre, juger des résultats obtenus, explorer le rétrécissement d'arrière en avant avec l'olive, et couper alors s'il en est encore besoin.

M. Perrin n'est pas éloigné d'admettre la section du rétrécissement pratiquée en plusieurs fois; pourquoi se montre-t-il donc si partisan de l'uréthrotomie faite avec un instrument qui coupe aveuglément tant de millimètres de tissu, pour un rétrécissement dont il ne connaît pas l'épaisseur? Son incision doit être ou trop superficielle ou trop

profonde, suivant le degré d'ouverture de la lame ; le hasard peut seul proportionner l'incision à l'étendue de l'obstacle.

M. Perrin, après avoir mis de côté ma statistique, n'a pas hésité à chercher dans les résultats obtenus des arguments contre l'uréthrotomie pratiquée d'arrière en avant. « Tous les opérés de M. Dolbeau, dit-il, ont eu un accès de fièvre à la suite de la section. » Mais, si nous prenons les observations de M. Perrin, nous voyons que ses malades n'ont pas souvent échappé à ce genre d'accidents.

Pour l'hémorrhagie, M. Perrin a évidemment exagéré en disant que la section d'arrière en avant exposait à cet accident. Trente et un de mes opérés ont présenté un simple écoulement de sang qui s'est arrêté seul avec la sonde laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, restent cinq malades qui ont eu une véritable hémorrhagie. Mais examinons les faits de M. Perrin ; il est dit : que l'opéré du nº 3 a eu une hémorrhagie qui a duré trente-six heures, que le malade nº 8 a eu un écoulement de sang assez abondant, que le nº 7 a perdu une assez grande quantité de sang, et que l'hémorrhagie a reparu sept jours après, à l'occasion d'une exploration avec la sonde. Je n'insisterai pas.

Les accidents des opérations, quelqu'elles soient, ont une intensité variable ; il faut tenir compte de la susceptibilité de certains sujets et de leur constitution. Quand M. Perrin aura pratiqué un plus grand nombre d'uréthrotomies, il verra qne chez certains individus la réaction est terrible, que chez d'autres l'écoulement sanguin est très-abondant, et que ce n'est ni le procédé, ni l'instrument qui doivent être incriminés, mais bien le malade lui-même. Pourquoi l'opération est-elle habituellement simple, et parfois si grave ? impossible de le dire, et c'est là, suivant moi, la grande objection à faire à l'uréthrotomie. Quand il y a urgence, on peut et on doit braver l'inconnu, mais sans cela on marche dans l'erreur.

Je reste convaincu que l'incision d'arrière en avant est plus précise et plus sûre. Je trouve que M. Perrin a exagéré les avantages de l'un des procédés et les inconvénients de l'autre. Quant à la gravité relative de la section et de la dilatation, notre collègue a bien fait voir que la dilatation ne pouvait rien dans les cas graves, mais il n'a pas démontré que l'incision la mieux faite ne sera pas toujours une manœuvre plus dangereuse que le passage d'une bougie molle. L'incision, aussi bien réglée qu'on voudra le supposer, offrira néanmoins tous les inconvénients qui peuvent succéder à toutes les solutions de continuité.

NÉCROLOGIE.

Le corps médical vient de faire une bien regrettable perte dans la personne de M. le docteur Louis-Jules Macquet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême, qui a succombé à peine âgé de quarante-quatre ans, aux suites d'une longue et douloureuse maladie.

Né à Angoulême en 1821, M. Macquet fit d'une manière brillante ses études classiques dans le collége de cette ville. Il commença ses études médicales à l'École de médecine de Bordeaux. De là il vint à Paris où son illustre compatriote, le professeur Bouillaud, l'admit tout d'abord dans son service comme externe bénévole. Nommé externe des hôpitaux en 1842 et interne en 1844, il remporta en 1846 le second prix de l'École pratique, et l'année suivante il obtint la médaille d'or dans le concours des prix de l'internat. Il eut pour maîtres dans les hôpitaux MM. Baillarger, Sandras, Nonat et enfin Blandin, dans le service duquel il passa les deux dernières années de son internat.

La médaille d'or lui conférait le droit de prolonger pendant deux ans son service d'interne. Mais nommé en 1849 chef de clinique de M. le professeur Bouillaud, il renonça à sa dernière année d'internat. A partir de ce moment, son avenir à Paris paraissait assuré. Les succès brillants qu'il avait obtenus dans les concours étaient le gage certain de ceux qui l'attendaient encore, et aucun de ceux qui connaissaient sa grande facilité et son ardeur laborieuse ne doutait qu'il ne fût appelé à devenir bientôt agrégé à la Faculté de médecine et médecin du Bureau central.

Il renonça pourtant à de si belles espérances. Cédant aux vœux de ses parents et de ses compatriotes, il accepta, non sans hésiter, la place de chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême que le préfet de la Charente lui fit offrir pour le déterminer à se fixer dans sa ville natale. Il soutint donc sa thèse de docteur le 27 mars 1850 et partit peu de jours après pour Angoulême où il ne tarda pas à conquérir dans la pratique une grande position. Il devint bientôt le médecin le plus occupé du département de la Charente. Ces succès trop rapides ne lui laissèrent pas le temps de se livrer à des travaux de cabinet, et ce fut un malheur pour la science, car sa thèse inaugurale intitulée *Recherches cliniques sur l'inflammation des membranes séreuses et synoviales*, et les nombreuses communications qu'il avait faites à la Société anatomique de 1846 à 1850, permettaient de compter sur son talent d'observateur, tandis que les discours qu'il avait prononcés dans les séances solennelles de cette Société, et en particulier l'*Éloge de Blandin*, montraient qu'il possédait l'art d'écrire sans lequel il est si difficile de concourir au progrès des sciences. Au moment où il quitta Paris il venait d'être élu secrétaire de la Société anatomique, dont il était membre adjoint depuis 1846 et membre titulaire depuis 1848.

Il a été enlevé au moment où il n'avait plus rien à demander à la fortune. Il a succombé, après de longues souffrances, aux progrès d'une affection du cœur dont la marche aurait pu être retardée pendant longtemps s'il avait voulu se rendre aux conseils de ses amis et prendre le repos dont il avait si grand besoin. Lorsqu'il s'y décida enfin il n'était plus temps.

D'un caractère doux et affable, d'un désintéressement et d'une bonté de cœur inépuisables, d'un dévouement sans borne à ses malades, riches ou pauvres, il laisse dans la population d'Angoulême des souvenirs d'estime et de reconnaissance qui ne s'effaceront pas.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

pendant l'année 1864 (suite).

65. Essai sur les brûlures considérées surtout au point de vue du traitement, par M. Maffre de Fontjoye.
66. Étude sur la malignité morbide, par M. Coural.
67. Quelques considérations sur la gastralgie, par M. Le Bouteiller.
68. De l'ictère grave essentiel, par M. Mialhe.
69. Relation d'une épidémie de suette miliaire observée à Montagnac (Hérault) en juin et juillet 1864, par M. Edgar de Vésiné-Larue.
70. Du rôle du parasite dans l'étiologie des maladies cutanées parasitaires, par M. Brachet.
71. De la phthisie à Alger, par M. Bourlier.
72. De l'éclampsie des enfants, par M. Vidal.
73. Du décollement de la rétine, par M. Rivaud.
74. Observations et réflexions sur trente cas de fièvre intermittente invétérée, traités par l'acide arsénieux, aux îles du Salut (Guyane française), par M. Pichaud.
75. De la pathogénie et de la thérapeutique des fièvres à quinquina, par M. Gaubert.
76. Considérations sur la suette miliaire épidémique, par M. Fouchard.
77. De l'influence des rétrécissements du bassin sur la grossesse et l'accouchement, par M. Roquefeuil.
78. De la tumeur de la fistule lacrymale, par M. Réglade.
79. Quelques considérations sur la pellagre, par M. David.
80. Essai sur l'infanticide par commission, par M. Maubareit.
81. Quelques réflexions sur le cancer des os, par M. Liron.
82. Considérations sur le zona, par M. Noguès.
83. Essai sur le diagnostic et le traitement de l'hémoptysie, par M. Fortanier.
84. Quatre propositions sur diverses branches des sciences médicales, par M. Bonnifay.

— Par décret en date du 8 juin 1865, ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

Des médecins du département de l'Allier, M. Durand-Fardel, médecin inspecteur des eaux d'Hauterive ;

Des médecins du département de la Charente-Inférieure, M. le docteur Sauvé-Saint-Cyr ;

Des médecins du département de la Gironde, M. le docteur Mabit ;

De l'Orphéon des adultes, à Toulon-sur-Mer, M. Calvy, médecin de l'hôpital.

Leçons d'ophthalmoscopie, par M. le docteur SCHWEIGGER, professeur à l'Université de Berlin, traduites de l'allemand par M. le docteur HERSCHELL. Un vol. in-8º de 150 pages, avec 3 planches et 3 figures intercalées dans le texte. Prix : 3 fr. 50. Paris, 1865, Germer Baillière, éditeur.

Les Eaux. Étude hygiénique et médicale sur l'origine, la nature et les divers emplois des eaux tant ordinaires que médicinales, suivie d'un tableau indicateur des sources minérales et stations balnéaires de la France et de l'étranger, par M. le docteur Émile DELACROIX, professeur à l'École de médecine de Besançon, inspecteur-adjoint des eaux de Plombières, et M. AIMÉ-ROBERT, rédacteur en chef de la *Revue d'hydrologie médicale*. Un vol. in-18 de 194 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865, Victor Masson et fils, libraires-éditeurs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Plusieurs communications importantes ont signalé cette séance.

En première ligne, il faut citer la note consacrée par M. Claude Bernard aux effets physiologiques de la curarine. On sait que le savant professeur du Collége de France s'est servi dans ses expérimentations d'échantillons de curare provenant de diverses sources. Voulant savoir si la curarine représentait tout ou partie des effets réunis de l'extrait curarique, il a prié un chimiste, M. Preyer, d'extraire la curarine à l'état de pureté. Puis, avec ce produit, il lui a été permis d'examiner comparativement les résultats du curare et de la curarine. De là des faits intéressants que nous reproduisons au compte-rendu.

Le même savant présentait, au nom de M. Roudanovsky, une note sur la structure du tissu nerveux.

M. Roudanovsky, en traitant des nerfs gelés et colorés par la cochenille, a trouvé une tunique interne consistant en fibrilles transversales. Les cylindres d'axe seraient munis de canaux remplis d'une masse graisseuse. Le système des cellules nerveuses se ramifierait à la manière des vaisseaux sanguins. Enfin, l'hypothèse du *fluidum* des anciens pourrait sortir de nouveau des recherches de M. Roudanovsky.

Nous ne dirons rien de la communication de MM. Burin du Buisson et de Maillard. Cette question est à l'étude et demande l'expérimentation.

Aujourd'hui même nous publions une lettre de M. le docteur Commenge. Placé sur les lieux mêmes de l'observation, cet honorable confrère n'a pas cru devoir accepter entièrement l'appréciation de M. Bouchut. Il y a donc là, comme on le voit, une question qui mérite d'être étudiée de nouveau par les praticiens. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HARDY.

Chéloïde.

(Leçon recueillie par M. ROQUES, interne du service.)

Vous voyez ici une malade, Caroline M..., couchée au n° 56 de la salle Saint-Jean, où elle était entrée pour une affection scrofuleuse.

Ce n'est ni de sa scrofulide ulcéreuse, ni de sa scrofulide tuberculeuse que je viens vous parler aujourd'hui, je veux simplement appeler votre attention sur une production singulière que porte cette jeune femme sur les parties latérales du cou, productions qui lui sont survenues à la suite d'une variole dont elle a été prise dans la salle pendant qu'elle subissait son traitement anti-scrofuleux. C'est en effet à la chute des croûtes d'une variole assez confluente que nous vîmes apparaître sur les parties latérales du cou (côté gauche), plusieurs petits tubercules parfaitement arrondis et développés dans le lieu même occupé antérieurement par les pustules varioliques. Un point sur lequel j'appelle immédiatement votre attention et sur lequel je reviendrai tout à l'heure, c'est que, à ce niveau, les pustules n'étaient ni plus profondes ni plus volumineuses que partout ailleurs.

Enfin, du côté droit, et empiétant un peu jusque sur la ligne médiane, vous voyez une saillie allongée transversalement de forme vésiculaire, longue de 7 ou 8 centimètres, plus renflée vers le milieu que sur les deux extrémités, ce qui lui donne une ressemblance apparente avec certains annélides. Si nous ajoutons à cette description une coloration d'un rouge-brun bien tranchée avec toute absence de desquammation, d'altération de l'épiderme à la surface de ces productions, nous aurons un tableau à peu près complet de ce qu'on peut constater *de visu*.

En interrogeant la malade, vous pourrez vous assurer que ces productions ne sont liées à aucun trouble fonctionnel. En effet, vous n'observerez là ni prurit, ni démangeaison, ni élancement; une indolence absolue est accusée par la malade, qui considère avec quelque raison, il faut le dire, ces productions plutôt comme une difformité que comme une véritable maladie.

Si maintenant nous nous demandons à quel genre d'affections nous devons rattacher la production que nous venons d'étudier, eu égard à tous les caractères quelle nous présente, nous n'hésiterons pas à la ranger parmi les affections tuberculeuses de la peau, dans notre première classe de maladies, les difformités. Enfin, si vous nous demandez de préciser encore davantage le nom de cette production, nous vous dirons que c'est là un exemple de chéloïde.

L'histoire de la chéloïde est de date récente; en 1790, un médecin, Reth, décrit sous le nom de dartre de graisse une maladie dans laquelle on trouve bien les caractères de la chéloïde, mais cette description est si écourtée, si succincte, qu'il faut arriver jusqu'à Alibert pour trouver une description exacte et bien faite de ce genre de productions. C'est à lui donc que revient l'honneur d'avoir le premier décrit une maladie à l'histoire de laquelle on a si peu ajouté qu'elle peut être regardée encore aujourd'hui comme une des plus parfaites entre toutes.

Les productions chéloïdiennes sont caractérisées par des saillies au-dessus de la peau de forme variable; tantôt ce sont de simples tubercules parfaitement arrondis ou ovalaires, d'autrefois irréguliers, allongés dans un sens, rétrécis dans l'autre. Ici c'est une saillie mesurant deux, trois, quatre centimètres de long, de la grosseur d'une plume de corbeau, quelquefois du petit doigt, et se rapprochant plus ou moins de la forme de certains annélides, ce qui a fait désigner cette variété sous le nom de production vermiculaire; là vous verrez une forme plus compliquée, elle se présentera à vous sous la figure plus ou moins exacte d'un crabe. Alibert, dans son *Traité des dermatoses*, en cite un exemple assez frappant. Ainsi, vous le voyez, comme forme, comme volume, les productions chéloïdiennes sont très-variables.

Leur coloration n'est pas non plus toujours une; tantôt brune, d'autrefois violacée, ailleurs complétement blanche, la chéloïde passe d'une de ces colorations à l'autre quelquefois à une époque plus ou moins rapprochée de son origine.

Je vous ai dit plus haut, à l'occasion de notre malade, que ces productions étaient complétement, absolument indolentes. Dans le cas actuel, ni prurit, ni démangeaison, ni chaleur, ni élancement; mais il ne faudrait pas croire pourtant qu'il en soit toujours ainsi; vous rencontrerez, rarement il est vrai, mais vous rencontrerez, comme j'ai rencontré moi-même, de ces productions chéloïdiennes, très-douloureuses, et allant jusqu'à empêcher le sommeil. J'ai toujours présente à l'esprit une malade que j'ai eue à deux reprises différentes dans mon service d'hôpital, et qui portait sur l'un des bras une quantité assez considérable de productions chéloïdiennes de forme arrondie, ressemblant à des pois, lesquelles donnaient lieu à des douleurs atroces qui rendaient les nuits de cette pauvre femme insupportables. Alibert a observé également des chéloïdes douloureuses; enfin, M. Bazin considère la douleur dans les productions chéloïdiennes comme un phénomène très-commun, très-ordinaire; pour ma part, je ne l'ai observé que très-exceptionnellement et je ne l'ai vu aussi que très-rarement noté dans les relations de productions de ce genre. Enfin je dois vous signaler, comme symptômes négatifs, l'absence d'altérations de l'épiderme, l'absence de desquammation, d'ulcération, bien que plusieurs médecins, et parmi eux M. Bazin, mon collègue dans cet hôpital, la regardent, sinon comme certaine, du moins comme probable; j'y reviendrai un peu plus tard et nous discuterons cette question de l'ulcération des chéloïdes. Pour le moment, je me borne à vous signaler le fait, parce qu'il a une valeur très-grande au point de vue du diagnostic de ces productions qu'on peut confondre surtout avec les affections scrofuleuses et syphilitiques, je le dis par anticipation.

La marche de ces tumeurs est intéressante, et c'est sur elle surtout que je m'appuie pour placer les chéloïdes dans les difformités de la peau. Voyons donc quelle est cette marche? Les chéloïdes, une fois développées, ont une tendance extrême à persister, et à persister sans influer aucunement sur la santé du sujet qui les porte. Est-ce à dire pourtant qu'il en soit toujours ainsi? Non, il arrive quelquefois, très-exceptionnellement, il faut bien le savoir, que les productions chéloïdiennes s'affaissent peu à peu et finissent par disparaître complétement et spontanément. A leur place on trouve dans ces cas une simple tache blanche, non saillante, cicatricielle en un mot. Je traite actuellement une jeune fille qui porte à la partie latérale gauche du cou une petite chéloïde en voie de régression, cette chéloïde succéda à la cicatrisation d'une piqûre de sangsue dont on lui avait fait une application à l'âge de cinq ans pour une angine dont je ne connais pas la nature.

Je vous ai fait pressentir un peu plus haut que ce n'était pas là le seul mode de terminaison de ce genre de productions; je vous ai dit que plusieurs auteurs regardaient l'ulcération comme un mode de finir des chéloïdes. Je vous avoue ne pas être très-édifié encore sur cette terminaison; il a été impossible de trouver dans les auteurs un exemple bien authentique de chéloïde terminé par ulcération, car je ne peux pas considérer comme tel l'exemple donné par Alibert et dont la description se rapporte bien plutôt à une scrofulide; d'ailleurs les partisans de l'ulcération l'ont bien vite compris; aussi ne donnent-ils pas la chose comme certaine, mais comme probable, disant que si on ne la constate pas plus souvent, c'est parce qu'on ne peut pas suivre assez longtemps les malades; mais l'hypothèse n'a jamais servi à démontrer un fait qui est ou n'est pas.

Maintenant, un mot du diagnostic : les chéloïdes ont une ressemblance lointaine avec certaines affections scrofuleuses et syphilitiques. Dans la scrofule, comme dans la syphilis, vous rencontrerez des tubercules ayant comme apparence une certaine analogie avec la forme tuberculeuse des chéloïdes. Mais, si vous poursuivez un peu plus loin votre examen, vous verrez qu'en effet j'avais raison de vous dire que ce n'était là qu'une ressemblance lointaine. Les tubercules de la scrofule, la scrofulide tuberculeuse en un mot, dans ses deux variétés *avec* ou *sans* ulcération, présente des caractères très-tranchés; et d'abord les tubercules s'altèrent très-rapidement; ils se recouvrent soit de squammes blanches, noires, brillantes, plus ou moins épaisses, c'est-à-dire qu'à cette forme s'associe souvent la variété érythémato-squammeuse; d'autrefois l'ulcération ne tarde pas à envahir les tubercules. Rien de semblable dans la chéloïde. Ici ni squammes ni ulcérations, le tubercule seul, isolé; là, au contraire, association de plusieurs formes élémentaires différentes.

Enfin les antécédents du malade vous fourniront encore quelque donnée pour asseoir votre diagnostic d'une façon plus certaine. Presque toujours, en effet, vous apprendrez que la chéloïde est survenue à la suite d'une solution de continuité; mais nous étudierons cette question tout à l'heure, quand nous ferons l'étiologie de ces productions.

J'en dirai autant des affections syphilitiques; certainement les syphilides tuberculeuses peuvent être confondues avec les chéloïdes lenticulaires; mais, ce qui vous permettra surtout de les distinguer, c'est la marche de la maladie, c'est la tendance à l'ulcération de cette variété de syphilide, c'est la coloration cuivrée de ces tubercules, ce sont les antécédents du malade, qui vous dira avoir eu antérieurement d'autres éruptions dont vous lui ferez faire l'histoire, et que vous reconnaîtrez liées d'une étroite parenté avec celle que vous aurez sous les yeux. Enfin n'oubliez pas ce grand caractère des affections syphilitiques, à savoir l'association de plusieurs formes élémentaires; à côté de votre syphilide tuberculeuse en groupe ou disséminée, vous trouverez la syphilide serpigineuse, vous trouverez d'autres accidents, tardifs comme cette syphilide, tels que exostoses, gommes, etc.

Il est quelquefois difficile de distinguer certaines chéloïdes douloureuses des névromes; dans ce cas il faudra s'enquérir des circonstances dans lesquelles est survenue la tumeur, et le plus souvent vous apprendrez qu'elle ne s'est point développée spontanément, qu'elle est survenue à la suite d'un accident, consécutivement à la cicatrisation d'une plaie; d'ailleurs la coloration est bien différente dans les deux genres de tumeurs. Cependant il est des cas où les deux affections sont tellement semblables que, si la chéloïde est survenue spontanément, il est presque impossible de faire le diagnostic.

Avant d'arriver à l'étiologie de ces productions, je viens vous dire un mot, mais un seul du pronostic; ce que je vous ai dit de leur marche doit vous rendre très-réservé sur le chapitre du pronostic. D'une manière générale, il faut savoir qu'elles persistent, et qu'on en obtient bien rarement la résolution. Cependant le cas que je vous ai rapporté plus haut, et relatif à la jeune fille que j'ai en ce moment sous mes yeux, doit vous faire rester quelquefois dans l'incertitude, et sans promettre à une famille et surtout à une jeune fille, ardemment désireuse de guérir, qu'en effet sa difformité disparaîtra, vous pouvez cependant, dis-je, laisser toujours une espérance.

J'ai hâte d'arriver à l'étiologie de ces productions; je vous ai fait remarquer, en commençant avec vous cette conférence, que la malade, qui en fait l'objet, était scrofuleuse; c'est qu'en effet, c'est surtout chez les sujets lymphatiques, qu'on voit les cicatrices présenter ce genre de productions. Tous les âges y sont sujets, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, mais c'est dans l'âge adulte qu'on est le plus à même de les observer.

La chéloïde, vous ai-je dit, survient quelquefois spontanément, c'est-à-dire qu'elle se développe dans certains points de l'économie et en dehors de toute circonstance qui peut les produire habituellement, des tumeurs qui ressemblent aux productions des cicatrices. Anatomiquement et cliniquement par-

lant, ces deux variétés appartiennent à la même classe de productions, aux productions fibro-plastiques. Mais, en dehors de ces chéloïdes spontanées, vous verrez la chéloïde des cicatrices, production plus fréquente et survenant aussi bien après les cicatrices superficielles qu'après les cicatrices profondes. Alibert, cependant, donnait le nom de chéloïde vraie aux premières, et réservait le nom de chéloïde fausse aux secondes. Dans ces derniers temps, on a décrit (Follin) les chéloïdes des cicatrices sous le nom de hypertrophies des cicatrices, et on a réservé le nom de chéloïde proprement dite à certaines tumeurs fibro-plastiques et spontanées de la peau. Je ne fais que mentionner ici cette opinion de certains auteurs qui, pour distinguer ces deux variétés, s'appuient sur la présence des pertuis des follicules sébacés dans les chéloïdes vraies et sur leur absence dans les chéloïdes fausses.

Quoiqu'il en soit, ce qu'il faut savoir, c'est que ces productions surviennent à la suite de la plus légère friction avec l'huile de croton tiglium, à la suite d'un vésicatoire, d'une brûlure, de la plus légère solution de continuité, se cicatrisant par seconde intention, et leur développement est d'autant plus grand que le terrain leur semble plus favorable. Cependant il ne faudrait pas croire que les sujets à tempérament lymphatique, et les scrofuleux seulement, jouissent de ce triste privilége. A cette occasion, je vais vous raconter l'histoire d'une jeune femme qui me faisait mander l'année dernière auprès d'elle pour une chéloïde du ventre survenue sur une cicatrice déterminée dans les circonstances suivantes.

De passage à Bordeaux, elle fut prise de douleurs violentes dans le ventre, de vomissements, en un mot d'une péritonite suraiguë très-grave pour laquelle on appliqua, pendant trente-six heures, de la glace en permanence. Elle guérit de sa péritonite, les accidents furent conjurés; mais l'inflammation, qui succéda à cette application réfrigérante, amena une escarification superficielle d'une grande partie des téguments du ventre, ayant quelque ressemblance avec une brûlure au 2e degré. Cependant la cicatrisation finit par se faire; mais avec elle, ou peu après elle, on vit se développer une production qu'il était facile de reconnaître pour une chéloïde bien franche.

C'est là un fait unique, et voilà pourquoi j'ai cru qu'il pourrait vous intéresser.

Ainsi, vous le voyez, les plaies les plus superficielles peuvent donner lieu à leur production; notre malade en est un exemple, la malade à la péritonite en est un second, et j'aurais pu vous en citer bien d'autres, survenus comme chez la jeune fille dont je vous ai parlé plus haut, et qui a vu survenir une chéloïde sur une piqûre de sangsue.

Tous ces exemples justifient, je crois, la place que j'ai assignée aux chéloïdes, et l'erreur dans laquelle sont tombés ceux qui, comme Alibert, les placent dans les affections cancéreuses, et ceux qui, comme M. Bazin, après les avoir considérées comme une manifestation de la diathèse scrofuleuse, en ont fait plus tard une manifestation de la diathèse fibro-plastique.

Je vous l'ai déjà dit, ces productions ne se généralisent pas, ces productions ne s'ulcèrent pas. Je crois donc plus que jamais qu'elles doivent être placées à côté des nœvi et autres difformités de la peau.

Que vous dirai-je du traitement? Ici je suis forcé de vous avouer notre impuissance à guérir les chéloïdes; certainement les fondants à l'intérieur, l'iodure de potassium, les emplâtres de Vigo, les pommades, iodures à l'intérieur, peuvent être employés, mais gardez-vous d'avoir une confiance trop grande dans ces moyens.

Arrivons au traitement chirurgical; je veux vous en dire un mot, un seul, parce qu'il vous arrivera dans le cours de votre carrière d'être consulté plus d'une fois, par des familles, sur le parti à prendre relativement à une chéloïde. Le chirurgien consulté conseillera souvent l'opération, et cependant, sachez-le bien : la chéloïde aime à être respectée; s'il m'est permis de me servir d'une expression qui rendra mieux ma pensée, elle est d'autant plus luxuriante qu'on la coupe plus souvent. Les vieux chirurgiens le savent bien; aussi comme les médecins, s'ils ne peuvent guérir, au moins n'aggravent-ils pas le mal en lui donnant un développement plus considérable. Je terminerai donc notre conférence par ce que je vous disais un peu plus haut : la chéloïde n'aime pas le bistouri; sachez la respecter.

SUR UNE CONDITION TRÈS-GÉNÉRALE

de la production des anomalies de l'organisation,

Par M. Camille Dareste.

Jusqu'à ces derniers temps, l'application de la formation des anomalies de l'organisation a été entièrement théorique. On étudiait les monstres après la naissance ou après l'éclosion, et on cherchait à expliquer l'origine de leurs anomalies anatomiques par les données de l'embryogénie normale.

La tératologie est actuellement entrée dans une nouvelle phase, depuis qu'elle soumet la formation des monstres à l'observation directe.

M. Lereboullet a étudié dans ces derniers temps la formation des monstres chez les poissons, qui, par la transparence de leurs œufs, se prêtent si bien à l'étude.

J'ai moi-même étudié dans l'espèce de la poule un très-grand nombre d'embryons monstrueux en voie de formation. Cette étude, qui m'occupe depuis longtemps, me fournira très-prochainement les matériaux d'une embryogénie tératologique pour les animaux vertébrés. Dans une série de communications, je compte présenter à l'Académie des sciences les résultats de cette étude pour chaque type d'anomalie en particulier.

Je me bornerai aujourd'hui à signaler un fait très-général qui ressort de toutes ces études embryologiques, et qui fait disparaître un certain nombre des difficultés que présente encore la tératologie.

Les travaux des micrographes modernes nous ont appris que l'embryon à son début est entièrement constitué par des blastèmes formés d'éléments particuliers (cellules ou globules), qui, si l'on excepte les cellules épithéliales qui revêtent le feuillet séreux, sont partout semblables à elles-mêmes, et ne ressemblent en aucune façon aux éléments histologiques des organes définitifs. Ces blastèmes nous présentent une suite de transformations pendant lesquelles on voit s'ébaucher la forme générale de l'animal et la forme spéciale de chaque organe en particulier. Pendant toute cette période, la vie de l'embryon ressemble d'une manière très-remarquable à la vie des plantes. Plus tard, et postérieurement à la formation du sang et à l'établissement de la circulation, on voit apparaître dans les blastèmes ainsi préparés les organes définitifs, qui sont caractérisés par l'existence d'éléments histologiques spéciaux, et qui revêtent assez exactement, dès le moment où ils se forment, la forme et la structure qu'ils doivent toujours conserver.

Cette période de la vie embryonnaire, si curieuse au point de vue organogénique, puisque c'est elle qui prépare la formation de tous les organes, a par cela même une très-grande importance au point de vue de la tératologie. J'ai constaté, en effet, que la plupart des anomalies de l'organisation ont leur origine dans cette période primitive, et que les organes anormaux que nous constatons chez les monstres se sont constitués dans des blastèmes où l'anomalie s'était manifestée déjà à l'état d'ébauche.

Cela existe dans les monstruosités simples; cela existe également dans les monstruosités doubles.

Nous pouvons ainsi nous faire une idée exacte des deux principaux modes de la formation des anomalies, l'arrêt de développement et l'union des parties similaires. Ces deux faits sont incontestables, mais à la condition que l'on n'oublie pas qu'ils ne se produisent, le plus ordinairement du moins, que pendant la première période de la vie embryonnaire. L'ignorance de ce fait est la principale origine de toutes les objections que beaucoup d'anatomistes opposent encore aux lois de la formation des monstres.

En effet, pour bien se rendre compte des différentes applications de la loi d'arrêt de développement, il faut admettre que certains organes conservent la forme et la disposition qu'ils ont à un certain moment de la période primitive, mais qu'ensuite ils se sont complétés par l'apparition des éléments histologiques définitifs. Il en résulte que l'arrêt de développement n'a exercé son action sur eux qu'à une certaine période de leur existence, puisqu'ils ont continué à se développer dans des conditions toutes nouvelles, de telle sorte que, dans leur état définitif, ils ne présentent pas, même en dehors des différences de volume, un état entièrement comparable à un état embryonnaire d'un organe qui se forme dans un embryon dont le développement est normal.

Les organes résultant de la soudure et de la fusion de deux organes simples, soit dans les monstres simples, soit dans les monstres doubles dans lesquels ils peuvent appartenir par moitié à chacun des sujets composants, s'unissent entre eux pendant la période primitive, ou plutôt ils ne se soudent pas, ils naissent *soudés*, si l'on peut parler ainsi, dans des blastèmes primitivement distincts, mais qui, à un certain moment, s'unissent entre eux. La cause de ces soudures des blastèmes est multiple. Ainsi, dans la cyclopie, c'est un arrêt de développement; dans la sirénomélie, c'est très-probablement une pression exercée par l'amnios. Dans les monstruosités doubles, la cause de la soudure varie suivant les types, et j'ai même lieu de croire que, dans certains de ces types, la soudure des blastèmes est elle-même entièrement primitive.

La formation de ces soudures organiques, pendant la période primitive, rappelle d'ailleurs ce que la physiologie végétale nous apprend sur les phénomènes d'union que présente la greffe, et qui ne se manifestent jamais, contrairement à des idées anciennes, qu'entre des tissus cellulaires et, par conséquent, entre des tissus de nouvelle formation.

Je montrerai, dans une suite de communications ultérieures, comment ces notions trouvent leur application dans la formation de la plupart des types monstrueux, et comment elles font évanouir un certain nombre de difficultés qui ont pendant longtemps arrêté les anatomistes.

En terminant, je dois faire remarquer que la règle que je signale, bien que très-générale, n'est cependant pas absolue. Il y a, en effet, certaines anomalies dont l'origine ne remonte pas à l'état primitif. C'est ce qui arrive lorsque l'arrêt de développement résulte de la permanence après la naissance d'un organe qui, dans l'état normal, n'appartient qu'à la vie embryonnaire. Telle est la permanence du canal artériel. Mais ces dernières anomalies sont très-peu nombreuses et ne peuvent infirmer la très-grande généralité de la règle que je signale.

TRAITEMENT DE L'ASTHME,

Par G. Sée, médecin de l'hôpital Beaujon.

Voici les moyens dont l'expérience m'a démontré l'utilité.

I. Asthme simple. — 1° *Accès directs*. — Pendant l'accès : fumigations de papier nitré simple; si l'accès se renouvelle avec intensité, le carton nitré doit être imprégné ou rempli de datura stramonium; chez d'autres malades le tabac seul ou mêlé avec la belladone réussit mieux; — le lendemain de l'accès: bromure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour.

Lors de l'imminence des accès suivants, s'il y a des prodromes, on doit tenter l'emploi du tartre stibié et commencer les fumigations.

Traitement dans l'intervalle des accès: arsenic à doses progressivement croissantes; café à haute dose prise dans la première partie du jour. Le sulfate de quinine trouve rarement son emploi.

Traitement dans l'intervalle des attaques: émigration vers une localité dont l'air soit calme, condensé et brumeux; eaux du mont Dore.

2° *Accès directs spécifiques*. — Éviter les émanations insalubres, les poussières d'ipéca, de foin, etc.

3° *Accès réflexes*. — Si l'action réflexe a son point de départ dans les fonctions digestives, on devra modifier l'heure des repas, diminuer la quantité des aliments, éviter les boissons alcooliques. Si l'impression part de la périphérie, on prescrira d'éviter le froid, et de préserver la peau à l'aide de vêtements de flanelle.

II. Asthme avec emphysème et oppression continue, exacerbante. — Opium; arsenic; bromure de potassium.

III. Asthme catarrhal. — Pendant et avant les accès: préparations antimoniées. — Entre les accès; eaux alcalines ou sulfureuses; térébenthine. — Entre les attaques: émigration vers les pays chauds, principalement le littoral de la Méditerranée.

IV. Asthme dartreux. — Arsenic et eaux du mont Dore; sulfureux; bains des Pyrénées; eaux sulfureuses en boisson.

V. Asthme goutteux. — Au moment des accès: surveiller l'état des articulations. — Entre les attaques: hydrothérapie, si l'asthme est simple et sans lésion bien marquée, soit du poumon, soit des bronches ou du cœur; cure de petit-lait; alcalins ou toniques, selon l'état des forces du malade.

VI. Asthme avec lésion consécutive du cœur. — S'abstenir des narcotiques, des débilitants, des eaux minérales; soutenir les forces du malade; prescrire le repos absolu et l'habitation d'un climat chaud.

(*Nouv. dict. de méd. et de chirurg.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 juin 1865. — Présidence de M. Decaisne.

M. CLAUDE BERNARD lit une Note sur les effets physiologiques de la curarine.

Depuis quelques années, à cause de ses singulières propriétés sur le système nerveux, le curare a acquis une grande célébrité parmi les physiologistes et a été déjà l'objet d'un certain nombre d'essais thérapeutiques sur l'homme. Mais les principaux obstacles à l'étude physiologique et thérapeutique du curare résident, d'une part, dans l'ignorance où nous sommes de sa composition, et, d'autre part, dans l'incertitude où nous nous trouvons par rapport à son dosage, à cause des grandes variétés qu'il présente dans son intensité d'action. J'ai pu expérimenter sur dix ou douze sortes de curares, tels qu'ils nous arrivent des Indiens de l'Amérique du Sud, soit fixés sur l'extrémité de flèches empoisonnées, soit renfermés dans des calebasses ou dans des petits pots en argile. Dans ces expériences, j'ai trouvé des échantillons de curare qui se rapprochaient beaucoup les uns des autres par leur énergie; mais j'en ai souvent aussi rencontré qui différaient considérablement et dont l'intensité toxique pouvait varier entre eux comme 1 est à 6. J'ai remarqué de plus que les curares les plus violents étaient généralement ceux qui recouvraient l'extrémité des flèches empoisonnées ou ceux qui étaient contenus dans les petits pots d'argile, tandis que les curares des calebasses étaient ordinairement moins actifs et donnaient pour le même poids de substance une dissolution aqueuse bien moins colorée.

Le curare est un extrait noir, cassant et d'apparence résinoïde, dans la composition duquel il entre, d'après les récits des voyageurs, un très-grand nombre de substances végétales et même des matières animales. Dès lors se présentait la question de savoir si l'action du curare, dont j'avais déterminé aussi exactement que possible tous les effets physiologiques sur l'animal vivant, devait être considérée comme appartenant à un principe actif unique mêlé à d'autres substances inertes, ou bien si cette action du curare était la résultante de plusieurs principes actifs distincts les uns des autres, mais associés dans l'extrait curarique en proportions différentes, ainsi que cela a lieu pour les principes actifs de l'opium par exemple. Il s'agissait, en un mot, de rechercher si la curarine, dont l'existence dans le curare avait déjà été signalée par nos savants confrères MM. Boussingault et Roulin, représentait à elle seule tous les effets réunis de l'extrait curarique, ou bien si elle n'en manifestait qu'une partie. C'est pourquoi, en reprenant dernièrement mes études sur les effets du curare, dans mon cours au collége de France, j'ai prié M. le docteur W. Preyer jeune, chimiste physiologiste distingué qui suivait mes expériences, de vouloir bien essayer d'extraire la curarine à l'état de pureté, afin de pouvoir étudier ses effets physiologiques comparativement avec ceux du curare. M. Preyer a réussi dans cette recherche difficile, comme on peut le voir dans la Note que je communique à l'Académie en son nom. Voici, quant à l'action toxique, les résultats que m'a fournis l'examen comparatif du curare et de la curarine :

1° La curarine est beaucoup plus active que le curare d'où elle est extraite. J'ai donné à M. Preyer, pour les traiter, des curares contenus dans des calebasses, et par conséquent les moins actifs. L'expérience sur les animaux m'a montré que cette curarine était au moins vingt fois plus énergique que les curares d'où elle a été extraite. Un milligramme de curarine en dissolution dans l'eau, injecté sous la peau d'un lapin de forte taille, le tue très-rapidement, tandis qu'il faut 20 milligrammes de curare en dissolution et injectés de même sous la peau pour obtenir un effet toxique mortel sur un lapin de même poids.

2° Les effets physiologiques de la curarine sont identiques, sauf l'intensité, avec ceux du curare. L'action est exactement la même sur le système nerveux, et, aussi loin que j'ai pu poursuivre les détails de cette comparaison physiologique, je n'ai rencontré aucune différence apparente entre les effets des deux substances. En outre, la curarine m'a paru rester toujours, comme le curare, très-difficilement absorbable par le canal intestinal.

Je me borne, pour aujourd'hui, à ces simples indications sur les effets physiologiques de la curarine, parce que, plus tard, je communiquerai à l'Académie des expériences nouvelles relatives au mécanisme de l'action physiologique du curare et de la curarine sur les propriétés du système nerveux moteur. Néanmoins, de ce qui précède, ainsi que des observations de M. Preyer, qui montrent que les résidus du curare d'où l'on extrait la curarine cessent d'être actifs, il me paraît établi que l'action toxique si remarquable du curare est due à un principe actif unique.

Maintenant, quant à savoir quelle est la plante, les plantes ou la substance quelconque qui fournit la curarine, ce principe actif unique du curare, j'ai pensé que cette question ne pouvait se résoudre qu'expérimentalement, c'est-à-dire en faisant séparément et successivement des extraits avec les diverses plantes ou ingrédients que les récits des voyageurs nous indiquent comme entrant dans la composition de l'extrait curarique. Pour me procurer les diverses plantes du curare, je me suis d'abord adressé au Muséum d'Histoire naturelle, et j'ai fait part de mon désir à nos savants confrères, MM. Brongniart et Tulasne. Ce dernier m'a remis trois petits fruits de *Paullinia cururu*, dont il a été fait un extrait, ainsi que cela est indiqué dans la note de M. Preyer, et cet extrait a tué des grenouilles avec des symptômes tout à fait semblables à ceux que produit le curare. Ce premier essai, quoique insuffisant, est déjà très-important. Il faudrait de plus grandes quantités de matière pour multiplier les expériences et isoler le principe actif de l'extrait. Je poursuis mes recherches à cet égard, et si, comme je l'espère, on parvient à déterminer expérimentalement l'origine exacte du principe actif du curare, on aura, à la grande satisfaction des physiologistes et des médecins, résolu la dernière question qui obscurcit encore l'histoire mystérieuse de ce poison si intéressant du système nerveux moteur.

M. ROUDANOVSKY fait présenter par M. Claude Bernard une Note sur la structure du tissu nerveux étudiée par une nouvelle méthode.

En poursuivant mes recherches sur la structure des nerfs, j'ai trouvé que les parois des tubes nerveux dans les nerfs spinaux ont encore une membrane ou tunique intime (*tunica intima*) qui consiste en fibrilles transversales. Ces stries ou fibrilles passant transversalement sur chaque côté des tubes s'unissent à l'angle de la conjonction des parois des tubes, qui ont une configuration pentagonale ou hexagonale. La disposition des stries transversales ressemble beaucoup à celle des muscles. La tunique, par sa partie externe, touche le névrilème, qui est formé par le tissu conjonctif, tandis que sa partie interne touche la myéline. N'ayant pas vu ces stries transversales dans les nerfs cérébraux, je ne puis encore affirmer que certains nerfs ne se distinguent par ces stries transversales. Je dois ajouter que dans le même faisceau de tubes il s'en trouve certains dans lesquels je ne les ai point remarquées. J'ai trouvé pour la première fois cette tunique intime sur des pièces provenant de nerfs gelés et colorés par la cochenille. Fixant mon attention sur ce sujet, je les trouvai constamment comme dans les nerfs frais, pris cinq ou six heures après la mort, quand la coagulation de la myéline n'a pas encore commencé, de même que sur les pièces préparées par la dilacération du faisceau au moyen des aiguilles, après avoir recouvert les pièces avec du baume de Canada. Or, c'est à cause de la dilatation artificielle que subissent les tubes après la dilacération au moyen d'aiguilles, que ces fibres transversales paraissent être plus éloignées les unes des autres. Depuis que j'ai découvert cette tunique intime, la question de l'existence des fibres transversales des cylindres d'axes devient encore plus difficile à résoudre. Cependant je soutiens ma première opinion à ce sujet. Cela s'entend que les angles de la conjonction des parois des tubes (pentagones ou hexagones) peuvent être facilement pris pour des cylindres d'axes, surtout quand ces stries transversales de la tunique intime n'étaient pas encore connues.

Avant d'avoir fait geler les nerfs, je les ai fait macérer dans une solution faible d'acide chromique (1) pendant deux jours, et j'ai trouvé, par cette méthode combinée, que les cylindres d'axes sont munis, sans aucun doute, de canaux remplis d'une masse graisseuse, qui se présente quelquefois sous la forme de petites gouttes sortant du bout de ces cylindres.

Il est très-facile de se convaincre, dans les pièces, de l'évidence des canaux des cylindres d'axes dans les différentes sections. Dans la section longitudinale les cylindres d'axes se présentent à doubles contours. Quand la section longitudinale passe dans le centre des cylindres d'axes, alors ces derniers se présentent sous la forme cannelée. Les cylindres d'axes avec leur canal, dans les coupes transversales les plus minces, se présentent souvent sous une forme annulaire. Les canaux des cylindres d'axes dans la moelle épinière du cheval sont très-visibles avec le troisième oculaire et la septième lentille de Hartnach. Il est à observer que les canaux des cylindres d'axes augmentent en volume dans certains endroits et surtout après l'empoisonnement par la strychnine. On peut croire que les parois des cylindres d'axes se dilatent, dans ce cas, par l'accumulation du contenu. C'est pourquoi, entre autres causes, les cylindres d'axes dans la section transversale, en cas d'empoisonnement par la strychnine, prennent des configurations variées.

En poursuivant les prolongements des cellules nerveuses dans les organes centraux du système nerveux, je me suis convaincu de la ramification de quelques-uns à la manière des vaisseaux sanguins. Les prolongements des cellules nerveuses prennent souvent la forme sinueuse ou noueuse, ce qui les augmente dans la longueur.

De tout ce que nous venons de dire, on peut supposer que dans le système des cellules nerveuses avec leurs prolongements circule le liquide (*fluidum*) hypothétique des anciens. (Renvoyé à la Commission du prix de physiologie expérimentale.)

— **MM. BURIN DU BUISSON** et **DE MAILLARD**, adressent un travail intitulé : *Traitement des maladies des voies respiratoires par l'inhalation des produits volatils qui se dégagent autour des épurateurs du gaz d'éclairage. Reproduction chimiquement et physiologiquement identique de ces mêmes émanations dans la chambre d'un malade à l'aide d'un nouveau liquide volatil qui en est la synthèse.*

Les auteurs résument les recherches et les observations contenues dans leur travail par les conclusions suivantes :

1° Des faits nombreux observés depuis quelques années, tant en France qu'en Allemagne, par plusieurs médecins distingués, il résulte pour nous que les émanations des épurateurs de gaz sont d'une efficacité réelle et constatée contre diverses maladies des organes respiratoires, quand les conditions de production de ces émanations sont favorables.

2° Quand il y a inconstance dans les résultats thérapeutiques, cela provient uniquement de ce qu'il y a inconstance dans la composition chimique des émanations et dans le mode d'administration.

3° Il y a inconstance dans le mode des émanations par suite des différents systèmes d'épuration employés dans les différentes usines ; il y a inconstance dans la même usine par suite de l'état de saturation plus ou moins grande des matières épuratrices ou de la différence de provenance des houilles distillées, ou encore des circonstances de la fabrication qui peuvent se modifier d'heure en heure.

4° Il y a inconstance dans le mode d'administration par suite de l'état général de l'atmosphère, dont le calme ou l'agitation concentre ou disperse outre mesure les agents curatifs, et empêche dans les deux cas son action régulière et utile.

5° L'analyse démontre que les émanations épuratrices se composent de principes curatifs qui, à notre avis, doivent être considérés comme puissants ; de principes inertes, et, selon nous aussi, de principes nuisibles.

6° Le gazéol, synthèse des principes qui, jusqu'à ce que l'expérience chimique ait prononcé, nous paraissent devoir être présentés comme principes curatifs, nous paraît reproduire intégralement, dans la chambre d'un malade, les émanations complexes que des expériences isolées pour chacun des composants semblent prouver être les vrais agents de guérison dans l'atmosphère des épurateurs.

7° Nous pouvons affirmer que ce corps peut être employé sans aucun danger en tout lieu, en tout temps, et qu'il se conserve sans altération.

8° Si l'expérience vient sanctionner notre opinion sur l'emploi thérapeutique de ce produit, une médication qui n'était qu'une curiosité thérapeutique pourra devenir un remède raisonné, usuel, applicable, sans difficulté et à bas prix, à plusieurs affections des voies respiratoires.

9° Le gazéol ayant pour base ou véhicule l'ammoniaque brune des usines à gaz à 20 degrés, il suffit de le placer, à la dose de 10 à 20 grammes, sur une assiette ou une soucoupe pour que, s'évaporant spontanément à la température de 20 à 24 degrés centigrades, il reproduise dans une pièce close, la chambre du malade même, l'atmosphère ambiante des matières épuratrices saturées, que le médecin peut, soit prolonger, soit activer, soit enfin faire cesser à son gré. (Commissaires : MM. Payen, Rayer, Velpeau.)

— **M. CL. BERNARD** présente, au nom de l'auteur, M. Rudolf Heideinhan, un ouvrage en allemand sur la production de la chaleur pendant la contraction musculaire, qu'il destine au concours pour le prix de physiologie expérimentale. (Renvoyé à la commission du prix de physiologie expérimentale.)

— **M. J.-V. DELABORDE** adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage imprimé portant ce titre : « De la paralysie dite essentielle de l'enfance ; des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier. » A ce livre est jointe une analyse manuscrite des points que l'auteur regarde comme nouveaux dans son ouvrage. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **MM. VÉE** et **LEVEN**, dans une lettre adressée à M. le président, demandent que leur Mémoire relatif aux propriétés chimiques d'un alcaloïde extrait de la fève de Calabar, présenté dans la séance du 5 juin et qui a été renvoyé à l'examen d'une commission spéciale, soit admis au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. HUBERWALD** annonce qu'il a trouvé pendant une longue pratique dans les pays tropicaux une thérapeutique du choléra jusqu'alors inconnue, et demande à connaître les conditions du concours du prix Bréant pour lequel il serait disposé à envoyer un Mémoire faisant connaître sa méthode de traitement.

(1) En employant l'acide chromique, il ne faut que — 5 à — 7 degrés Réaumur pour faire geler le tissu nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 11 mai 1865. — Présidence de M. le professeur BÉHIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. LANNELONGUE lit une observation intitulée : *Gangrène spontanée du membre inférieur droit, oblitération vasculaire cérébrale* (Voir le numéro du jeudi 29 juin).

M. BÉHIER fait observer que les lésions trouvées dans l'artère basilaire ne sont pas celles auxquelles s'applique réellement le mot thrombose, et par conséquent qu'il serait préférable de ne pas s'en servir dans ce cas.

M. FERRÉOL demande si le centre des caillots offrait quelque différence d'organisation, quelque indice d'une ancienneté plus grande de la fibrine qui permît d'établir leur origine et s'il s'agissait d'embolies.

M. LANNELONGUE. Les caillots étaient partout adhérents ; leur partie centrale ne présentait pas de consistance spéciale.

M. LEVEN. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est l'étendue et l'uniformité des altérations primitives ; tout le système vasculaire est atteint, et de la même façon. Aussi les altérations organiques produites secondairement sont-elles partout de même nature.

M. BEAUMETZ. La gangrène du cerveau se caractérisant par de l'induration est un phénomène morbide rare. M. Lannelongue l'a-t-il déjà observé à Bicêtre ?

M. LANNELONGUE. Je l'y ai peu rencontré ; en tous cas, le fait que je viens de rapporter est celui où l'induration occupait la plus grande étendue ; elle était du volume d'un petit œuf.

M. CORNIL. Les lésions du cerveau dans le ramollissement sont multiples et diffèrent suivant leur siége. Dans les circonvolutions, ce sont ces plaques dures, jaunes, bien décrites par M. Rostan. Dans la profondeur, on trouve plus souvent des foyers ramollis, mais presque jamais de points indurés ; cependant, j'en ai rencontré deux cas coïncidant avec une oblitération complète des vaisseaux par de la fibrine. Les capillaires dans ces points étaient complétement remplis de fibrine granuleuse ; le reste du tissu était infiltré de granulations qui se dissolvaient en partie par l'acide acétique et étaient en partie de nature graisseuse. Nous désirons savoir si l'examen microscopique a été pratiqué.

Il faut d'ailleurs distinguer l'induration du ramollissement de celle de la sclérose, qui donne à l'examen microscopique un tissu fibrillaire riche en noyaux et cellules appelées myélocithes par M. Robin.

M. LABORDE. Les conditions de l'induration du tissu cérébral dans le ramollissement sont multiples et diverses : 1° cette induration est fréquente dans le ramollissement inflammatoire qui affecte les sujets adultes, et il n'est pas douteux qu'en ce cas elle se lie comme résultat aux poussées irritatives et phlegmasiques. Elle est alors primitive. Cette forme est parfaitement décrite dans la plupart de nos livres classiques.

2° L'induration se rattachant au ramollissement non inflammatoire est, au contraire, très-rare chez le vieillard. Quand elle existe, elle est secondaire ou consécutive, et les conditions de son existence ne sont point parfaitement connues.

Les expériences des frères Nasse (de Bruxelles) et celles de Guislain, en montrant que le tissu cérébral absorbe et *boit* en quelque sorte avec une extrême facilité les liquides mis en contact avec lui et que l'induration peut résulter de cette absorption, pourraient fournir une explication de ce fait de l'induration de la substance cérébrale chez le vieillard dans les cas où se produisent des transsudations séreuses abondantes à la période ultime du ramollissement.

Mais il est chez le vieillard deux autres conditions fréquentes d'induration plus ou moins partielle : c'est, en premier lieu, la dégénérescence calcaire des vaisseaux encéphaliques et des capillaires en particulier, et, en second lieu, coïncidant habituellement avec celle-ci, la *calcification* du tissu nerveux cérébral lui-même, laquelle peut d'ailleurs également se montrer chez l'adulte. Marcé et Ordoñez en ont récemment produit de curieux exemples.

M. BÉHIER. Il ne faut pas faire dire aux expériences de Nasse et Guislain plus qu'elles ne démontrent, et il est *a priori* très-invraisemblable que sur le vivant la simple imprégnation du tissu cérébral par un liquide suffise à amener soit un ramollissement simple, soit une induration coïncidant avec un ramollissement. Ces physiologistes ont-ils examiné le tissu au microscope, se sont-ils assurés que dans les résultats il n'est entré aucun élément d'inflammation ? N'y a-t-il pas plusieurs modes d'inflammation, notamment un mode lent, tacite ? Aujourd'hui, on est tenu d'étendre considérablement la valeur de ce mot. La cirrhose, par exemple, est, comme le dit Frerich, une inflammation chronique interstitielle.

M. BALL, à propos de la *calcification* du tissu cérébral, rappelle que Garrod y a signalé la présence anormale de dépôts d'urates.

M. VOISIN a vu, dans une autopsie pratiquée dans le service de M. Bouillaud, la moelle épinière infiltrée de carbonate de chaux. Tout le système artériel était atteint de dégénérescence calcaire ; le symptôme dominant se rattachant à la moelle était la paralysie.

RAPPORTS.

M. VOISIN lit un rapport sur une observation de *chorée compliquant l'hystérie*, par M. Baudot, présentée à l'appui de sa candidature.

— **M. CORNIL** lit un autre rapport sur une observation de *maladie du cœur avec pneumonie*, par M. Hayem, à l'appui de sa candidature, et le fait suivre d'un travail étendu sur l'*anatomie pathologique de diverses espèces de pneumonies.*

Les conclusions de ces deux rapports sont mises aux voix et adoptées ; par conséquent, MM. Baudot et Hayem sont inscrits sur la liste des candidats.

La Société décide, en outre, que le travail de M. Cornil sera publié dans ses *Bulletins*.

ÉLECTION.

On procède à l'élection à une place de membre titulaire.

Au premier tour de scrutin, M. le docteur Gingeot, ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre titulaire.

— La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire, Paul TOPINARD.

CORRESPONDANCE.

Du traitement de la coqueluche par l'inhalation des substances volatiles qui se dégagent des matières qui servent à l'épuration du gaz.

A M. le Dr Bouchut, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'Hôpital des Enfants.

Paris, 27 juin 1865.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire dans la *Gazette des Hopitaux* du 22 juin, une des leçons que vous avez professée à l'hôpital des Enfants, et dans laquelle vous parlez du traitement de la coqueluche par l'inhalation des substances volatiles qui se dégagent des matières servant à l'épuration du gaz.

Comme votre opinion a une grande importance, comme votre appréciation a été donnée devant un public nombreux et reproduite par un journal très-répandu, vous voudrez bien me permettre de répondre à quelques-unes de vos observations.

Les deux mémoires que j'ai lu devant l'Académie de médecine restent soumis à son jugement, tant qu'un rapport n'a pas été fait : ils m'imposent par conséquent l'obligation de ne pas discuter publiquement cette question dans son ensemble ; mais je puis, sans manquer à la déférence due à ce corps savant examiner quelques-uns des points sur lesquels vous avez appelé l'attention de vos élèves.

Bien que vous n'ayez pas voulu vous prononcer d'une façon absolue sur l'efficacité de cette médication, vous avez cherché surtout à en faire ressortir les inconvénients. La composition de l'air de la salle d'épuration a été d'abord incriminée par vous et, sur la foi de plusieurs chimistes, vous y signalez la

présence de l'hydrogène carboné, de l'hydrogène sulfuré et de l'ammoniaque. Permettez-moi de vous assurer qu'on vous a involontairement induit en erreur. Une analyse minutieusement faite par mon ami le docteur Fouqué, si versé dans ces sortes de recherches, a démontré l'absence absolue de l'hydrogène sulfuré, et de l'hydrogène carboné. Cette analyse que j'ai donnée dans tous ses détails dans mon premier mémoire à l'Académie de médecine, constate que l'air de la salle d'épuration ne diffère de l'air ordinaire que par la présence, en quantités très-petites, d'acides carbonique, sulfhydrique et cyanhydrique combinés avec l'ammoniaque et par une trace de vapeurs de naphtaline. Il m'est permis de supposer que les personnes qui vous ont renseigné sur ce point, n'ont admis les éléments que vous signalez que par hypothèse; mais cette hypothèse se trouve sans valeur après les recherches scientifiques sérieusement faites.

Si des pneumonies ont été constatées après le séjour dans es salles d'épuration, elles ne peuvent pas être mises sur le compte de l'hydrogène carboné qui n'y existe pas. Peuvent-elles être imputées à l'influence de la petite quantité d'ammoniaque qui s'y trouve? je ne le crois pas davantage. J'ai déjà eu l'occasion, dans mon second mémoire à l'Académie de médecine, de répondre aux assertions émises par quelques confrères sur la possibilité de complications de la coqueluche à la suite de cette nouvelle médication.

Il me paraît superflu de m'occuper ici de ce côté de la question qui m'obligerait à entrer dans des développements que je dois m'interdire. Je puis cependant assurer que depuis seize mois que je suis attentivement les enfants qui sont venus demander l'hospitalité à l'usine de Saint-Mandé, je n'ai jamais observé une pareille complication que l'on fut autorisé à mettre sur le compte de la médication. A cette affirmation, vous répondrez, sans doute, en me reprochant de ne pas m'être occupé des enfants qui abandonnaient la médication après une ou deux inhalations, et que je ne voyais plus à l'usine à cause, dites-vous, des complications qui s'étaient produites. Vous insistez sur ce point dans votre leçon; je suis dans l'obligation de répondre à cette objection.

Indépendamment de mon premier mémoire dont vous avez parlé, je dois aussi examiner les résultats signalés dans mon second mémoire lu à l'Académie de médecine le 22 novembre 1864.

Dans la première période, allant du 5 mars au 1er juillet 1864, 142 enfants ont été inscrits à l'usine de Saint-Mandé. Sur ce nombre, 54 ont été négligés, ou parce qu'ils n'avaient pas la coqueluche, ou parce qu'ils n'avaient fait qu'une ou deux inhalations.

Dans la deuxième période, qui va du 1er juillet au 15 octobre 1864, 138 enfants se sont présentés à Saint-Mandé. Sur ce nombre, 57 ont dû être négligés par la raison indiquée plus haut.

Je n'avais pas à m'occuper de ces 111 malades, parce qu'ils n'avaient pas été soumis sérieusement à l'influence de la médication, et que, pour apprécier la valeur d'un moyen thérapeutique quelconque, il est essentiel de n'appuyer ses démonstrations que sur des expérimentations sérieuses. Ce n'est pas, croyez-le bien, à cause des complications survenues, que ces malades ont cessé les visites à l'usine de Saint-Mandé. Indépendamment de ceux qui n'avaient pas la coqueluche, les uns faisaient une simple visite, se faisaient inscrire, prenaient quelques renseignements, visitaient les salles d'épuration, et ne reparaissaient plus, bien qu'ils n'eussent pas été soumis à l'influence de la médication; d'autres s'étaient rendus à l'usine sur la promesse faite par quelques journaux politiques, d'une guérison certaine après une séance de quelques instants dans l'atmosphère de la salle d'épuration; dès qu'il leur était démontré qu'à Saint-Mandé, pas plus qu'ailleurs, on n'opérait pas des miracles, ils dédaignaient un moyen de guérison qu'ils ne trouvaient plus assez merveilleux; quelques-uns enfin renonçaient aux visites à l'usine lorsqu'ils appartenaient à la classe ouvrière, et que les parents, demeurant loin de l'usine, ne pouvaient, sans inconvénient, sacrifier une partie de leur journée de travail. Tels ont été, en général, les motifs qui ont déterminé la cessation des visites à l'usine. J'avais donc le droit de ne pas m'occuper de cette catégorie de malades.

Parmi les enfants qui ont essayé sérieusement de la médication pendant cette période de sept mois et demi, je trouve un ensemble de cent soixante-neuf individus, sur lesquels j'ai constaté vingt échecs, quarante-huit améliorations et cent une guérisons.

Ces résultats ont une signification incontestable, et si je les rapproche de ceux signalés par M. le docteur Bertolles, si je les fais suivre des observations recueillies depuis le mois d'octobre, j'arriverai à un chiffre de succès qui a une très-grande importance. Je n'ai pas l'honneur de connaître M. le docteur Bertolles; il observait dans des conditions différentes de celles dans lesquelles je me trouvais; il était aux Ternes, alors que je ne voyais que ce qui se passait à Saint-Mandé, et cependant nous arrivons, à peu de chose près, à signaler les mêmes résultats. Est-il possible d'admettre qu'une médication est sans valeur, alors qu'elle démontre ses succès à des confrères qui observent dans des milieux différents et sur un très-grand nombre de malades?

J'aurais encore beaucoup à dire sur la façon dont agit la médication, et je devrais montrer qu'un des premiers signes de l'amélioration est de faire cesser les vomissements et de rappeler l'appétit; mais cette étude m'entraînerait au delà des limites d'une lettre, je dois m'arrêter.

Beaucoup de médecins m'ont fait l'honneur de venir visiter les malades soignés à Saint-Mandé, et ils sont restés convaincus de l'efficacité et de l'innocuité du traitement nouveau; plusieurs confrères de la ville m'ont adressé, à plusieurs reprises, leurs petits clients, et ils ont eu à se féliciter de leur détermination. Il est à souhaiter que ceux qui n'ont pas de parti pris et qui tiennent à s'éclairer, veuillent bien suivre de pareils exemples; en observant par eux-mêmes, beaucoup de préventions tomberont.

Je serais heureux, Monsieur et très-honoré confrère, si vous vouliez bien voir par vous-même ce qui se passe à l'usine de Saint-Mandé; je me mets entièrement à votre disposition pour vous donner les détails que vous souhaiterez, et pour répondre aux objections que vous voudrez bien m'adresser.

Veuillez agréer, etc.

Dr O. Commenge.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

pendant l'année 1864 (suite).

741. De l'amputation de la cuisse par la méthode à un lambeau antérieur, par M. Edvir Lecoq.
742. Du délire dans quelques maladies aiguës, par M. Faucon.
743. De l'hématome du pavillon de l'oreille, par M. Kuhn.
744. Des crachats, par M. Aurillac.
745. Sur la section des nerfs dentaires supérieur et inférieur, par M. Noisard.
746. Des fractures comminutives du coude, par M. Marcel.
747. Du sous-nitrate de bismuth et de ses applications, par M. Bricka.
748. Du glaucôme, par M. Alba.
749. Des lésions viscérales suite d'embolie par M. Herrman.
750. Des lésions rénales observées dans l'albuminurie (clinique médicale de Strasbourg 1863-64), par M. Picot.
751. De la cautérisation interstitielle ou en flèche, par M. Claudot.
752. De la résection de l'extrémité inférieure du cubitus, par M. Fleurot.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 5 juillet, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville. Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Considérations pratiques sur quelques cas spéciaux de cataracte, par M. le docteur Coursserant;

3° Étude sur la digestion et l'alimentation, par M. le docteur Sanders;

4° Recherches sur les bienfaits de quelques végétaux, par M. F. Plée;

5° D'un nouvel appareil pour les fractures, par M. le docteur Domerc.

De l'uréthrotomie, dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre; indications et contre indications, par M. le docteur Beyran, extrait de l'*Union médicale,* (avril, mai, juin 1865), une br. in-8°, de 20 pages. Prix: 75 c. Paris, à la librairie Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Application du courant constant au traitement des névroses, leçons faites à l'hôpital de la Charité, par le professeur Remak, de Berlin, 1 br. in-8°, de 45 pages. Prix: 1 fr. 50. Paris, à la librairie Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 79. — JEUDI 6 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 6 JUILLET 1865. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Les académiciens, encore sous l'impression de la récente discussion qui a eu lieu au Sénat, touchant une pétition favorable à l'homœopathie, se sont félicités tout bas du résultat qui a été obtenu : l'ordre du jour contre la pétition. La presse médicale ne peut pas aller plus loin, la *Gazette* du moins témoigne ici qu'elle partage les sentiments de l'Académie.

M. le docteur Lancereaux, un de nos jeunes travailleurs, a lu un mémoire sur les lésions anatomiques de l'alcoolisme, et il a formulé cette proposition que l'alcoolisme donnait lieu à une vieillesse anticipée, c'est-à-dire anatomiquement à une dégénérescence graisseuse des organes. On peut, *à posteriori*, comprendre ce phénomène en songeant que l'alcool est un aliment respiratoire, et que sa combustion, incessante et dans des proportions énormes, active singulièrement la respiration. On se rappelle la vieille formule de Lavoisier et des chimistes du commencement du siècle, que l'homme brûle son sang par la respiration, que la décrépitude et la mort sont le produit d'une combustion lente. Si la respiration est activée, la décrépitude va vite, et la mort n'est plus loin. Voilà assurément une proposition qui peut être utile aux sociétés de tempérance. Il y a là une perspective à montrer aux ivrognes, et, si la crainte de la décrépitude corrige quelques hommes, ce sera déjà quelque chose.

M. Robinet a lu une note sur l'eau que l'on boit à Paris. Jamais, a-t-il dit, les Parisiens n'ont bu, ne boivent et ne boiront de l'eau de la Seine ; cela semblait piquant. Mais il n'y a rien à dire, l'honorable académicien l'a démontré. A prendre toutefois sa propre argumentation, on ne pourrait guère être certain de boire de l'eau d'une rivière grossie d'affluents qu'en allant puiser à sa source. — Dr Armand Després.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

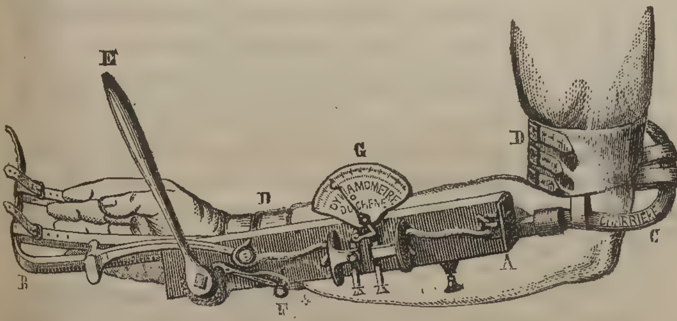
Luxation complète du coude en arrière. — Réduction au bout de trente-huit jours.

Dans une de ses dernières leçons cliniques du mois de mars, M. Nélaton a procédé à la réduction d'une luxation complète du coude, datant de trente-huit jours, et le rétablissement des rapports des surfaces articulaires a été, grâce à l'emploi de l'*appareil Jarvis*, obtenu avec une facilité sur laquelle on ne pouvait guère compter.

Le fait de cette réduction ayant son importance et l'appareil qui a servi à l'effectuer étant peu connu, nous donnons à la fois l'observation et la description de l'appareil Jarvis.

M. Charrière, qui a fourni cet appareil depuis longtemps enfoui dans ses ateliers, y a fait, sur l'indication de M. Nélaton, ajouter un dynamomètre. Avec ce perfectionnement on n'aura plus à craindre de dépasser le but, et il sera toujours possible de constater la force des tractions exercées sur le membre.

C'est dans un article publié en août 1846, dans les *Archives de médecine*, que le docteur A.-B. Stout a fait connaître l'appareil du docteur Jarvis, de Portland (Connecticut).



Cet appareil, susceptible d'être appliqué à la réduction de la plupart des luxations, se compose d'une monture creuse en laiton A renfermant un pignon dont les dents s'engrènent avec celles d'une tige B en acier de même longueur que la monture. Cette tige B sert à l'extension.

Une roue à crémaillère fait corps avec le pignon inférieur, et reçoit un cliquet d'arrêt F pour maintenir la tige d'extension au point voulu. On manœuvre cette roue avec un levier E qui s'y adapte au moment de faire marcher l'appareil.

Dans la même monture en cuivre, et parallèlement à la tige d'extension, est renfermée la tige de contre-extension, qui peut être maintenue dans une position fixe par une vis de pression, ce qui permet d'allonger ou de raccourcir l'appareil suivant le besoin.

La tige de contre-extension est droite, mais on adapte à son extrémité, pour la réduction des luxations du coude, une tige d'acier C coudée à angle droit avec la direction de l'instrument, et dont la courbure embrasse la moitié postérieure du bras. Cette portion courbe de la tige s'engage dans une série de boucles que présente un bracelet D solidement fixé à la partie inférieure du bras, immédiatement au-dessus du pli du coude.

La tige d'extension, à son extrémité libre, se recourbe aussi à angle droit ; c'est sur cette dernière portion que viennent s'insérer les courroies qui s'attachent au bracelet inférieur D.

Quand avec le levier on fait marcher la roue dentée, la tige d'extension s'allonge et exerce sur l'avant-bras une traction parallèle à son axe. En même temps, la tige de contre-extension maintient fixe l'extrémité inférieure du bras entourée par le bracelet. (Pour que ce point d'appui soit solide, il faut que l'avant-bras soit fléchi à angle droit sur le bras. Dans cette position, le plein du bracelet appuie sur l'extrémité inférieure de l'humérus, qu'il repousse et n'a aucune tendance à glisser vers la racine du membre.)

Le dynamomètre G ajouté à l'appareil permet de connaître à chaque instant la puissance de traction exercée par la tige.

Voici l'observation :

Louise R..., âgée de vingt-neuf ans, journalière, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 23 mars 1865.

Elle est de constitution médiocrement vigoureuse et habituellement bien portante. On ne trouve rien à noter dans ses antécédents.

Le vendredi 17 février, elle a fait un faux pas dans sa chambre et est tombée en avant ; dans sa chute, elle a étendu les deux bras au-devant d'elle pour se retenir. Le bras gauche principalement a supporté le poids du corps ; il était, assure-t-elle, dans l'extension complète, et la main, fortement renversée en arrière, a dû toucher le sol par la portion carpienne de sa face palmaire, comme dans les chutes qui donnent habituellement lieu aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

La malade a ressenti immédiatement une douleur vive dans l'articulation du coude gauche, et, à peine relevée, elle a constaté qu'elle ne pouvait plus fléchir l'avant-bras sur le bras.

Une notable tuméfaction est survenue dans la journée, et a augmenté les jours suivants sans acquérir cependant un volume considérable. La malade dit qu'elle n'a consulté aucun médecin et qu'elle s'est contentée d'appliquer des compresses résolutives sur son coude.

La douleur et la tuméfaction n'ont pas tardé à diminuer ; cependant les mouvements de flexion ne se sont nullement rétablis, et c'est le 23 mars seulement que la malade, très-gênée par cette attitude vicieuse du bras gauche, s'est décidée à entrer à l'hôpital.

A ce moment, on constate que le membre supérieur gauche est dans une extension complète ; il existe encore un peu de tuméfaction autour de l'articulation du coude.

Celle-ci présente une déformation caractéristique en arrière ; l'olécrane fait une saillie anormale, et au-dessus de cette apophyse on trouve le tendon du triceps, que le doigt peut déprimer.

Le sommet de l'olécrane dépasse de 1 centimètre et demi environ la ligne qui passe par les tubérosités de l'humérus. Les saillies de l'épicondyle et de l'épitrochlée sont faciles à sentir à travers les téguments.

En arrière et en dehors, le doigt rencontre la tête du radius déplacée, et peut déprimer la peau dans la cupule de cet os, qui a perdu ses rapports avec le condyle de l'humérus.

A la partie antérieure de l'articulation, au-dessus du pli du coude, on trouve une saillie non dépressible constituée par l'extrémité inférieure de l'humérus, qui soulève le brachial antérieur.

Quand on essaye de fléchir le membre, qui est dans une extension complète, on ne peut lui imprimer que des mouvements de flexion presque insensibles et qui ne vont pas au delà de quelques degrés. Mais on peut en revanche imprimer à l'avant-bras des mouvements de latéralité transversale sur le bras, mouvements qui à l'état normal sont, comme on le sait, complétement impossibles.

Il existe un peu de raccourcissement du membre. Soigneusement mesuré par M. Nélaton, en prenant pour points fixes le sommet de l'acromion, d'une part, et, de l'autre, celui de l'apophyse styloïde du radius, ce raccourcissement a été trouvé de 18 millimètres.

A ces signes, on reconnaît facilement une luxation complète du coude en arrière.

Le 27 mars, la réduction est tentée à l'aide de l'appareil Jarvis.

La malade étant chloroformée, l'avant-bras est préalablement fléchi sur le bras à angle droit. Cette flexion s'opère sans grande résistance, quoiqu'il faille rompre des adhérences fibreuses.

Le bracelet destiné à la contre-extension est alors fixé à la partie inférieure du bras, immédiatement au-dessus du pli du coude, de façon à embrasser seulement l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le bracelet inférieur est très-solidement assujetti au-dessus du poignet par plusieurs tours de bande mouillée.

Les deux tiges que porte l'appareil à ses extrémités ayant été reliées aux bracelets, la première par les anneaux dans lesquels elle s'engage, la seconde par l'intermédiaire de courroies, il ne reste plus qu'à faire marcher l'engrenage.

M. Nélaton procède avec précautions à ce temps important de l'opération, en regrettant de ne pouvoir mesurer la force de traction qu'il déploie. Bientôt cependant un changement paraît être survenu dans les rapports des surfaces articulaires.

M. Nélaton, en explorant la région postérieure du coude, constate qu'elles ont repris leur place.

La réduction s'est faite sans secousse, mais la puissance de traction a dû être considérable.

Après que le membre a été débarrassé de ses liens, on constate de nouveau que les surfaces articulaires ont repris leurs rapports.

L'avant-bras est maintenu fléchi à angle droit sur la poitrine.

Une tuméfaction modérée se montre les jours suivants autour de l'articulation, mais on peut déjà voir que celle-ci est susceptible d'exécuter quelques mouvements.

Le 31 mars, la tuméfaction a diminué ; le membre, toujours maintenu fléchi, est enfermé dans un appareil ouaté et dextriné de Burggraeve. Il n'y a pas de douleur notable ; la malade se lève.

Lorsqu'au bout de dix jours l'appareil dextriné a été enlevé, la tuméfaction avait en grande partie disparu, et l'on a pu constater plus facilement le rétablissement des rapports des surfaces articulaires. Peut-être cependant la tête du radius est-elle un peu plus saillante en arrière qu'elle ne devrait l'être, mais elle exécute sans gêne ses mouvements de rotation.

La malade peut fléchir le bras, mais ni l'extension ni la flexion complètes ne sont encore possibles ; les mouvements de pronation s'exécutent avec un peu de gêne.

Au repos, le membre reste fléchi à angle droit, et dans cette position la malade peut s'en servir.

Elle quitte l'hôpital le 20 avril, ne souffrant pas et jouissant de mouvements de flexion et d'extension assez étendus, que le temps et l'exercice rendront sans doute plus complets.

PLEURÉSIE AVEC ÉPANCHEMENT.

Convalescence. — Abcès phlegmoneux des parois de la poitrine. — Suppuration fétide. — Signes d'infection putride. — Injections avec la teinture aloétique composée. — Guérison.

Par M. le docteur MAZADE (d'Anduze).

C..., âgé de trente-sept ans, d'une forte constitution, est pris dans la journée du 11 mars 1865 de céphalalgie, de frissons. Dès le soir même, il ressent une violente douleur au-dessous du sein droit. Les jours suivants, il y eut de la fièvre, de la toux sèche et pénible, de la matité avec absence de respiration dans la moitié inférieure droite du thorax, de l'égophonie. — Saignée, application de sangsues et d'un vésicatoire.

Le dixième jour de l'invasion de la maladie, il ne restait aucune trace de l'épanchement pleurétique. La toux, la fièvre, le point de côté avaient cessé ; la respiration était revenue à son état naturel ; mais au-dessous de la clavicule droite existait, dans une assez grande étendue, une tuméfaction peu saillante, sans changement de couleur à la peau, sensible à la pression, douloureuse pendant de fortes inspirations. Elle acquit rapidement les caractères d'un vaste phlegmon occupant un espace compris entre le sternum, la clavicule, la quatrième côte et le bord antérieur de l'aisselle. Des signes appréciables de fluctuation ne tardèrent pas à se manifester, principalement vers le tiers moyen de la tumeur.

La peau qui recouvrait cette tumeur était rouge, tendue, mais nullement amincie. La collection purulente était encore profondément située. La percussion et l'auscultation ne fournissaient l'indice d'aucune lésion interne, ni au niveau, ni dans le voisinage de l'abcès, ni dans les autres régions du côté droit du thorax. Cependant, le pus pourrait pénétrer dans la cavité de la plèvre. L'inflammation pourrait se propager à cette membrane séreuse qui en avait été si récemment atteinte. Il était urgent d'agir. Je me hâtai de pratiquer une large incision sur le point le plus fluctuant de la tumeur. Elle donne issue à une abondante quantité de pus de bonne nature. Le malade en éprouve du soulagement ; mais dès le lendemain, il eut des frissons, de la fièvre, de la soif. Le pus est moins consistant ; il exhale une odeur fétide.

Le surlendemain, la capacité de l'abcès s'est agrandie ; une contre-ouverture est pratiquée ; elle ne modifie nullement l'altération du pus.

Le troisième et le quatrième jours, la maladie s'était aggravée ; les forces étaient déprimées, les traits de la face altérés. Il y eut de la fièvre, des selles liquides. Le pouls devint fréquent et petit ; les téguments qui recouvraient l'abcès offrirent une couleur plus terne ; le pus resta toujours fétide et abondant. Des symptômes prononcés d'infection putride étaient survenus. En vain j'avais employé des boissons amères, toniques, des applications et des injections de décoction de quinquina, de feuilles de noyer, de ratanhia, etc.

Le cinquième jour, j'ai recours à des injections avec la teinture

aloétique composée, conseillée et employée avec succès par M. le professeur Lecœur (de Caen). Deux injections sont pratiquées dans cette journée. La teinture aloétique composée fut introduite dans le foyer de l'abcès par l'ouverture supérieure. Après quelques instants de séjour, elle fut évacuée par la plaie de la contre-ouverture. Elle provoqua un sentiment de cuisson.

Le lendemain au matin, l'odeur du pus avait moins de fétidité. Deux injections aloétiques sont encore faites; leur action locale fut plus vivement sentie; elles déterminèrent même quelques signes momentanés d'ébriété.

Le soir, une amélioration remarquable fut constatée dans l'état local et dans les symptômes généraux.

Le troisième jour, la fétidité du pus a disparu; sa quantité a diminué; la diarrhée a cessé, la fièvre s'est apaisée, les traits de la face se sont relevés. Une injection est encore pratiquée, mais elle ne pénètre que difficilement et très-incomplétement dans la cavité de l'abcès; l'impression de la teinture aloétique est très-douloureuse. Les téguments de l'abcès et les plaies des deux ouvertures présentent une couleur plus animée et sont sensibles à la moindre pression.

Le quatrième jour, la suppuration est toujours inodore; elle est plus rare et d'une qualité normale. Le pouls a repris sa fréquence, la face a repris son expression naturelle, la diarrhée ne s'est plus reproduite. Dès lors, les injections alcooliques sont supprimées; l'abcès rentre dans les conditions qui témoignent d'une solution heureuse. Au bout de six jours, la guérison était complète.

Dans la convalescence d'une pleurésie, un vaste phlegmon se développe à la région antérieure et supérieure du thorax, du même côté qui avait été le siége de la phlegmasie interne et ne paraissant avoir avec cette phlegmasie aucun rapport de propagation. Il ne tarde pas à abcéder. Une large incision donne issue au pus qu'il renfermait. La capacité de l'abcès prend de plus grandes proportions; le pus devient fétide; une contre-ouverture est pratiquée; elle n'a aucune influence sur l'altération de ce liquide. Des symptômes graves d'infection putride se déclarent; les téguments de l'abcès paraissent même être menacés de gangrène. Le sujet est affaibli par la maladie interne de laquelle il sortait à peine. Des médications toniques antiputrides ont été vainement employées; le danger est imminent; alors des injections avec la teinture aloétique composée sont tentées; une amélioration rapide succède à leur emploi. Après la cinquième injection, le produit de la suppuration a recouvré ses qualités normales, les signes d'infection putride ont cessé d'exister. La maladie locale ne présente plus que les caractères d'un abcès phlegmoneux sans complications et parvenu à la période de cicatrisation.

Les injections alcooliques furent l'unique mode de traitement auquel nous eûmes recours en dernier lieu, et alors que les phénomènes morbides locaux et généraux se manifestaient avec leur expression la plus intense. Elles déterminèrent une amélioration immédiate, et bientôt après une solution heureuse et définitive. Il me semble que c'est à leur seule intervention que doit être attribuée la guérison d'une maladie qui se révélait sous une forme aussi grave.

RECHERCHES

sur la nature et la constitution anatomique de la pustule maligne,

Par M. C. Davaine.

Les relations de la pustule maligne chez l'homme avec les affections charbonneuses des animaux sont depuis longtemps bien connues; on sait que cette pustule a pour cause déterminante l'introduction sous l'épiderme du sang d'un animal charbonneux.

Or, si le charbon a pour élément essentiel les infusoires filiformes que j'ai nommés des bactéridies, ces infusoires doivent constituer aussi l'élément de la pustule maligne. L'absence des bactéridies dans la pustule charbonneuse de l'homme serait donc la négation du rôle attribué à ces corpuscules dans la production du charbon, comme aussi leur présence en sera la confirmation. A ce point de vue, l'étude de la constitution de la pustule maligne offre un véritable intérêt; elle en offre un non moins grand au point de vue du diagnostic et du traitement de cette dangereuse maladie.

Déjà, dans une communication à l'Académie des sciences, au mois de septembre 1864, M. le Dr Raimbert et moi nous avons rapporté un fait confirmatif de cette relation de la pustule maligne avec le charbon; en effet, la pustule que nous avons examinée renfermait un grand nombre de bactéridies, de tous points semblables à celles qui se trouvent dans le sang des animaux charbonneux.

Je puis aujourd'hui faire connaître deux nouveaux faits semblables que je dois à l'obligeance de M. le docteur Mauvezin, médecin distingué à Bray-sur-Seine, et auteur d'une nouvelle méthode de traitement de la pustule maligne, méthode qui consiste dans l'ablation de la tumeur suivie de la cautérisation de la plaie. Elle compte déjà de nombreux succès.

Les pustules soumises à mon examen avaient été extirpées toutes les deux au troisième jour de leur développement, et elles avaient été placées immédiatement après dans une solution d'acide chromique. Leur durcissement par ce liquide et leur conservation parfaite m'ont permis de me rendre compte non-seulement de l'existence des bactéridies dans la tumeur, mais encore de la disposition et des rapports de ces corpuscules. Des coupes très-minces et l'action un peu prolongée de la potasse caustique qui dissocie ou dissout les éléments de la peau, tout en respectant les bactéridies, m'ont donné ce résultat d'une manière nette et précise.

Dans les deux cas, les bactéridies occupaient le centre de la pustule; elles étaient situées dans la couche muqueuse ou de Malpighi, au-dessous de la couche épidermique superficielle; elle n'y étaient point uniformément réparties, mais elles formaient des groupes, des îlots disséminés et séparés par des groupes de cellules épithéliales normales. Dans chacun des groupes de bactéridies, ces petits corps existaient par milliers, constituant un feutrage très-compacte. Au centre de ces groupes, on ne distinguait aucun autre élément; mais, vers leur pourtour, les bactéridies étaient plus ou moins mêlées et interposées aux cellules épithéliales, ou bien elles formaient entre ces cellules des traînées qui se reliaient aux groupes de bactéridies avoisinants. Aucun autre élément pathologique n'existait dans ces pustules. Dans les couches profondes du derme, les vésicules adipeuses qui s'y trouvent normalement contenaient toutes des cristaux de margarine; mais ce fait s'observe aussi dans d'autres cas.

En somme, dans la pustule maligne, au troisième jour de son développement, les bactéridies forment l'élément essentiel et unique de la tumeur.

On sait que la pustule maligne est une affection primitivement locale dont on peut arrêter les progrès par l'ablation ou la cautérisation, mais que, après deux ou trois jours de durée, elle se généralise, et qu'elle est alors au-dessus des ressources de la médecine. Or, la constitution anatomique de la pustule explique bien la succession de ces phénomènes. Nous voyons, en effet, que les bactéridies se développent dans les couches épidermiques de la peau, couches qui ne contiennent point de vaisseaux; elles y sont par conséquent confinées et isolées du reste de l'économie que leur destruction doit préserver de toute propagation ultérieure. Mais si leur développement n'est point entravé par leur destruction, elles rencontrent bientôt les couches superficielles du derme, lesquelles sont abondamment pourvues de vaisseaux lymphatiques et sanguins; elles s'introduisent dans ces vaisseaux et, entraînées par le fluide qui y circule, elles vont infester le reste de l'économie. Un fait récent, dont je vais parler, prouve que ce n'est point là une simple conception de l'esprit, mais que telle est en effet la marche de ces corpuscules dans l'évolution de la pustule maligne.

Je dois les détails de ce fait à l'obligeance de M. le docteur Lancereaux, chef de clinique de la Faculté de médecine, qui a bien voulu soumettre à mon examen le sang du sujet de cette observation.

Un homme, âgé de vingt-trois ans, lustreur en pelleteries, avait été occupé dans ces derniers temps à la teinture de peaux de chèvre.

Le 3 juin, dans la journée, il s'aperçoit de l'existence d'un petit bouton prurigineux sur le côté gauche du col.

Le 4, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Grisolle. Le bouton, ou plutôt la pustule, était entourée d'un gonflement œdémateux qui se prolongeait à la partie supérieure du thorax, presque jusqu'au mamelon; elle formait une saillie elliptique de 1 1/2 à 2 centimètres de diamètre, d'un rouge rosé, ayant au centre une sorte d'eschare arrondie, noirâtre, circonscrite par un cercle pustuleux en dehors duquel existaient quelques vésicules isolées. Ces caractères ne permettaient pas de méconnaître la pustule maligne. Dans la soirée, on la cautérise avec le sublimé corrosif.

Le 5, la fièvre est vive; le gonflement énorme s'étend jusqu'au-dessous du mamelon. M. Jobert, appelé, cautérise de nouveau la pustule au fer rouge et circonscrit la partie malade par un cercle de cautérisations.

Le 6, les symptômes s'aggravent encore; une plaque d'apparence gangréneuse se montre au devant du sternum, et le malade meurt dans la journée.

A l'autopsie, faite le surlendemain 8 juin, on constate la roideur cadavérique, l'absence de la putréfaction, un œdème du tissu cellulaire sous-cutané du thorax se prolongeant jusqu'aux médiastins, des points congestifs et apoplectiques au sommet du poumon gauche, l'engorgement sanguin du foie, l'augmentation du volume et le ramollissement de la rate, l'existence d'un sang noir, liquide et diffluent dans le cœur et les gros vaisseaux, l'absence de gangrène partout. La cautérisation de la pustule avait pénétré toute l'épaisseur de la peau.

Du sang pris dans le cœur, examiné au microscope par M. Lancereaux, lui offrit des bactéridies en grand nombre. Une goutte de ce sang, qui me fut remise quelques heures après l'autopsie, contenait de même un grand nombre de ces corpuscules ayant tous les caractères de ceux du *sang de rate*. Les globules sanguins étaient agglomérés par amas comme dans cette dernière maladie.

J'inoculai la petite goutte de sang par quatre piqûres à un cobaye très-vigoureux. Deux jours après, l'animal mourut, et son sang m'offrit des bactéridies en nombre extrêmement considérable.

Dans les contrées où règne la pustule maligne, les médecins restent quelquefois indécis sur la nature de la tumeur qu'ils observent; dans celles où cette maladie est rare, elle est fréquemment méconnue ou reconnue trop tard. Les notions nouvellement acquises sur la constitution de cette pustule me font espérer que la recherche des bactéridies, en ayant soin de la faire dans le centre de la tumeur et avec le secours de la potasse, ainsi qu'il a été dit plus haut, deviendra un moyen de diagnostic d'autant plus précieux qu'il pourra donner des indications au début même du mal.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juillet 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un exemplaire d'un ouvrage intitulé : *Huit années de pratique médicale à Contrexéville*, par M. le docteur Legrand du Saulle.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Trois rapports de M. le docteur de Monchaux sur les épidémies qui ont régné en 1864 dans l'arrondissement de Saint-Quentin (Commission des épidémies);

2° Un Mémoire de M. le docteur Renard sur le bouton de Biskra (Commissaires : MM. Beau, Devergie, Bouchardat);

3° Le rapport général sur les maladies charbonneuses qui ont régné dans le département de l'Aine en 1863, par M. le docteur Guipon (de Laon);

4° Un Mémoire sur une épidémie de variole, par M. le docteur Jules Mengy, de Rethel (Ardennes);

5° Un Mémoire de M. Aug. Houzeau sur l'influence des saisons sur les propriétés de l'air atmosphérique (Commissaires : MM. Bussy et Chatin).

— **M. WURTZ** présente, au nom du docteur Melsens, une brochure concernant le traitement de l'intoxication mercurielle et saturnine par l'iodure de potassium.

DISCUSSION A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

M. BRIQUET. Parmi les cas de choléra qui ont été observés à Versailles et que j'ai cités dans la dernière séance, il y en avait qui ont été observés sur des habitants de Versailles; cela est démontré par la statistique.

M. CHATIN maintient sa première assertion et se défie des statistiques.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. GOBLEY lit une série de rapports officiels sur des demandes d'exploitation d'eaux minérales. Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

LECTURES.

M. ROBINET lit une note sur la nature de l'eau que l'on boit à Paris; il démontre que les Parisiens ont toujours bu et boiront encore de l'eau de la Marne et non de l'eau de la Seine.

Il s'appuie sur ce fait que la Seine présente deux courants, un sur la rive droite, qui est l'eau de la Marne, un sur la rive gauche, qui est l'eau de la Seine. Les analyses hydrotimétriques ont permis de constater le fait, et il est à remarquer en même temps que toutes les prises d'eau sont sur la rive droite; que les anciennes prises d'eau, comme la Samaritaine, la pompe du pont Notre-Dame, étaient aussi sur la rive droite de la Seine.

M. Robinet ajoute en passant que l'eau de la Marne a servi jusqu'ici à toutes les nécessités de la vie des Parisiens, et que l'eau de la Dhuys, qui va devenir l'eau alimentaire de Paris, coupera court aux discussions sur la bonté ou les qualités inférieures de l'eau de la Seine ou de l'eau de la Marne.

M. BOUILLAUD présente les pièces provenant d'une malade atteinte d'embolie cérébrale.

Il s'agissait d'une femme âgée de soixante-quatre ans, entrée à l'hôpital dans un coma profond. Elle était atteinte d'anasarque et présentait un bruit de souffle léger au premier temps. Il y avait une hémiplégie à droite; M. Bouillaud a diagnostiqué un ramollissement cérébral à gauche, consécutif à une embolie chez une malade atteinte de lésion mitrale.

A l'autopsie, on a trouvé un ramollissement du lobe antérieur et moyen du cerveau, y compris le corps strié, et une embolie dans l'artère cérébrale antérieure, à son origine, et se prolongeant dans l'artère sylvienne.

M. LANCEREAUX lit un travail sur les altérations des tissus et des organes causés par l'abus de l'alcool.

Il y a, dit l'auteur, des lésions de deux ordres.

D'abord une tendance à l'hyperphasie conjonctive, se rapprochant du travail organique désigné par Hunter sous le nom d'inflammation adhésive. C'est ainsi que se produisent les coutures hépatiques, les fausses membranes des méninges.

On trouve plus tard et ailleurs des dégénérescences graisseuses, des opacités et des granulations graisseuses qui se substituent à la trame des organes; les os deviennent graisseux; le pancréas, le foie présentent des dégénérescences analogues.

M. Lancereaux, après avoir montré à l'Académie des planches représentant ces lésions, a comparé les transformations des tissus dans un âge avancé à celles observées chez les individus atteints d'alcoolisme, et il a formulé cette proposition que l'alcoolisme se traduisait par une vieillesse anticipée.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la Commission sur les candidats au titre d'associé national.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 21 juin 1865. — Présidence de M. Broca.

M. DOLBEAU continue en ces termes :

J'aborde maintenant un nouveau point de la discussion; il s'agit des résultats définitifs fournis par l'uréthrotomie. Ceux qui ont entendu la communication de M. Perrin doivent rester persuadés que notre collègue est beaucoup plus partisan de la section qu'il ne l'était en 1862. L'expérience semble avoir entraîné ses convictions; aussi, dit-il dans un passage de son discours, « l'uréthrotomie n'est pas une méthode routinière comme la dilatation; elle aspire au progrès, et quand, au lieu d'être repoussée un peu systématiquement, elle sera acceptée comme méthode générale, etc. » Vous voyez par cette citation que si notre collègue ne proclame pas l'uréthrotomie comme la méthode unique de traitement, il est bien près de formuler cette conclusion par trop radicale. Je crois que sur ce point M. Perrin va encore trop loin, et que son enthousiasme le pousse à voir trop en beau les résultats de l'uréthrotomie; je vous le démontrerai dans un instant. Mais avant d'aller plus loin, je tiens à relever quelques inexactitudes qui ont échappé à notre savant collègue. « Nous ne connaissons, dit-il, que les résultats numériques de la pratique de M. Dolbeau; quelques faits ont été seulement publiés dans la thèse de M. Mauvais. » M. Perrin aura oublié de consulter certaines publications, le *Bulletin de thérapeutique,* par exemple, mon *Traité sur le traitement de la pierre,* et quelques thèses de la Faculté; du reste, je lui concède que toutes mes observations n'ont point encore été publiées; mais en résulte-t-il, ainsi que le dit M. Perrin, que notre collègue ait été embar-

rassé pour classer mes travaux ? a-t-il lu toutes les observations des autres chirurgiens ? Non. Il se demande, pour mes opérés, s'il s'agissait d'uréthrotomie avec incision profonde ou superficielle, etc. En vérité, il suffit de lire les *Bulletins de la Société de chirurgie* pour voir que j'ai pratiqué et que je recommande les incisions superficielles limitées exactement à la partie malade.

Un autre motif d'incertitude est encore venu troubler notre collègue : j'ai combiné l'uréthrotomie avec la dilatation, et M. Perrin conclut que j'emploie une méthode toute particulière qui n'est point en cause dans le débat. Toutes ces remarques ont été énoncées avec réserve, je le reconnais; mais, comme M. Perrin est tout disposé à modifier sa manière de voir, je désire démontrer ici que je fais l'uréthrotomie comme tout le monde, mais que je fais en sorte d'en régler l'application et d'en assurer les résultats.

Vous le savez, Messieurs, les malades atteints de rétrécissements de l'urèthre consultent les chirurgiens à l'occasion de symptômes très-variés : les uns ont des difficultés matérielles à rendre les urines ; ils pissent souvent et lentement; d'autres souffrent à chaque miction ; quelques-uns sont dyspeptiques, maigrissent et ont la diarrhée; quelques autres n'ont que des accès fébriles mal caractérisés.

En questionnant tous ces individus, on peut arriver à soupçonner l'existence d'une coarctation ; mais pour acquérir une certitude, il est indispensable de pratiquer le cathétérisme. Le rétrécissement une fois constaté, il y a une indication absolue ; il faut rendre autant que possible à l'urèthre ses dimensions et sa souplesse. La dilatation temporaire ou permanente suffit très-souvent, le plus souvent, et la guérison plus ou moins durable en est la conséquence. Dans quelques circonstances exceptionelles, le passage de la sonde détermine des accidents locaux ou généraux; d'autres fois, la dilatation n'avance pas, etc. Dans tous ces cas, je pense qu'il vaut mieux faire l'uréthrotomie que d'abandonner les malades à eux-mêmes, ainsi que le font bon nombre de chirurgiens.

Grâce à l'incision, le canal récupère ses dimensions; mais l'expérience m'a démontré que ce résultat immédiat ne se maintenait pas toujours, et qu'il était sage, pour assurer le résultat définitif, de poursuivre la dilatation pendant longtemps, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à exagérer les dimensions physiologiques de l'urèthre rétréci. Notre honorable correspondant M. Bourguet (d'Aix) a bien fait voir que la dilatation exagérée et longtemps prolongée avait procuré à quelques-uns de ces malades une guérison définitive; je vois dans les faits heureux publiés par notre confrère un encouragement à continuer la dilatation après la section du rétrécissement. Je dis donc, comme en 1862 : l'uréthrotomie est une méthode exceptionnelle, c'est un adjuvant de la dilatation, puisque cette opération n'est pratiquée que lorsque la dilatation ne peut pas être obtenue, et puisque en définitif l'incision n'est qu'un moyen de poursuivre la cure des rétrécissements en permettant d'obtenir une dilatation croissante et exagérée.

Voici ce que M. Perrin appelle ma méthode; voyons maintenant si sa manière de faire diffère beaucoup de la mienne.

Si nous abordons les faits publiés par M. Perrin, une chose nous frappe tout d'abord : les malades n'ont été opérés que parce que la dilatation ne marchait pas ou provoquait des accidents. Chez le n° 1, je cite textuellement, on a pratiqué l'uréthrotomie parce que la dilatation déterminait une exagération dans la sensibilité et provoquait la rétention d'urine et des accès de fièvre. Le n° 3 avait été soumis pendant longtemps à la dilatation, mais sans amélioration. Chez le n° 4, on avait tenté la dilatation pendant trois mois. Chez le n° 5, la dilatation prolongée pendant six semaines déterminait des accès de fièvre et des spasmes de l'urèthre. Chez le sixième malade, la dilatation donnait naissance à un ténesme vésical très-pénible. Chez le septième, après onze jours de dilatation, survint la fièvre et la rétention d'urine. Chez le malade du n° 8, la dilatation provoquait la rétention d'urine. Chez le malade du n° 9, la dilatation était interminable à cause de l'extrême sensibilité, en même temps qu'elle provoquait des accidents généraux. Chez le n° 10, on a pratiqué l'uréthrotomie à cause des récidives rapides succédant à la dilatation. Chez le onzième, l'urèthre avait acquis par la dilatation 5 millimètres de diamètre, lorsque des accidents nécessitèrent l'uréthrotomie. Enfin, chez le douzième malade, c'est parce que la sonde déterminait des accès de fièvre qu'on a coupé le rétrécissement de l'urèthre.

Ces diverses circonstances justifient parfaitement l'emploi de l'uréthrotomie ; mais encore faut-il reconnaître que c'est en essayant la dilatation qu'on a vu survenir une indication d'urgence et qu'on est arrivé à la section.

Après ces diverses opérations, M. Perrin a négligé la dilatation consécutive ; c'est en jugeant les résultats obtenus par notre collègue que nous verrons qu'il eût été préférable de maintenir les effets obtenus, dût-on considérer l'incision de l'urèthre comme un simple moyen de parvenir à la dilatation complète du canal. C'est également en soumettant à la critique les résultats obtenus par M. Perrin que nous démontrerons, ainsi que nous l'avons déjà avancé, que notre collègue est trop enthousiaste de l'uréthrotomie, et que son expérience clinique aurait pu le conduire à des conclusions un peu moins favorables à l'incision des rétrécissements de l'urèthre.

J'ai déjà dit que la plupart des opérés de M. Perrin avaient offert des accidents plus ou moins prononcés, tels que des accès de fièvre et des hémorrhagies, je ne reviendrai pas sur ce sujet et j'aborde les résultats.

M. Perrin a pratiqué treize opérations sur douze malades; de ces douze malades, neuf seulement ont été revus ; sur neuf malades revus, deux sont annoncés comme atteints de récidive, mais il faut joindre à ces deux récidives une troisième relative au malade qu'on a été dans la nécessité d'opérer une seconde fois. Voyons les sept autres.

Le n° 1, opéré en 1862, fut repris un an après des mêmes accidents; un traitement par la dilatation, dit M. Perrin, y apporta remède et le résultat s'est maintenu depuis. N'est-il pas rationnel d'élever un doute sur la guérison définitive de ce malade; il faut au moins reconnaître que chez lui la dilatation consécutive à l'uréthrotomie eut été utile, puisque c'est à elle qu'on a dû la cessation des accidents survenus un an après l'opération.

Passons au n° 2, c'est le malade qui a été opéré une seconde fois pour une récidive survenue cinq mois après la première opération. Comme résultat, voici ce que dit M. Perrin : « Le malade m'apprend qu'il urine librement comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital. » Le malade a-t-il été sondé ? car sans exploration nous ne pouvons rien conclure du résultat obtenu.

Le troisième opéré n'a pas été revu.

Le malade du n° 4, six mois après son opération, avait déjà perdu quelque chose, puisque son canal était tombé de 6 millimètres à 4 millimètres. L'individu a succombé depuis, mais on est autorisé à demander si la récidive ne fut pas survenue après un temps variable.

Le cinquième paraît guéri ; les accidents ne se sont pas reproduits, cependant le canal exploré n'a que 4 millimètres; remarquons que chez cet invididu le jet est gros quoique l'urèthre n'ait point recouvré ses dimensions physiologiques.

Le sixième a eu une récidive.

Le septième malade pisse bien, ainsi que l'indique le médecin de la localité, mais il n'est pas dit dans l'observation que la guérison ait été constatée par un cathétérisme explorateur.

Le huitième n'a pas été revu.

Le neuvième conservait les résultats obtenus quatorze mois après l'opération quoiqu'il fut entré dans le service de M. Arnould, où il subit la dilatation.

On n'a pas de renseignements sur le dixième opéré.

Quant au onzième malade, M. Perrin affirme qu'il est encore guéri, mais il déclare néanmoins qu'il n'a pas pratiqué le cathétérisme exploratif.

Pas de nouvelles du douzième opéré.

Je désire, Messieurs, être aussi réservé dans mes appréciations que l'a été M. Perrin, mais il ne m'est pas possible de conclure comme notre collègue l'a fait. La plupart de ces opérés étaient dans des conditions fâcheuses; l'opération a été pour eux d'une utilité incontestable; la dilatation avait été insuffisante, et, sans l'uréthrotomie, plusieurs de ces invividus eussent peut-être succombé. Par conséquent les observations de M. Perrin démontrent une fois de plus que l'uréthrotomie étend les ressources de l'intervention chirurgicale, puisqu'elle guérit des malades que la dilatation eut abandonnés ; mais les résultats définitifs ne sont pas assez séduisants pour substituer dans tous les cas l'uréthrotomie à la dilatation. Ces résultats démontrent même qu'il eût été utile de reprendre la dilatation, non pas dans les jours qui suivirent l'uréthrotomie, mais bien quelques semaines après. En persistant dans l'usage des bougies métalliques, on eut peut-être obtenu des cures radicales, mais alors il faudrait considérer, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que l'uréthrotomie n'est qu'un adjuvant de la dilatation.

Quant à l'objection tirée de la difficulté de suivre longtemps les malades et de les astreindre à la dilatation régulière, elle n'est pas fondée; mille circonstances font que les malades négligent les soins qu'on leur prescrit, mais ce n'est point une raison pour abandonner des moyens qui ont fait leurs preuves toutes les fois qu'ils ont pu être régulièrement appliqués.

M. Perrin a beaucoup insisté sur les résultats anatomiques de la section de l'urèthre, il nous a rappelé la doctrine de Reybard, nous a cité deux autopsies et nous a montré l'urèthre de son quatrième opéré.

J'avoue que les raisons invoquées pour expliquer l'élargissement du canal n'entraînent pas plus ma conviction que ne l'a fait l'examen des pièces. Il y a dans le rétrécissement de l'urèthre autre chose que le tissu accidentel, il y a l'élément spasmodique. Je suis, par exemple, frappé d'une chose : le malade de M. Perrin avait un canal qui n'admettait qu'un dilatateur de 4 millimètres, l'urèthre n'avait donc pas, dans le point rétréci, ses dimensions normales, et cependant sur la pièce anatomique le canal avait en tous les points le même diamètre. Ceci prouve que l'incision avait permis l'écartement des lèvres de la plaie, mais que l'opération n'avait pas remédié à l'élément spasmodique. Une incision plus profonde n'eut pas mieux fait, mais la dilatation prolongée aurait probablement rendu au canal sa souplesse et son calibre normal. Je n'insisterai pas davantage, je crains d'abuser des moments de la Société.

J'ai discuté longuement la communication de M. Perrin, j'ai repoussé victorieusement, je le crois, les critiques adressées à ma manière de traiter les rétrécissements ; il ne me reste plus qu'à formuler quelques propositions générales.

1° L'uréthrotomie ne doit pas être repoussée d'une manière systématique, puisque cette opération permet de guérir certains rétrécissements, en présence desquels la dilatation serait aussi impuissante que dangereuse.

2° L'uréthrotomie, étant absolument plus grave comme opération, ne doit pas être substituée à la dilatation comme méthode générale de traitement.

3° L'uréthrotomie ne procurant peut-être jamais de cure radicale, il est sage de maintenir les résultats obtenus en employant la dilatation consécutivement à la section de l'obstacle.

4° L'uréthrotomie n'étant indiquée que lorsque la dilatation est demeurée insuffisante, la section de l'urèthre doit être considérée comme une opération exceptionnelle venant en aide à la dilatation sans laquelle l'indication ne saurait être justifiée, pas plus que les résultats ne pourraient être maintenus.

5° L'uréthrotomie pratiquée d'avant en arrière peut constituer une opération d'urgence parfaitement apte à remédier à la rétention d'urine consécutive à un rétrécissement de l'urèthre.

Cette dernière proposition me conduit, en terminant, à vous exposer sommairement huit nouvelles observations d'uréthrotomie.

Premier fait. — Un homme de cinquante-six ans, souffre en urinant depuis plusieurs années. Toute la portion spongieuse de l'urèthre est rétrécie dans son calibre, en même temps le canal a subi une sorte de rétraction en masse d'avant en arrière. Une bougie de deux millimètres est fortement serrée. On commence la dilatation, mais il est impossible d'aller au delà de quatre millimètres. Les accidents continuant, je pratique l'uréthrotomie dans toute l'étendue de la portion spongieuse, y compris le méat. (Section d'arrière en avant.) Immédiatement on peut placer une sonde de sept millimètres. Les suites furent simples, mais en poursuivant la dilatation avec les bougies d'étain, j'ai constaté l'existence d'un petit calcul qui a pu être détruit en deux séances de lithotritie.

L'opération remonte maintenant à deux ans, le malade ne souffre nullement, et l'urèthre a conservé sa perméabilité, grâce au cathétérisme pratiqué à des époques régulières.

Deuxième fait. — Homme de quarante-quatre ans, rétrécissement dur et ancien de la région du bulbe avec des accès de fièvre irréguliers. La dilatation est successivement portée de un à quatre millimètres et demi. De nouveaux accès de fièvre ne permettant pas d'aller au delà, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, et le malade quitte Paris après six semaines de traitement. Guérison.

Troisième fait. — Homme de vingt-deux ans, très-nerveux ; rétrécissement récent occasionnant des douleurs extrêmement vives. La dilatation exaspère la sensibilité du canal, et provoque des accès fébriles. Uréthrotomie d'arrière en avant. Guérison.

Quatrième fait. — Homme de soixante-quatre ans opéré à l'Hôtel-Dieu en 1864. Rétrécissement ancien situé au niveau du bulbe; besoins fréquents d'uriner. Pseudo-rétention. Le cathétérisme provoque la fièvre avec des accès convulsifs. La dilatation abandonnée à quatre millimètres, je pratique l'uréthrotomie d'arrière en avant, ce qui permet de placer immédiatement une sonde de sept millimètres. Guérison après un accès de fièvre.

Viennent maintenant les faits dans lesquels la rétention d'urine a été combattue par l'uréthrotomie d'avant en arrière. J'ai pratiqué anciennement cette opération avec succès chez trois malades. L'observation de l'un d'eux se trouve dans le *Bulletin thérapeutique*. Je présente ici le résumé de quatre nouvelles opérations.

Cinquième fait. — Jeune homme de vingt-sept ans ; rétrécissement ancien, rétention complète après une nuit passée dans les excès. Les moyens ordinaires ayant échoué, je pratique l'uréthrotomie trente-quatre heures après le commencement des accidents. (Instrument de M. Charrière.) Immédiatement après, une grosse sonde est placée dans l'urèthre. Le malade eut un accès de fièvre, mais fut tellement soulagé, qu'il refusa de se soumettre à tout traitement consécutif. Je l'ai perdu de vue.

Sixième fait. — J'ai vu, il y a deux ans, avec M. Leroy d'Étiolles un jeune homme de vingt-deux ou vingt-trois ans porteur d'un rétrécissement ancien et qui fut pris de rétention d'urine à la suite d'un long voyage; diverses tentatives restèrent sans succès. M. Leroy avait pensé à la ponction vésicale; j'ai pratiqué l'uréthrotomie d'avant en arrière, vingt-huit heures après le début de la rétention. Le soulagement fut immédiat. Le malade eut un accès de fièvre, malgré l'administration du sulfate de quinine; mais à part cet accident il a parfaitement guéri.

Septième fait. — Homme de quarante-quatre ans, soigné avec le docteur Chalvet. Rétrécissement très-ancien; altération profonde de la santé. Rétention incomplète depuis une semaine; tentatives infructueuses de cathétérisme. Frissons, infiltration urineuse de l'hypogastre et de la cuisse gauche; uréthrotomie d'avant en arrière; sonde à demeure de sept millimètres laissée pendant trois semaines. Incisions multiples contre la gangrène urineuse; guérison complète avec retour à une santé parfaite.

Huitième fait. — Homme de quarante ans; rétrécissement ancien au niveau du bulbe. Rétention méconnue, infiltration dans le scrotum. Uréthrotomie d'avant en arrière, sonde à demeure. Guérison sans gangrène des bourses. Rétablissement du canal grâce à la dilatation consécutive.

ÉLECTIONS.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Sur 25 votants :

M. Labbé obtient 17 voix,

M. Desprès, 4 voix,

M. Tillaux, 4 voix.

En conséquence, M. Labbé est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

Après cette élection, un scrutin est ouvert pour la nomination d'une Commission de trois membres, chargée de présenter une liste de candidats pour une nouvelle place de membre titulaire. Sont nommés membres de cette Commission : MM. Guyon, Guersant et Guérin (Alphonse).

PRÉSENTATION DE MALADE.

Anévrysme poplité guéri par la compression digitale.

M. DEMARQUAY présente un malade guéri par ce procédé. Il rend compte de ce fait en communiquant la note suivante rédigée par M. Barlemont, externe du service.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est couché au n° 3 (chambre 17, 2e étage).

Eugène X..., quarante-trois ans, cocher dans une maison bourgeoise, est entré le 8 mai à la Maison municipale de santé.

Il paraît au premier aspect jouir d'une santé satisfaisante.

Il nous apprend qu'il porte dans le creux poplité gauche une grosseur qui, suivant lui, remonte à quinze jours; ses souvenirs ne lui rappellent rien au delà de cette époque, ni comme tumeur à ce niveau, ni comme traumatisme. Cependant il se souvient qu'une nuit (quinze jours avant l'apparition de la tumeur), il fut éveillé par une crampe dans la jambe gauche, crampe accompagnée d'un sentiment de rétraction du membre.

Cette tumeur est accompagnée d'une sensation de pesanteur et d'engourdissement de la jambe; elle empêche en même temps l'extension complète du membre qui est à demi fléchi.

A l'inspection, on constate dans le creux poplité la présence d'une tumeur volumineuse qui occupe toute la région.

Cette tumeur, molle, dépressible, présente des battements artériels avec sensation d'expansion à la suite de chaque battement.

M. Demarquay n'hésite pas à porter le diagnostic :

Anévrysme spontané, de date récente, car la poche anévrysmale est souple et réductible.

La compression de la fémorale sur le pubis enlève tous les doutes, car la tumeur s'affaisse alors d'elle-même.

Le membre gauche est œdématié et nous paraît être plus volumineux que l'autre; en effet, nous procédons à la mensuration du membre et de la tumeur et nous trouvons :

Pour le membre malade, circonférence au-dessous du genou, 36 centimètres.

Pour le membre sain, 32 centimètres.

La tumeur est longue de 11 centimètres et large de 10 centimètres.

Le thermomètre, appliqué sur la tumeur et dans le creux poplité du côté sain, donne 35° pour le côté malade, et 32° pour le côté sain.

La douleur est faible et supportable; c'est plutôt, comme dit le malade, une sensation de pesanteur et d'engourdissement. Mais, si l'on vient à toucher même légèrement le membre, le malade accuse de la douleur. (Hyperesthésie cutanée.)

M. Demarquay décide d'appliquer la compression digitale au traitement de l'anévrysme.

Le samedi 13 mai, à dix heures du matin, M. Demarquay débute par une compression de dix minutes sur la fémorale au niveau du pubis.

Dix aides de bonne volonté restent auprès du malade et se relèvent de dix en dix minutes.

Le premier phénomène que nous constatons est la diminution de la tumeur, puis le refroidissement du membre.

Interrogé à chaque instant par nous, le malade nous dit ne pas souffrir, si ce n'est d'un engourdissement incessant au niveau de la face supérieure et du bord interne du pied.

Une légère douleur se manifeste au niveau du point comprimé, mais elle est passagère et ne se fait sentir qu'au moment des mutations de main.

Au bout de quelques heures, la tumeur offre une certaine dureté, due au dépôt de caillots fibrineux, les battements sont diminués et disparaissent à la septième heure.

La tumeur offre alors une dureté plus considérable et son volume est de beaucoup diminué.

La compression fut continuée pendant sept autres heures, et c'est à minuit que le malade fut abandonné. On lui appliqua préalablement un bandage roulé tout le long de la jambe et de la cuisse.

Le 16 mai, la tumeur mesurée de nouveau présente les dimensions suivantes :

Longueur verticale. . . . . 5 centimètres.
Largeur horizontale. . . . . 4 —

La tumeur non-seulement n'offre plus de battements, mais les pulsations artérielles dans la fémorale cessent d'être perçues au niveau de l'angle inférieur du triangle de Scarpa. Un cordon dur, et suivant le trajet de l'artère, nous annonce l'oblitération du vaisseau, depuis l'angle inférieur du triangle jusqu'à la poche anévrysmale.

La température du membre est devenue normale, et le membre qui avait gonflé pendant le temps de l'opération nous paraît avoir diminué un peu.

Un bandage roulé est de nouveau appliqué sur tout le membre.

Le 20 mai, le membre offre encore un volume un peu supérieur au membre sain, mais de légers mouvements sont accomplis par le malade sans qu'il témoigne aucune douleur.

Quant à l'état général, il laisse un peu à désirer, et l'on est en droit d'établir une certaine relation entre les phénomènes survenus après la compression et l'interruption partielle de la circulation, due à l'oblitération de la fémorale.

En effet, le 15 mai, le malade fut pris d'une broncho-pneumonie avec crachats abondants striés de sang.

Cette congestion du côté de l'organe préposé à l'hématose peut être attribuée à deux causes :

1° Le refroidissement qu'aurait pu éprouver le malade pendant l'opération;

2° L'arrêt partiel déterminé dans la circulation par cette même opération.

A la première hypothèse, je répondrais que le malade ne se rappelle pas avoir eu froid un seul instant; que le 13 mai la température est restée très-élevée tout le jour.

Quant à la seconde hypothèse, elle nous paraît tout au moins vraisemblable, surtout si nous rapprochons le cas qui nous occupe de celui de Dalmeïda, publié dans *l'Union médicale*, 1861, page 430, tome X.

Chez le malade de Dalmeïda il s'agit aussi d'un anévrysme poplité, traité par les deux modes de compression : le huitième jour le malade mourut à la suite d'une hémorrhagie par rupture de l'aorte.

Les commémoratifs pourraient peut-être plaider en faveur de la première hypothèse.

Eugène X... nous dit avoir eu antérieurement plusieurs bronchites; il a vu quelquefois ses crachats striés d'un peu de sang.

Mais jamais, nous dit-il, ces crachats ensanglantés n'ont été aussi nombreux qu'en ce moment.

A ces différentes époques il y avait très-peu de sang expectoré; aujourd'hui nous avons une véritable hémoptysie.

Sans nous y arrêter plus longtemps, nous laisserons le champ libre aux suppositions, ne voulant ici qu'émettre notre appréciation personnelle.

Aujourd'hui 9 juin, après un traitement énergique, la broncho-pneumonie a disparu presque complétement.

L'anévrysme nous paraît être dans un état complet de guérison; le gonflement du membre a disparu et les mouvements sont devenus faciles et sans aucune douleur.

M. GUERSANT croit sentir des battements sur le côté interne de la tumeur; il se demande s'ils ont pour siége la tumeur elle-même ou une artère collatérale.

M. MARJOLIN sent également les battements signalés par M. Guersant.

M. TRÉLAT. Je pense que les battements sont superficiels. Ils appartiennent probablement à une artère collatérale, car il n'y a pas trace d'expansion à leur niveau.

M. BROCA. Je pense comme M. Trélat que les battements perçus au côté interne de la tumeur sont superficiels et ont pour siége la grande anastomotique.

M. Demarquay a dit que l'artère principale était oblitérée jusqu'au niveau de l'anneau du troisième adducteur, parce qu'on ne sentait pas de battement dans cette portion du vaisseau. Or, il ne faudrait pas être aussi affirmatif sur ce point, car l'absence de battements dans une artère ne prouve pas que cette artère soit oblitérée. En effet, un très-petit filet de sang peut parcourir le vaisseau sans produire de battement.

Dans ces cas douteux, le thermomètre doit être employé comme moyen de diagnostic. Si l'élévation de température persiste sur le trajet du vaisseau, on pourra être certain que le courant sanguin le traverse encore.

M. DEMARQUAY. J'ai donné l'oblitération comme probable à cause de la sensation de cylindre plein et dur que donne le vaisseau dans toute la partie de son étendue, que je suppose imperméable.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

pendant l'année 1864 (suite).

753. Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire, par M. Pommier.

754. Des amputations spontanées intra-utérines, par M. de Nonancourt.

755. Du panaris profond, par M. Zuber.

756. De la périnéorhaphie, par M. Feldmüller.

757. De l'accouchement artificiel après la mort, par M. Munch.

758. Des hémorrhagies dans les plaies par coups de feu, par M. Fornier.

759. Influence mécanique de la respiration sur la circulation à l'état physiologique et pathologique, par M. Wendling.

760. Du traitement de la névralgie sciatique par le galvanisme, par M. Bauer.

761. Observations faites en Algérie, Chine et Cochinchine ayant rapport à l'acclimatement dans les pays chauds, par M. Ollivier.

762. De la suture métallique, par M. Guyon.

763. Étude sur la pachy-méningite hémorrhagique, par M. Christian.

764. Études botaniques, chimiques et toxicologiques sur la digitale pourprée, par M. Becker.

765. De la paralysie générale, par M. Ertzbischoff.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 7 juillet.

Ordre du jour : — M. Voisin. Rapport sur une rupture du cœur par suite d'accès épileptiques; observations de M. le docteur Lunier.

— L'Observation d'uréthrotomie externe par voie collatérale, par M. Bourguet (d'Aix), publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 1er juillet), fait partie du travail complet de l'auteur présenté à l'Académie de médecine en 1861 et destiné au tome XXVII des *Mémoires de l'Académie de médecine*, actuellement sous presse.

— L'analyse de l'air d'une salle d'épuration a démontré l'absence absolue de l'hydrogène carboné, et non de l'hydrogène sulfuré et de l'hydrogène carboné. M. le docteur Commenge avait fait cette correction sur *épreuve*.

Grand dictionnaire universel du XIXe siècle, comprenant les divisions suivantes : 1° Langue française; — 2° Histoire; — 3° Géographie; — 4° Biographie; — 5° Mythologie; — 6° Types et personnages littéraires (partie neuve); — 7° Bibliographie (partie neuve); — 8° Anthologie littéraire (partie neuve); — 9° Beaux-arts (partie neuve); — 10° Sciences; — par M. Pierre LAROUSSE. Paris, 1865, Larousse et Boyer, libraires-éditeurs, rue Saint-André-des-Arts, 49. — Le grand dictionnaire paraît par fascicules de 40 pages in-4°; chaque fascicule renferme la matière de 2 volumes in-8° de chacun 400 pages; les fascicules paraissaient d'abord de mois en mois; aujourd'hui ils paraissent tous les 25 jours; bientôt ils paraîtront de 20 en 20 jours, puis de 15 en 15 jours; enfin la dernière année de la publication, un fascicule sera mis en vente chaque semaine; en sorte que, de toutes les *Encyclopédies*, depuis le monument élevé par Diderot jusqu'au lexique de M. Littré, le *Grand Dictionnaire du XIXe siècle* est l'œuvre littéraire qui aura mis le moins de temps à parcourir son cycle de publication. Prix de chaque fascicule, 1 fr. — Aujourd'hui, dix-neuf fascicules sont en vente. On peut souscrire à forfait, c'est-à-dire à l'ouvrage complet, qui aura au moins 200 fascicules, en adressant à M. P. LAROUSSE deux billets à ordre de chacun 75 fr. à 6 et à 12 mois. On bénéficie ainsi d'une remise de 50 fr., 25 %. Ceux qui possèdent déjà des fascicules défalqueront de la somme de 150 francs autant de francs qu'ils ont de fascicules.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Embolie pulmonaire.

Les cas d'embolies pulmonaires sont assez rares pour que nous ne négligions pas de publier le fait suivant, observé à la Pitié, dans le service de M. Gallard.

Le nommé Guy Cyrille, âgé de trente ans, employé, est entré le 18 mai 1865, salle Saint-Michel, n° 23.

Ce malade était phthisique, et il entrait à l'hôpital pour une hémoptysie dont il était atteint depuis deux jours. Cette hémoptysie dura du 19 au 23 mai. Il rendit par la bouche du sang rutilant, spumeux, en assez grande quantité, et à l'examen de la poitrine, on constata dans le tiers supérieur du poumon droit des signes manifestes de tuberculisation : matité, rudesse de la respiration, expiration prolongée, râles humides, sous-crépitants au niveau de l'épine de l'omoplate.

Le 18 mai, le traitement consista en julep avec extrait de ratanhia, 4 grammes. Il fut continué le 19 mai, et ce jour-là on appliqua 50 ventouses sèches sur la poitrine et les membres inférieurs.

Le 20, eau de Rabel; 50 ventouses sèches.

Les 21, 22 et 23, eau de Rabel.

Pendant ces six premiers jours, tous les soirs sinapismes aux membres inférieurs et une pilule d'extrait thébaïque de 25 milligrammes.

A partir du 24, suppression de l'eau de Rabel.

Prescription : gomme; 1 pilule d'extrait thébaïque à 25 milligrammes.

Le 28, le malade se plaint d'une douleur assez vive au-dessous du genou droit, au côté interne de la jambe, et sur le trajet de la veine saphène interne. L'exploration de la région fait constater un paquet variqueux très-douloureux au toucher. La peau et le tissu cellulaire ambiant étaient à l'état normal. Cet homme prétendait n'avoir jamais eu de varices, et n'hésitait pas à attribuer la lésion de la jambe à l'usage des sinapismes.

Jusqu'au 9 juin, les douleurs persistèrent dans la jambe et s'étendirent à la cuisse en suivant le trajet de la veine saphène interne, laquelle donnait sous le doigt la sensation d'un cordon dur et qui était très-douloureux au toucher.

Du 9 au 12 juin, diminution de la douleur, qui n'est plus guère ressentie qu'au niveau du paquet variqueux de la jambe.

Du 24 mai au 12 juin, la respiration avait été toujours un peu gênée, et le malade avait présenté un état de langueur un peu en rapport avec la lésion pulmonaire.

Pendant tout ce temps, la prescription a été : gomme; 1 pilule (datura, belladone).

Vin de Bagnols, 150 grammes; une portion.

Onctions sur les veines tuméfiées et douloureuses avec de l'onguent napolitain ; belladone.

Dans la nuit du 12 au 13 juin, après avoir présenté une certaine agitation, s'être plaint beaucoup et avoir souvent changé de position dans son lit, le malade fut pris tout à coup, entre quatre et cinq heures du matin, d'une dyspnée si intense qu'il appela le veilleur en criant : « J'étouffe ! allez chercher l'interne de garde! » L'interne de garde le trouva dans un état dyspnéique peu intense, quoique la respiration fût cependant assez accélérée : la face était extrêmement pâle. Il appliqua le marteau de Mayor et prescrivit une potion éthérée.

A six heures du matin, le malade était mort.

Autopsie. — *Thorax.* — De nombreuses adhérences anciennes et résistantes fixent la surface du poumon droit à la paroi thoracique. Le poumon est, surtout dans ses deux lobes supérieurs, farci de tubercules ramollis, mais il ne présente pas de cavernes étendues. Le poumon gauche est libre d'adhérences; il est plus sain; sa surface présente quelques plaques emphysémateuses, principalement vers ses bords, et l'on trouve à son sommet quelques granulations tuberculeuses, mais disséminées et en petit nombre.

Le cœur est sain; ses cavités gauches ne présentaient rien de particulier à noter. L'oreillette et le ventricule droits renferment des caillots noirâtres de formation récente. L'artère pulmonaire renferme dans son tronc un caillot noirâtre qui ne l'oblitère pas complétement, et qui se prolonge en se bifurcant dans chacune de ses deux grandes divisions. A droite, le caillot engagé dans l'artère pulmonaire ne s'y continue pas, et va en s'effilant. A gauche, au contraire, on trouve dans les divisions secondaires et tertiaires des caillots arrondis semi-fibrineux, semi-noirâtres, plus consistants que celui qui est dans le tronc principal, et qui oblitèrent complétement chacun des vaisseaux dans lesquels ils sont engagés. Ces caillots, qui ne se trouvent pas dans toutes les branches de l'artère pulmonaire, mais dans quelques-unes seulement, ne vont pas en s'effilant dans les divisions plus petites; mais ils se terminent brusquement au niveau des éperons, comme s'ils avaient été transportés là d'un point plus éloigné et se fussent trouvés arrêtés par suite de la brusque diminution du calibre du canal dans lequel ils étaient engagés.

Dans une des branches inférieures de l'artère pulmonaire gauche, ce transport du caillot est rendu évident par ce fait que ce caillot, trop petit pour remplir la cavité du vaisseau, n'est parvenu à l'oblitérer qu'en se repliant trois fois sur lui-même. Lorsqu'on le retire et qu'on le développe, on a un caillot cylindrique du diamètre d'une plume d'oie ordinaire, ayant environ 15 centimètres de longueur. Sur sa surface sont marquées des empreintes qui rappellent celles que pourraient laisser les valvules des veines du membre inférieur.

La surface interne de l'artère pulmonaire ne présente aucune altération. La veine saphène, que nous avions trouvée dure et résistante au toucher la veille de la mort, est vide; elle ne contient que peu de sang noir, liquide et pas de caillots dans sa partie fémorale. Dans sa partie jambière, au contraire, en dedans de l'articulation du genou, un peu au-dessus des dilatations variqueuses et dans les varices elles-mêmes, on trouve des caillots adhérents, et la surface interne de la veine est rouge et enflammée.

Chose digne de remarque et qu'il convient de ne pas omettre, c'est que les caillots retirés de l'artère pulmonaire, et que nous avons considérés comme y ayant été transportés par suite d'un acte pathologique survenu pendant la vie, présentent exactement le même diamètre que la veine saphène, et qu'en les plaçant bout à bout on obtient juste de quoi remplir la cavité de cette veine depuis le point où elle est encore oblitérée jusqu'à son ouverture dans la veine crurale. Il n'est donc pas douteux que ces caillots se sont formés primitivement dans cette veine, et ont été ensuite transportés par embolie jusque dans l'artère pulmonaire où nous les avons retrouvés.

Œdème de la glotte consécutif à un érysipèle de la face. Trachéotomie, — guérison.

Le numéro du 20 mai dernier de la *Lancette anglaise* renferme un cas intéressant de laryngite érysipélateuse qui a nécessité la trachéotomie.

Anne H..., âgée de soixante-dix ans, fut admise à l'hôpital le 12 novembre 1864 pour un érysipèle du cuir chevelu et de la face. Les yeux étaient complétement recouverts par les paupières, et le gonflement des lèvres était tel que la malade ne pouvait ouvrir la bouche. Les aliments solides ne pouvaient être avalés, et les liquides ne passaient même qu'avec difficulté. Il existait une légère dyspnée (eau vineuse, fomentations de décoction de pavot sur la face). Le gonflement fit de rapides progrès, et quelques heures après on vit apparaître les symptômes d'un œdème de la glotte. On fit alors prendre à la malade un peu d'eau-de-vie et d'éther chlorhydrique, ce qui procura du soulagement pendant quelques instants. Mais l'asphyxie, devenant de plus en plus grande, on jugea nécessaire l'opération de la trachéotomie, qui fut pratiquée par M. Aubyn Hawken.

L'introduction de la canule fut aisée, et il n'y eut qu'une très-faible hémorrhagie. La respiration devint calme et naturelle, et la malade put dormir quatre à cinq heures. On prescrivit une demi-once de teinture de muriate de fer toutes les quatre heures, et la face fut recouverte d'une couche de collodion; dix onces de vin et de thé de bœuf. Au bout de deux jours, le gonflement diminua notablement, l'ouverture des paupières devint possible, ainsi que la déglutition des aliments solides. Le 19 novembre, la canule fut retirée, et le 12 décembre la guérison était complète.

De la néo-membrane dans la péricardite hémorrhagique.

I. Il y a entre les fausses membranes proprement dites et les néo-membranes une différence essentielle : les néo-membranes, productions accidentelles membraneuses se montrant dans les séreuses surtout, ont une trame analogue à celle de ces tissus qui sont vasculaires. Les fausses membranes, au contraire, formées de fibrine coagulée, englobant des débris d'épithélium, des leucocythes ou des globules sanguins, n'ont que l'apparence membraneuse et ne sont point organisées.

Nous croyons donc préférable de donner aux premières le nom de néo-membranes au lieu de les appeler pseudo-membranes vasculaires, ce qui pourrait prêter à quelque confusion.

II. La matière plastique des néo-membranes naissantes se dépose par couches ou lamelles stratifiées (Virchow); les plus récentes composées en partie de noyaux et de cellules, les plus éloignées renfermant des fibres et des vaisseaux parfaitement développés.

Voici ce que démontre une observation plus attentive : au sein d'une matière amorphe et granuleuse, apparaissent et se développent des noyaux embryoplastiques, première période d'évolution des fibres lamineuses; au milieu du tissu laminaire apparaissent des vaisseaux de nouvelle formation (Robin, Charcot, Vulpian).

Ces vaisseaux, souvent assez volumineux, ont une faible épaisseur de parois; on trouve ces parois, dans nombre de cas, infiltrées de graisse.

Cette dégénération graisseuse qui envahit rapidement la néo-membrane est par cela même d'autant plus facile à observer que la néo-membrane est plus ancienne.

III. L'organisation des fausses membranes, ou plutôt leur vascularisation, peut se faire avec une étonnante rapidité. Éverard Home prétend avoir vu et injecté des vaisseaux dans une fausse membrane remontant à moins de vingt-quatre heures. Cela résulterait aussi des observations et des expériences de Hope.

Que ces capillaires soient exclusivement veineux (Cruveilhier), la chose est au moins douteuse. Beaucoup d'auteurs ont injecté dans des néo-membranes des lymphatiques et ont pu suivre dans leur épaisseur des filets nerveux (Schrœder, Robin, Laboulbène, etc.).

L'apparition de vaisseaux dans les néo-membranes est due évidemment à l'extension, au bourgeonnement des vaisseaux préexistants (Meyer, *Ueber dier Neubildung*, etc.). Nul n'a su plus nettement exprimer l'origine et le mode de formation de ces vaisseaux que M. Gendrin, dans les lignes suivantes de son *Traité des maladies du cœur* : « C'est par l'extravasation du sang « sur le trajet des vaisseaux capillaires sous-séreux, anormalement injectés et prolongés jusqu'à la surface de la séreuse, que « se prépare la formation des vaisseaux des pseudo-membranes, « et c'est au milieu de ces petites extravasations sanguines que « se creusent les canaux vasculaires qui arrivent dans les couches pseudo-membraneuses. »

IV. Quant à l'évolution ultérieure de ces néo-membranes, la plus fréquente est la régression graisseuse, la dégénérescence fibroïde, cartilagineuse, ossiforme; rarement elles se résorbent; mais ce mode de terminaison n'est point impossible.

V. La péricardite hémorrhagique due à la rupture des vaisseaux de la néo-membrane a été indiquée, prévue par Laënnec; il rapproche de la sérosité sanguinolente épanchée la teinte d'un rouge vif des fausses membranes; Hope est plus explicite, il admet que la fausse membrane sécrète un liquide sanguinolent.

Dans les cas de péricardite hémorrhagique, voici ce qu'on trouve le plus souvent : les néo-membranes sont très-vivement injectées, présentant dans leur épaisseur de petits noyaux ecchymotiques, parfois des caillots, des traînées de sang avec déchirure partielle et rupture des membranes.

VI. Cette question de la péricardite hémorrhagique a été tout récemment reprise et de nouveau étudiée par un interne des hôpitaux, M. de Lacrouzille, dans une thèse considérable par la valeur des matériaux qui y sont analysés et les observations personnelles de l'auteur. Cette thèse, entreprise sous l'inspiration et avec les conseils éclairés de M. Vulpian, renferme non-seulement l'histoire de la péricardite, mais aussi bien celle des phlegmasies pseudo-membraneuses avec hémorrhagies.

Relativement à la nature essentielle de la péricardite hémorrhagique, M. de Lacrouzille arrive à cette conclusion, que les hémorrhagies des séreuses sont constamment dues à une phlegmasie pseudo-membraneuse aiguë ou chronique, et qu'il n'y a point d'exemple de phlegmasie hémorrhagique des séreuses sans l'intermédiaire d'une pseudo-membrane organisée, d'une néo-membrane.

La péricardite hémorrhagique est une affection le plus souvent secondaire et consécutive surtout à des affections cachectiques, à des maladies du cœur, etc. C'est ainsi que Bamberge, sur 8 cas de péricardite hémorrhagique, en a trouvé 5 consécutifs à une affection du cœur, 3 à la phthisie pulmonaire. Sur

6 cas recueillis par M. Leudet, dans 4 cas elle coïncidait avec une maladie du cœur, et dans les deux autres cas avec une maladie de Bright et une pleuro-pneumonie.

VII. La péricardite hémorrhagique peut, dans certains cas, revêtir la forme épidémique; telle est cette forme décrite par Seidlitz sous le nom de péricardite exsudative sanguinolente, et par Kyter sous le nom de péricardite scorbutique. Billingham (*Péricardite hémorrhagique*, t. II, p. 263) en décrit deux formes, aiguë et chronique; la forme aiguë, en général primitive, la seconde constamment secondaire et compliquant une affection catarrhale ou rhumatismale.

Dans ces cas même où la maladie est évidemment liée à une affection scorbutique qui en est la cause générale, prédisposante, tous les auteurs qui ont observé cette maladie admettent à la surface du péricarde une fausse membrane sur la vascularité de laquelle ils ne s'expliquent point.

Mais, en tout cas, le fait de l'existence de la néo-membrane est un fait constant, pour cette forme comme pour toutes les autres.

Contagion dans les maladies.

Au moment où des théories de contagion multiple se produisent, il n'est pas sans intérêt d'enregistrer les idées opposées, afin de pouvoir juger le pour et le contre. M. Stanski a lu à l'Académie de médecine un mémoire sur la contagion dans les maladies. Cet auteur met en doute la contagion même des fièvres éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole.

Voici les principales conclusions de son mémoire, et nous en laissons à l'auteur la responsabilité (1).

« La contagion n'a jamais été démontrée directement dans les maladies épidémiques, elle n'a été et n'est jusqu'ici qu'une explication hypothétique dans ces affections.

Chaque maladie contagieuse a un virus particulier qui la reproduit toujours la même, mais les virus ne se présentent que sous la forme liquide.

Les maladies contagieuses ne se développent jamais chez l'homme d'une manière spontanée; et les maladies épidémiques se montrant toujours spontanément ne peuvent être contagieuses.

Les maladies contagieuses se communiquent à toutes les personnes qui s'y exposent, les maladies épidémiques n'attaquent relativement qu'un très-petit nombre, parce qu'elles ne sont pas contagieuses.

Les maladies incontestablement contagieuses provenant d'un virus ont toujours une origine locale, et les maladies épidémiques sont toujours dès leur début générales, parce qu'elles ne dépendent pas d'un virus, et elles ne sont pas contagieuses.

Les maladies contagieuses abandonnées à elles-mêmes ont une marche toujours envahissante et destructive et sur la population et sur l'individu; les maladies épidémiques dans les mêmes circonstances commencent, s'aggravent et disparaissent, soit chez la population, soit chez l'individu, parce qu'elles ne sont pas contagieuses.

Les maladies contagieuses procédant d'un virus, la médecine a prise sur elles; les maladies épidémiques échappent aux moyens médicaux parce qu'elles dépendent de causes générales et non pas d'un virus, elles ne sont pas contagieuses.

Les maladies contagieuses possèdent un virus et s'inoculent, les maladies épidémiques ne s'inoculent pas, parce qu'elles ne possèdent pas de virus et ne sont pas contagieuses. »

(1) Ce mémoire est publié, Paris, J.-B. Baillère, 1865.

OBSERVATION DE SYPHILIDE SQUAMMO-ULCÉREUSE.

(Lue à la Société de médecine par M. G. Lagneau.)

M. X..., ayant eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies, eut, en 1841, des ulcérations superficielles sur le gland, des pustules cuivrées à la peau, et des plaques squammeuses à la paume des mains, divers symptômes qui durèrent près de quatre ans.

En février 1851, à la jambe droite, vives démangeaisons suivies de boutons se recouvrant d'écailles, sous lesquelles se forment de petites ulcérations étroites et profondes comme des trous d'épingle, ne tardant pas à se réunir entre elles par la destruction progressive de leurs parois taillées à pic : bains sulfureux, iodure de potassium, emplâtre de *Vigo cum mercurio*, et cautérisation avec le nitrate d'argent. Fermeture des ulcérations vers le 20 décembre.

En janvier 1852, les ulcérations se rouvrent rapidement, deviennent douloureuses, se développent considérablement en suivant une marche serpigineuse, et sécrètent un liquide séreux abondant. Plusieurs confrères prescrivent successivement à l'intérieur le sirop de baume de Tolu, additionné de proto-iodure de fer, la solution arsenicale de Fowler, la liqueur de Van Swieten, le sirop de deuto-iodure ioduré de mercure, les pilules de proto-iodure de fer, l'huile de foie de morue, le sirop anti-scorbutique; — à l'extérieur : le vin aromatique, le vin miellé, l'eau de goudron, l'alun, la liqueur de Labarraque, le jus de citron, l'huile de cade, la décoction de quinquina et de ratanhia, les onguents napolitain, *populeum et styrax*, le cérat saturné, les pommades à l'iodure de plomb, au sulfure rouge de mercure, au proto-iodure de mercure, à l'oxy-chlorure ammoniacal de mercure, etc., etc.

En avril et mai 1853, des bains de Baréges artificiels amènent une amélioration; mais, en juin et juillet, des bains pris à Baréges même ne préviennent pas l'accroissement considérable des ulcérations qui s'excavent et deviennent le siége de vives douleurs; en août, septembre et octobre, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, les plaies se modifient et disparaissent; en novembre et décembre, des ulcérations se manifestent au dos et de nouveau à la jambe : iodure de potassium.

En mars 1854, elles ont disparu; en avril et mai, réapparition d'ulcérations à la jambe, qui résistent à un nouveau traitement hydrothérapique. En août, nouvelle manifestation d'ulcérations dans le dos : iodure de potassium.

En janvier 1855, guérison de la région dorsale; au commencement d'avril, cicatrisation des ulcérations de la jambe, disparition de quelques indurations ou nodosités s'étant montrées dans des parties n'ayant pas encore été atteintes, et résolution d'une petite tumeur prise pour un kyste, s'étant développée dans la peau du genou gauche.

Du 15 avril au 15 juin, récidive des plaies : pilules de chlorure d'or et de sodium, puis iodure de potassium, et lotions avec solution de sublimé. En décembre, cicatrisation.

En février 1856, réapparition de cette affection cutanée.

Le 22 mars 1856, je vois pour la première fois le malade, alors âgé de cinquante-huit ans, d'un tempérament bilieux. Deux larges plaques squammeuses occupent l'une la partie antérieure et externe du genou droit, l'autre la plus grande partie des faces antérieure et interne de la jambe du même côté, depuis le tiers supérieur jusqu'au dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Une autre petite plaque, se confondant presque avec celle du genou, siége au niveau de l'articulation supérieure du péroné.

Ces plaques ne paraissent être formées que par la réunion de nombreuses saillies ou indurations, dont quelques-unes sont isolées. De larges squammes, qui se reproduisent constamment, tranchent par la blancheur nacrée de leurs parties déjà détachées sur la teinte violacée de ces plaques aux contours irréguliers. Au-dessous de ces écailles parfois très-larges, tantôt la peau n'est nullement enflammée, tantôt l'épiderme est légèrement érodé, tantôt enfin le terme présente des ulcérations à bord, taillés à pic, à fond rouge ou gris, à marche serpigineuse et irrégulière, à sécrétion séreuse abondante, de grandeur et de profondeur variables. Traitement par la liqueur de Van Swieten, la tisane de salsepareille, les frictions mercurielles, les bains et les pansements avec la glycérine. Malgré la disparition des squammes, malgré la cicatrisation de la plupart des ulcérations sous l'influence de ce traitement, en mai, juin et juillet, se montrent à diverses reprises, soit de petits soulèvements épidermiques tantôt roses, donnant de la sérosité rousse, tantôt douloureux et noirâtres, donnant du sang lors de leur rupture, soit des ulcérations superficielles. Le 23 septembre, le malade, se trouvant à la campagne, suspend son traitement et cautérise avec le nitrate d'argent les petites ulcérations qui existent encore à la partie inférieure et interne du mollet.

En octobre, je constate dans cette région deux ulcérations à bords taillés à pic, à fond grisâtre escarriforme. Elles tendent à s'élargir de plus en plus par la formation dans leur voisinage de petites cavités profondes et étroites, dont les parois intermédiaires se détruisent par un travail ulcératif. Au niveau de la partie inférieure du tibia restent les débris de bulles qui, suivant le malade, étaient pleines de sérosité. Une d'elles, à en juger d'après la pellicule mince transparente, devait égaler le volume d'un gros haricot. Reprendre le traitement hydrargyrique, en pansant les plaies d'abord avec un mélange de mercure et de miel, puis avec un linge trempé dans la glycérine. Vers le 20 décembre, cicatrisation complète des ulcérations. La peau des plaques, redevenue souple, offre une teinte bistre d'un gris jaune, comme les macules succédant à d'anciennes syphilides, voire même parfois à de simples ulcères variqueux. Des gaufrures sinueuses indiquent la place occupée auparavant par les ulcérations profondes. Le 11 janvier 1857, le malade cesse l'usage externe de la glycérine, mais continue le traitement hydrargyrique jusqu'au mois d'avril.

Depuis plus de huit années, ce monsieur n'a pas éprouvé la moindre récidive.

En comparant cette affection si rebelle avec les diverses espèces de syphilides généralement décrites, on reconnaît que par les indurations sous-cutanées, par les ulcérations, tantôt progressant par un point de leur périphérie, tantôt s'excavant profondément, elle doit être rapprochée surtout des pustules ulcérées serpigineuses de Cullerier (1), des syphilides ulcérantes profondes et serpigineuses d'Alibert (2), des syphilides tuberculeuses, serpigineuses, perforantes, ulcéreuses de MM. Rayer (3), Gibert (4), Cazenave (5), Bassereau (6), cependant elle ne présente pas de véritables tubercules, et ses nombreuses écailles rappellent la syphilide squammeuse.

Les quelques bulles, pleines de sérosité, ne permettent pas de rapprocher cette affection des pemphigies syphilitiques, car quoique cette syphilide, commune chez le nouveau-né, ait été aussi observée chez l'adulte par divers auteurs (7), entre autres MM. Rayer (8), Ricord (9), Lender (10), Vidal (de Cassis) (11), Bassereau (12), elle ne paraît déterminer ni écailles nombreuses, ni ulcérations profondes, mais simplement quelques taches rouges succédant à la rupture des bulles, ou quelques squammes épaisses persistant après la résorption de la sérosité d'ampoules avortées, qui d'ailleurs se développent plutôt à la plante des pieds et à la paume des mains.

D'après ses caractères prédominants, l'affection présentée par ce malade paraîtrait devoir être désignée sous le nom de syphilide squammo-ulcéreuse.

Relativement au pronostic à porter sur certaines syphilides rebelles, cette observation offre un certain intérêt pratique, en montrant que cette syphilide aux caractères si complexes, si polymorphes, après avoir résisté pendant plus de cinq ans et demi (de février 1851 à décembre 1856) aux médications les plus diverses qui n'avaient pu la guérir que momentanément, au plus durant un mois, n'en est pas moins arrivée à une guérison durable qui se maintient parfaitement depuis plus de huit années.

(1) *Dictionnaire des sciences médicales* : syphilis, Cullerier et Bard, p. 129, etc.

(2) *Description des maladies de la peau ou dermatoses.* Paris, 2e édit., t. II, p. 369.

(3) *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1827, 1re édit., t. II, p. 110 et suiv.

(4) *Mémoires de l'Académie de médecine.* 1843, t. X, sur syphilides, p. 533 et suiv.

(5) *Traité des syphilides.* Paris, 1843, p. 325, 341, 358, etc.

(6) *Affections de la peau symptomatiques de la syphilis,* 1852, p. 463.

(7) V. Gamberini, *Trattato teorico-pratico delle malattie venereae.* Bologna, 1854, t. I, p. 400.

(8) *Loc. cit.*, t. II, p. 381 de la 2e édit. Paris, 1835.

(9) *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens.* Paris 1851, pl. xxv.

(10) *Archives générales de médecine,* janvier 1849. *Mémoire sur les syphilides*, p. 44.

(11) *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1855, 2e édit., p. 376.

(12) *Loc. cit.*, p. 404.

HÉMORRHAGIE TRAUMATIQUE DE L'AVANT-BRAS,

guérison par la compression digitale,

Par M. le Dr Richard (de Pleudihen).

Dans les premiers jours du mois de février dernier, le nommé J. L..., marin de la commune de Pleudihen, se servait d'un ciseau de menuisier quand cet instrument mal dirigé glissa de son point d'appui et vint diviser les téguments de la face antérieure de l'avant-bras, les muscles superficiels, enfin l'artère radiale dans la partie moyenne de l'avant-bras.

Arrivé chez le blessé, une heure environ après l'accident, j'enlevai les compresses imbibées de vin sucré conseillées par un voisin et je cherchai dans cette plaie, longue de six centimètres et large de deux, les bouts du vaisseau divisé. Ces tentatives n'ayant eu d'autre résultat que de faire souffrir mon client, je résolus de réunir les lèvres de la plaie au moyen d'une suture entortillée, puis d'employer la compression digitale sous le bord interne du muscle biceps, opération qui m'avait déjà réussi dans un cas de section de l'artère radiale dans sa partie inférieure.

J'avais heureusement auprès de moi deux habitants du village, très-dévoués et très-intelligents, qui voulurent bien continuer, suivant mes indications, la compression pendant mon absence. Six heures après, je trouvai J. L... sans inquiétude sur son état et ses voisins toujours fidèles au poste que je leur avais confié. La douleur intolérable qui accompagne souvent la compression des artères sur un plan osseux était ici à peu près nulle. L'hémorrhagie, complétement suspendue pendant l'opération ne se reproduisit point quand je rendis la liberté à mes aides pour appliquer un bandage improvisé avec du linge sur le trajet de l'artère, au point précédemment comprimé.

Le lendemain, mon confrère et ami, le docteur Barbé-Guillard (de Dinan), examina avec soin la blessure qu'il trouva dans un état satisfaisant et fut d'avis de continuer pendant quelques jours la compression sur la plaie et sur l'artère humérale au moyen du bandage dont j'ai parlé.

Le quatrième jour, j'enlevai les épingles sans difficulté et sans entr'ouvrir les lèvres de cette large blessure qui ne présentait qu'une légère tuméfaction inflammatoire. La chaleur normale était à peu près revenue dans l'avant-bras, et le gonflement œdémateux qui l'avait envahi diminuait de jour en jour. La circulation qui, pendant quelques jours, me semblait complétement suspendue au pli du bras et aux artères radiale et cubitale, avait repris son cours mais avec beaucoup moins d'ampleur qu'auparavant.

J. L..., que j'ai souvent revu et bien examiné depuis son accident, était parfaitement guéri quand il est parti au mois de mai dernier, pour le golfe Saint-Laurent, sans s'effrayer des rudes épreuves réservées à ce bras naguère si gravement atteint.

Quand on cessa la compression digitale, je craignais la réapparition du sang; il n'en fut rien heureusement. Ce n'est pas, on peut le dire, au bandage incomplet appliqué sur l'artère brachiale que l'on doit attribuer la guérison, mais au moyen héroïque employé antérieurement.

—Cette intéressante observation est un exemple de guérison d'une hémorrhagie par la compression digitale; nous ne voudrions pas affirmer toutefois que l'artère radiale était la source de l'hémorrhagie.

EMPOISONNEMENT PAR L'AMANITE BULBEUSE BLANCHE.

(Agaricus vernus, de Bulliard; agaricus moppa, de Fries.)

Par M. le Dr Gazagnaire (de Cannes).

(Observation communiquée à la Société des sciences médicales de Paris par M. le Dr Jules de Soyre.)

L'histoire des champignons a été, surtout pour les médecins, l'objet d'études sérieuses et persévérantes. Paulet, Bulliard, Descourtilz, Roques étaient docteurs en médecine, et parmi nos confrères de Paris nous comptons encore MM. les docteurs Léveillé, Cordier, Letellier, Tulasne, Bertillon, Gogot, Puel, Labourdette, Huet-Desprès, Gubler, Le Sourd, Martellière, etc. C'est qu'en effet cette famille de végétaux intéresse le médecin, non-seulement par les aliments qu'elle fournit, mais aussi à cause des médicaments et des plantes utiles qu'elle contient en même temps qu'elle renferme des poisons.

Loin de moi cependant l'idée exagérée de prétendre qu'il faut connaître sans exception toutes les espèces de champignons, dont le nombre s'élève à plus de deux mille, mais je crois que le médecin praticien, pour donner des conseils bien pratiques, doit connaître une douzaine au moins de champignons comestibles et autant de champignons vénéneux. Parmi ces dernières espèces il importe de connaître un gracieux champignon blanc que l'on rencontre dans tous les bois et presque à chaque pas. On le confond trop souvent avec le champignon de couche, et cette méprise fait chaque année de nombreuses victimes. C'est ce champignon qui a occasionné l'année dernière l'empoisonnement de Cannes, sur lequel M. le docteur Gazagnaire a bien voulu me communiquer l'observation suivante :

Le mardi 19 avril 1864, vers trois heures du soir, dit le docteur Gazagnaire, je fus appelé en toute hâte chez le sieur Louis Ardisson, à sa campagne, au quartier des Anglais; arrivé devant la maison, je vois un petit chien qui mourait dans les convulsions et dans la froide

rigidité qui caractérise l'empoisonnement par la strychnine. J'entre dans la maison et je trouve dans une chambre du rez-de-chaussée le malheureux Ardisson pelotonné sur son lit; il était en proie à des convulsions et à des crampes horribles; ses yeux caves, sa figure froide et crispée, ses lèvres tremblantes, la rigidité de ses membres, leur sueur glaciale, la petitesse du pouls et la faiblesse de sa voix, tout annonçait une lésion profonde des principaux organes de l'économie.

On me conduisit ensuite dans la chambre de Mme Ardisson, belle-fille du malade que je venais de voir. Je trouvai cette dame couchée sur son lit en proie aux mêmes symptômes que son beau-père, mais à un degré moindre. Elle put me parler malgré son grand trouble et la frayeur extrême qu'elle avait de mourir. Elle me raconta que le 17 avril une jeune fille, sa voisine, lui avait apporté une douzaine de champignons qu'elle avait récoltés derrière sa maison. Il fut décidé avec son beau-père qu'on apprêterait ces champignons et qu'on les mangerait en famille le lendemain, ainsi que cela leur était arrivé dans d'autres circonstances à la satisfaction générale et sans qu'il y eût le moindre accident.

Le soir même ces champignons furent *lavés*, nettoyés et disposés pour être soumis par le beau-père, habile cuisinier amateur, à la préparation du fatal ragoût. C'est à la suite de ce repas, fait le 18 avril au soir, que se manifestèrent les désordres dont je venais d'être témoin.

Pendant ce récit, le fils de Mme Ardisson arriva; il avait vagué toute la journée dans la campagne; sa figure sèche et contractée, ses yeux caves, la froideur de ses membres, des selles et des vomissements répétés me donnaient la certitude d'un empoisonnement par les champignons. On m'apporta alors deux champignons que les trois malades affirmèrent être de l'espèce ingérée par eux.

Malgré tous les soins possibles, M. Ardisson est mort après d'horribles tortures, soixante-dix heures après le repas des champignons. Mme Ardisson et son fils qui, vu la gravité des symptômes, inspiraient les craintes les plus sérieuses, ont cependant guéri. Le petit chien de la maison a succombé à l'empoisonnement.

D'après la description que nous donne M. le docteur Gazagnaire du champignon qui avait été si fatal dans cette circonstance, il n'est pas douteux pour M. le docteur Cordier et pour moi que l'empoisonnement n'ait eu lieu par l'amanite bulbeuse blanche ou amanite vénéneuse, amanite printanière. (Voir pour la diagnose différentielle du champignon de couche et de l'amanite bulbeuse blanche la *Gazette des Hôpitaux* du 24 décembre 1863.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 juin 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RAPPORTS.

M. DOLBEAU fait, sur les obturateurs de M. Preterre pour les divisions du palais, un court rapport qu'il termine en proposant d'adresser à M. Preterre des remercîments pour son intéressante communication.

M. LARREY fait observer qu'outre les malades qui ont été montrés à la Société, M. Preterre lui a fait voir une autre personne chez laquelle son obturateur rendait de grands services.

— **M. VERNEUIL** lit deux rapports sur deux communications adressées à la Société par M. Paul Dauvé, médecin-major à l'hôpital de Boghar (Algérie) :

1° *Amputation sous-astragalienne sur un Arabe atteint de congélation du pied gauche;*

2° *Observation de coxalgie rhumatismale de cause traumatique chez un adulte.*

M. LEGOUEST. Ce n'est pas sur le rapport de M. Verneuil que j'ai demandé la parole, mais à propos de la statistique qu'a présentée M. Dauvé sur le degré de fréquence de la coxalgie dans l'armée. Je crois, en effet, contrairement à ce qu'a dit M. Dauvé, que la coxalgie est assez fréquente parmi les militaires. J'en ai presque toujours trois ou quatre exemples dans mon service du Val-de-Grâce.

M. LARREY. Je partage complétement la manière de voir de M. Legouest. Ce qui a pu égarer M. Dauvé, ce sont les *desiderata* nombreux que laissent à ce sujet certaines statistiques dont il s'est servi.

La fréquence assez grande de la coxalgie dans l'armée peut d'ailleurs trouver son explication, d'une part, dans les exercices gymnastiques auxquels les militaires sont obligés de se livrer, et en particulier dans celui connu sous le nom d'exercice du *cheval de bois*; d'autre part, dans les exigences de toutes sortes du service militaire.

De l'uréthrotomie. Suite de la discussion.

M. ALPH. GUÉRIN. Je crains que la Société ne se soit laissé séduire par la forme brillante sous laquelle M. Perrin a présenté son opinion sur l'utilité et sur l'innocuité de l'uréthrotomie. Si vous me permettez, Messieurs, d'analyser succinctement son travail, je n'aurai pas grand' peine à vous démontrer que les faits avec lesquels il a eu la prétention d'entraîner vos convictions sont loin d'avoir l'importance qu'il leur a attribuée. Quand il les produisit pour la première fois devant la Société, on lui tint compte de sa bonne intention, qui se manifestait de la manière la plus modeste; il nous racontait l'histoire de douze malades qui avaient subi l'uréthrotomie, et il se proposait de ne pas perdre de vue ces malades et de nous tenir au courant des résultats obtenus. Si M. Perrin s'était contenté de tenir sa promesse, s'il n'avait pas eu la prétention de nous imposer des convictions, qui se sont formées trop facilement, à mon avis, je n'aurais pas pris la parole. Il est entré dans une bonne voie, mais il s'est exalté en faisant son discours, et il aura dépassé sans s'en rendre compte le but qu'il avait dû se proposer en commençant.

Voyons, en effet, ce qu'il y a dans ses observations :

1° Son premier malade a subi l'uréthrotomie en février 1862; un an après, il y avait récidive, et il n'urinait plus que goutte à goutte. Jusque-là, ce n'est pas bien satisfaisant. Alors ce n'est plus M. Perrin qui le traite; il est confié à M. Leconte, qui a recours à la dilatation et qui le guérit. Eh bien! quelle est la part de l'uréthrotomie? Un échec. Quelle est celle de la dilatation? Un succès.

2° Le second malade subit l'uréthrotomie pour laquelle (c'est M. Perrin qui le dit) on ne parvint à franchir le rétrécissement qu'au prix des *plus violents efforts*. Ces violents efforts pourraient bien effrayer les chirurgiens qui, comme moi, pensent que l'on ne doit jamais exercer de ces violences sur l'urèthre; mais passons.

Sept mois après, c'est-à-dire en 1862, il faut pratiquer une seconde fois l'uréthrotomie. Depuis cette époque, dit M. Perrin, la guérison s'est maintenue, en ce sens que le malade écrit qu'il urine librement, comme à l'époque de sa sortie de l'hôpital.

Voilà donc un cas de guérison; mais il ne date que de trois ans, et encore ce n'est que d'après l'assertion du malade qu'il faut l'admettre. Les cliniciens rigoureux pourraient bien ne pas trouver cela suffisant; enfin, pour ne pas nous montrer trop exigeant, nous dirons que c'est un succès.

3° Le troisième malade est incisé d'avant en arrière. Une hémorrhagie se produit et dure trente-six heures, ce à quoi M. Perrin ne trouve rien d'inquiétant. Nous ne serions peut-être pas tous du même avis si nous avions à en supporter les conséquences pour nous-mêmes; car enfin une hémorrhagie n'est jamais à négliger, surtout quand elle se produit dans un canal étroit qu'un caillot peut oblitérer pendant un temps plus ou moins long, et quand elle résulte de la lésion d'un tissu érectile.

Après l'opération, on a recours à un cathétérisme régulier, qui n'empêche pas l'urèthre de se rétrécir. Le malade sort de l'hôpital treize jours après l'opération, et depuis cette époque on n'en a plus entendu parler.

Pour celui-là, je ne pense pas qu'on puisse le considérer comme guéri, puisque, malgré le *cathétérisme régulier consécutif*, le canal se rétrécissait déjà lorsque le malade quitta l'hôpital.

4° Le cas le plus favorable à l'uréthrotomie est celui du quatrième malade. Ce malade est mort; mais six mois seulement après l'uréthrotomie, le diamètre de son urèthre n'était tombé que de 6 millimètres à 4.

Les partisans exclusifs de la dilatation regretteront sans doute que le malade ait succombé sitôt, car si en six mois l'urèthre s'était rétréci de 2 millimètres, on est peut-être en droit de supposer qu'au bout d'un an ou deux il ne lui serait pas resté grand bénéfice de l'opération.

5° Pour le cinquième, c'est le fait le plus extraordinaire que l'on ait cité dans toute cette discussion. Vous en jugerez vous-mêmes.

Quand, après lui avoir fait l'uréthrotomie, on le renvoya de l'hôpital, son canal n'admettait qu'une sonde de 3 millimètres et demi, et aujourd'hui l'urèthre de ce malade a un diamètre de 4 millimètres et demi.

Voilà, certes, un résultat bien inattendu; non-seulement on n'a pas besoin de la dilatation pour maintenir le résultat obtenu par l'uréthrotomie, mais le canal abandonné à lui-même se dilate tout seul, et il a la discrétion de ne se dilater que de 1 millimètre. C'est miraculeux! car, ayant commencé dans cette voie, il n'avait pas de raison pour s'arrêter!

Notre collègue ne peut pas expliquer ce résultat. Moi, je crois pouvoir en donner l'explication : ce malade a cru avoir à se plaindre de l'uréthrotomie, il lui aura fait une infidélité, et la dilatation lui aura donné plus qu'il n'avait obtenu par votre opération. Voilà du moins ce qui est probable.

6° Pour le sixième malade, quinze jours suffirent, dit M. Perrin, pour lui faire perdre les bénéfices de l'opération.

7° Le septième serait aussi heureux qu'avant d'être malade, au rapport du médecin d'Alençon qui l'a examiné.

8° On n'a pas de nouvelles du huitième.

9° Chez le neuvième, les résultats de l'uréthrotomie se sont maintenus pendant quatorze mois; à cette époque, un autre rétrécissement s'est manifesté, on l'a traité par la dilatation, et au bout de cinq semaines de ce traitement le malade était guéri. Depuis lors, on ne l'a pas revu.

Voilà donc une observation de guérison par l'uréthrotomie, mais c'est aussi un cas de guérison, et de guérison très-prompte, par la dilatation.

10° On n'a pas de renseignements sur le dixième.

11° On revoit le onzième, mais on ne l'a pas sondé.

12° On n'a pas de nouvelles du douzième.

Enfin, des deux cas nouveaux dont M. Perrin nous a raconté l'histoire, le premier, opéré deux fois, a paru guéri pendant quatorze mois, puis il est mort d'un cancer de l'estomac, sans qu'on ait pu faire son autopsie; le second a été opéré trop récemment pour que l'on puisse invoquer le fait en faveur de l'uréthrotomie.

Je ne dirai pas que tous ces faits ne méritent pas qu'on s'en occupe, ils ont un certain intérêt; mais ont-ils assez de valeur pour autoriser à dire que l'uréthrotomie est la seule méthode de traitement qui donne de bons résultats dans les rétrécissements de l'urèthre? Pour justifier une pareille conclusion, il faudrait des faits nombreux observés longtemps et par un homme ayant autorité dans la science. Eh bien! la statistique de M. Maisonneuve, invoquée par M. Perrin, peut être satisfaisante quant au nombre des malades opérés (il y en a soixante-six), mais il faudrait être bien facile à contenter pour trouver dans les chiffres cités les éléments d'une conviction. Que fait, en effet, M. Maisonneuve? Il incise l'urèthre, il garde ensuite les malades une huitaine de jours, après quoi il les renvoie et les considère comme guéris.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il en a gardé pendant un mois. Il y en a même un qu'il n'a laissé à l'hôpital que trois jours, et celui-là, comme les autres, est réputé guéri. Vous voyez, Messieurs, que ce serait là une opération expéditive, ce serait presque une guérison instantanée!

Tout cela n'est pas sérieux et n'a pas été fait pour la Société de chirurgie. Une pareille statistique, très-rassurante pour les malades, n'a pas le cachet scientifique que nous sommes en droit de réclamer des travaux qui nous sont présentés.

Pour ne citer qu'un exemple de la manière dont M. Maisonneuve procède à l'uréthrotomie, je ne vous citerai qu'une observation consignée dans la thèse fort intéressante de M. Reliquet : il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans (observ. V), qui avait une violente douleur dans l'hypochondre droit avec respiration un peu fréquente. Ce malade, *étant trop gras, on ne peut pas l'ausculter*; il commence à uriner difficilement, on lui pratique l'uréthrotomie. Il meurt; eh bien, savez-vous ce que l'on trouve à l'autopsie? Une pneumonie et une fausse route dans l'urèthre; de traces de rétrécissement, il n'en est pas question.

N'allez pas croire qu'on a opéré parce que le malade n'urinait pas, on avait introduit une bougie, et même l'urine passait entre elle et les parois de l'urèthre. M. Reliquet dit même : *vu l'état meilleur* et pour évacuer complétement l'urine de la vessie, M. Maisonneuve pratique l'uréthrotomie.

On dirait que le chirurgien a voulu essayer l'uréthrotomie contre la pneumonie, car on lit dans l'observation : « Après l'opération, les troubles du côté de la poitrine ne cèdent pas, la respiration est toujours très-fréquente. »

On pourrait donc retrancher ce cas de mort de la statistique de M. Maisonneuve, et le réserver pour l'époque où l'on étudiera l'influence de l'uréthrotomie sur les affections aiguës du poumon.

Non, cela n'est pas sérieux, et la meilleure preuve, c'est que les résultats sont bien différents quand on les recherche dans la pratique d'un chirurgien prudent, instruit et que nous estimons tous, je veux parler de M. Gosselin dont un tableau statistique, également emprunté à la thèse de M. Reliquet, a été invoqué par M. Perrin; sur sept malades, il y a eu un cas de mort, l'on ne dira pas qu'un pareil résultat est satisfaisant. Eh bien! je ne le cite qu'à cause de la prudence bien connue du chirurgien, de son honorabilité et de son respect pour la vie des malades. Ne me dites donc pas qu'à côté de lui, on guérit trois fois plus d'opérés, ou bien donnez-moi des observations plus convaincantes.

Voilà pour le danger de l'opération; on n'a rien prouvé, puisqu'on n'a cité que des faits insuffisants et dont nous ne pouvons pas ici nous contenter.

Si, maintenant, nous étudions la question au point de vue de la récidive, et qu'après avoir rejeté les faits de M. Perrin comme trop peu nombreux, nous recherchions encore dans le travail cité plus haut, nous voyons que M. Reliquet, élève de M. Maisonneuve, ne manque pas de citer des récidives fréquentes. Ainsi, dans l'observation XIII de sa thèse, un malade subit une première uréthrotomie le 8 juin 1862, et trois mois après il rentre à l'hôpital pour être opéré de nouveau. Avant cette seconde opération, on introduisait une bougie n° 14, après l'uréthrotomie on passe le n° 29. Il est vrai que huit jours après, au moment où le malade sort de l'hôpital, ce n'est plus qu'une sonde n° 17 que l'on introduit, et l'on est porté à penser qu'elle n'entrait pas facilement, car l'observation se termine par cette phrase : « On lui recommande de s'introduire souvent dans l'urèthre une bougie n° 16. »

Ce fait n'a pas besoin de commentaires. L'observation XIV n'est pas moins intéressante : après une première uréthrotomie, la récidive est si complète, que le malade est obligé de s'accroupir pour pisser. On l'uréthrotomise une seconde fois et on lit avec surprise dans l'observation : « Après l'opération, on ne peut introduire que la bougie n° 17; avant l'opération le n° 15 passait facilement. »

Deux ans plus tard, le malade revient à la Pitié, le rétrécissement a reparu, il faut pratiquer l'uréthrotomie pour la troisième fois.

Enfin, dans l'observation XV, nous trouvons un malade qui subit l'uréthrotomie cinq fois en six ans environ.

Si à côté de ces faits vous mettez les observations de traitement par la dilatation, je doute fort que vous entraîniez beaucoup de convictions. Pourquoi, puisque vous vouliez l'autorité des faits, ne vous êtes-vous pas adressé à la pratique de quelques hommes qui ont étudié ce sujet depuis longtemps? M. Civiale a pratiqué l'uréthrotomie un millier de fois. Avec de pareils nombres, on peut arriver à une solution, mais non avec les statistiques qui ont été produites dans cette discussion.

N'allez pas croire, Messieurs, que je suis hostile à l'uréthrotomie. Je la pratique depuis longtemps, et demain encore je dois la pratiquer, mais je n'y ai pas recours aveuglément et indistinctement.

Je dilate par les bougies, tant que cela est possible, et mes malades s'en trouvent bien. Quand un rétrécissement est réfractaire à la dilatation, je l'incise, et en agissant ainsi, je fais comme la plupart de nos collègues, sans y avoir été poussé par les mémoires que l'on a lus récemment devant la Société. Je pratique encore l'uréthrotomie quand le cathétérisme produit des frissons semblables à ceux de la fièvre intermittente. M. Perrin ne s'inquiète pas des frissons; pour moi je ne puis avoir la même tranquillité, et j'aime mieux recourir à l'uréthrotomie chez les malades dont l'urèthre a cette excessive sensibilité, que de tenter la dilatation qui, dans ce sens, devient dangereuse.

Comment ne serais-je pas partisan de l'uréthrotomie, moi qui ai étudié pendant plusieurs années l'anatomie pathologique des rétrécissements?

On croyait, il n'y a pas longtemps, que la membrane muqueuse de l'urèthre était le siége des rétrécissements. J'ai démontré, il y a une douzaine d'années, dans un travail inséré dans les mémoires de la Société, que cette membrane reste saine dans les rétrécissements simples qui ne sont pas de cause traumatique, et je suis de plus en plus convaincu que jamais une membrane muqueuse n'est le siége d'un rétrécissement. Vous avez tous cautérisé la conjonctive dans les cas d'ectropion, avez-vous jamais produit la rétraction de cette membrane? La rétraction se fait uniquement dans le tissu fibreux sous-jacent à la membrane muqueuse, qui est alors serrée à sa périphérie comme une bourse l'est par un cordon. Pour l'urèthre, les rétrécissements prennent ordinairement leur origine dans les inflammations qui se propagent au tissu érectile qui ce conduit est entouré. Dans ces cas, la partie fibreuse de ce tissu se rétracte à la manière des aponévroses enflammées, et j'ai vu plus d'une fois le bulbe tout entier tellement induré qu'il était impermeable au sang et criait sous le scalpel.

Suivant les opinions qui ont régné en anatomie pathologique, on a eu recours, tantôt à des scarifications simples, tantôt à des incisions profondes. On tend à prendre un moyen terme, aujourd'hui, pour tout concilier; malheureusement, les règles générales ne sont point admissibles pour tous les cas.

Quand il s'agit d'un rétrécissement superficiel, n'intéressant que la couche fibreuse la plus rapprochée de la membrane muqueuse, on peut espérer une guérison prompte, soit qu'on ait recours à la dilatation, soit que l'on pratique l'uréthrotomie superficielle.

Il n'en est plus de même pour les cas où le tissu caverneux de l'urèthre est complétement transformé en une masse fibreuse résistante. L'uréthrotomie interne peut bien encore diviser complétement cet anneau, qui s'oppose à la miction, mais c'est alors une opération entourée des plus grands dangers, parce qu'il est fort difficile de n'inciser que l'obstacle sans le dépasser. Je crois que, pour ces cas, il

vaut mieux inciser de dehors en dedans. J'ai déjà eu l'occasion de pratiquer cette opération, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Quant à l'uréthrotomie superficielle, elle est pour cette espèce de rétrécissement une méthode aussi irrationnelle que le serait la section de la moitié d'un tendon rétracté.

Enfin, je ne puis admettre que l'on incise l'urèthre sans avoir préalablement tenté la dilatation qui, alors même qu'elle est insuffisante, a l'avantage de distendre les tissus rétractés et d'en rendre la section plus facile; en agissant autrement, on a, soyez-en sûrs, pratiqué plus d'une uréthrotomie pour des rétrécissements qui n'existaient pas. J'ai déjà, pour ma part, rencontré bien des malades que l'on croyait affectés de rétrécissement, parce que l'on n'avait pas pu les sonder avec de petites bougies dont la pointe, s'introduisant sous une valvule ou dans l'orifice d'une des nombreuses glandules de l'urèthre, se repliait sur elle-même et devenait impuissante à soulager le malade, tandis qu'avec une sonde métallique d'un fort calibre, on pénétrait facilement dans la vessie.

J'aurais encore beaucoup de choses à dire sur ce sujet, mais j'ai déjà abusé de l'attention de la société, et je termine en répétant que la raison, l'anatomie pathologique et les observations consignées dans la science, repoussent l'opinion des chirurgiens qui rejettent la dilatation pour adopter d'une manière exclusive l'uréthrotomie superficielle.

M. VOILLEMIER. Mes conclusions ne seront pas très-différentes de celles de M. Guérin qui, je crois pouvoir le dire sans me tromper, ne sont pas elles-mêmes bien différentes de celles qui ont été formulées en 1855 par notre regretté collègue Robert.

La dilatation doit rester comme méthode générale, non pas qu'elle soit sans inconvénients, mais elle est encore la meilleure.

L'uréthrotomie est certainement une conquête chirurgicale, mais elle n'est applicable que par exception.

Je ne parlerai pas, et pour cause, des statistiques qu'a critiquées notre collègue M. Guérin avec une juste sévérité; elles ne renferment pas, en effet, les éléments qu'on doit trouver dans toute statistique sérieuse et vraiment scientifique. Je ne parlerai donc que des faits apportés par M. Perrin. Je dirai, tout d'abord, qu'ils me paraissent bien insuffisants. Que faire avec douze observations, dont d'ailleurs tous les malades n'ont pas été revus? Notre collègue aurait pu trouver dans les faits publiés, avant lui, des éléments bien autrement considérables qui ont servi dans les discussions antérieures sur le sujet en question. Si les faits de notre collègue sont insuffisants par leur nombre, renferment-ils, au moins, quelque chose de nouveau? Je ne le pense pas. Serait-ce, par exemple l'uréthrotomie d'avant en arrière? Mais Amussat l'a pratiquée et préconisée il y a bien longtemps.

M. Perrin trouve qu'avec l'uréthrotome droit on donne plus facilement lieu à des hémorrhagies; je serais de son avis si l'opération était pratiquée par une machine; mais, comme au bout de cet instrument droit se trouve la main exercée d'un chirurgien, je ne crois pas que l'uréthrotome droit expose à beaucoup plus de dangers que les autres.

Quant au traitement consécutif à l'uréthrotomie, M. Perrin semble n'en pas vouloir; pour lui, la dilatation successive paraît inutile, ainsi que les sondes à demeure, immédiatement après la section. Reybard, lui aussi, avait d'abord voulu supprimer ces deux auxiliaires. Mais un peu plus tard, en 1853, il a publié un livre, dans lequel il dit qu'il faut toujours y avoir recours. A cette même époque, M. Maisonneuve ne voulut pas de sondes à demeure; depuis il a fait sa conversion, et ce ne sera pas la dernière.

Quant à moi, je dois dire que les cas dans lesquels j'ai vu survenir des accidents après l'uréthrotomie sont précisément ceux dans lesquels les malades n'avaient pas de sonde, ou dans lesquels ils pissaient par dessus leur sonde.

Si maintenant nous cherchons à voir les résultats obtenus par M. Perrin, nous trouvons qu'il sont insuffisants à prouver ce qu'il soutient; que signifient, en effet, ces douze cas dans lesquels plus de la moitié des malades n'ont pas été revus longtemps après l'opération? Et cependant notre collègue se croit autorisé à traiter la dilatation de méthode routinière et impuissante. Or, pour se permettre un pareil jugement, il aurait fallu apporter ici une statistique comparative des résultats obtenus; d'une part au moyen de la dilatation, de l'autre par l'uréthrotomie; c'est ce que M. Perrin n'a pas fait. Or, je puis affirmer, aujourd'hui comme il y a dix ans, que la dilatation a donné des résultats très-satisfaisants.

Le nombre des morts, quelque petit qu'il soit, me suffit à repousser l'uréthrotomie tant qu'elle n'est pas indispensable. Ce qui ne m'empêchera jamais de la pratiquer quand elle sera nécessaire, le nombre des insuccès fut-il deux fois plus grand.

Je sais bien qu'on a dit que l'uréthrotomie s'adressait surtout aux mauvais cas; mais cet argument ne peut pas être mis en avant quand il s'agit des faits de M. Perrin. Notre collègue nous a représenté Reybard comme ayant renoncé à l'uréthrotomie profonde sur la fin de sa vie; il n'en est rien, comme le prouve le livre que j'ai déjà cité.

Je crois donc, en résumé, que les faits de M. Perrin ne sont pas de nature à modifier les impressions laissées par Robert dans son remarquable rapport sur les travaux de Reybard.

M. DEMARQUAY. Je rejette, pour ma part, l'uréthrotomie profonde; je regarde, au contraire, l'uréthrotomie superficielle comme très-utile pour faciliter la dilatation ou la rendre possible dans certaines circonstances où la dilatation ne peut être appliquée dès le début. Comme MM. Guérin et Voillemier, je suis très-partisan des sondes à demeure, immédiatement après l'uréthrotomie. Quant au procédé opératoire, je le fais varier suivant les circonstances. Si l'uréthrotomie peut franchir le rétrécissement, je préfère la section faite d'arrière en avant; dans les cas contraires, je n'hésite pas à couper d'avant en arrière. Pour ce qui regarde les progrès accomplis depuis 1855, je ne partage pas la manière de voir de M. Voillemier; il me semble que la question a fait un pas depuis cette époque, car je me rappelle parfaitement qu'alors certains chirurgiens très-distingués ne voulaient, à aucun prix, de l'uréthrotomie.

Je ne dirai plus qu'un mot, il est relatif à l'uréthrotomie profonde. J'ai vu, l'an dernier, un cas de récidive après cette opération pratiquée dix ans auparavant; il m'a fallu traiter le nouveau rétrécissement par la dilatation.

M. VOILLEMIER. Quand j'ai parlé de l'uréthrotomie profonde, je n'ai pas voulu faire allusion à cette opération telle que la pratiquait Reybard, mais seulement à une section plus étendue que la simple scarification. Du reste, il faut bien le savoir, quoiqu'on en ait dit, ces simples scarifications elles-mêmes ne sont pas toujours exemptes de danger. Reybard l'a prouvé surabondamment. En somme, je le répète, je ne suis point opposé à l'uréthrotomie; comme M. Guérin, je l'ai pratiquée souvent et je la pratiquerai de nouveau, mais seulement dans les cas où la dilatation ne pourra pas suffire.

M. DEMARQUAY. Moi aussi, je pense que l'uréthrotomie présente des inconvénients sérieux; j'ai vu des malades dans un état très-grave à la suite de cette opération, même quand on n'avait fait que des incisions superficielles. Je pense donc aussi qu'il ne faut la pratiquer, sous une forme ou sous une autre, superficielle ou profonde, que quand la dilatation a donné tout ce qu'elle peut donner.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le Secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 2 juin ont été nommés présidents des Sociétés de secours mutuels :

De la commune de La Chaize-le-Vicomte (Vendée), M. le docteur Gauvreau.

De la commune de Chaillé-les-Marais (Vendée), M. le docteur Fleury.

De Saint-Étienne, à Draguignan (Var), M. Imbert, pharmacien.

— Par divers arrêtés ministériels ont été nommés, près l'École préparatoire de médecine de Bordeaux :

Chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, M. le docteur Perrens.

Professeur d'histoire naturelle, M. le docteur Micé.

— Le jury, pour deux places de chirurgien au Bureau central, par suite de la non-acceptation de plusieurs juges, a été arrêté de la manière suivante :

Juges titulaires, MM. Giraldès, Gosselin, Maisonneuve, Voillemier et Cazalis,

Juges suppléants, MM. Follin et Nonat.

— La composition écrite pour le concours, pour deux places de chirurgien au Bureau central, a eu lieu mercredi.

Les candidats (MM. Duchaussoy, Fort, Guéniot, Hardy, de Saint-Germain, Marc Sée) ont eu à traiter la question suivante : *Plaies des tendons*.

— L'Institut impérial de France, dans sa séance générale du mercredi 5 juillet, et sur la désignation de l'Académie des sciences, a décerné le prix biennal de 20,000 francs institué par l'Empereur à M. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine.

Traité iconographique des maladies chirurgicales, par M. ANGER, prosecteur des hôpitaux. — 1re partie : *Luxations et fractures*, 1re livraison, comprenant : Introduction, par M. le professeur VELPEAU; coup-d'œil général sur l'étude des luxations et fractures, par M. ANGER, avec 10 planches intercalées dans le texte, et 8 planches coloriées représentant la région de l'épaule avec le texte correspondant. Prix : 12 fr. — La seconde livraison paraîtra le 15 juillet. Paris, à la librairie Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Les Eaux. Étude hygiénique et médicale sur l'origine, la nature et les divers emplois des eaux tant ordinaires que médicales, suivie d'un tableau indicateur des sources minérales et stations balnéaires de la France et de l'étranger, par M. le docteur Émile DELACROIX, professeur à l'École de médecine de Besançon, inspecteur-adjoint des eaux de Plombières, et M. AIMÉ-ROBERT, rédacteur en chef de la *Revue d'hydrologie médicale*. Un vol. in-18 de 194 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865, Savy, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 81. — MARDI 11 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 11 JUILLET 1865. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Plusieurs communications importantes ont signalé cette séance académique. Elles ont été assez nombreuses pour que nous soyons contraint de retarder la publication de certaines d'entre elles. Mais nous les placerons prochainement sous les yeux de nos lecteurs.

M. Amédée Paris présente un mémoire sur la trépanation cérébrale, pratiquée par les médecins indigènes de l'Aouress (Constantine). Ce travail présente un véritable intérêt historique, et on le lira avec plaisir.

Mais à côté de cette communication chirurgicale, voici venir l'auto-laryngoscopie qui débat le curieux mécanisme de la déglutition. Aujourd'hui, nous laissons la parole à M. Krishaber, qui prétend que M. Guinier s'est laissé séduire par l'insensibilité de sa muqueuse laryngée. On verra que ce médecin pense que M. Guinier laisse tomber *volontairement* le bol alimentaire dans le larynx, au lieu de faire un mouvement de déglutition et de le conduire normalement dans l'œsophage.

La réponse ne se fera pas longtemps attendre, car M. Guinier poursuit ses expériences sur la déglutition, et nous donnerons dans notre prochain numéro un nouveau travail du savant agrégé de Montpellier.

Signalons, en terminant, l'ouverture d'un pli cacheté remis en 1843 à l'Académie, par MM. Melsens et Natalis Guillot. Ce pli cacheté renfermait une très-intéressante observation qui a servi de point de départ à des études sérieuses sur l'élimination du mercure à l'état de sel double résultant de l'action de l'iodure potassssium. Récemment M. Melsens a publié en Belgique un important mémoire sur ce sujet. — Dr E. Le Sourd.

ASILE DE VINCENNES. — M. LABORIE.

Pneumonie droite. — Adynamie. — Délire. — Traitement par l'alcool.

(Observation recueillie par M. VERET, interne du service.)

T... François, quarante-deux ans, charretier, est entré à l'asile de Vincennes, le 17 décembre dernier, comme convalescent d'un épanchement sanguin de la région lombaire.

Passant ses journées à se promener dans les cours, il croyait bientôt sortir, lorsque le 31 décembre au matin il se plaignit d'avoir ressenti un frisson assez violent pendant la nuit. Il avait un point de côté au niveau du mamelon droit. Le pouls était accéléré, la langue sale. Le malade est envoyé à l'infirmerie de l'asile.

M. Laborie diagnostique une pneumonie droite, caractérisée par un point de côté, de la submatité en avant et à droite au niveau du mamelon, du râle crépitant en ce même point; on l'entend aussi à la partie postérieure du poumon, mais plus faiblement. Crachats orangés et visqueux, fièvre, pouls 106, pas d'affection thoracique antérieure, potion émétisée à 30 centigrammes.

Le 1er janvier 1865, la langue est encore très-chargée, le malade n'a pu dormir. Râles crépitants plus nombreux et un peu plus étendus que la veille. Pouls à 100, potion avec 35 cent. de tartre stibié.

Le 3, souffle à l'inspiration, plus prononcé en avant et près du mamelon. Subdélirium peu marqué. Pouls 106; vésicatoire sur le côté droit du thorax, potion émétisée à 45 centigrammes.

Le 4, délire loquace durant toute la nuit. Le malade bavarde continuellement. L'auscultation est impossible. On continue la potion émétisée.

Le 5, le délire continue. Le pouls est tombé à 84. Le souffle persiste. Mais le pouls n'offrant plus de dureté, suspension de la potion émétisée.

Le 6, un changement considérable s'est manifesté chez notre malade pendant les vingt-quatre heures qui viennent de s'écouler. Le pouls est tombé à 66, il est filiforme. La peau est couverte de sueur visqueuse. Prostration, facies abattu, sans expression, subdélirium. On essaye inutilement de lui faire prendre du bouillon, mais il boit un julep avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

Le 7, même état.

Le 8, peu de chaleur à la peau, qui est plombée, visqueuse. L'auscultation est très-difficile. On entend quelques râles sous-muqueux.

Le 9, le pouls, tombé à 60, est à peine sensible. T... ne veut plus boire. Le délire persiste. Malgré sa faiblesse, le malade fait quelques efforts pour se lever et « partir avec des amis qui l'attendent. » M. Laborie prescrit alors de l'eau-de-vie ordinaire (analogue à celle que boit le malade en travaillant) à doses répétées de 16 grammes toutes les deux heures. Sous l'influence de l'alcool, le pouls se relève; à quatre heures, il est à 80; une demi-heure après l'ingestion de la seconde dose, il monte à 96, mais pour revenir ensuite à 88; à dix heures, le pouls est à 92. Cette accélération du pouls, qui est devenu plus plein et plus fort, n'est point le seul phénomène dû à l'alcool, nous voyons en effet le délire cesser complétement. Le malade, pendant la journée, a ingéré 64 grammes d'alcool. Il parle beaucoup, la voix est faible, mais cette fois la conception n'est plus délirante; il s'agite dans son lit; aussi on suspend l'administration du médicament jusqu'au lendemain matin.

Le 10, le délire est réapparu la nuit. Le pouls se maintient à 80. Dans la journée survient sur le corps une petite éruption de taches rosées, lenticulaires, disparaissant à la pression, éruption qui ne dure que quelques heures. On donne au malade 60 grammes d'alcool durant la journée. Il boit, en outre, 100 grammes de vin de Bagnols. Le délire disparaît de nouveau.

Le 11, T... est mieux ce matin, il a dormi deux heures. L'auscultation fait entendre des râles crépitants gros, à la partie latérale du thorax surtout. On diminue la dose d'alcool, 40 grammes.

Le 12, pouls à 80. Il n'y a plus de délire vrai, pourtant le malade est bizarre, capricieux; il consent à boire, mais refuse de manger.

Le 13, on cesse d'administrer l'eau-de-vie, ce qui contrarie beaucoup T..., bien qu'il affirme ne jamais commettre d'excès alcooliques.

Le 14, l'appétit renaît, le malade mange. Le visage s'anime. Pouls à 60, mais plus fort que les jours précédents. T... entre en convalescence. Au délire a succédé une paresse intellectuelle qui se traduit par de l'hésitation, un léger trouble dans les réponses.

Le 18, les forces reviennent; le malade se réveille chaque jour davantage. Il quitte l'infirmerie.

Le 2 février, T... est resté quinze jours encore dans les chambres de convalescence. La paresse intellectuelle que nous signalions le 14 janvier a cessé; les forces morales et physiques sont à leur niveau normal. Le malade sort dans un parfait état de guérison.

Cette observation nous paraît un remarquable exemple des effets de la médication alcoolique, que l'on hésite trop souvent peut-être à employer, par crainte de donner à l'inflammation une nouvelle intensité.

Nous voyons l'alcool produire un double effet :

1° Le pouls qui était lent (60 pulsations) et filiforme, quatre heures après qu'une première dose d'eau-de-vie a été ingérée, est plus accéléré (80), il est devenu plus ample, plus résistant. Cette action se manifeste promptement; c'est ainsi qu'une demi-heure après l'administration de la deuxième dose, le pouls est à 96; elle paraît diminuer à mesure que se fait l'élimination; car, une heure après, le pouls est redescendu à 84.

2° Le délire cesse dès que l'on a donné de l'eau-de-vie dans la journée du 9 janvier, pour réapparaître la nuit dès qu'on a cessé la médication, et disparaître le lendemain pour toujours par l'administration de nouvelles doses d'alcool.

HOPITAL MILITAIRE DE BOGHAR. — M. Paul DAUVÉ.

Observation de coxalgie rhumatismale de cause traumatique chez un adulte.

TRAITEMENT PAR LE REDRESSEMENT ET L'APPAREIL DEXTRINÉ (1).

Depuis bientôt quatre mois, la Société de chirurgie discute une des questions les plus intéressantes de la pathologie articulaire. Ayant reçu dans mon service un malheureux cavalier atteint depuis trois ans de coxalgie, j'ai puisé dans cette discussion de nombreux enseignements, surtout pour la partie relative au traitement, et l'observation suivante indique avec détail le résultat obtenu.

Le 11 janvier dernier, le nommé Mauriès, soldat du train, âgé de vingt-sept ans, de tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital de Boghar pour une affection de la hanche, dont il souffre depuis le 25 janvier de l'année 1862. Le malade reçut, à cette époque, un coup de pied de mulet qui vint frapper le côté externe de la cuisse gauche, à huit centimètres au-dessous du grand trochanter. Cette contusion fut suivie d'un gonflement considérable de toute la cuisse, du genou et de la hanche.

Éloigné de tout poste militaire important, notre malade n'entra qu'un mois plus tard à l'hôpital du Dey, après avoir fait quarante lieues en cacolet, couchant la nuit sous la tente, sur un sol humide et par un froid très-vif. Le gonflement se termina par la formation, au lieu de la contusion, d'un abcès peu profond, parfaitement limité, éloigné de l'articulation coxo-fémorale, qui fut ouvert et se cicatrisa rapidement. Dès le lendemain de la blessure, une douleur aiguë s'était manifestée dans la hanche et le genou; le malade ne pouvait imprimer aucun mouvement au membre inférieur. Les douleurs diminuèrent sensiblement pendant un long séjour à l'hôpital, mais ne disparurent jamais complétement. Deux fois on essaya, sans résultat avantageux, les eaux chlorurées sodiques d'Hammam-Rira. Deux ans après, on trouva notre homme assez rétabli pour l'envoyer en expédition; mais, aux premiers froids, les accidents reparurent plus violents que jamais, et Mauriès fut évacué dans mon service.

C'est un sujet pâle, amaigri, lymphatique, mais sans signe apparent de diathèse scrofuleuse. Décubitus sur le côté droit, cuisse gauche fléchie sur le bassin et appuyée sur le membre sain, le talon touchant presque l'ischion. Forte contracture des fléchisseurs de la cuisse et des adducteurs; le membre extrêmement amaigri. Douleurs aiguës au niveau et en arrière du grand trochanter, et vers le milieu du pli de l'aine. Genou gauche légèrement gonflé, et présentant de nombreuses traces de vésicatoires et de cautérisation; avait été jadis le siége des douleurs les plus vives; il présente encore aujourd'hui des traces de sensibilité en plusieurs points.

Les moindres mouvements imprimés à la cuisse augmentent la douleur au niveau des insertions au genou des muscles contracturés. Quand le bassin est fixé, on ne peut imprimer au membre ni rotation ni flexion, ni extension, ni adduction, ni abduction. Ce dernier mouvement paraît surtout le plus difficile et le plus douloureux; sa production n'a lieu que lorsque l'on abandonne le bassin, et l'on voit alors d'une façon très-évidente l'épine iliaque suivre tous les mouvements du fémur.

Il y a raccourcissement apparent. Le moindre refoulement de la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, produit une douleur aiguë, qui cesse, au contraire, dans les mouvements d'extension, suivant l'axe du membre. Peu de gonflement, peu d'empâtement dans la région de la hanche, un peu d'hypertrophie des ganglions iliaques; pas de signes de tumeurs péri-articulaires. L'acuité des douleurs, leur rémittence, indiquent les opiacés à haute dose et le sulfate de quinine.

Les symptômes douloureux diminuent, la fièvre tombe, l'appétit renaît. Vésicatoires morphinés, cautérisation ponctuée, teinture d'iode à l'extérieur; en même temps, à l'intérieur, sudorifiques, huile de foie de morue, iodure de fer, vin de quinquina. Cette médication amène peu d'amélioration; les mouvements sont affreusement douloureux, et retentissent surtout au côté externe du genou.

Au lieu même de l'ancienne contusion, il n'existait qu'une cicatrice complétement insensible.

Diagnostic: coxalgie de cause traumatique, mais présentant surtout la forme rhumatismale.

Jamais, dans sa jeunesse, Mauriès n'avait souffert de la hanche.

Le traumatisme était, à coup sûr, le point de départ de la maladie. Quoique reçu à huit centimètres du grand trochanter, le coup de pied avait dû produire un contre-coup dans l'articulation coxo-fémorale; les nuits passées sous la tente par un froid humide, le transport en cacolet, ont changé l'arthrite traumatique simple en arthrite rhumatismale; et, la constitution du malade aidant, cette arthrite est devenue coxalgie. La forme rhumatismale est nettement démontrée par le retentissement subinflammatoire plutôt réel que sympathique vers le genou. Avant moi, on avait constaté du gonflement dans cette articulation, et de la douleur à la pression; je n'ai plus trouvé qu'un peu d'empâtement et de picotement sous la rotule.

Devant l'insuccès des moyens ordinaires de traitement, il ne restait plus à essayer que le redressement, au moins pour faire cesser la contracture musculaire si douloureuse dans le creux poplité. D'une part, la cuisse était entraînée irrésistiblement dans cette triple position de flexion, d'adduction et de torsion en dedans, que Bonnet a décrite comme la plus favorable à la luxation spontanée; d'autre part, il n'y avait ni abcès péri-articulaires ni fistules. Rien ne s'opposait donc au redressement, tout au contraire le commandait; et l'acuité même des douleurs faisait supposer qu'il serait suivi d'un soulagement immédiat. Après avoir fait fixer le bassin, j'appuyai brusquement sur le genou en tirant sur le talon. Sans employer une force trop grande, j'obtins l'extension complète du membre inférieur, qui de lui-même se plaça dans l'abduction. A une douleur aiguë succéda alors un repos de plusieurs jours. J'employai à peu près le bandage à extension et à contre-extension de M. Velpeau, en me servant de la jambe saine comme attelle, et des barres de fer du lit comme points d'attache. Je recommandai l'immobilité la plus complète, et je continuai le traitement interne précédemment employé. L'état général s'améliora, la cuisse reprit rapidement son volume ordinaire; et, après dix jours de repos, je ne pus empêcher Mauriès de se lever pour essayer ses forces. Il s'aperçut alors que sa jambe avait grandi; en appuyant le talon à terre, il lui semblait qu'il marchait sur une éponge. La mensuration ne donne que des signes négatifs; l'allongement apparent tenait à l'abaissement du bassin.

Vers les derniers jours d'avril, les douleurs reparurent, surtout pendant la nuit, l'état spasmodique musculaire se reproduisit, et les déviations du bassin devinrent plus considérables. L'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade est située sur un plan antérieur et à trois centimètres plus bas que celle du côté droit; en arrière, fesse aplatie, pli fessier descendu; inclinaison latérale et torsion du bassin, augmentation de la courbure lombaire. Les douleurs trochantérienne et ilio-inguinale sont toujours provoquées par la pression. La dernière est aiguë quand on tire en dehors et en bas l'épine iliaque antérieure.

La pression exercée de dehors en dedans sur le même point ne produit aucune sensation pénible. Le mouvement d'abduction, ou plutôt l'écartement du membre malade de l'axe du corps se passe dans l'articulation coxo-fémorale droite et dans les articulations des vertèbres; ce mouvement se communique d'une façon très-apparente

(1) Société de chirurgie, séance du 28 juin 1865.

à l'épine iliaque non fixée. La douleur du genou est moins aiguë qu'avant le redressement; elle est limitée à la partie inférieure et au côté externe du tendon du triceps.

La moindre traction sur la cuisse fait cesser toute sensation douloureuse dans la hanche.

Dans mes premières manœuvres, je n'avais fait que redresser le membre, et, sans chloroforme, je n'avais pas osé imprimer tous les autres mouvements à une articulation déjà si douloureuse. L'amélioration obtenue était trop sensible, la déformation du bassin trop prononcée, pour ne pas m'obliger à faire de nouvelles manœuvres dans le but de m'éclairer d'une manière positive sur l'étendue des mouvements articulaires, de replacer autant que possible le bassin dans une position normale, et surtout d'immobiliser l'articulation mieux que par la seule position couchée.

La discussion de la Société de chirurgie vint m'éclairer sur la conduite à suivre.

Le cinq mai, à l'aide du chloroforme, j'imprime à la cuisse les mouvements de torsion, de flexion, d'adduction et d'abduction. Les deux derniers nécessitent des efforts assez considérables, indiquant la formation de quelques brides péri-articulaires. Je replace le bassin dans une position satisfaisante par rapport à la colonne vertébrale et à l'axe des deux membres.

Avant d'endormir Mauriès, je lui avais fait mettre un caleçon fortement capitonné de ouate, et duquel j'avais retranché la jambe droite jusqu'au-dessus du pli fessier. La gouttière de Bonnet aurait bien fait mon affaire; car il faut avoir appliqué un bandage inamovible sur un homme endormi, pour savoir combien cette application est difficile.

Mais la pauvreté de l'arsenal chirurgical de mon hôpital ne mettait à ma disposition que du linge et les attelles en bois les plus usuelles.

Mon bandage est à peu près calqué sur celui qu'a recommandé M. Verneuil, dans la discussion de la Société de chirurgie. Je commence les circulaires au-dessous du mollet, et je termine par un spica de l'aine et des circulaires autour de l'abdomen; je fais mon bandage très-épais, modérément serré au niveau des articulations et un peu lâche à la partie supérieure. J'applique au-dessus du genou un lac extenseur fait en boudin, je place un lac contre-extenseur de même nature au-dessous de l'ischion. Sur un cousin de balle d'avoine fixé au côté externe de la cuisse, j'applique une attelle de Desault dépassant le genou de cinq centimètres, et sur cette attelle je fais l'extension et la contre-extension. L'appareil ainsi terminé est enveloppé d'une bande roulée qui maintient ses diverses portions, et lui permet de sécher sans se coller au lit.

Afin d'obtenir la dessication du bandage dans la meilleure position et dans la plus grande extension, je fixe les deux membres inférieurs dans le parallélisme le plus complet, et je fais l'extension sur les barreaux du lit. Une croupière qui embrasse l'aine et la fesse du côté malade va se fixer aux barreaux supérieurs; enfin des alèzes entourant le bassin et prenant leur point d'attache sur les bords du lit, maintiennent l'axe du bassin sur la ligne de l'axe général du corps.

J'emploie tous ces moyens d'extension, dans la crainte de la prompte reproduction des déviations. Pour faire le spica de l'aine, j'ai été obligé d'interrompre l'anesthésie, et de faire soutenir mon malade dans la station debout. Dans cette position, l'état spasmodique s'est en partie reproduit, et je n'ai pu m'opposer aux déviations renaissantes qu'à l'aide de tous les procédés d'extension que je viens de décrire.

Le lendemain l'appareil a durci, la position est bonne; le malade a bien dormi et ne ressent aucune douleur.

Trois jours après j'enlève tous les liens externes et rien ne change dans la position générale du corps. Mauriès ne ressent plus les douleurs aiguës d'autrefois, il n'éprouve qu'une sensation de constriction au niveau du grand trochanter.

Le 15 mai notre malade se lève, et, aidé d'une paire de béquilles, fait quelques pas dans la salle. Le pied est engourdi. L'état général est satisfaisant.

Le 25 mai il y a sensation de constriction douloureuse à la partie supérieure et interne de la cuisse et au niveau de l'épine iliaque droite.

Le malade ne peut manger autant qu'il le voudrait. Je coupe verticalement la portion externe du cylindre abdominal, je fais une seconde incision verticale du pli génito-crural au milieu de la face interne de cuisse, je fais des œillets sur les côtés libres de mes deux incisions, et je rapproche leurs bords au moyen de lacs qu'on peut serrer à volonté.

J'enlève en même temps l'attelle de Desault, et je crois pouvoir renoncer à cette extension qui n'a dû être vraiment utile que pendant les premiers jours pour aider à la dessication du bandage dans la meilleure position, et pour s'opposer à la pression de la tête fémorale sur le cotyle, pression qu'aurait pu augmenter le spasme musculaire qui suit ordinairement les manœuvres douloureuses du redressement. Je n'espérais pas par ce moyen obtenir l'écartement des surfaces articulaires, comme le docteur Smith, cité par Edwards, écartement contre lequel s'est élevé avec tant de raison M. Bouvier, et que démentent les expériences des frères Weber, je voulais seulement diminuer la pression spasmodique produite par les muscles contracturés.

Le bandage assez compliqué réunit les indications de l'immobilité, celles de l'extension directe des Américains, et enfin celles de l'extension indirecte de M. Velpeau.

Malgré sa complication, c'est le seul qu'on puisse appliquer dans nos petits hôpitaux éloignés, où les ressources chirurgicales sont à peu près nulles. Aujourd'hui 29 mai, le résultat obtenu est des plus heureux. Mais quand faudra-t-il enlever l'appareil, quand faudra-t-il rendre à l'articulation tous ses mouvements? La longue durée de la maladie, la gravité des accidents, les rechûtes fréquentes m'engagent à continuer longtemps le traitement par l'immobilité, tout en permettant chaque jour des promenades de quelques instants, et avec des béquilles. Longtemps encore je combattrai le lymphatisme par les toniques et l'huile de foie de morue, et je ne songerai à lever tout appareil, que lorsqu'il y aura insensibilité dans l'action de poser à terre le pied malade, et de lui confier sa part dans la répartition du poids du corps dans la marche. Le moment viendra peut-être plutôt que je n'ose l'espérer, car le rétablissement général, deuxième condition de M. Verneuil, est déjà très-satisfaisant.

Cette observation tire son intérêt, non-seulement de l'heureux résultat momentanément obtenu au moyen du traitement mécanique, mais aussi de la rareté de la coxalgie chez l'adulte, et surtout chez le soldat, que le recrutement ne va pas choisir scrofuleux.

On rencontre souvent dans l'armée, à la suite de chûte de cheval, des arthrites coxo-fémorales franches, qui sont rapidement jugées par le repos et les antiphlogistiques; mais rarement le traumatisme amène la coxalgie vraie avec sa contracture musculaire, ses douleurs rémittentes, ses déviations si caractéristiques, et enfin ses altérations osseuses. Il faut, pour qu'elle se produise, ajouter à la cause occasionnelle la prédisposition soit scrofuleuse, soit rhumatismale.

Le tableau statistique des maladies de l'armée pour l'année 1863 nous donne, sur 112,167 entrées à l'hôpital, 75 entrées pour coxalgie. Sur 1000 maladies, la proportion des coxalgies est 1,22 pour la France, 0,61 pour l'Italie, et 0,34 pour l'Algérie. Le nombre des affections de la hanche semble diminuer avec la rigueur du climat. Sur les 61 coxalgies de France, 45 ont guéri après une moyenne de 28 jours de traitement, 3 ont été suivies de mort après une moyenne de 73 jours, et 13 étaient encore en traitement le 1er janvier 1864.

En Italie, les 3 coxalgies ont guéri après 27 jours de traitement;

En Algérie, les 11 coxalgies ont guéri après 37 jours de traitement.

A coup sûr, le climat doit encore entrer en ligne de compte pour le pronostic de cette affection.

J'ai dit que la vraie coxalgie était rare, et le chiffre de 75 ne fera pas changer mon opinion. Le travail de la statistique, déjà si volumineux, doit comprendre sous le nom de coxalgie toutes les affections douloureuses de la hanche; et bon nombre de ces maladies, qui guérissent après une moyenne de 28, de 27, de 37 jours de traitement, ne doivent être que des arthrites coxo-fémorales, car je n'ai pas encore vu de coxalgie vraie guérir aussi vite.

Des chiffres précédents on peut tirer les conclusions suivantes:

1° La coxalgie est rare dans l'armée;

2° Les affections douloureuses de l'articulation coxo-fémorale sont d'autant plus nombreuses et d'autant plus graves, que le pays est plus froid et plus humide.

UN CAS D'APHASIE

dans une affaire médico-légale. — Autopsie.

Par M. le Dr Malichecq.

L'aphasie reste encore une question hérissée de difficultés immenses, ainsi que l'ont suffisamment prouvé les savantes discussions de l'Académie de médecine. Est-elle l'effet constant et nécessaire de la lésion d'une partie spéciale du cerveau? ou n'est-elle qu'un phénomène particulier se rattachant à des lésions cérébrales qui peuvent atteindre, à des degrés divers, une partie ou l'ensemble des facultés mentales? Aux faits bien observés appartient encore la solution définitive du problème.

Ces considérations seules nous ont décidé à faire connaître le cas suivant, tel qu'il s'est présenté à notre observation, dans une affaire médico-légale pour laquelle nous avions été requis.

Dans la matinée du 16 août 1864, aux environs de Mont-de-Marsan, le nommé Jean B..., cultivateur, dans une contestation avec son beau-frère L..., reçoit sur la tête un violent coup de barre, dont il est renversé; mais il se relève tout aussitôt se plaignant vivement de l'atteinte grave dont il venait d'être victime; il peut marcher seul, faire plusieurs pas pour rentrer dans la maison d'habitation. Cependant, en le voyant chanceler, on l'oblige à se coucher. Dans son lit, B... peut encore, pendant quelques moments, articuler distinctement plusieurs mots; mais il est bientôt privé de l'usage de la parole, et un peu d'hémiplégie droite se dessine.

Dans les journées des 16 et 17, alors qu'il ne peut plus parler, il paraît cependant comprendre ce qu'on lui dit: il fixe la personne qui le questionne, il montre la langue, et dans la soirée du 16 il peut en quelque sorte se lever seul pour pourvoir au besoin d'uriner.

En arrière de la suture fronto-pariétale gauche, paraissait à peine une légère plaie contuse d'un à deux centimètres de long, n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur du cuir chevelu.

Jusqu'au 18, apyrexie. Ce jour-là, apparition de phénomènes inflammatoires consécutifs; pouls fort et assez fréquent, peau chaude et généralement moite; facies rouge et somnolence, immobilité de tout le corps, à part quelques contractions musculaires spasmodiques très-accusées à gauche, peu sensibles à droite; de plus, à gauche, immobilité des paupières, pupille dilatée et insensible à la lumière; à droite, du côté de l'hémiplégie, au contraire, mobilité des paupières, état contracté et contractile de la pupille.

Dans un premier rapport, tel fut notre diagnostic: fracture du crâne, hémorrhagie méningée, suivie de phénomènes inflammatoires; pronostic très-grave, mort à peu près certaine dans vingt-quatre à quarante-huit heures.

B... succombe le 19 vers trois heures du soir.

Nous sommes commis de nouveau pour procéder à l'autopsie.

Voici les faits révélés par cette opération, tels qu'ils sont relatés dans un second rapport.

Très-légère infiltration de sang au-dessous de la petite plaie contuse dont il a été question; fracture étoilée, sous forme de fêlure, de la partie antérieure et inférieure de l'os pariétal gauche, s'étendant un peu au bord postérieur du frontal et à la grande aile du sphénoïde; entre la dure-mère décollée et la boîte osseuse, à l'endroit correspondant à la fracture, épanchement de sang sous forme de caillot de cinq centimètres de diamètre et d'un à deux centimètres d'épaisseur, provenant de la déchirure d'une ramification de l'artère méningée moyenne; rougeur vive et injection prononcée de la dure-mère, de l'arachnoïde, de la pie-mère et du cerveau au-dessous et dans le voisinage du caillot sanguin; par la position de ce dernier, compression du lobe antérieur gauche du cerveau, au point correspondant à la troisième circonvolution cérébrale au-dessus de la scissure de Sylvius.

Il y a deux jours nous avons été appelés dans une maison, où nous avons vu deux personnes dont l'état nous a paru offrir un certain intérêt concernant la question de l'aphasie. L'une est une femme de cinquante-six ans, hémiplégique du côté droit depuis environ deux ans; elle conserve toute son intelligence, mais elle ne peut pas parler et elle cherche à se faire comprendre par une espèce de mimique; l'autre est une fille de trente-deux ans, bien constituée, frappée depuis douze heures seulement d'hémiplégie gauche avec perte absolue des mouvements de ce côté; elle conserve cependant sa connaissance et parle facilement et très-distinctement.

Nous donnons encore dans ce moment des soins à un homme de quatre-vingts ans, qui en pleine santé vient aussi d'être frappé de paralysie incomplète du côté gauche, et qui n'a pas souffert de la moindre atteinte à la faculté de parler.

Nous ne citons ces faits que pour ce qu'ils valent, sans rien préjuger sur la question de doctrine; mais on remarquera que l'aphasie coïncide ici avec l'hémiplégie droite, et que la fonction de la parole se conserve avec l'hémiplégie gauche.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 juillet 1865. — Présidence de M. Decaisne.

PRÉSENTATIONS.

M. Guyon, en présentant de la part de son auteur M. Amédée Paris, un opuscule ayant pour titre: *Mémoire sur la trépanation céphalique pratiquée par les médecins indigènes de l'Aouress, province de Constantine,* fait la communication suivante:

Ce Mémoire est accompagné de six figures: quatre représentent les instruments employés pour l'opération; une autre, l'appareil destiné à recouvrir jusqu'à son entière guérison l'ouverture ou la perte de substance qui en résulte, et la sixième une portion de crâne provenant d'une trépanation.

Les instruments se composent de deux scies, une simple et une double, et de deux élévatoires, un droit et un courbe. Leur vue effraye par leur grossièreté, et on n'est pas moins effrayé en songeant à tous les désordres auxquels expose leur application.

La trépanation dont nous parlons consiste à faire aux os du crâne une ouverture non ronde comme la nôtre, mais carrée. On enlève préalablement une portion de tégument de même forme, qu'on obtient par quatre incisions pratiquées avec une serpette ou quelque mauvais rasoir.

L'appareil ou pièce de recouvrement est un disque en cuivre, concave du côté qui doit recouvrir la plaie, et percé de trous destinés à laisser passer la suppuration au fur et à mesure qu'elle se forme; plusieurs autres trous, dont quatre placés sur le rebord du disque, sont appelés à recevoir des cordons qui le fixent sur la tête.

L'auteur, dans l'intérêt de l'histoire de l'art, aurait désiré conserver devers lui les instruments qu'on lui avait permis de figurer; « mais ces instruments passaient pour sacrés, dit l'auteur, et, de plus, ils étaient la propriété exclusive d'une famille de médecins qui se les transmettaient comme héritage, en même temps qu'ils enseignaient aux leurs la manière de s'en servir. »

La trépanation céphalique est généralement considérée dans l'Aouress comme une opération sans importance. L'auteur rapporte, à l'appui de cette opinion, un fait qui s'y est passé en 1859, et qui témoignerait, s'il en était besoin, du grand appât qu'a l'argent chez les indigènes de ces contrées.

L'un d'eux, de la tribu des Beni-Ferrah, dans une rixe, est battu par un autre; il reçoit des coups sur tout le corps, excepté sur la tête. Il n'en avait pas moins droit, comme on dit chez nous, à des dommages-intérêts; mais, pour en augmenter l'importance, il simule des douleurs au crâne et se fait trépaner. À sa guérison, l'allocation qui lui est accordée par le juge est contestée par son adversaire, qui se fonde sur ce qu'il ne lui a porté aucun coup sur la tête. Une enquête est ordonnée, la fraude est reconnue, et le battu en est puni, ainsi que l'opérateur qui l'avait favorisée. Sans doute, il est permis de croire que dans cette circonstance l'opération n'aura pas été bien sérieuse.

Je ne saurais terminer cette courte analyse du Mémoire de M. Amédée Paris sans rappeler que les habitants de l'Aouress sont des Kabyles ou Berbères qui n'ont guère de commun avec les Arabes que la religion que ceux-ci leur ont imposée, et dont ils n'ont jamais été de fidèles observateurs. J'ajoute que, parmi les Kabyles ou Berbères en général, mais surtout parmi ceux de l'Aouress (*Mons Aurarius* du moyen âge), sont des individus à la peau blanche, aux cheveux blonds et aux yeux bleus, et que depuis le passage de Bruce dans ces montagnes on considère comme des descendants des Vandales. Ne pourrait-on pas supposer que c'est à ces étrangers fondus, avec beaucoup d'autres sans doute, dans la population kabyle ou berbère qu'il faut rapporter l'introduction de certains usages et de certaines pratiques qu'on y trouve aujourd'hui? Parmi ces pratiques pourraient être mises quelques-unes de leurs opérations chirurgicales.

Ainsi que je l'ai dit ailleurs (*Relation médicale et chirurgicale de l'expédition des Portes de Fer,* en 1839), les Kabyles se livrent à bon nombre d'opérations, dont les plus communes sont les scarifications et les applications de feu. Ces opérations sont d'une si facile exécution! Toutefois, une opération plus sérieuse, et qu'ils pratiquent pourtant, est l'opération de la cataracte; ils la font non-seulement sur l'homme, mais encore sur leurs animaux et sur leurs moutons plus particulièrement. Dans le temps, j'ai donné sur ce sujet des détails que je regrette de ne pouvoir reproduire ici.

Une opération dans laquelle excellent les Kabyles est la déligation pour les fractures. Notre appareil inamovible leur est connu depuis un temps immémorial, et ils en usent pour leurs fractures et pour celles de leurs animaux. Ils l'appliquent, on pourrait dire, fort bien; seulement ils le serrent beaucoup trop, de telle sorte que les membres fracturés tombent fréquemment en sphacèle. De là, lorsque les

malades ne succombent pas à l'inflammation qui délimite la partie morte, ces portions de radius, de cubitus, d'humérus, etc., qui saillent plus ou moins au delà des chairs cicatrisées, et que nos anciens collaborateurs avaient souvent occasion de reséquer. Nous-même, pour notre part, nous avons fait bon nombre de ces résections dans les hôpitaux et ailleurs.

Sans doute que, dans cette présentation du Mémoire de M. Amédée Paris, j'ai dépassé les bornes dans lesquelles je devais me renfermer, mais je compte sur tout l'intérêt qu'il présente pour obtenir l'indulgence de l'Académie.

M. LANCEREAUX adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un ouvrage intitulé : « Étude de l'alcoolisme (pathologie) », extrait du *Dictionnaire encyclopédique de médecine et de chirurgie*. (Renvoyé à la Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. KAUFMANN présente, par l'intermédiaire de M. Cl. Bernard, une note sur les fonctions physiologiques et pathologiques de la rate. (Commissaires : MM. Velpeau et Cl. Bernard.)

M. CLAUDE BERNARD présente au nom de M. le docteur Krishaber une note sur des expériences auto-laryngoscopiques pour étudier le mécanisme de la déglutition.

Des expériences auto-laryngoscopiques faites dans le but d'étudier la physiologie de la déglutition m'ont conduit aux résultats suivants :

1° Que, dans l'acte de la déglutition, le bol alimentaire passe dans une des gouttières pharyngiennes, sur un des côtés de l'épiglotte basculée par l'élévation du larynx; ce bol arrive ainsi dans l'œsophage au moment où, par la contraction des muscles constricteurs, le larynx est rétréci et amené au-devant du bol.

2° Que la déglutition des liquides s'effectue de la même manière, ceux-ci passant cependant assez fréquemment sur l'épiglotte même, ce qui arrive plus rarement pour les aliments solides.

3° Qu'une quantité, extrêmement petite, il est vrai, de liquide s'engage pendant la déglutition normale autour du rebord de l'épiglotte et humecte la muqueuse du larynx et même les cordes vocales.

4° Que, dans le gargarisme, le larynx se trouvant largement ouvert, une quantité plus grande s'échappe dans l'intérieur de l'organe vocal.

5° Qu'on peut facilement supporter un bol alimentaire dans les voies respiratoires, c'est-à-dire dans le larynx, jusque sur les cordes vocales et *dans l'intérieur même de la trachée*.

6° Que la sensibilité de la trachée au toucher des corps étrangers est infiniment moindre que celle du larynx.

7° Que des corps durs et froids comme une sonde, par exemple, ne sont nullement tolérés dans les voies respiratoires, tandis que tout corps mou, pouvant adhérer à la muqueuse et ayant une température égale à celle des parties touchées, est facilement toléré dans les voies respiratoires et gardé dans la trachée plusieurs minutes sans amener le moindre effort de toux.

Ces expériences demandent très-peu d'exercice et n'offrent aucun danger.

Le numéro du 1er mai dernier des *Comptes-rendus de l'Académie des Sciences* contient une communication de M. Guinier, de Montpellier, tendant à établir que, pendant la déglutition normale, le bol alimentaire arrive dans le larynx et jusque sur les cordes vocales avant de passer dans l'œsophage.

Il est évident que M. Guinier s'est laissé séduire par l'insensibilité de sa muqueuse laryngée. En effet, dans ces expériences, il laisse tomber le bol alimentaire volontairement dans le larynx, au lieu de faire un mouvement de déglutition et de le conduire normalement dans l'œsophage.

M. CL. BERNARD présente au nom de M. Guinier une note sur des expériences sur la déglutition faites au moyen de l'autolaryngoscopie. (Sera publiée.)

MM. MELSENS et **NATALIS GUILLOT** écrivent pour demander l'ouverture d'un paquet cacheté qu'ils avaient déposé dans les archives de l'Académie le 9 octobre 1843, sur l'emploi de l'iodure de potassium contre le tremblement mercuriel.

Le pli, ouvert séance tenante, s'est trouvé contenir la Note dont la teneur suit :

« Un malade entre dans la seconde salle de médecine de l'hospice de la Vieillesse (hommes), sous le n° 46; ancien doreur sur métaux, affecté de douleurs anciennes, suites de sa profession; douleurs datant de plusieurs années et pour lesquelles il avait subi sans résultat plusieurs traitements. Il fut mis à l'usage de la préparation suivante formulée d'après l'indication et les idées de M. Melsens : iodure de potassium, 4 grammes; eau distillée, 125 grammes. Cette médication fut répétée chaque jour à la même dose; elle fut exactement suivie pendant douze jours. Les douleurs diminuèrent de plus en plus, et au bout de douze jours le malade, soulagé comme il ne l'avait point encore été et pouvant être considéré comme guéri, sortit de l'infirmerie et rentra dans sa division.

« De nouvelles observations sont nécessaires pour prouver :

« 1° Que dans les professions dans lesquelles le mercure est absorbé et détermine des accidents, ce métal peut rester dans les tissus;

« 2° Que ce mercure peut être éliminé à l'état de sel double résultant de l'action de l'iodure de potassium.

« Les expériences à faire, et que nous entreprenons, se déduisent naturellement de ces deux points de vue.

« Nous ne donnons l'observation ci-dessus qu'avec la plus grande réserve, puisqu'elle est encore la seule que nous connaissions et qu'elle n'est point complète. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 20 mai. — Présidence de M. FORGET.

Considérations sur l'opération du strabisme. — M. GIRAUD TEULON. Les tableaux que je mets sous vos yeux renferment 23 cas de strabotomie. Je vous les présente sous cette appellation, parce que c'est uniquement le côté chirurgical de la question du strabisme sur lequel je me propose d'appeler votre attention.

Quoique les observations que je vous présente renferment pour la plupart les éléments propres à l'étude optique de cette même question, je n'arrêterai vos considérations que sur les points de vue de la réparation chirurgicale et de ses résultats.

Lorsqu'il y a deux ans j'ai soumis à votre jugement mes leçons sur le strabisme, l'application pratique de ces mêmes leçons n'avait point encore été faite sur le terrain français. Vous avez accueilli favorablement ma communication, mais je ne pouvais me dissimuler qu'avant de faire passer dans vos esprits la conviction qui régnait souverainement dans le mien, il me fallait, par des exemples incontestables, triompher du préjugé général qui, depuis 1840, a tenu l'opération du strabisme dans un discrédit malheureusement mérité.

Il n'est pas un seul cas où, ayant à me prononcer sur la convenance ou la nécessité d'opérer un strabisme, une objection bien connue de vous ne m'ait été opposée, et la plupart du temps comme une réponse péremptoire. — « N'avez-vous pas crainte de voir l'œil dévié se porter, après l'opération, dans la direction parfaitement contraire, et de faire loucher en dehors un sujet qui louche en dedans, ou *vice versa?* »

C'est à ce préjugé que je dois de ne pouvoir vous présenter, après deux ans, que 23 exemples de strabotomie. Ce nombre cependant, tout petit qu'il soit, suffira pour établir à vos yeux, je ne dirai pas l'innocuité, mais l'avantage mathématiquement calculable de l'opération, telle qu'elle se pratique dans la méthode nouvelle.

Dans les 23 cas dont je donne le résumé, les résultats optiques diffèrent avec chaque circonstance et feront l'objet d'une discussion secondaire. Mais ces mêmes résultats, envisagés au point de vue opératoire, présentent, quant à eux, un caractère de constance et de précision qui ne peut que vous frapper. Vous y remarquerez en effet que chaque opération (et dans plusieurs de ces cas il en a été pratiqué sur un même sujet jusqu'à deux, trois, quatre, cinq et six), vous remarquerez, dis-je, que chacune de ces opérations partielles a déterminé un redressement de l'axe optique de 1 ligne à 2 lignes 1/2.

Ajoutons que dans le cas de ce maximum d'effet, c'est la possibilité et le besoin de la vision binoculaire qui a procuré ce maximum avantageux d'effet utile. Dans tous les cas, en moyenne, on peut dire que chaque opération partielle peut être exprimée dans ses résultats par un redressement d'une ligne 1/4 à 1 ligne 1/2, soit 13 à 18 degrés de déviation. C'est en ce sens que je puis, sans idée préconçue, formuler d'après ce petit nombre de faits la proposition théorique établie par M. de Graefe, sous le nom de dosage de la ténotomie.

Pour que tous les termes de cette question soient bien explicitement produits devant vous, je rappellerai ici brièvement les traits différentiels caractéristiques des deux modes opératoires en présence, ceux de la première époque, ceux de la méthode nouvelle.

En 1841 on coupait invariablement le muscle à 3 ou 4 lignes au minimum de son insertion antérieure, en d'autres termes au delà de son passage à travers la capsule de Ténon. On comptait sur une production de tissu musculaire nouveau entre les deux bouts divisés, production qui n'avait point lieu, comme on l'a su depuis; la portion longue du muscle s'insérait dans la région postérieure du globe en un point inconnu; le muscle, ainsi resoudé, perdait à la fois une grande portion de sa longueur et une non moindre portion de son bras de levier, et le strabisme inverse avait toute facilité pour se produire. Deux principes fondamentaux président à la méthode nouvelle : 1° ne diminuer la longueur du muscle que de ce qu'on ne peut pas se dispenser de lui ôter; 2° demeurer maître du point d'implantation ou de greffe nouvelle de l'extrémité libre. Ces deux principes se réalisent dans la pratique comme il suit : avec des ciseaux très-déliés, on détache délicatement l'insertion même du muscle à la sclérotique. Par là on ne sacrifie de sa longueur que la mince épaisseur du crochet délié qu'on a passé sous lui. Ayant ainsi affranchi le muscle de ses attaches au globe, en avant de la capsule de Ténon, on est par cela même certain qu'il lui est impossible de se réunir de nouveau au globe, au delà de ladite capsule, et c'est ici que l'expérience nous apprend que cette greffe a toujours lieu à 1 ligne ou 1 1/2, quelquefois 2 lignes en arrière du point primitif. Il n'est pas besoin de dire que cette étendue mesure le degré de redressement obtenu. Ce résultat ressort, sans la moindre exception, des 23 cas représentant un total de 35 ténotomies environ que renferme le résumé mis sous vos yeux.

Pour entrer maintenant dans quelques détails, j'exposerai brièvement que ces 23 cas nous représentent 16 cas de strabisme convergent concomitant, dont 11 appartiennent à l'hypermétropie et 5 (proportion plus considérable que d'ordinaire) à la myopie. Nous avons ensuite 5 cas de strabisme divergent concomitant appartenant *tous* à la myopie, et enfin 2 cas de strabisme paralytique dont je vous demanderai la permission de vous entretenir tout à l'heure avec quelques détails.

Au point de vue des résultats, je dois vous dire que les 11 cas d'hypermétropie n'ont fourni que 3 résultats complets comme guérison. Quant aux résultats incomplets, ce sont ceux pour lesquels 2 et 3 opérations étaient nécessaires, et que nous n'avons pas été autorisé à compléter, et dans ces derniers même nous avons toujours obtenu notre ligne 1/2 de redressement par opération, effet qui satisfaisait malheureusement assez les malades pour les empêcher de se soumettre à une action complète. C'est en ce sens que vous devrez interpréter mon mot résultat incomplet, car dans chacun de ces cas, le redressement a toujours été proportionnel au nombre des opérations. Quant aux 10 cas de myopie, soit divergents, soit convergents, les résultats peuvent être considérés comme complets, car dans celui que je note comme incomplet, je n'ai à regretter que la persistance d'une asthénopie spasmodique fort ancienne et que les opérations n'ont pas encore réussi à corriger. Ce cas, dont je me propose de vous entretenir un peu plus longuement, est connu d'un de nos collègues, qui en a suivi tout le développement, M. le docteur Géry père.

Après cette exposition, vous voyez, Messieurs, combien je suis autorisé à venir protester contre les préjugés déplorables qui éloignent non-seulement le public, mais l'immense majorité, la généralité de nos confrères, de l'opération nouvellement restaurée de la strabotomie. Comment ! voici 24 cas dans chacun desquels un redressement précis, mathématique de 1''' à 1''' 1/2, c'est-à-dire de 13° à 20°, a constamment suivi chaque opération et s'est éternellement maintenu, et sans une seule exception, sans un revers, sans une simple dérogation.

Mais ce n'est pas tout, et ce résultat, le seul que le public envisage ou recherche, qui le satisfait, qui le fait s'enthousiasmer, ce résultat n'est encore que la moindre partie du bienfait réalisé!

On ne sait pas assez que quelque soit le degré d'acuité que possède un œil dévié, cet œil ne sert plus à la vision par toute sa portion centrale : il ne conserve plus que la vision d'avertissement et d'orientation dévolue aux régions périphériques de la rétine. Le sujet, en un mot, ne jouit point de la lésion binoculaire ou associée. Il n'a plus le sentiment parfaitement précis des distances, des qualités des objets, du relief; il n'a plus qu'une vision d'éducation et d'habitude. Enfin, privé pendant des années de tout exercice direct (si le strabisme n'est pas alternant), il cesse à la longue de l'être s'il a débuté ainsi), l'œil dévié finit par se perdre et à vingt-cinq ou trente ans il est rare qu'on puisse lui découvrir une acuité de plus d'un dixième.

Or, le redressement que j'ai appelé complet, restitue cette vision binoculaire, arrête les progrès de l'atrophie sensorielle de l'œil dévié, rend à la vision ses qualités fondamentales sinon premières.

Est-ce là un résultat qu'il soit permis de négliger, et la restitution d'un œil en voie de déclin fatal doit-elle être passée sous silence auprès du simple objet d'esthétique qu'on poursuit en se décidant à l'opération? Mais on n'aurait qu'une simple chance de 1/10 en sa faveur qu'on devrait la tenter, surtout quand on considère l'innocuité absolue de l'opération.

Mais, Messieurs, dans les 23 cas dont je viens de vous entretenir, le résultat complet ou la restitution de la vision binoculaire, a été obtenu treize fois! et dans les autres cas on savait en général à l'avance que ce résultat ne pouvait être espéré.

I. — 3 août 1862. — Hôpital des Cliniques. — Service de M. le docteur Nélaton. — Mlle G. P..., dix-neuf ans, rue Saint-Méry, 36, à Paris. — Strabisme convergent concomitant de 2 lignes; myopie; œil sain : myopie 1/13, acuité 1/2; œil dévié : myopie 1/13, acuité 1/15. Une seule opération sous-conjonctivale, après trois mois d'essais orthopédiques divers, sans résultats réels. Résultat immédiat, c'est-à-dire après la période cicatricielle; une 1/2 ligne environ de déviation dans le sens de la déviation primitive. Dix mois à un an après, sans nouvelle opération, restitution complète de la vision associée.

II. — 30 octobre 1862. — Louis Cavalier, seize ans, garçon limonadier. — Strabisme convergent concomitant de l'œil droit, mesurant 1 ligne 1/2 à 2 lignes; myopie légère apparente ou acquise, masquant sans doute l'hypermétropie. Nos notes sont incomplètes. Résultat immédiat semblable au précédent; il reste une 1/2 ligne de déviation dans le même sens. Nous n'avons point revu le malade.

III. — Juin 1863. — M. L..., 10, rue de la Victoire. — Strabisme convergent concomitant de *4 lignes* (1), consécutif à l'hypermétropie; hypermétropie manifeste de 1/24; acuité de l'œil dévié 2/5; opéré par M. Nélaton avec notre assistance. Résultat deux mois après la seconde opération : 1 ligne 1/2 de déviation reste encore, mais nous parvenons à provoquer des images doubles; l'hypermétropie est neutralisée. Résultat définitif, un an après vision associée parfaite : l'acuité dans l'œil opéré est remontée de 2/5 à 1/2; l'œil opéré se dévie dès que le malade abandonne ses lunettes convexes.

IV. — 14 novembre 1863 — Docteur Perrin. — M. C... (du Mans), vingt-cinq ans. — Strabisme convergent concomitant de 2 lignes; myopie de 1/5; acuité presque normale; asthénopie spasmodique. Résultat immédiat et définitif : restitution complète de la vision associée, cessation immédiate de l'asthénopie.

V. — 1er décembre 1863. — Docteur Demarquay. — Mlle S. B... (de Nantes), dix ans. — Strabisme divergent, type de la myopie. Effets incomplets et dangereux des essais orthopédiques (prismes); tension oculaire, myopie progressive dans l'œil dévié, suivant les progrès de la rectification des axes. Résultat immédiat et définitif de l'opération : restitution de la vision binoculaire. Le résultat s'est maintenu.

VI. — Janvier 1864. — Service de M. Boys de Loury, à Saint-Lazare. — Jeune fille de dix-huit à vingt ans. — Strabisme convergent concomitant de 2 lignes, secondaire; ténotomie du droit interne. L'œil dévié n'avait point de vision à un degré notable. Résultat seulement cosmétique, mais complétement satisfaisant. La malade a été perdue de vue.

VII. — 2 avril 1864. — Docteur Solaville. — Mlle C. B..., fleuriste, 20, rue Saint-Lazare. — Strabisme convergent concomitant de l'œil gauche, 3 lignes 1/2; hypermétropie; vision très-amoindrie dans l'œil dévié; une seule opération. Correction de 2 lignes; il reste 1 ligne 1/2 de déviation. La malade se contente de ce résultat et se refuse à un complément d'opération.

VIII. — 28 octobre 1863–19 avril 1865. — Docteur Géry père. — Mme veuve C..., cinquante-cinq ans. — Strabisme convergent concomitant de plus de 5 lignes (les centres des cornées en rapport avec les deux points lacrymaux inférieurs), compliqué de déviation de l'œil droit en haut; myopie de 1/4; asthénopie spasmodique. Du 28 octobre 1863 au 29 avril 1865, six opérations ont été pratiquées, deux sur chaque droit interne, une sur le droit supérieur droit; une sixième, de correction inverse, sur le droit externe gauche (19 avril 1865). Résultat immédiat absolument satisfaisant, après les cinq premières opérations. Seulement il y a insuffisance du mouvement en haut dans l'œil droit (dans lequel a été sectionné le droit supérieur), partant doubles images d'inégales hauteurs, fusionnées ensuite par un prisme approprié. Quatre à cinq mois après, résultat définitif moins bon; au raccourcissement des muscles de la convergence a succédé un certain degré d'insuffisance qui a ramené l'asthénopie. Le but a été dépassé de 3/4 de ligne environ, mais on ne s'en aperçoit qu'à l'étude de la fonction, non pas à l'apparence extérieure. La dernière opération (rectificatrice) du 19 avril 1865 : effet excellent; la vision associée est reconstituée; l'asthénopie cède chaque jour aux injections hypodermiques de morphine.

IX. — 1er mai 1864. — Hôpital des Cliniques. — L. B..., dix-huit ans, ouvrier. — Strabisme concomitant convergent, alternant (double), mesurant 3 lignes 1/2; hypermétropie; acuité et réfraction égales des deux côtés; ténotomie des deux droits internes à douze jours de distance. Résultat immédiat très-satisfaisant, complet; mais il ne s'est pas maintenu, et il y a eu rétrogradation de 3/4 de ligne au bout de trois à quatre mois, et qui s'est arrêté là. Le jeune homme, revu depuis, tout récemment, a encore une convergence de 1/2 à 3/4 de ligne. L'observation sera complétée. D'ici à quelques mois le sujet doit venir se soumettre à une nouvelle opération.

X. — 13 juin 1864. — Notre clinique. — R..., âgé de vingt ans, confiseur. — Strabisme convergent concomitant de 3 lignes; hypermétropie; vision nulle dans l'œil dévié; ténotomie. Résultat immédiat : redressement satisfaisant, mais dont il est difficile de mesurer l'étendue, vu la nullité de la vision de l'œil opéré. Simple effet cosmétique.

XI. — 23 juillet 1864. — Mlle R. B..., trente-cinq ans, institutrice. — Strabisme double divergent de 3 à 4 lignes (myopie), compliqué d'asthénopie spasmodique; acuité et partie de la vision égales des deux côtés; ténotomie à 3 reprises, les 3 et 22 août 1864, enfin cette année des deux droits externes (deux fois celui de l'œil gauche). Ces trois

(1) Dans une déviation de 4 lignes, la cornée n'est plus vue que de profil, elle disparaît presque dans l'angle orbitaire, quand l'œil sain fixe un objet sur la ligne médiane.

opérations ont chacune pour leur part amené un certain degré de strabisme dynamique externe ou d'insuffisance des internes à cause de l'asthénopie musculaire. Il y a lieu de penser qu'il faudra une quatrième opération, mais nous ne la pratiquerons pas avant plusieurs mois. Le 8 mai les yeux sont parfaitement harmoniques, et il se peut bien qu'il n'y ait, au fond, que de l'hyperesthésie rétinienne.

XII. — 28 février. — Mme de L..., vingt ans. — Strabisme convergent non concomitant par paralysie de la sixième paire droite (suscitat); raccourcissement par suture du tendon du droit externe à droite; ténotomie du droit interne. Résultat purement chirurgical; redressement statique de l'axe visuel de 1 ligne 1/2 (longueur du raccourcissement opéré), mais aucune modification dans les mouvements.

XIII. — 3 août 1864. — Clinique. — B. W..., neuf ans. — Strabisme divergent concomitant de l'œil droit (myopie), 2 lignes; opération classique; acuité possible de l'œil dévié. Résultat complet et immédiat : restitution de la vision simple associée.

XIV. — 24 octobre 1864. — M. Nélaton. — Mlle B..., dix-huit ans. — Strabisme convergent concomitant de l'œil gauche mesurant 3 lignes; hypermétropie; œil dévié, très-peu de vision, 1/10; *une ténotomie*. Résultat immédiat et définitif: redressement de 2 lignes; bon effet cosmétique, quoique incomplet, 3/4 de ligne en moins. Le résultat s'est maintenu, mais la vision associée ne s'est pas rétablie (acuité 1/10). Nous croyons que le malade redemandera plus ou moins tôt une nouvelle opération.

XV. — 4 novembre 1864. — M. Géry père. — Mme de L..., fille du no VIII. — Asthénopie musculaire par insuffisance des droits internes; myopie; ténotomie d'un droit externe, application d'une suture dans la crainte de produire un effet exagéré. Résultat immédiat : redressement d'une ligne ou de 3/4 de ligne seulement. Effet incomplet. La malade a acquis la faculté de lire deux heures sans fatigue. Il y aura lieu à une nouvelle ténotomie dans le même sens. Nous attendons un balancement musculaire bien assis avant d'y procéder.

XVI. — 18 novembre 1864. — Docteur Garreau. — Mlle de L..., onze ans. — Strabisme divergent concomitant de 2 lignes par simple insuffisance des droits internes alternant; portée et acuité anormales des deux côtés; ténotomie du droit externe droit. Résultat immédiat très-satisfaisant, complet. Résultat intermédiaire : redressement complet dans le plan de l'horizon et au-dessous. Reproduction de la divergence dans la vue au-dessus de l'horizon : images doubles d'inégale hauteur. Prismes correcteurs de l'inégalité de hauteur, ramenant la vision associée dans un rayon de quelques degrés au-dessus de l'horizon. Dans l'espace de quatre mois, redressement complet, vision binoculaire simple, excepté dans le regard tout à fait en haut.

XVII. — 19 nov. 1864. — M. D..., étudiant en droit, dix-neuf ans. — Strabisme convergent concomitant de 2 lignes; myopie; vision et réfraction à peu près les mêmes des deux côtés; une seule ténotomie. Résultat immédiat et secondaire absolument complet; restitution de la vision associée simple en même temps que redressement apparent complet.

XVIII. — 24 septembre 1864. — Docteur Morpain. — Mlle A..., vingt ans, institutrice. — Insuffisance des droits internes produisant l'asthénopie musculaire; ténotomie du droit externe gauche. Résultat immédiat et secondaire complet. Disparition immédiate de l'asthénopie.

XIX. — 28 novembre 1864. — Mme P. D..., trente-trois ans. — Strabisme convergent concomitant et alternant de 2 lignes (plus prononcé à droite), consécutif à l'hypermétropie et compliqué d'asthénopie accommodatrice spasmodique; vision passable dans l'œil dévié; ténotomie du droit interne droit. Résultat immédiat et actuel : redressement à 1/2 ligne près; excellent effet cosmétique, mais persistance des troubles asthénopiques, quoiqu'à un moindre degré. Il y aura lieu à une nouvelle et légère opération.

XX. — 30 janvier 1865. — M. D..., vingt-deux ans. — Strabisme convergent concomitant de l'œil gauche, consécutif à l'hypermétropie et compliqué d'une forte déviation en haut par rétraction du droit supérieur, mesurant 3 lignes 1/2 à 4 lignes; deux ténotomies des droits internes, une du droit supérieur; vision presque perdue dans l'œil dévié. Effet immédiat incomplet quant à la vision, très-satisfaisant comme effet cosmétique. Seulement il y a rétraction nouvelle du droit supérieur, déjà une fois coupé, lors de la direction du regard sur l'extrême droite. Les yeux sont parfaitement redressés dans le plan médian.

XXI. — 3 mars 1865. — C. M..., cinq ans. — Strabisme convergent, concomitant de l'œil gauche de 3 lignes; hypermétropie; une seule ténotomie. Redressement de 2 lignes environ. Les parents, satisfaits, ne veulent pas courir le danger de détruire par une seconde opération l'effet produit.

XXII. — 12 avril 1865. — M. T..., trente-sept ans. — Strabisme divergent de l'œil droit, consécutif à une paralysie de la troisième paire du même côté; 3 ou 4 lignes de déviation (phase régressive de la paralysie). Déplacement en avant de l'insertion du droit interne paralysé (procédé de Graefe), section de l'antagoniste (droit externe). Ptosis, combattu par les serres fines. Aujourd'hui, la vision binoculaire simple a lieu à toute distance dans le plan médian; les axes sont parfaitement en rapport en face et dans un rayon de 10 à 20 degrés autour de la ligne médiane. De doubles images apparaissent seulement sur la périphérie du champ visuel.

XXIII. — 1er mai 1863. — Mlle B..., onze ans et demi. — Strabisme intermittent convergent de 1 ligne 1/2, consécutif à l'hypermétropie; l'œil dévié (le gauche) n'a perdu que peu d'acuité; une ténotomie. Redressement cosmétique extrêmement satisfaisant, mais il manque quelques degrés pour la vision associée; mais il faut noter que malgré la conservation de l'acuité dans l'œil redressé il y a comme une incompatibilité acquise à la vision associée. Nous sommes jusqu'ici presque dans l'impossibilité de provoquer la sensation des doubles images. Aujourd'hui, redressement complet, doubles images très-voisines, parfois vision simple.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

pendant l'année 1864 (suite).

766. Considérations sur la situation normale de l'utérus à l'état de vacuité et la direction du canal vaginal, par M. Herrgott.

767. De l'ulcère de Cochinchine, par M. Bassignot.

768. Quelques mots sur la laryngite chronique simple et le laryngoscope, par M. Fauré.

769. Du bain prolongé, par M. Lambossy.

770. Quelques considérations sur la nature de la blennorrhagie, par M. Badal.

771. De la rubéole, par M. Danis.

772. Des tumeurs hydatiques du foie et de quelques difficultés dans leur diagnostic, par M. Brionval.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté ministériel :

M. le docteur de Lamaëstre vient d'être nommé médecin de l'Asile d'aliénés de Quatremares.

— La Société médico-pratique de Paris rappelle qu'elle décernera, en 1866, un prix de 300 fr. au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie, ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents (ictère, vomissements incoercibles, saignée dans la grossesse, dystocie, accouchement prématuré artificiel, hémorrhagies, mort subite, opération césarienne, accouchement forcé *post mortem*, etc., etc).

La Société demande des travaux originaux, encore inédits, appuyés sur de bonnes et solides observations, et précédés d'un exposé succinct de l'état de la science sur le sujet traité.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés *franco*, suivant les formes académiques usitées, à M. le secrétaire général, le docteur Perrin, 9, rue Charlot, ou à l'agent de la Société, M. Martin, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 31 décembre 1865.

— La séance prochaine de la Société médicale d'observation aura lieu le 14 juillet 1864.

Ordre du jour :

1° Rapport de M. Paul Topinard sur une observation d'atrophie musculaire progressive avec phénomènes oculo-pupillaires, de M. Menjaud.

2° Rapport de M. Laborde sur une observation d'hystéro-épilepsie avec angine de poitrine, de M. Duguet.

3° Rapport de M. Hemey sur diverses observations de varioles anormales, de M. Pelvet.

4° Élections à trois places de membre titulaire.

Rupture du péricarde, bruit de roue hydraulique ou bruit de moulin, par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, chirurgien de l'hôpital Beaujon. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, année 1864. 1 vol. gr. in-8 de 40 pages. Prix : 1 fr. 25. Paris, 1865, Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Loisirs poétiques d'un spécialiste, par M. le docteur J. VÉNOT, de Bordeaux. 1 vol. in-8 de 200 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865, Germer-Baillière, libraire-éditeur.

Climats de l'Afrique septentrionale, de l'Italie et du midi de la France, par M. le docteur B. SCHNEPP, inpecteur adjoint à Eaux-Bonnes. Paris, 1865. 1 vol. in-12. Prix : 4 fr. Louis Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine.

Schwalbach, sous ses rapports aux principales maladies des femmes, par M. le docteur Th. FRICKHOEFFER. Schwalbach, in-8 de 85 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1865, J.-B. Baillière et fils, libraires.

La goutte et les eaux minérales, par M. J. QUISSAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, conservateur du musée anatomique, etc. In-8 de 150 pages. Prix : 3 fr. Paris, 1865, J.-B. Baillière et fils, libraires.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — COURS DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE. Histoire générale de l'inflammation. — CLINIQUE DES MALADIES DES YEUX. Exploration de l'oreille. — Érysipèle. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelle.

PARIS, LE 12 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Depuis plusieurs années nos lecteurs ont pu remarquer que les colonnes de la *Gazette* renfermaient un nombre assez considérable de cas de thoracentèse. L'an dernier, nos correspondants de province nous ont adressé quatre faits de guérison; l'année précédente, M. le docteur Masson (d'Yvetot) nous avait fait parvenir une statistique de 10 guérisons sur 12 opérations de thoracentèse. En 1844, Hughes Coek citait 7 guérisons sur 20 thoracentèses; Hamilton Roe possédait 10 faits de guérison sur 29 opérations. En Amérique, l'année dernière, Bowditch rassemblait 29 guérisons sur 75 opérations d'empyème. Dans les hôpitaux de Paris, Aran, MM. Trousseau et Marotte ont plusieurs fois appelé l'attention de leurs élèves sur la valeur de la thoracentèse, et cette opération se trouve rappelée aujourd'hui à l'ordre du jour en France et à l'étranger.

M. J. Guérin vient d'ouvrir à l'Académie une discussion sur ce sujet.

La thoracentèse est une grande question, elle embrasse la thérapeutique de la pleurésie chronique et la thérapeutique des plaies de poitrine compliquées. Sur ce terrain commun, la médecine et la chirurgie vont se rencontrer, et ce ne sera pas trop des lumières réunies de l'une et de l'autre branche de notre art pour éclairer de nouveau un point qui a été l'objet de tant de controverse depuis Hippocrate.

Les chirurgiens se sont toujours prononcés pour l'ouverture d'un espace intercostal par une incision avec le bistouri; ils se sont appuyés sur le précepte d'Hippocrate et sur le succès d'Amboise Paré, à Turin. Ils songeaient aux épanchements purulents consécutifs aux plaies de poitrine.

Les médecins, au contraire, se sont rangés au procédé de la thoracentèse par la ponction, et leur but était toujours de prévenir l'entrée de l'air dans la poitrine. Sans compter les essais de canule faits par Fabrice d'Aquapendente, bien des tentatives se sont succédées; Héroldt et M. G. Pelletan ont proposé des canules à soupapes qui permettaient la sortie du liquide des cavités pleurales et empêchaient l'introduction de l'air. Ces instruments ont été remplacés par une canule au pavillon de laquelle est fixée une baudruche; celle-ci, mouillée par le liquide qui sort de la canule, s'applique sur l'orifice de celle-ci et forme soupape au moment où l'air extérieur tend à se précipiter dans la canule, puis dans la poitrine. Cette simple et merveilleuse disposition est devenue une de nos plus précieuses acquisitions. Reybard (de Lyon), pour avoir inventé cet ingénieux mécanisme, a droit à une belle page dans l'histoire de la thoracentèse.

Que M. J. Guérin nous le pardonne, l'appareil de sa méthode sous-cutanée n'approche pas de la canule de Reybard. La perfection de la thoracentèse est de produire une évacuation qui se rapproche le plus de la résorption spontanée du liquide contenu dans les plèvres, c'est-à-dire une évacuation continue et mesurée, et rien n'est plus propice pour cela que la canule de Reybard.

Grâce à elle, le liquide sort peu à peu, et en proportion de la dilatation progressive du poumon qui commence à respirer plus amplement. Une seringue ne peut être laissée sans cesse fixée à la canule qui est placée dans la poitrine, et si on ne vide pas la cavité pleurale avec régularité, c'est comme si l'on ne faisait rien.

M. Piorry a proposé un siphon baignant dans l'eau. C'est là à peu près le mécanisme de la canule de Reybard, avec plus de difficulté et moins de sûreté dans le maniement; l'instrument du médecin de Lyon reste donc supérieur à tous les autres.

MM. Bouley et Briquet ont demandé la parole sur la question. La discussion continuera mardi prochain.

L'Académie a entendu une lecture de M. Scoutetten sur la méthode électrolytique dans les opérations chirurgicales. Le lecteur trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

Dr Armand Després.

COURS DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE. — M. Tony Moilin.

Histoire générale de l'inflammation. — Circulations locales.

Quelle que soit l'idée qu'on se fasse de l'inflammation, tout le monde admet qu'elle a son siége dans les petits vaisseaux et qu'elle est une modification de la circulation capillaire. Avant donc de commencer l'histoire de l'inflammation, il ne sera pas inutile d'entrer dans quelques considérations physiologiques sur la circulation capillaire.

Un premier point sur lequel je désire attirer votre attention, c'est le phénomène des circulations locales. Bien que le cœur soit l'organe central de la circulation et qu'il pousse le sang dans tous les vaisseaux, cependant ce liquide ne circule pas dans les divers capillaires avec la même rapidité. Ainsi il arrive souvent qu'un organe est le siége d'un afflux sanguin exagéré tandis qu'un organe voisin a une circulation ordinaire ou même ralentie. La rougeur de la honte, la pâleur de l'effroi sont des exemples bien connus de ce phénomène.

L'existence de ces circulations locales est aujourd'hui facilement explicable. Elle est due à la contractilité des petits vaisseaux. Les artérioles et les veinules ne sont pas des tubes inertes comme on l'a cru longtemps, mais elles possèdent de nombreuses fibres musculaires. Ce sont ces fibres musculaires qui, par leurs contractions, modifient le cours du sang et produisent tantôt une accélération, tantôt un ralentissement de la circulation capillaire. Chose importante sur laquelle je ne saurais dès à présent trop insister, les artérioles et les veinules ont des fonctions différentes et leurs contractions produisent sur la circulation un effet tout opposé.

Les artérioles ralentissent le cours du sang dans les capillaires. Rien de plus facile à comprendre. Chaque artériole est recouverte par une tunique de fibres musculaires contractiles formant autour du vaisseau des anneaux plus ou moins complets. En se contractant, ces fibres musculaires étreignent l'artériole, elles rétrécissent son calibre, elles éteignent sa lumière et gênent ainsi plus ou moins le passage du sang. Quand cette contraction est très-énergique, l'artère peut même être complétement oblitérée et sa circulation interrompue. Tout cela est confirmé par l'expérience. Si, en effet, sur un animal, on excite le nerf d'un artère, on voit aussitôt tous les organes tirant leur sang de cette artère présenter un ralentissement de leur circulation. Ils pâlissent, ils se refroidissent, ils perdent leur sensibilité, ils diminuent de volume; en un mot ils présentent une véritable anémie locale parfaitement limitée à la distribution de l'artère excitée. Je n'insiste pas davantage sur les effets de la contraction artérielle, effets qui ont été signalés déjà bien souvent et que personne ne conteste plus.

Je passe immédiatement à l'histoire des veinules. Elles sont les antagonistes des artérioles. En se contractant, elles accélèrent la circulation des capillaires, bien loin de la ralentir. Cette différence d'action tient à leur structure différente. Les fibres contractiles des veinules ne sont pas disposées comme celles des artérioles. Au lieu de former une couche unique, elles en font deux, l'une longitudinale, parallèle à l'axe des vaisseaux; l'autre circulaire et perpendiculaire à ce même axe. C'est exactement la disposition offerte par les fibres contractiles du tube digestif et les canaux excréteurs. En se contractant, les deux tuniques musculaires des veinules ne rétrécissent pas ces vaisseaux, elles n'en effacent pas le calibre, mais elles produisent un mouvement péristaltique qui pousse le sang veineux vers le cœur. De même que les contractions péristaltiques de l'intestin favorisent la progression des matières alimentaires, de même que les contractions péristaltiques de l'uretère hâtent la marche de l'urine, de même les contractions péristaltiques des veinules accélèrent le cours du sang. La même structure anatomique suppose évidemment la même fonction, et l'on ne saurait admettre que des fibres musculaires, disposées exactement de même, produisent tantôt un mouvement péristaltique et tantôt un autre mouvement.

Mais le cours du sang ne saurait être accéléré dans les veinules sans l'être en même temps dans les capillaires situées au-dessus. En effet, il ne peut pas y avoir de vide dans l'intérieur des voies circulatoires. A mesure que les veines se vident du côté du cœur, elles reçoivent du sang du côté des capillaires.

Si donc les veinules, par suite de la contraction de leurs parois, se vident plus vite que de coutume, il faut que les capillaires leur fournissent plus de sang que d'ordinaire, autrement dit il faut que la circulation capillaire soit accélérée dans tous les tissus d'où proviennent les veinules excitées. Cela est de la dernière évidence et d'ailleurs confirmé par l'expérience. Si sur un animal on excite les nerfs qui animent les veinules d'un organe on produit immédiatement une accélération très-manifeste de la circulation capillaire de cet organe. Les tissus, correspondant aux veinules excitées deviennent plus rouges, plus chauds, plus sensibles, plus turgides, et laissent suinter des exsudations plus abondantes. Il se produit une hyperémie locale qui est la contre-partie exacte de l'anémie locale consécutive à la contraction des artérioles. On a donc eu raison de dire que les veinules et les artérioles étaient des vaisseaux antagonistes et produisaient sur la circulation capillaire des effets opposés. Le raisonnement l'indique, l'expérience le confirme, et cette double preuve *à priori* et *à posteriori* doit satisfaire les esprits les plus exigeants.

Le sang qui traverse les capillaires s'y débarrasse de sa partie la plus liquide, de son plasma. Ce plasma pénètre dans la trame même des tissus; il y est employé à la nutrition des éléments histologiques, puis il est repris par les radicules des lymphatiques, se mélange à la lymphe, circule dans les vaisseaux lymphatiques, et vient finalement se jeter dans le sang des veines sous-clavières. Il y a donc dans le corps deux circulations. L'une est la circulation ordinaire; elle est produite par le déplacement des globules du sang qui tournent, sans jamais en sortir, dans le cercle fermé des vaisseaux sanguins. L'autre est la circulation interstitielle; elle est constituée par le mouvement du plasma, qui sort des capillaires, traverse la trame des tissus, entre dans les vaisseaux lymphatiques, et revient dans le sang en passant par le canal thoracique ou par la grande veine lymphatique. Cette seconde circulation, à laquelle personne ne fait attention, est cependant la plus importante, et sans elle la circulation sanguine serait inutile. En effet, pour que la vie s'entretienne, il ne suffit pas qu'il y ait un liquide nutritif dans l'intérieur des vaisseaux sanguins; il faut, de plus, que ce liquide réparateur soit mis en contact immédiat avec les tissus, et leur fournisse les principes dont ils ont besoin. Or c'est la circulation interstitielle qui est chargée de ce soin.

Les vaisseaux lymphatiques ont la structure des veines. Leurs fibres musculaires forment deux couches, l'une longitudinale, l'autre transversale, et se trouvent ainsi disposées de manière à produire un mouvement péristaltique. La contraction des vaisseaux lymphatiques a donc pour résultat d'accélérer le cours de la lymphe dans les réseaux lymphatiques et partant de rendre la circulation interstitielle plus abondante et plus rapide. On n'a pas pu, il est vrai, vérifier ce résultat par l'expérience directe, parce que la physiologie du système lymphatique est encore peu avancée. Mais la structure musculaire des lymphatiques, les nombreuses valvules dont ils sont hérissés, ne laissent aucun doute sur leurs fonctions et sur le rôle important qu'ils remplissent dans la production de la circulation interstitielle.

En résumé, il y a dans les tissus trois sortes de vaisseaux ayant chacun un usage distinct : les artérioles, les veinules et les lymphatiques. Les artérioles ralentissent la circulation capillaire; les veinules activent cette même circulation; enfin les lymphatiques accélèrent la circulation interstitielle. Tels sont les effets physiologiques de la contraction de ces trois sortes de vaisseaux. Dans la prochaine leçon, je vous dirai quels sont les phénomènes morbides produits par leur paralysie.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. Triquet.

De l'exploration de l'oreille ou de l'otoscopie.

On entend par otoscopie ou exploration de l'oreille l'ensemble des moyens que l'art met en usage pour reconnaître l'état dans lequel se trouvent les différentes parties de cet organe compliqué.

L'oreille étant presque entièrement cachée au fond d'un réceptacle osseux, l'exploration que nous allons entreprendre est pleine de difficultés; elle exige aussi l'emploi et le concours d'un certain nombre d'instruments appropriés.

Ces instruments sont : 1° le spéculum; 2° les réflecteurs; 3° les sondes; 4° le soufflet en caoutchouc, ou la pompe à compression; 5° le laryngoscope (1).

On comprend que l'exploration du pavillon peut se faire

(1) Je donne la préférence au laryngoscope du docteur Moura-Bourouillou.

complétement sans qu'il soit besoin de recourir à ces divers instruments.

Mais, dès qu'il faut examiner le conduit auditif, le spéculum et les miroirs sont indispensables; pour l'examen de la caisse et des trompes, les sondes d'argent ou de gomme, un soufflet en caoutchouc, une pompe à compression et un laryngoscope, deviennent nécessaires au praticien.

Remarques préliminaires. — *Position du malade.* Le malade doit être assis sur un siége à dos élevé, près d'une fenêtre bien exposée à la lumière. Si le jour est beau et qu'on puisse avoir un rayon de soleil à sa disposition, l'oreille devra être placée tout d'abord dans cette direction, afin que l'examen soit autant que possible rapide et complet.

Le patient, étant donc assis près d'une fenêtre bien éclairée, restera immobile, la tête inclinée sur l'épaule opposée à l'oreille que l'on doit examiner. Ces préparatifs terminés, le chirurgien procède à l'examen des parties et dans l'ordre qui va suivre. Il observe avec soin l'état du pavillon, de la conque, le méat externe, le cérumen, qu'on y voit en petite quantité, les poils qui servent à l'agglutiner et qui ferment l'entrée du conduit. La nature et la quantité de l'écoulement, s'il en existe (muqueux, purulent, sanguin), doivent être notées avec soin, ainsi que son odeur, son âcreté, etc. Les ganglions lymphatiques qui entourent l'oreille seront palpés, et on constatera leur état. Celui que j'appelle sub-lobulaire et qui est engorgé dans les vieilles otorrhées sera exploré avec la plus grande précaution; car j'ai eu maintes fois l'occasion de voir les malades accuser la douleur la plus poignante dans l'oreille quand ce ganglion était pressé sans ménagement entre les doigts.

Vient ensuite l'examen de l'apophyse mastoïde; il faut tenir compte de sa grandeur, de sa forme, de sa couleur, et la comparer avec celle du côté opposé. — La percussion de cette éminence, que Wilde a proposée le premier, ne doit pas être négligée. On procède ensuite à l'examen de la membrane du tympan, de la caisse, de la trompe, des cellules et de l'oreille interne.

Reprenons séparément les différents points de cet examen et entrons dans quelques détails, chacun d'eux étant utile au praticien.

A. *Exploration du pavillon.* — La couleur, la forme, l'épaisseur, la consistance, l'élasticité, la transparence, la température, l'angle d'insertion qu'il forme avec le crâne, telles sont les questions principales qu'il faut résoudre pour que l'examen soit complet.

Le pavillon doit avoir une couleur d'un blanc rosé à l'état normal. Par conséquent, toute altération de cette coloration devra fixer l'attention. Ainsi sa pâleur chez les chlorotiques, les sujets devenus anémiques à la suite des écoulements de sang abondants, qui peuvent avoir lieu par l'oreille et aussi chez les enfants lymphatiques, à chairs molles et plus ou moins strumeux.

On constate une rougeur plus ou moins vive, au contraire, dans toutes les inflammations de l'oreille, aiguës ou chroniques, dans l'engelûre, les otites externe et interne, les affections herpétiques de l'oreille, etc.

Les taches de naissance, les *nœvi* et tumeurs érectiles, les furoncles, les kystes, s'il y en a, seront ainsi soumis aux investigations de l'observateur par le simple examen du pavillon. Chez les individus sanguins et présentant les symptômes de surdité congestive, le pavillon est d'un rouge bleuâtre très-gorgé de sang; les veines se dessinent en relief à sa surface. C'est dans ce cas qu'on a pu conseiller avec succès la saignée des veines du pavillon chez les individus pléthoriques.

La forme du pavillon doit aussi fixer l'attention; car il n'est en réalité qu'une espèce de cornet acoustique, destiné à rassembler les sons et à les augmenter même par ses vibrations. Partant, toutes les maladies qui porteront atteinte à sa forme, à sa consistance, à son élasticité (otite dartreuse par exemple), seront évidemment des causes qu'il faut noter, relativement à leur influence sur la diminution ou l'abolition plus ou moins complète de la fonction de l'organe.

La température du pavillon sera également interrogée ainsi; dans toutes les otites externes ou internes, les surdités nerveuses congestives, la chaleur se fait sentir avec des caractères particuliers; elle est d'ailleurs appréciable à la main et au thermomètre surtout quand on vient à comparer l'oreille malade avec celle du côté opposé.

Quant à l'angle d'insertion, il a une grande importance; le pavillon doit former avec la tempe un angle de 40° à 45° ouvert en avant. Ce sont les meilleures oreilles qui possèdent un pavillon ainsi conformé; malheureusement l'habitude que l'on a de comprimer le pavillon de l'oreille chez les enfants et dès leur berceau, ne lui permet guère de se développer selon les lois de la nature, et la plupart du temps nous observons des oreilles dont l'auricule est tout à fait aplati et collé sur la tempe. Il est certain que cette disposition exerce une fâcheuse influence sur la finesse de l'ouïe.

En résumé, la forme du pavillon de l'oreille à l'état normal doit toujours être présente à l'esprit du praticien, dans l'exploration qu'il fait de cet organe, et toutes les nuances qui s'éloigneront de l'état physiologique devront être notées comme des altérations pathologiques.

B. *Exploration du conduit auditif.* — Le méat ou entrée du conduit doit d'abord fixer l'attention : deux petites saillies ou éminences en limitent l'ouverture; ces deux saillies sont le tragus et l'anti-tragus. A l'état normal et chez les jeunes sujets, ces deux éminences laissent à découvert l'orifice du conduit auditif; mais chez les sujets avancés en âge, ces opercules membraneux, en partie constitués par la peau et un fibro-cartilage très-mince, deviennent plus ou moins flasques et participent au relâchement général de tous les tissus de l'économie; alors il n'est pas rare de voir le tragus se rapprocher de l'anti-tragus en fermant l'entrée de l'oreille. C'est là une cause de surdité ou plutôt de dureté d'oreille, à laquelle on peut facilement remédier à l'aide d'un petit cornet en argent.

Il faut encore examiner les poils qui se trouvent sur les bords du méat. Leur entrecroisement et l'espèce de feutrage qui en résulte, surtout quand un cérumen épais vient les invisquer, est une cause d'obstruction qui n'échappera jamais à un médecin attentif.

Maintenant si, prenant doucement le pavillon entre le pouce et l'index, nous le portons en haut et en arrière, l'œil peut déjà plonger au fond du méat et nous révéler quelques-unes des altérations qui peuvent s'y rencontrer.

Ainsi, le méat est gonflé dans toutes les otites externes et internes, et surtout les otites herpétiques ou dartreuses; ainsi, le cérumen peut manquer; il peut, au contraire, former des masses concrètes, noirâtres et dures (concrétions cérumineuses).

L'entrée du conduit peut encore présenter les traces d'un suintement purulent ou sanguin.

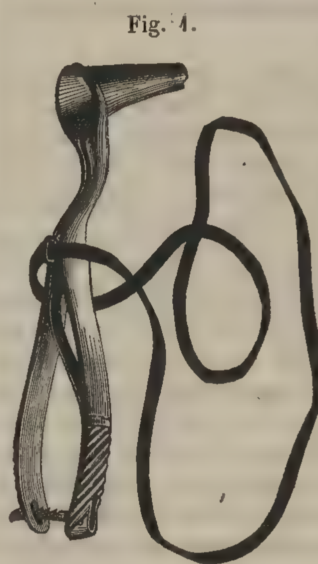
Mais nous ne pouvons porter plus loin notre examen sans avoir recours au spéculum et à un éclairage convenable. Le spéculum auquel je donne la préférence est le spéculum à deux branches et à deux valves, tel que je l'ai modifié pour les besoins de la pratique.

Le spéculum tubulaire et plein de Gruber, de Vienne (1), employé en Allemagne et en Angleterre, me paraît bien inférieur pour l'examen du conduit auditif, et il suffit d'avoir cherché à l'employer seulement dans les cas où l'exploration est difficile pour rester convaincu du peu d'utilité qu'on en peut tirer, car son infériorité est bien réelle.

En effet, quelle que soit la manière dont on l'applique, il ne fait jamais voir qu'un seul point du canal ou de la cloison, le point qui se trouve en face de son extrémité profonde; tandis que le spéculum à deux valves et à deux branches, manié convenablement, permet d'observer complétement non-seulement les parois du conduit dans toute son étendue, mais aussi la membrane du tympan, non pas dans un point limité seulement; mais, par le degré de dilatation plus ou moins considérable et aussi d'inclinaison qu'on peut lui donner, l'observateur voit passer sous ses yeux la membrane tout entière, dans chacun des segments qui lui sont propres, avec ses bords, sa circonférence, son centre, ses zônes intermédiaires, et cela sans changer l'instrument de place, et par une simple et légère pression sur les branches que l'on tient sous les doigts.

Si le jour est beau et qu'on puisse faire tomber un rayon de soleil sur les valves du spéculum, l'examen qu'on se propose est rapide et complet. Mais par les temps brumeux, en hiver et à Paris surtout, il faut de toute nécessité recourir à un éclairage artificiel; pour obtenir ce résultat, on emploie des miroirs métalliques ou en glace étamée.

Fig. 1.



Spéculum.

Je donne la préférence au miroir métallique qui porte mon nom et que j'emploie depuis quinze ans; seulement trois modifications ont été apportées à sa construction :

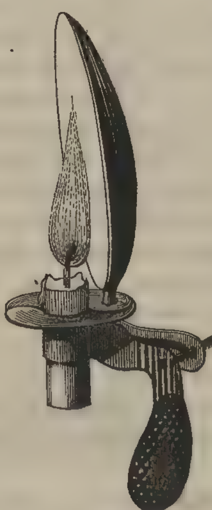
1°. J'ai fait donner plus de largeur à la surface réfléchissante et diminuer sa concavité;

2° Un trou oculaire est percé au milieu, afin que l'observateur puisse mieux suivre la marche des rayons lumineux;

3° Un petit verrou de sûreté est fixé au point d'écartement des valves, afin que la pression des doigts ne vienne point exposer le chirurgien à faire tomber la bougie placée entre ces mêmes valves et qui sert de foyer lumineux.

Ce petit appareil donne une image nette et brillante et répond à tous les besoins de la pratique : on peut l'ajuster à un support à pied, et rendre libre la main qui le présentait à l'oreille; ainsi, quand on veut nettoyer l'oreille avec un pinceau, pratiquer une exploration profonde, appliquer un caustique, la main gauche tient le spéculum et la main droite porte dans le conduit auditif les médicaments ou les instruments appropriés à l'indication que le praticien veut remplir.

Fig. 2.



Réflecteur.

On peut aussi le maintenir en place à l'aide du ruban en caoutchouc figuré plus haut; on passe le ruban autour de la tête du patient, et l'on fixe les valves ouvertes de l'instrument au moyen de la crémaillère annexée à l'extrémité libre des branches.

De cette manière le chirurgien a les deux mains libres, et peut pratiquer telle exploration ou telle opération qu'il juge nécessaire.

(1) C'est le professeur Gruber (de Vienne) qui le premier appliqua le spéculum tubulaire à l'oreille.

Le miroir en glace étamée, tel qu'on l'emploie en Allemagne, a de 9 à 10 centimètres de diamètre et près de 40 centimètres de foyer; il sert, il est vrai, à réfléchir la lumière diffuse du jour, du soleil, ou bien celle d'une lampe ou d'une bougie placée de côté et en avant de l'oreille; seulement l'œil de l'observateur se trouve beaucoup trop loin pour qu'il lui soit permis de distinguer nettement les différentes altérations, bornées quelquefois à de légères nuances dans les membranes profondes de l'oreille; surtout les altérations qui se trouvent à la surface de la cloison tympanique pourront lui échapper facilement.

Il est vrai qu'on peut réduire cette distance en plaçant le foyer lumineux, lampe ou bougie, derrière la tête du malade; mais alors le faisceau de rayons projeté dans l'oreille est tellement brillant qu'il colore d'une teinte rouge orangée les membranes sur lesquelles on le dirige, et l'observateur ne peut que très-approximativement juger de la couleur qui leur est propre.

Plus d'une fois, malgré la grande habitude que je puis avoir de ces différents miroirs, je me suis trouvé hésitant dans le diagnostic d'une maladie des organes profonds de l'oreille quand je me servais de ce dernier réflecteur, tandis qu'avec mon petit appareil (bien simple, trop simple peut-être) il m'était facile de voir clairement et nettement au premier examen tout ce que je désirais voir.

En conséquence, je donne la préférence au réflecteur ou miroir métallique figuré plus haut.

Pour éclairer l'oreille, Toynbee emploie un miroir concave et la lumière du gaz. V. Troëlsch, un miroir concave et la lumière diffuse; W. Wilde fait tomber directement dans l'oreille un rayon solaire ou la lumière vive du jour. Je me sers de mon réflecteur métallique armé d'une bougie; c'est également celui qu'emploient mes élèves.

Le conduit auditif étant donc redressé au moyen du spéculum, qui écarte en même temps les bords de la portion cartilagineuse, et le miroir métallique projetant une lumière brillante dans toute l'étendue du canal, le chirurgien peut en examiner à loisir les parois; il peut constater si les membranes sont à l'état sain, s'il n'y a pas d'hypertrophie des glandes qu'elles renferment, si des concrétions cérumineuses ou épidermiques ne sont point stratifiées çà et là; en un mot, si le conduit est à l'état normal, et dans le cas contraire quelles altérations il a subies.

C. *Exploration de la membrane du tympan.* — A l'état normal, la membrane du tympan s'offre à nos yeux sous l'aspect d'une petite toile mince, translucide et presque transparente, d'une couleur nacrée, légèrement bleuâtre, avec des reflets irisés brillants; ces reflets brillants se rencontrent plus particulièrement vers son bord antérieur et forment une sorte de triangle isocèle de un millimètre et demi de côté, dont le manche du marteau forme le sommet, tandis que la base correspond à la circonférence antéro-inférieure de la cloison; tel est dans toute sa simplicité le triangle lumineux entrevu d'abord par R. Wilde (de Dublin), puis par Erhardt (de Berlin), et par tous les otiâtres allemands et même français.

Mais, en vérité, ce point lumineux, un peu plus brillant que les autres segments de la membrane, valait-il bien la peine qu'on lui donnât un nom particulier : triangle lumineux; je ne le crois pas. Déjà, en 1857, dans mon *Traité pratique* (1), j'avais signalé cette petite zone brillante du tympan, en disant qu'à l'état normal on y voyait des reflets irisés brillants; l'appellation de triangle lumineux n'ajoute rien, n'ôte rien à ma description, et je dois encore faire observer qu'il n'en résulte aucun enseignement bien démonstratif pour le praticien. Je me suis déjà longuement expliqué sur ce sujet en traitant de l'anatomie de la membrane du tympan (2), et je crois inutile d'insister davantage.

A l'état pathologique, la membrane du tympan présente les nuances les plus diverses; tantôt sa couleur rappelle un silex, tantôt elle est rouge, et la rougeur peut être diffuse, radiée ou ponctuée; tantôt elle est criblée de phlyctènes, de pustules et d'ulcérations; d'autres fois ce sont des granulations qu'on voit en plus ou moins grand nombre disséminées à la surface; des taches blanches, qui ne sont que des cicatrices analogues à celles de la cornée; dans d'autres cas on y observe des pertes de substance, de grandes perforations qui ont détruit un tiers, un quart, la moitié, souvent la membrane tout entière, (dans l'otite scrofuleuse par exemple.) Mais je veux surtout appeler l'attention : 1° sur le changement de couleur de la membrane dans le catarrhe aigu et chronique de la caisse; 2° sur son changement de forme dans la même maladie et dans l'ankylose des osselets; 3° sur les adhérences qu'elle contracte avec les osselets eux-mêmes et le promontoire d'où résulte une déformation de sa surface, dans les deux cas; 4° sur les vaisseaux plus ou moins nombreux qui se développent à sa surface, dans ses lames et surtout le long du manche du marteau.

1° *Changement de couleur.* — Dans l'otite externe catarrhale, à peine l'inflammation s'est-elle propagée jusqu'à la cloison que la transparence disparaît; une espèce de nuage se répand à la surface de la membrane; elle paraît comme *enfumée*; en même temps l'épithélium pavimenteux, qui forme son feuillet externe, se gonfle, et sa desquammation va commencer avec la deuxième période ou période de sécrétion de l'otite *à frigore*. Dans l'otite interne, également catarrhale, au début, c'est une opacité considérable qui apparaît sur toute la cloison, en commençant par le segment antérieur et inférieur; puis l'opacité

(1) *Loc. cit.*, p. 70.
(2) *Idem.*

gagne la partie moyenne, la dépression ombilicale si transparente à l'état normal, et enfin s'étend au segment supérieur. On dirait que la membrane est entourée d'une ombre épaisse.

A cette période, il est impossible même à l'observateur le plus attentif de distinguer le manche du marteau ou la longue branche de l'enclume qu'on peut apercevoir nettement à travers la cloison quand elle a conservé son aspect translucide normal.

2° et 3° *Changement de forme et adhérences.* — Dans cette même otite catarrhale interne, quand la caisse est remplie de mucosités, la forme de la cloison est tout à fait changée. Ainsi, de concave en dehors qu'elle est à l'état physiologique, elle est devenue convexe et fait une saillie très-prononcée au fond du conduit auditif. Cette forme convexe et bombée que présente la face externe de la cloison, se rencontre encore pendant l'expiration forcée, le nez et la bouche étant hermétiquement fermés; et mieux encore, quand on insuffle la trompe et la caisse, avec une sonde en gomme élastique ou l'appareil à air comprimé de Richter; pendant cette exploration, et si le chirurgien a soin de bien éclairer la membrane, on voit, à mesure qu'elle se tend pour bomber en dehors, on voit, dis-je, des points brillants et irisés, qui se montrent de préférence là où elle a conservé sa transparence; par conséquent, on en peut conclure qu'il n'y a pas encore un épaississement notable dans ses lames. Mais un des changements de forme les plus curieux et les plus intéressants à connaître est celui qu'on observe dans l'ankylose des osselets, surtout quand cette soudure est accompagnée d'adhérences de la cloison au promontoire. Dans les cas bien prononcés, la chaîne des osselets est pour ainsi dire rompue, le manche du marteau est comme luxé en bas et en avant, entraînant avec lui la petite jambe de l'enclume. La cloison tympanique suit ce mouvement, et au lieu de présenter sa face externe concave avec la dépression centrale, elle est comme divisée en deux compartiments latéraux et formant un plan incliné. L'extrémité de la longue apophyse du marteau en forme le sommet et l'arête, les plans latéraux sont représentés par les deux pans de la membrane qui est comme coupée et divisée en deux segments par la saillie aiguë du manche du marteau. Cette forme pathologique que revêt la membrane du tympan, est un des signes les plus certains de la soudure des osselets, surtout du marteau et de l'enclume et aussi des adhérences de la cloison au promontoire par l'intermédiaire de brides membraneuses.

4° *La vascularisation et l'épaississement morbides de la membrane du tympan sont aussi révélés par une exploration méthodique.* — A l'état normal ou physiologique, l'œil le plus exercé, armé du miroir et de la loupe, ne peut découvrir aucun vaisseau à la surface ou dans les lames de la membrane; on en voit seulement un ou deux, très-fins et capillaires, à l'extrémité du diamètre vertical, et près du pôle supérieur; ils suivent la bande cutanée que nous savons se replier de la paroi supérieure du conduit, sur la zone antérieure et moyenne de la cloison, mais on les perd bientôt de vue après deux à trois millimètres de trajet, et quelque effort que l'on puisse faire pour les suivre plus loin.

La circonférence de la membrane en paraît tout à fait dépourvue, ainsi que son centre, où la trame est si translucide que le plus petit point rougeâtre ne saurait échapper à de bons yeux non plus qu'aux verres grossissants.

Mais à l'état pathologique il en est tout autrement: c'est le manche du marteau dans toute sa hauteur qui présente les premiers linéaments de vaisseaux anormaux.

Existaient-ils primitivement à l'état de capillaires ténus et sans paroi? et la fluxion morbide en a-t-elle exagéré le diamètre au point de rendre plus serrés et dès lors visibles les globules sanguins qu'ils charrient? ou bien ont-ils été créés de toutes pièces dans les exsudats plastiques, si abondants pendant les phlegmasies des membranes de l'oreille? (On sait en effet que ces exsudats se déposent surtout dans la membrane du tympan et le long du manche du marteau.)

L'observation clinique a depuis longtemps résolu ce problème, et il n'est pas douteux que c'est pendant ou après les inflammations de la cloison que l'on voit apparaître ces vaisseaux anormaux: souvent leur nombre est si considérable, que la membrane ressemble complétement à un morceau de drap rouge. C'est, à vrai dire, une sorte de pannus du tympan comparable de tous les points à celui que l'on observe sur la cornée.

Cette disposition pathologique des vaisseaux est excessivement fréquente à la suite des otites scrofuleuses.

D. *Exploration de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustachi.* — L'exploration de l'oreille moyenne comprend la caisse du tympan, les cellules mastoïdiennes, la trompe d'Eustachi.

Ces différentes parties de l'oreille se dérobent par leur position à nos investigations directes, et pour reconnaître leurs altérations il faut de toute nécessité recourir à des moyens détournés ou indirects.

Cependant, lorsque la membrane du tympan a été largement perforée ou même détruite, on peut explorer directement l'intérieur de la caisse, à l'aide du spéculum et du réflecteur. On aperçoit alors une membrane rougeâtre, qui rappelle tout à fait celle des narines; elle peut être lisse ou granuleuse, couverte de mucosités ou de pus; d'autres fois elle est comme fongueuse, une ou plusieurs racines polypeuses s'implantent à sa surface.

Le plus souvent tous les osselets sont tombés, à l'exception de l'étrier qui résiste à ces grandes destructions de l'organe, et apparaît à la partie supérieure et postérieure de la caisse sous la forme d'une petite verrue rougeâtre qu'il faut apprendre à respecter.

Mais quand la cloison tympanique est intacte, comment procédons-nous à l'exploration de l'oreille moyenne?

On obtient ce résultat par deux moyens:

1° En pratiquant le cathétérisme de la trompe d'Eustachi, et en injectant par le moyen du cathéter creux, jusque dans l'oreille moyenne, soit de l'air, soit des vapeurs chaudes et médicamenteuses;

2° Ou bien en recommandant au malade de faire une forte respiration, le nez et la bouche étant fermés. C'est l'expérience célèbre de Valsalva.

Pendant ces différentes manœuvres, le chirurgien doit ausculter religieusement les bruits qui se font entendre dans l'oreille du patient, et pour cela, il applique directement son oreille contre la sienne, ou bien, ce qui est préférable, il recueille les bruits normaux ou morbides à l'aide d'un cornet acoustique nommé *otoscope*.

Il est alors facile de constater si la trompe est libre, selon les différents bruits plus ou moins bien accusés que l'on perçoit, si elle est rétrécie ou oblitérée, quand ils sont faibles, ou viennent à manquer complétement.

A l'état normal, si la douche d'air en pénétrant dans la trompe et la caisse fait entendre à l'oreille du chirurgien explorateur un bruit semblable à une pluie fine tombant sur des feuilles sèches.

Quand des mucosités obstruent les trompes et la caisse, on entend un bruit muqueux, véritable ronchus semblable à celui de la bronchite, ou du catarrhe pulmonaire.

Le bruit morbide manque encore complétement quand la caisse est remplie de liquide (mucus, pus, sang), et l'on a déjà vu qu'il en était de même dans l'obstruction complète de la trompe aiguë ou chronique (1).

Dans l'ankylose incomplète des osselets, quand leurs jointures sont enflammées et déjà recouvertes de produits plastiques et pseudo-membraneux, on entend de véritables craquements, semblables à ceux que l'on constate dans les grandes articulations et dans les mêmes circonstances.

Dans l'ankylose complète, les jointures soudées entièrement par des produits fibreux, osseux même, restent au contraire immobiles et silencieuses pendant les diverses explorations que je viens de rapporter.

2° *Exploration de l'apophyse mastoïde.* — Avons-nous quelque raison de croire à un état inflammatoire de l'appareil auditif, et surtout à une otite interne phlegmoneuse?

L'apophyse mastoïde doit être examinée avec soin, ainsi que sa couleur, sa forme, sa grandeur, sa température, comparées avec celles du côté sain. Il faudra aussi s'assurer, par une palpation méthodique, si les loges anfractueuses qui la composent, ne renferment point de collection purulente. Dans les phlegmons aigus et circonscrits de cette apophyse, il y a deux signes importants que le praticien devra surtout s'attacher à bien constater. Ces deux signes sont: 1° une rougeur diffuse, luisante; 2° un empâtement douloureux à la pression, et conservant l'empreinte du doigt.

Lorsque ces deux signes se révèlent dans toute leur évidence, le chirurgien peut trépaner hardiment: l'apophyse recèle bien positivement un abcès dans son épaisseur.

Dans le phlegmon diffus de cette région, il y a bien encore la rougeur, la tuméfaction, l'empâtement, mais la pression, au lieu d'éveiller ou d'augmenter la douleur, la calme au contraire et l'engourdit pendant tout le temps que les doigts restent appliqués à sa surface.

Dans ce cas, il faut bien se garder de trépaner l'apophyse, car on ne trouverait pas de pus dans les loges qui concourent à la former; mais il faut pratiquer deux, trois grandes incisions longitudinales jusqu'à l'os, et sur les parties tuméfiées: on en verra sortir à l'instant du sang et de la sérosité.

Les jours suivants, de grands lambeaux de tissu cellulaire sphacélé se détacheront et couvriront les cataplasmes avec du pus en petite quantité.

E. *Exploration de l'oreille interne.* — Ici, tout est caché à la vue, tout se dérobe à nos sens et à nos moyens actuels d'investigation.

Le labyrinthe, dans son réceptacle osseux, se refuse à toute exploration, et c'est seulement par l'impossibilité où nous sommes de rattacher les symptômes présentés par le malade à une affection de l'oreille externe ou moyenne, que nous avons l'habitude de dire: *Maladie de l'oreille interne.* C'est donc un diagnostic par exclusion. Indépendamment des altérations du liquide de Cotugno, qui me paraissent être fréquentes, la vraie, et peut-être l'unique maladie du labyrinthe est l'atrophie du nerf acoustique, et conséquemment sa paralysie avec perte des fonctions. Toutes les fois qu'en promenant le diapason sur le crâne, ou en approchant la montre de l'oreille, vous constaterez que le malade n'accuse pas la plus petite sensation acoustique concluez à une atrophie incurable: restera à en déterminer la cause.

Comme on le voit, le praticien a peu de moyens à sa disposition pour arriver au diagnostic des affections de l'oreille interne.

Il y a pourtant certains signes que je dois faire connaître, et qui permettent d'affirmer que les canaux demi-circulaires sont malades. Ainsi j'ai rapporté plusieurs observations, dans lesquelles le patient avait présenté de la céphalagie, et surtout des vertiges, une titubation très-marquée, et chez lesquels la mort étant survenue promptement, il avait été possible de constater une phlegmasie des canaux demi-circulaires (1).

De ces faits encore peu nombreux, il est vrai, mais qui n'en sont pas moins démonstratifs, on peut tirer la conclusion suivante: C'est que dans un cas d'affection d'oreille, si à la surdité ou au bourdonnement viennent se joindre la céphalalgie et les vertiges, le défaut d'équilibration dans la marche, il faudra se rattacher à une phlegmasie du labyrinthe, et surtout des canaux demi-circulaires.

Telles sont les considérations les plus importantes que le praticien doit avoir présentes à l'esprit, quand il veut pratiquer sûrement l'exploration de l'oreille.

(1) Quant au laryngoscope, nous l'employons seulement pour examiner le pavillon de la trompe dans les otites aiguës et chroniques, et il ne peut en vérité indiquer autre chose que la rougeur et la tuméfaction de l'organe, toujours liées à celles du pharynx.

(1) De l'otite labyrinthique, p. 117, Leçons clin.

OBSERVATION D'UN CAS D'ÉRYSIPÈLE

gagné par contagion,

Par M. Derot (de Beton-Bazoches).

Dans la séance du 20 juin de l'Académie de médecine, M. Gosselin a fait un rapport sur une note envoyée par M. Blin (de Saint-Quentin), ayant trait à une série d'érysipèle gagné par contagion. Cette communication m'a rappelé un cas semblable que j'ai observé l'année dernière; je me proposais alors de le publier, aujourd'hui il est d'actualité, puisque cette importante question semble devoir prochainement occuper l'Académie.

Le 22 avril 1864, la veuve D... (de Bannost, arrondissement de Provins), âgée de soixante ans, tempérament bilieux, bien portante du reste est appelée à Ormeaux, village situé à 16 kilomètres de Bannost, où elle se rend à pied pour soigner son fils affecté d'un érysipèle très-grave occupant toute la face et la tête; la femme de ce dernier, au lit dans la même chambre, était également malade par suite de couches. La veuve D... passe trois jours et trois nuits à soigner son fils; enfin, le quatrième jour, harassée de fatigue, elle se fait ramener chez elle en charrette, à moitié chemin elle est prise d'un violent frisson; elle me fait appeler le lendemain matin.

Le 26, je constate chez cette malade de la fièvre, de la courbature, un état saburral de la langue très-prononcé et un commencement d'érysipèle à la base du nez à droite. Cet érysipèle a marché très-lentement et d'une façon serpigineuse, il s'est borné à la face dont toutes les parties ont été prises successivement sans beaucoup de tuméfaction, pourtant j'ai remarqué quelques vésicules; peu de fièvre; la malade n'a été alitée que trois jours, malgré tout la maladie a duré près de trois semaines. Un laxatif et des boissons délayantes ont constitué le traitement.

Je dois ajouter que je n'ai remarqué sur la face de ma malade, lors de mon premier examen, aucune trace d'écorchure, de bouton, rien en un mot qui eut pu contribuer à faire naître ou favoriser le développement de l'érysipèle.

Voilà donc encore un de ces exemples de contagion comme tant d'autres que l'on a invoqués, il n'est ni plus ni moins étendu que les premiers. Il n'y a ni l'observation du premier malade ni l'observation du second; tout se borne à constater un rapprochement; et cependant, même dans ces quelques mots, on saisit une contradiction. La malade, qui a eu ici un érysipèle par contagion, avait fait tout ce qu'il fallait pour gagner une maladie inflammatoire. Une femme de soixante ans, affectée de la maladie de son fils, fait quatre lieues à pied, passe trois jours et trois nuits près de lui et est obligée de se faire reporter chez elle en charrette. Mais ce n'est pas tout encore, il se trouve que l'érysipèle gagné par cette pauvre femme a été borné à quelques rougeurs sans tuméfaction; et la malade n'a gardé que trois jours le lit.

L'auteur de cette observation dit qu'il n'a pas vu d'écorchure sur la face, cela n'était pas nécessaire et nous croirions volontiers, d'après le siége des rougeurs, que la malade avait eu une blépharite ciliaire causée par la fatigue et les veilles, et que c'est de là qu'est partie l'inflammation.

Ce sont des notes de ce genre qui sont opposées à un nombre incalculable d'observations, qui prouvent la nature inflammatoire franche de l'érysipèle.

Dr Armand Després.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juillet 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Des rapports d'épidémies par MM. les docteurs Carret (de Chambéry), Goupil des Pallières (de Fontainebleau), Chevance (de Vassy), Cailleux (de Montreuil), Bocamy (de Perpignan), Delpouve (de Saint-Omer);

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Haute-Vienne, du Nord, de la Loire et de l'Aveyron (Commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Lebret sur le service médical des eaux de Baréges pendant l'année 1863 (Commission des eaux minérales);

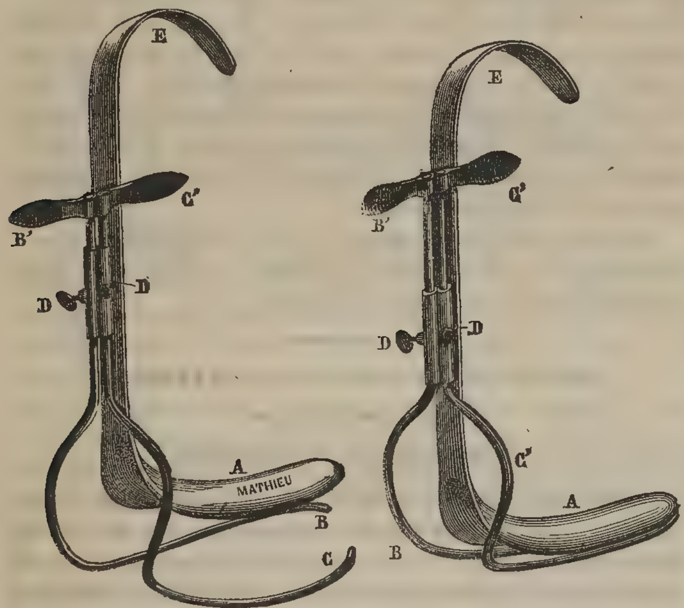
4° L'état des vaccinations dans les communes et dans les tribus arabes de la subdivision de Mostaganem, par M. le docteur Tamisier, médecin aide-major.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

1° Un Mémoire sur la liqueur absinthe, par M. Deschamps (d'Avallon), pharmacien de la Maison de santé de Charenton. (Commissaires: MM. Boudet et Vernois.)

2° Deux exemplaires du *Bulletin de la statistique municipale*, n° de janvier 1865, publié par ordre du préfet de la Seine.

— **M. DENONVILLIERS** présente : 1° au nom de M. Mathieu, un nouveau spéculum à deux leviers écarteurs pouvant se manœuvrer séparément pour pratiquer l'opération de la fistule vésico-vaginale (méthode américaine).



Il y a un an environ, voyant pratiquer cette opération dans des conditions difficiles, il a eu l'idée de modifier le spéculum de M. Marion Sims en y ajoutant deux leviers écarteurs dont les tiges longent les deux bords de la gouttière du spéculum, et que l'on peut développer à volonté une fois l'instrument introduit dans le vagin. Ces tiges sont ajustées à coulisse, et au moyen de deux vis de pression l'opérateur peut les fixer au point de dilatation nécessaire pour pratiquer son opération avec facilité.

Il a été employé l'année dernière à la clinique de M. le professeur Nélaton, puis plus tard par MM. Jarjavay, Léon Labbé, Horteloup fils, enfin tout récemment par M. le professeur Denonvilliers dans un cas extrêmement difficile où ce nouvel instrument a permis de rendre possible une opération qui présentait les plus grandes difficultés. Ces deux écarteurs prennent un point d'appui en dilatant la partie sur laquelle on opère; ils donnent par ce moyen plus d'espace, et rendent moins fatigante la position de l'aide chargé de tenir l'instrument, dont le mécanisme est du reste très-simple.

2° Une tige destinée à tordre les fils des sutures métalliques.

— **M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL** donne lecture d'une lettre de M. Huet, avoué près la Cour impériale, annonçant que l'Académie a gagné en appel le procès intenté contre elle par M. le docteur Guillon, comme elle avait gagné en première instance.

— **M. GUÉRARD** présente, au nom de l'auteur M. Giraud-Teulon, un ouvrage sur l'accommodation de l'œil.

— **M. GOBLEY** fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un *Annuaire des eaux minérales et des bains de mer*, par M. Germond-Delavigne.

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

L'Académie présente :

En 1re ligne, M. Filhol (de Toulouse);

En 2e ligne, M. Favre (de Marseille);

En 3e ligne, M. Morin (de Rouen).

Au premier tour de scrutin, sur 54 voix, M. Filhol obtient 50 suffrages, M. Favre 4.

LECTURE.

Méthode électrolytique. — M. SCOUTETTEN donne lecture d'un travail concernant la méthode électrolytique dans son application aux opérations chirurgicales.

Voici les couclusions du travail :

Les effets produits par l'électricité sont de trois natures :

1° Électrolysation, c'est-à-dire décomposition des éléments des tissus sans désorganisation.

2° Accumulation des alcalis et des acides à chacun des pôles, cautérisation chimique produite par ces corps sur les tissus; désorganisation.

3° Cautérisation physique produite par le calorique développé par un courant galvanique à travers un fil métallique parfaitement homogène.

Ces deux dernières actions sont des effets secondaires de l'électricité qui ne lui sont pas inhérents et qu'on peut par cela même remplacer par d'autres agents, tels que les caustiques alcalins ou le feu.

4° La méthode électrolytique est parfaitement applicable à toutes les tumeurs molles contenant des liquides décomposables, les kystes du poignet, les hydrocèles, les liquides accumulés dans les articulations ou autour d'elles, les ganglions mous du cou, le goître mou, les tumeurs sanguines artérielles ou veineuses; peut-être serait-elle utile dans les kystes de l'ovaire?

Elle doit être rejetée du traitement du cancer, des tumeurs fibreuses et de toutes les tumeurs indurées, à moins qu'elles ne soient d'un très-petit volume et destructibles par une faible cautérisation; elle ne convient nullement au traitement des lipômes et de toutes les tumeurs non enkystées où l'élément graisseux domine.

Discussion sur la thoracentèse.

M. J. GUÉRIN prend la parole à l'occasion d'une communication faite à l'Académie par M. Piorry il y a quelques mois.

Depuis trente ans, dit l'orateur, l'Académie ne s'est point occupée de la question de la thoracentèse, si ce n'est à l'occasion de quelques mémoires envoyés à l'Académie. Il n'y a pas eu de grande discussion, et cependant la science a marché.

En 1836, au moment où Roux, Lisfranc et un grand nombre d'académiciens distingués ont pris la parole, on considérait la thoracentèse comme un expédient, on la regardait comme une opération grave dont il fallait bien saisir les indications. On était généralement d'accord sur le fait révélé par l'expérience à savoir que, lorsque la poitrine se vidait, le poumon revenait sur lui-même, et que les animaux mouraient asphyxiés.

Pour ce qui avait trait aux procédés opératoires, dans les questions qui avaient trait à ses dangers, il y avait peu de principes posés d'une manière définitive; il n'y avait que des questions personnelles.

On n'avait point dit s'il fallait une ouverture large ou une ouverture étroite, s'il fallait vider la poitrine d'un seul coup ou peu à peu; enfin, s'il fallait placer des mèches dans l'ouverture, afin que l'air put sortir plus facilement.

Mais tout le monde était d'accord pour admettre la gravité de la thoracentèse. M. Velpeau, d'ailleurs, disait dans sa médecine opératoire, 1re édition, qu'il avait vu pratiquer douze fois la thoracentèse, et que les malades avaient tous succombé. Plus tard, il n'avait pas changé d'avis, et, lorsqu'il parlait d'un procédé opératoire et d'une certaine modification apportée au manuel opératoire par Reybard, il disait que l'opération n'était pas moins grave, et il admettait que l'air introduit dans la poitrine n'était pas la seule condition qui rendait grave la thoracentèse.

Aujourd'hui, dit M. Guérin, les choses sont bien changées.

L'orateur entre dans des considérations sur l'action de l'air, sur les cavités séreuses, et il rappelle les expériences qu'il a faites, et il discute en passant la possibilité de la hernie du poumon à travers une large ouverture de la poitrine; il dit à cet égard que la hernie du poumon ne peut avoir lieu que quand il y a des efforts ou des cris.

M. Guérin entre dans des explications sur l'action de l'air sur les liquides qu'il corromp, sur les membranes dont il active la propriété sécrétante par un changement de pression à leur surface, ce qui peut être une cause puissante d'inflammation.

Les petites ponctions, continue l'orateur, et les larges ponctions, n'ont pas été jugées; M. Velpeau s'était prononcé, lui, pour les ouvertures larges dans son traité de médecine opératoire.

Je me suis autrefois occupé de cette question, et j'ai proposé une méthode sous-cutanée pour faire la thoracentèse. J'employais un trocart courbe à robinet, à cette canule j'adaptais une seringue munie d'un robinet à double effet. Après avoir ponctionné la poitrine, on retire le poinçon du trocart, et on ferme le robinet de la canule où s'adapte la seringue ; on ouvre celle-ci, et on aspire; lorsque la seringue est pleine, on ferme le robinet de la canule, on tourne le robinet à double effet de la seringue, et on vide le corps de cet instrument.

En même temps que cela est pratiqué, on presse sur la peau autour du point où a pénétré le trocart.

On peut retirer à volonté une plus ou moins grande quantité du liquide qui est contenu dans la poitrine, et en proportion de la dilatation du poumon.

M. J. Guérin expose ensuite les résultats de sa pratique; il dit qu'au moins dans les trois quarts des cas où il l'a employé, son procédé lui a permis d'obtenir des guérisons d'hydrothorax et de pleurésies purulentes avec épanchement abondant; il pense que, lorsque l'opération de la thoracentèse est faite avant la période d'asphyxie confirmée, elle a plus de chance de réussir. Il est d'avis que les injections iodées, sans être admises en principe comme très-utiles, sont acceptables lorsque le liquide a une mauvaise odeur.

M. Guérin termine en demandant que l'Académie reprenne la question à son ordre du jour, qu'elle enregistre les progrès qu'a faits la science, et qu'elle discute la valeur de chaque procédé. Qu'elle juge, s'il le faut, l'utilité du siphon de M. Piorry, la méthode sous-cutanée et les autres procédés; elle le peut aujourd'hui, puisque l'on compte déjà un bon nombre de guérisons des épanchements pleuraux par la thoracentèse.

La séance est levée à cinq heures.

Demain jeudi, à huit heures et demie, dans le service de M. Laugier (Hôtel-Dieu), M. le docteur Scoutetten opérera, par la méthode électrolytique, une kyste de l'ovaire et une hydrocèle enkystée du cordon.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 83. — SAMEDI 15 JUILLET 1865. . (38e ANNÉE.) SAMEDI 15 JUILLET 1865. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la tension vasculaire et des indications qu'elle fournit pour le traitement des maladies du cœur. — Action de la digitale.

On entend, sous le nom de tension vasculaire, l'état de compression dans lequel se trouve le sang dans les vaisseaux : les éléments essentiels de cette tension sont d'une part l'impulsion cardiaque, et de l'autre le degré de perméabilité du vaisseau : on peut, d'une manière générale, dire que toute condition tendant à modifier le rapport qu'il y a dans le système circulatoire entre le contenant et le contenu, tend à y modifier la tension. Si la perméabilité augmente, ou que le sang diminue, la tension s'abaisse ; elle s'élève dans le cas contraire. Mais, c'est surtout la quantité du sang en circulation qui règle la tension, laquelle augmente ou diminue, suivant qu'augmente ou diminue la masse du sang : la tension dépend aussi de la qualité, ou plutôt de la densité, de la fluidité plus ou moins grande du sang.

Cette étude de la tension vasculaire a été reprise tout récemment, au point de vue de ses indications dans les maladies du cœur par le docteur Ferrand, lequel a, dans un excellent travail (*Bulletin général de thérapeutique,* 15 juin 1865) bien apprécié toutes ces indications, et cherché à rendre compte en même temps de l'action thérapeutique de la digitale.

I. Avant d'étudier les variations de tension, il convient d'abord de bien préciser les effets principaux que ces variations produisent. Une forte tension ralentit les battements du cœur, la vitesse de la circulation : elle ralentit le pouls, en augmente la force, mais en diminue l'amplitude ; en un mot, le pouls est lent, concentré, dur et résistant. Au contraire, le pouls de la faible tension est brusquement saillant, mais en même temps dépressible et ondulant. Rien ne démontre mieux ces caractères différents du pouls que la comparaison des tracés sphygmographiques qu'ils fournissent.

Outre les caractères du pouls, il y a encore d'autres signes auxquels on reconnaît l'excès de tension vasculaire : ce sont ceux de la pléthore séreuse ou sanguine, cyanose et hypertrophies viscérales, œdème, dyspnée.

II. L'exagération de la tension sanguine est le fait le plus général dans les maladies du cœur. Il faut donc, au point de vue du traitement s'opposer à cet excès de tension, et pour cela s'attaquer à toutes les conditions qui la produisent : il convient de chercher à diminuer les résistances au cours du sang (lotions chaudes, frictions, massage), et de plus, diminuer la quantité du sang contenu dans les vaisseaux.

Pour ce qui est de cette indication, deux moyens se présentent pour la remplir : d'une part, les émissions sanguines, de l'autre les évacuants séreux, les hydragogues. Comment doit-on maintenant concevoir le rôle de la digitale ?

III. Voici ce que les tracés sphygmographiques nous apprennent : la digitale administrée chez un malade atteint d'affection du cœur, alors même que la tension vasculaire s'est déjà élevée chez lui, tend à l'élever encore jusqu'à ce que survienne une diacrise quelconque qui la fasse baisser bien au-dessous de ce qu'elle était avant l'emploi du médicament.

Parmi les médicaments altérants, il en est qui, avant leur action altérante propre, produisent toujours une irritation générale variable (Trousseau et Pidoux). C'est à cette seconde classe d'altérants qu'il conviendrait, suivant le docteur Ferrand, de rapporter la digitale.

En effet, nous voyons d'autres médicaments altérants employés quelquefois avec succès dans les affections du cœur : tels ont été le mercure (Stokes), l'acétate de plomb (Hope), le sulfhydrate d'ammoniaque (Henry Marsh), etc.

IV. L'état d'œdème est la véritable indication de la digitale : c'est surtout au début qu'on doit l'administrer ; elle est à peu près inutile dans un œdème passif, purement mécanique depuis longtemps formé.

En cas d'hypersthénie cardiaque, la digitale ne peut qu'être utile, parce qu'elle augmente, du moins momentanément, la résistance que la circulation oppose à cet excès de force : prise à dose altérante, elle rendra donc les plus grands services dans une maladie du cœur déjà confirmée, mais peu avancée.

On ne doit point l'employer quand il y a hyposthénie à la suite de dilatations excessives du cœur, de dégénérescences diverses, pas plus que chez les vieillards et dans les maladies du cœur déjà arrivées à une période d'asystolie complète et continue.

Cancer des cicatrices.

Il existe dans la science un certain nombre d'observations de cancer des cicatrices ; ce sont en particulier les cicatrices des cautères et des vésicatoires qui présentent ce phénomène. Voici un exemple qui a été présenté à la Société anatomique par M. Parmentier et qui appartient à la pratique de M. Demarquay à la Maison de santé.

Une dame, âgée de cinquante-sept ans, d'un embonpoint marqué et paraissant jouir d'une excellente santé, avait eu, étant enfant, et elle ne sait pourquoi, un cautère au bras gauche. Ce cautère avait été entretenu jusqu'à l'âge de quinze ans, puis on l'avait laissé cicatriser.

A l'âge de trente ans, la malade a cru devoir réappliquer son cautère, qui a été placé cette fois à la cuisse ; puis, comme ce cautère était gênant, la malade l'avait fait cicatriser et en avait placé un autre au bras, et l'avait entretenu. A cinquante-trois ans, à l'époque critique de la ménopause, la plaie du cautère est devenue douloureuse, rouge ; elle s'est entourée d'une auréole inflammatoire, a augmenté d'étendue et s'est couverte de bourgeons fongueux.

La plaie avait été cautérisée plusieurs fois ; en juillet 1862, deux ans après le début de son mal, la malade est entrée à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

La plaie a été cautérisée de nouveau, et cette fois avec des disques de pâte au chlorure de zinc, puis, plus tard, les bourgeons charnus ont été excisés avec le galvano-cautère. Cette opération a été faite à deux reprises, et il y a eu une guérison apparente.

Un an après, la malade est rentrée à la Maison de santé, la cicatrice était de nouveau envahie par du tissu cancéreux, et la production morbide adhérait à l'humérus. Les caustiques ont été de nouveau mis en usage sans résultats satisfaisants. Comme le mal allait toujours en augmentant, M. Demarquay s'est décidé à faire la désarticulation scapulo-humérale.

La malade a guéri de l'amputation. Quelques petits abcès se sont formés sous la clavicule et ont guéri, mais la malade éprouvait encore des douleurs dans la cicatrice.

Trois mois après, on trouvait à la partie inférieure de la cicatrice une tumeur dure, bosselée, ulcérée, se prolongeant sous le bord du grand pectoral et qui était le siége d'élancements douloureux. M. Demarquay a procédé à l'enlèvement de cette tumeur ; il l'a circonscrite entre deux incisions elliptiques verticales. Comme cette tumeur se prolongeait dans le creux de l'aisselle, au milieu d'un tissu cellulaire abondant, le bout de l'artère a dû être excisé et lié avec la masse cancéreuse.

La tumeur, examinée par M. Cornil, présentait les détails suivants :

Cancroïde à cellules pavimenteuses types. Les bourgeons de la surface, composés de cellules épithéliales pavimenteuses qui affectent la disposition de tubuli glandulaires. Ces acini ne présentent pas de cavité centrale ou lumière en aucun point. Dans leur intérieur, les cellules affectent souvent la disposition concentrique qui caractérisent les globules épidermiques ; le tissu environnant est un tissu conjonctif, très-peu développé. Les parties centrales de la tumeur sont grises et opaques ; on y voit des espèces de bourbillons blancs, allongés, qui sortent par la pression et sont constitués par des cellules épithéliales généralement infectées de granulations graisseuses. Ce sont aussi les granulations graisseuses qui donnent à cette partie centrale, évidemment plus ancienne que les bourgeons périsphériques, leur coloration opaque.

La récidive s'est montrée dans la cicatrice de la dernière opération. Une nouvelle opération a été faite par M. Demarquay.

La tumeur a été découverte par une incision en T et disséquée avec soin. La veine et l'artère axillaires, mises à nu, ont été liées avant leur section, et toutes les parties malades ont été enlevées scrupuleusement après qu'elles ont été séparées des tissus sains. La malade est morte quelques jours après cette opération.

On voit ici avec quelle persistance les récidives du cancer

LA SYPHILIS, SES FORMES, SON UNITÉ (1).

Par M. Jules DAVASSE.

Ce titre dit assez dans quel esprit de sagesse le livre de M. Jules Davasse est conçu. Ce n'est pas seulement un excellent traité de syphiliographie, c'est encore une œuvre magistrale, un éloquent et vigoureux plaidoyer en faveur de la doctrine traditionnelle de l'unicité de la syphilis. Souhaitons donc la bienvenue à ce nouveau champion de la vérité, à ce nouveau défenseur des saines doctrines contre certaines théories modernes récemment écloses dans le champ trop fertile de la syphilidéologie.

Nos lecteurs comprennent que nous voulons parler de la théorie des deux virus et même des trois virus, puisque aujourd'hui l'humanité serait bel et bien, de par la loi nouvelle, en possession de trois chancres, le *simple*, l'*infectant* et le *mixte*, formant chacun une espèce distincte, se reproduisant et se multipliant par elle-même. Sans compter le *chancroïde* et le chancre *induroïde*, inventés après coup, et qui ne figurent que comme accessoires dans cette trilogie virulente.

Si le chancre simple et le chancre infectant, contrairement à l'opinion générale, qui les considère comme deux variétés ou deux formes dépendant d'un même principe virulent, sont, comme le prétendent les dualistes, deux espèces nosologiques distinctes, il est raisonnable de supposer que nous trouverons dans leur physionomie propre, dans leurs caractères individuels, des signes suffisants pour les reconnaître. Leur diagnostic différentiel devra par conséquent être toujours possible et même facile, aussi facile, par exemple, que s'il s'agissait de distinguer l'une de l'autre la variole, la scarlatine, la rougeole, la pustule maligne, etc. Or, il n'en est rien, et tous les praticiens ne savent que trop à quelles erreurs on s'expose en voulant établir *de visu* la nature d'un chancre, dont l'induration spécifique n'a pas encore révélé le pouvoir infectant.

Ce premier argument, qui, selon moi, est la condamnation capitale du système dualiste, a été parfaitement mis en relief par M. Jules Davasse, dont l'autorité en cette matière se fortifie du témoignage des syphiliographes les plus compétents : « Le diagnostic du chancre, dit M. Ricord, présente souvent assez de difficultés pour tenir en échec le jugement des praticiens les plus exercés... S'agit-il d'un chancre infectant? s'agit-il d'un chancre simple? souvent, trop souvent, le problème reste insoluble pour le médecin le plus instruit, pour le spécialiste le plus expérimenté. » N'est-ce pas M. Diday qui a écrit : « Avant de porter un pronostic, prenez le temps nécessaire pour étudier la lésion. Il existe, à la vérité, des cas tranchés, des indurations hâtives, qui, même dès les premiers jours du chancre, ne laissent aucun doute sur sa signification. *Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi.* »

« Comment, après un tel aveu, ajoute M. Jules Davasse, parler encore des caractères spécifiques du chancre infectant et du chancre non infectant? » Comment M. Diday, avec son esprit si fin et si pénétrant, n'a-t-il pas vu que cet aveu était un coup de massue pour sa doctrine?

Malgré cela, les dualistes, comprenant l'obligation que leur imposait leur système de séparer par des signes différentiels et opposés les deux variétés de l'ulcère primitif, ont institué une espèce de dichotomie typographique, que l'on peut voir dans leurs livres savamment alignée en manière de trompe-l'œil, sur deux colonnes synoptiques, et dont les principaux caractères se rattachent à l'incubation, à l'induration, à l'adénopathie, à l'inoculabilité et à la contagion.

M. Jules Davasse a bravement attaqué ses adversaires sur ce terrain, et n'a pas eu de peine à démontrer que leur prétendue dichotomie n'a de fondement que dans leur imagination. Suivons donc notre auteur dans cette intéressante discussion.

Incubation. — Est-il vrai, comme le disent les dualistes, que le chancre infectant ne se développe jamais qu'après une période d'incubation qui ferait constamment défaut pour le chancre simple?

Voici d'abord la réponse de M. Ricord pour le chancre en général : « Le travail morbide s'établit du moment où la cause spécifique est mise en contact avec les tissus. » Et pour le chancre infectant : « L'expérimentation directe démontre surabondamment que l'incubation n'existe pas, dans la véritable acception du mot. » Melchior Robert, M. Bassereau lui-même, le promoteur distingué du dualisme, partagent cette opinion. On peut voir, dans la thèse de M. Buzenet, l'exemple d'un malade qui, portant sur la lèvre inférieure une égratignure produite par un coup d'ongle, présenta dans ce point, deux jours après la contagion, les premiers indices d'un chancre infectant.

Rien de plus variable et de plus incertain que ce caractère. L'observation clinique nous montre des chancres infectants se développant immédiatement après la contamination, d'autres après quelques jours, d'autres après plusieurs semaines. Cela dépend soit de la manière dont l'inoculation s'est faite, soit de la nature des tissus, soit surtout des qualités physiques de la matière inoculée. Cette matière est-elle épaisse, purulente, provenant d'un chancre vivement enflammé, elle agit presque aussitôt. Est-elle, au contraire, ténue, séreuse, provenant d'un chancre à son déclin ou d'une lésion secondaire, son action

(1) Un vol. in-8° de 570 pages. Chez J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

des cicatrices ont eu lieu : huit mois de guérison apparente une première fois, puis trois mois après l'amputation, enfin deux mois après l'ablation de la tumeur de l'aisselle.

Des ruptures de l'aorte et du cœur par suite de ramollissement inflammatoire.

Les cas de ramollissement inflammatoire de l'aorte et du cœur, sans être très-rares aujourd'hui dans la science, sont cependant trop peu nombreux pour que des observations nouvelles ne méritent d'être accueillies avec intérêt.

Quelques-unes de ces observations ont fait l'objet d'un très-intéressant mémoire lu à la Société médicale d'émulation par M. V. Martin, médecin principal aux Invalides.

Le premier malade dont il est question dans ce mémoire est un vieillard atteint d'affection organique du cœur avec engouement passif des poumons. Il est pris d'une vive et profonde douleur entre les deux épaules ; la respiration devient profonde, suspirieuse, embarrassée ; puis le pouls retombe ; il est petit, intermittent ; il y a menaces d'asphyxie. En même temps on a constaté une matité précordiale étendue.

L'infiltration, l'orthopnée font de nouveaux progrès, et le malade meurt six semaines environ après le début des premiers accidents.

A l'autopsie, on trouve le péricarde recouvert de fausses membranes et distendu par de la sérosité sanguinolente ; l'aorte ascendante est remplie d'adhérences et d'incrustations calcaires ; elle s'est rompue immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes, entre deux plaques calcaires, soulevées et à bords frangés qui recouvrent en s'abaissant une ouverture ovale de la grosseur d'une aveline, à contours épais, rouges, fongueux en quelques points, baignés d'un liquide sanieux purulent.

La seconde observation a trait à un malade atteint d'hypertrophie cardiaque avec insuffisance (souffle rude au second temps), mais n'ayant jamais eu d'œdème.

Il est pris tout d'un coup d'agitation avec inquiétude ; sa respiration est devenue plus anxieuse, ses traits sont décomposés ; dans la nuit il se lève et retombe agonisant sur le parquet.

A l'autopsie on trouve dans le péricarde 150 grammes de sang noir en partie fluide, en partie coagulé ; les valvules sont calcifiées, insuffisantes.

Au travers du ventricule gauche, à deux doigts au-dessus de la pointe du cœur, on aperçoit une plaie linéaire oblique, assez nette et longue de trois centimètres ; tout autour de la rupture, le cœur paraît décoloré ; il est friable, et dans l'épaisseur des parois de la plaie se rencontrent de petits foyers hémorrhagiques circonscrits.

La nature inflammatoire des lésions précédemment rapportées est évidente ; l'exsudation dans l'endocarde et le péricarde, la friabilité du tissu, l'existence de petits foyers hémorrhagiques, déposent de la façon la moins équivoque en faveur de la nature phlegmasique de la lésion cardiaque.

Ce que nous ferons aussi remarquer, c'est la péricardite avec ses fausses membranes *providentielles*, prévoyant, précédant la rupture ; en oblitérant en partie le trajet irrégulier et permettant ainsi à un malade qui a le cœur rompu de vivre plusieurs heures, plusieurs jours après la rupture.

Si grave, si redoutable que soit le pronostic des lésions cardiaques, ne peut-on pas admettre, avec M. V. Martin, en se rappelant quelles ressources merveilleuses la nature met en œuvre dans certains cas de rupture anévrysmale, que la guérison spontanée des ruptures de l'aorte et du cœur pourrait bien, en définitive, n'être pas absolument impossible ?

DIABÈTE SUCRÉ
et dilatation du conduit pancréatique,

Par M. le docteur RECKLINGHAUSEN (de Berlin).

K..., chapelier, est atteint de diabète depuis quatre ans, et a été traité à l'hôpital pour une inflammation serpigineuse autour de l'ombilic et du nez, sans présenter aucune trace d'infection syphilitique ; son urine contenait 4 à 5 0/0 de sucre. Son poids spécifique était 1,030.

Il mourut le 15 août 1863.

L'autopsie eut lieu le lendemain. La portion pylorique de l'estomac est refoulée en avant par une grosse tumeur, cachée elle-même dans sa partie inférieure par le mésocolon transverse. La portion de l'estomac qui adhère lâchement à la tumeur ne présente, à l'exception d'un peu d'épaississement et de quelques érosions hémorrhagiques, rien de remarquable. Le duodénum et le canal cholédoque sont libres. La veine porte contient du sang noir, côtoie la portion inférieure droite de la tumeur, et est un peu plus aplatie à la place où elle abandonne la tumeur pour se rendre dans le foie.

Entre le bord droit de la tumeur et le duodénum, on peut encore apercevoir la tête du pancréas, avec des lobules glanduleux, encore distincts, mais ramollis.

Le conduit pancréatique, dont l'ouverture duodénale est complétement libre, est encore dans ses conditions normales dans la tête du pancréas, puis entre immédiatement dans la tumeur. Il ne se trouve plus alors dans le tissu glandulaire, mais dans un tissu blanc, compacte, qui, d'une part, se continue avec la tête du pancréas, de l'autre avec la tumeur. Du côté de la tumeur, le conduit pancréatique est obstrué par une concrétion de la grosseur d'une fève.

La tumeur, elle-même globuleuse, présente le volume d'une tête d'enfant ; elle consiste en un sac à parois compactes, contenant une matière fluide, trouble et jaunâtre. A l'œil nu, on distingue déjà dans celle-ci des cristaux brillants (cholestérine et manganine) ; elle laisse déposer un sédiment blanchâtre. Examiné au microscope, on le trouve composé d'une masse de noyaux, avec quelques cellules rondes, accolées et des débris de cellules.

La paroi du sac présente presque partout une épaisseur de 3 millimètres ; à la coupe, elle présente une coloration grise ; sa surface interne est unie, lisse, parsemée de taches blanches et opaques. On voit aussi quelques dépôts blanchâtres, pseudo-membraneux, au-dessous desquels on aperçoit des taches foncées.

Sur la paroi postérieure existe un sillon dirigé de gauche à droite, et qui, à son extrémité gauche, se continue par un canal du calibre d'une plume de corbeau, et situé dans l'épaisseur de la paroi. En poursuivant ce canal, on constate qu'à moitié de la paroi il se dilate tout à coup et se trouve revêtu d'une paroi blanchâtre, plissée transversalement. Ce canal parcourt un tissu épais analogue aux glandes salivaires, mais qui ne présente plus aucune glande distinctement et qui est comme le reste induré de la queue du pancréas. La longueur de cette portion du sac, située en dehors de la paroi, est d'environ deux pouces. Dans cette queue du pancréas se trouvait un autre canal dont on ne put suivre directement la marche vers la tête de cet organe. Il s'ensuit que la partie droite du sillon, dont nous avons parlé plus haut, s'ouvre à la base du sac dans une deuxième ouverture qui se trouve éloignée de la première de la longueur du sillon (deux pouces et demi). L'ouverture droite laisse pénétrer une sonde de trois millimètres de diamètre dans le canal tortueux de la tête du pancréas et près de la concrétion signalée plus haut.

Sur la paroi postérieure du sac, impossible de retrouver de traces de la substance du pancréas. Celle-ci a complétement disparu dans l'étendue de deux pouces derrière la paroi du sac. Elle s'étend sur la partie lombaire de la colonne vertébrale, sur le plexus solaire, qui n'est pas altéré. Il n'y a pas d'adhérence avec les vaisseaux de cette région. Tubercules et cavernes dans les poumons, dans les bronches, dans le gros intestin et l'intestin grêle.

Nous trouvons ici un sac, sorte d'appendice latéral du conduit pancréatique, et dont le contenu paraît être une métamorphose de la sécrétion pancréatique. Comment s'expliquer la formation du sac ? Est-ce une dilatation simple du canal causée par l'obstruction du conduit par la concrétion signalée plus haut ? Ou bien le sac s'était-il formé en dehors du pancréas, avait-il par sa pression détruit le tissu glandulaire et s'était-il mis ensuite en relation avec le conduit pancréatique ? Pouvait-on songer à une poche anévrysmale ou dilatation de la paroi interne ? Mais on ne put trouver ni communication avec une artère, et le contenu du sac différait essentiellement du contenu d'un anévrysme. La dilatation du canal de Wirung paraît plus probable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 juillet 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société qu'il a eu l'honneur de recevoir la visite de Mme Morel-Lavallée, qui lui a remis un certain nombre de notes manuscrites de notre regretté collègue. Il propose de nommer une commission de trois membres qui serait chargée d'examiner ces différents manuscrits pour savoir ce qui pourrait être publié.

La Société adopte cette proposition.

La commission sera composée de MM. Bauchet, Houel et Panas.

De l'uréthrotomie. Suite de la discussion.

M. DESORMEAUX. Après les discours que vous avez entendus dans la dernière séance, je ne reviendrai pas sur l'examen des statistiques qui vous ont été présentées ; elles ont eu leur utilité, mais elles donnaient de trop belles espérances, et je ne ferai que confirmer ce qu'ont dit MM. Guérin et Voillemier : l'uréthrotomie, employée à propos, donne d'excellents résultats, mais elle ne donne pas toujours des guérisons radicales, et, comme vous l'avez vu, les guérisons ne se maintiennent qu'à condition de combattre les récidives au moyen des bougies introduites de temps en temps. Cependant je ne serai pas aussi absolu que ces Messieurs, car je connais des cas, rares il est vrai, où le calibre de l'urèthre s'est conservé, sans aucune précaution, après la guérison obtenue soit par la dilatation, soit par l'incision.

Mais aujourd'hui il n'est plus besoin de prouver l'utilité de l'uréthrotomie, tout le monde l'admet dans cette enceinte ; mais tous aussi vous pensez que la dilatation ne doit pas être repoussée et convient dans beaucoup de cas. La question en est au même point où en est arrivée depuis longtemps la question de la lithotritie et de la taille. Personne, dans la Société de chirurgie, ne proposerait aujourd'hui d'abandonner l'une de ces deux méthodes et de pratiquer l'autre exclusivement. Il doit en être de même pour le traitement des rétrécissements par la dilatation ou l'incision. Déjà M. Trélat vous a dit que le moment venait de discuter les indications de ces opérations, et M. Dolbeau en a posé quelques-unes. C'est là le côté de la question que je veux aborder, sans chercher à vous démontrer l'utilité d'une opération acceptée par tout le monde.

Je commencerai par vous exposer le résumé de quelques-unes de mes opérations, qui pourra servir à bien poser les points que je veux discuter. J'ai pratiqué l'uréthrotomie externe et l'uréthrotomie interne d'arrière en avant et d'avant en arrière, et depuis un certain temps je me sers presque exclusivement de l'*endoscope*, qui me donne des avantages que j'examinerai plus tard. J'avais un assez grand nombre d'observations ; mais la mort d'un de mes internes, à qui j'en avais confié une partie pour un travail qu'il avait entrepris, m'en a fait perdre la moitié, pour le moins. Je n'en ai donc que dix-huit à vous offrir, mais elles pourront suffire pour appuyer ce que j'aurai à vous dire des indications de l'uréthrotomie ; et d'ailleurs ce n'est pas comme statistique que je vous les présente, car, sans nier que la statistique puisse servir à quelque chose, je dois vous avouer que son utilité me paraît bien faible dans les questions de chirurgie. Je vous présente donc les observations suivantes, après vous avoir prévenus qu'elles contiennent le seul cas de mort que j'aie à regretter, et que, dans celles qui sont perdues, ne se trouvait pas un seul cas d'accident de quelque gravité.

(L'espace nous empêche de reproduire le résumé de ces observations, qui se trouveront dans les *Bulletins* de la Société.)

Vous pouvez déjà remarquer, Messieurs, que dans ces dix-huit observations il n'y a qu'un cas de mort produite par l'infection purulente ; peut-être encore pourrait-on discuter l'influence qu'a pu avoir l'uréthrotomie dans la production du vaste abcès de la cuisse avec carie de l'extrémité supérieure du fémur auquel a succombé le malade ; c'est du reste le seul cas de mort que j'aie observé. Comme accidents moins graves, nous trouvons deux cas d'abcès périnéaux, l'un

---

locale est plus tardive. Mais rien dans tout ceci ne justifie sur ce point la prétention des dualistes.

L'erreur dans laquelle ces derniers sont tombés relativement à cette question vient de ce qu'ils ont généralement confondu le chancre, c'est-à-dire l'ulcération chancreuse avec l'induration. Pour celle-ci, sans doute, l'incubation existe, mais elle ne prouve ni pour ni contre le dualisme, attendu que l'induration est un produit de l'infection générale, qui s'ajoute au chancre et le modifie, mais qui ne lui appartient que secondairement. « Comparer le chancre déjà induré à l'ulcération simple, dit M. Jules Davasse, c'est réunir dans un même parallèle deux lésions, sinon de nature, au moins d'évolution et d'ordre différents. »

Induration et adénopathie. — Il y a longtemps que M. Ricord a dit : « L'induration de la base du chancre n'a d'importance réelle dans le diagnostic que lorsqu'elle existe. » Il y a longtemps aussi, ajoute M. Jules Davasse, que nous avons signalé la rareté de l'induration chancreuse des organes génitaux chez la femme. « Je crois, dit M. Cullerier, dont l'autorité en cette matière a un poids considérable, que le chancre le plus simple, le plus exempt d'induration locale, peut être suivi d'accidents constitutionnels. » MM. Alphonse Guérin, Pirondi, Melchior Robert, Henri Lee, M. Diday lui-même, sont de cet avis. Dans mon *Traité des maladies vénériennes*, j'en ai également signalé de nombreux exemples.

Nous pouvons en dire autant de l'adénopathie spécifique. Bien qu'elle soit plus constante que l'induration, elle peut cependant aussi faire défaut. Sur 432 cas de syphilis constitutionnelle rapportés dans le livre de M. Bassereau, l'adénite spécifique a manqué quarante-cinq fois, soit environ une fois sur dix. Comme l'induration, ce symptôme n'a donc de valeur que lorsqu'il existe.

Les dualistes ont eu grand tort, à mon avis, d'invoquer à l'appui de leur théorie l'induration et l'adénopathie spécifiques. Si je chancre simple et le chancre infectant n'ont rien de commun, ma raison se refuse à comprendre qu'il soit nécessaire, pour les distinguer, de recourir à des signes extrinsèques résultant de leur action sur l'économie. Pour distinguer le persil de la ciguë, ai-je besoin d'étudier leurs effets sur l'organisme ? J'examine leurs tiges, leurs feuilles, leurs fleurs, et cela me suffit.

La formule des dualistes revient donc à dire : le chancre infectant est celui qui infecte, et le chancre non infectant est celui qui n'infecte pas !

Inoculation. — En admettant que le chancre infectant ne s'inoculât jamais sur le malade qui le porte, et que le chancre simple fut au contraire toujours inoculable, cela ne prouverait rien en faveur du dualisme. Mais, là encore, cette doctrine a singulièrement exagéré la portée et la constance de ce caractère. La clinique et l'expérimentation sont, en effet, d'accord pour affirmer la possibilité, dans beaucoup de cas, d'inoculer avec succès le pus du chancre infectant au malade même ou sur des objets syphilitiques. M. Jules Davasse n'a eu pour le démontrer que l'embarras du choix parmi les faits dont la science fourmille. MM. Ricord, Legentil, Bassereau, Melchior Robert, Boeck, Bidenkap, Zélaski, Rodet, Clerc, Cullerier, M. Diday lui-même, en ont fourni de nombreux exemples.

La distinction fondée par les dualistes sur ce caractère est donc complétement illusoire, ainsi que je l'ai d'ailleurs établi dans mon dernier ouvrage sur l'unicisme et le dualisme chancreux.

Contagion. — « L'erreur de beaucoup la plus sérieuse et la plus grave pour toutes ses conséquences pratiques, dit M. Jules Davasse, est celle que le dualisme tente d'accréditer en affirmant la transmission nécessaire et irrésistible du chancre suivant son espèce. » L'auteur reproduit d'abord l'observation si instructive de MM. Clerc et Cullerier, où l'on voit un malade affecté de sept chancres mous, non infectants, communiquer à sa maîtresse une syphilis constitutionnelle. Il rapporte ensuite les nombreuses observations et expériences de la plupart des syphiliographes contemporains, observations et expériences qui renversent complétement cette proposition fondamentale du dualisme.

Parmi ces observations, il en est une que je désire citer ici, à cause de la grande valeur que lui donne le nom du médecin qui l'a produite. Elle est de M. Diday.

« Vers 1847, rapporte l'éminent syphiliographe lyonnais, un artisan me consulta pour un chancre *simple*, le premier qu'il eut eu, avec bubon *suppuré* et virulent. Avant que le bubon fût en réparation, il voulut se marier et se maria, voulut cohabiter et cohabita, malgré ma défense formelle et réitérée. A quelque temps de là, sa femme, jeune et innocente (un spécialiste ne s'y trompe guère), me fut par lui amenée pour un chancre de la grande lèvre, et, au bout de trois semaines (cinq semaines environ après le début présumé de l'ulcère), elle eut une *roséole* avec *alopécie* et *acné* du cuir chevelu, le tout *très-caractérisé*. Le mari échappa. Pour l'observer mieux, je lui donnai ma pratique. *Jusqu'à ce jour* (4 ans après), *il n'a eu rien de constitutionnel.* » (*Gaz. méd.*, 1853, p. 40.)

Après un tel fait, émanant d'un tel observateur, et surtout après les expériences de Melchior Robert à l'Hôtel-Dieu de Marseille, comment parler encore de la transmission invariable du chancre dans son espèce ?

« A peine édité, dit M. Jules Davasse, le système dualiste, sans cesse modifié par ses partisans, devait subir de l'un d'eux l'atteinte la plus grave, la fin la plus imprévue... » C'est ainsi que commence un long chapitre consacré par l'auteur à l'examen du chancre mixte et du trinitisme, et dans lequel il démontre clairement que cette nouvelle

avec fistule qui a exigé l'uréthrotomie externe, l'autre sans communication avec l'urèthre et suivi d'une prompte guérison.

Les accès de fièvre sont venus dans quatre cas, et ont paru tenir le plus souvent à la dilatation consécutive; ils ont été sans gravité, et ne se sont reproduits chez aucun de mes malades.

Enfin, il y a deux cas de récidive constatés jusqu'ici, dont un l'a été par M. Voillemier; j'en dois ajouter un troisième rentré ce matin dans mon service; c'est le sujet de la cinquième observation. Notons de suite que ces récidives rapides ont eu lieu dans des cas de rétrécissements traumatiques. Sont-ce les seules récidives qui aient eu lieu sur mes opérés? Je ne le crois pas, car, si je vois souvent les récidives venues à la suite des opérations de mes collègues, mes collègues, à leur tour, doivent observer celles qui arrivent à mes opérés. En effet, Messieurs, je crois exprimer l'avis de toute la Société en disant que, quelle que soit la méthode employée contre les rétrécissements, la récidive est la règle, si l'on veut n'être pas trop facile en fait de cure radicale. Par guérison radicale, on doit entendre celle qui rétablit la fonction telle qu'elle était avant la maladie, de sorte que le malade, une fois guéri, pourra terminer sa carrière, quelque longue qu'elle puisse être, sans être astreint à aucun soin, et sans que le calibre de l'urèthre diminue.

De telles guérisons, j'en connais après dilatation et après section des rétrécissements, mais j'en connais bien peu; et je ferai observer que, pour les constater, il ne faut pas s'en rapporter au dire des malades. Si l'on veut des guérisons radicales, il faut attaquer la maladie qui produit le rétrécissement avant que celui-ci soit formé.

Après ce que je viens de vous dire, quels sont donc les avantages de l'uréthrotomie? C'est là ce que je vais étudier, non pas pour prouver qu'elle vaut mieux ou moins que la dilatation, mais pour chercher dans quels cas la dilatation doit être appliquée, et dans quels cas l'uréthrotomie lui est préférable. Il s'agit donc de poser des indications, non pas d'une manière empirique, mais, suivant les habitudes de la Société, par l'étude des lésions et des symptômes de la maladie, dans les diverses phases de son évolution.

Un des grands obstacles aux progrès de la science sur ce point a été l'habitude de considérer les rétrécissements uréthraux comme une maladie toujours la même et toujours justiciable des mêmes moyens. Il en est ainsi des rétrécissements traumatiques, mais non pas de ceux, bien plus fréquents, qui succèdent à la blennorrhagie. Dans ceux-là, pour la thérapeutique aussi bien que pour la nosologie, nous pouvons admettre trois périodes bien distinctes par la nature des altérations anatomiques et par les moyens qu'on doit leur opposer.

Après la blennorrhagie aiguë vient la blennorrhée, inflammation chronique, accompagnée et entretenue par une ulcération superficielle de nature granuleuse; c'est là la première période du rétrécissement, le rétrécissement inflammatoire chronique formé par le gonflement des parois qui perdent en même temps leur extensibilité. A cette période, ni la dilatation, ni l'uréthrotomie ne peuvent rien; et c'est ce qui explique comment les rétrécissements récents et peu prononcés, qui se dilatent avec la plus grande facilité, reviennent plus vite qu'ils n'ont disparu. En effet, ni les bougies, ni l'instrument tranchant ne peuvent détruire l'ulcération que l'endoscope seul permet de découvrir et de traiter d'une manière rationnelle.

Dans cette période donc, il ne faut ni dilatation, ni incision, mais un traitement dirigé contre l'ulcération, et, celle-ci guérie, le rétrécissement ne revient plus. C'est alors seulement que la guérison radicale peut être assurée; plus tard elle n'est qu'une exception.

Dans la seconde période, les altérations sont plus profondes et plus rebelles, elles persistent même après la guérison de l'ulcération, qui d'abord dominait tout le travail morbide. Les tissus sous-muqueux, infiltrés depuis longtemps, deviennent le siége d'une induration chronique, en même temps que les éléments fibreux de ces tissus, sous l'influence de l'inflammation, subissent cette rétraction fort bien décrite par notre collègue, M. Guérin, et qui est analogue à la rétraction de l'aponévrose palmaire sous l'influence d'une inflammation lente.

Dans cette seconde période, la dilatation est parfaitement indiquée, elle est facile, assez rapide, et généralement ne cause aucun accident. En outre, ses résultats, s'ils ne sont pas définitifs, durent longtemps, et les récidives sont faciles à prévenir en passant une grosse bougie à de longs intervalles; on obtient même parfois des guérisons radicales, ce qui peut s'expliquer par la résolution des indurations sous l'influence de la compression excentrique, et par le retour des éléments fibreux à leur état primitif par suite de leur distension, comme on voit disparaître par une extension méthodique les rétractions de ligaments ou d'aponévroses lorsqu'elles ne sont pas encore invétérées.

Mais, avec le temps, la rétraction fibreuse devient définitive, et les liquides plastiques infiltrés dans la muqueuse et le tissu sous-jacent s'organisent; on entre, alors, dans la troisième période. Les tissus malades en partie détruits, comme la conjonctive dans l'ophthalmie granuleuse, en partie persistants au milieu des tissus de nouvelle formation, font place à un tissu tout à fait analogue au tissu inodulaire; blanc, peu vasculaire, dur, élastique, rétractile, ce tissu constitue le rétrécissement organique, fibreux, que Robert appelait fibroïde, et qu'il serait, je pense, plus exact de nommer inodulaire.

Une fois arrivé à cet état, le rétrécissement est rebelle à la dilatation; une première difficulté, parfois insurmontable, consiste à en trouver l'ouverture, puis une fois franchi, il résiste à la bougie, et souvent il faut des jours, des semaines pour augmenter d'une fraction de millimètre. Puis ce traitement si long, si laborieux, est souvent entravé par des accidents qui forcent à le suspendre, et lorsqu'on peut le recommencer, on a perdu ce qu'on avait gagné auparavant. Mais enfin, à force de patience, on est arrivé à une dilatation suffisante, l'urine coule facilement; le malade est-il donc guéri? Non; cessez la dilatation, et quelques semaines, quelques jours, trois ou quatre peut-être suffiront pour faire perdre au malade le fruit de tant de patience, de dangers et de douleurs. Vous avez vu dans une des observations que je vous communiquais tout à l'heure, qu'après plusieurs mois d'un traitement qui avait produit une dilatation assez considérable, il a suffi de trois jours pour reproduire le rétrécissement.

Dans la période précédente, la dilatation guérissait le malade avec chances de récidives plus ou moins éloignées; dans la troisième période, elle ne le guérit pas du tout, il est condamné à la dilatation continue, jusqu'à la fin de ses jours. C'est alors que l'uréthrotomie donne un secours précieux, en fournissant le moyen de remplacer par une cicatrice peu rétractile, peut-être même non rétractile dans quelques cas, le tissu inodulaire contre lequel on aurait lutté en vain par tout autre procédé. Dans cette troisième période donc, c'est à l'uréthrotomie qu'il faut avoir recours; cette opération convient à tout rétrécissement fibreux ou inodulaire, et par conséquent aux rétrécissements de la partie antérieure du canal qui succèdent à la blennorrhagie cordée, accompagnée d'hémorrhagies, et qu'on peut considérer comme traumatiques.

Mais, si l'uréthrotomie est la seule ressource efficace contre tout rétrécissement inodulaire, nous devons chercher le moyen de reconnaître cette phase de la maladie. La durée du mal peut être prise en considération, mais elle ne saurait suffire au diagnostic; car il arrive qu'un rétrécissement est inodulaire au bout d'un an ou deux, quelquefois moins, et, d'un autre côté, j'ai soigné un malade dont l'affection, après onze ans, n'était qu'à la première période, et j'en ai vu un autre, que la dilatation a guéri, à plus de soixante ans, d'un rétrécissement qui n'était qu'à la seconde période de son développement, bien que son origine remontât à la jeunesse.

La chirurgie ne fournit d'autre moyen de décider la question que de tenter la dilatation; mais, pour cela, il n'est pas nécessaire de continuer l'emploi des bougies pendant bien longtemps. Si on est forcé d'employer pendant plusieurs jours une bougie avant de passer au numéro suivant, si la résistance des tissus donne la sensation d'un anneau dur, si, surtout, après avoir suspendu le traitement pendant quelques jours, on est forcé de reprendre les plus petites bougies qui passaient au commencement, alors on doit admettre que le rétrécissement est fibreux et se décider à l'inciser. Mais cette méthode entraîne des longueurs que l'endoscope peut éviter en même temps qu'il donne des indications bien plus précises. En effet, si on examine le rétrécissement fibreux avec cet instrument, on le voit d'une couleur blanche comme le tissu fibreux ou inodulaire, souvent d'un blanc nacré, et offrant l'aspect des cicatrices. Toutes les fois, qu'à l'aide de l'endoscope, on trouve ce caractère, on doit se décider à pratiquer l'incision; car la dilatation ne pourrait donner de résultat durable.

La nécessité de l'incision étant reconnue, à quelle méthode donnera-t-on la préférence?

Je mettrai de côté d'abord l'uréthrotomie externe; dans une précédente discussion, on lui a reproché d'exposer à la récidive bien plus que l'uréthrotomie interne. Faite sans conducteur, c'est une méthode de nécessité qu'il faut bien employer lorsqu'on ne peut faire autrement, et qu'il est inutile de discuter; avec un conducteur, je ne l'admets que dans les cas de fistules avec vastes décollements qui ne peuvent guérir qu'après avoir été incisés. C'est dans des circonstances semblables que je l'ai pratiquée, et les résultats ne sont pas de nature à m'engager à en faire usage lorsque l'uréthrotomie interne peut suffire; car, sur quatre cas, je connais trois récidives.

C'est donc à l'uréthrotomie interne qu'il faut presque toujours recourir. Je l'ai pratiquée par les différents procédés usités, c'est-à-dire *d'arrière en avant* et *d'avant en arrière*, au moyen des instruments de M. Charrière et de M. Maisonneuve, et enfin au moyen de l'endoscope qui donne le moyen d'apporter dans l'opération une précision qu'on ne saurait obtenir par aucun autre moyen.

L'incision *d'arrière en avant* ne me paraît pas mériter les reproches que lui a faits M. Perrin. Je ne l'ai jamais vue suivie d'hémorrhagies, et je crois qu'avec de l'attention on peut éviter cet accident, si surtout on n'opère que dans les cas où le rétrécissement est fibreux. Mais cette méthode demande une préparation souvent longue, difficile et même dangereuse, avant qu'on puisse faire passer l'instrument, toujours volumineux, qui sert à la pratiquer. Un autre inconvénient qui me la fait rejeter, c'est que, pendant la dilatation préalable, le tissu du rétrécissement se ramollit, devient plus souple et se coupe moins bien, de sorte que le résultat est souvent incomplet.

L'uréthrotomie *d'avant en arrière* n'a pas les mêmes inconvénients. Grâce aux instruments que nous possédons aujourd'hui, on peut la pratiquer, pourvu que le rétrécissement admette un conducteur très-fin. Mais encore faut-il un conducteur; et il est des cas où, pour lui faire la voie, il faudra des tentatives bien prolongées; il en est même où on ne pourra, quoiqu'on fasse, trouver le passage.

Pour cette opération, je pense, avec M. Perrin, que nous n'avons pas d'instrument préférable à celui de M. Maisonneuve, dont le conducteur est très-fin et qui permet, dans les cas de rétrécissements multiples, d'inciser d'un seul coup tous les obstacles, sans exposer le malade à beaucoup plus de danger que pour un seul. Cependant je dois avouer que le conducteur et la tige si frêles de l'instrument me rassurent peu, et que ce n'était pas sans crainte que je poussais avec force le tranchant sur un rétrécissement dur et résistant.

Enfin, de toutes les méthodes usitées, c'est celle-là que je préférerais, si l'endoscope ne m'en fournissait une bien plus sûre dont je parlerai tout à l'heure, après avoir examiné deux questions secondaires, mais qui ne manquent pas d'importance.

Quelque soit le procédé adopté, on doit s'occuper de l'étendue à donner à l'incision; les uns ont soutenu les petites incisions. les autres les grandes, peut-être faute d'avoir une mesure exacte. Pour moi, qui n'aime pas les formules générales en chirurgie, j'adopte depuis longtemps le principe d'inciser toute l'épaisseur du tissu morbide toutes les fois que c'est possible; car, dans les rétrécissements inodulaires, cela est assez souvent impraticable, et c'est une des principales causes de leur caractère rebelle. Trop profonde, l'incision offre des dangers inutiles; trop superficielle, elle ne change pas les conditions organiques de la partie malade; elle ne substitue pas au tissu inodulaire rétractile un tissu plus souple et moins sujet à revenir sur lui-même. Il faut donc inciser, autant que possible, toute l'épaisseur du tissu fibreux et pas plus.

La seconde question est celle du point sur lequel portera l'incision. Les uns ont proposé de la diriger vers la partie supérieure du canal, les autres vers la partie inférieure. Ces points étaient déterminés par des considérations purement théoriques, faute de moyens qui permissent de chercher dans l'état local les motifs d'une détermination.

Avec l'endoscope, il n'en est plus de même; lorsqu'on voit au fond de l'instrument le point rétréci, avec son aspect cicatriciel et sa couleur blanche, et qu'on distingue l'orifice dans lequel on peut introduire un stylet, il est facile de reconnaître de quel côté le tissu fibreux a le plus d'épaisseur, et c'est dans ce point qu'il est naturel de pratiquer l'incision. On est ainsi moins exposé à l'hémorrhagie, on obtient un résultat plus considérable et l'axe du canal ne se trouve pas changé.

L'opération, du reste, n'est pas difficile, en général, lorsqu'on est exercé au maniement de l'endoscope. Je l'ai décrit dans mes *Leçons sur l'endoscope*, auxquelles je renverrai pour ne pas abuser des moments de la Société.

Cette méthode peut s'appliquer à tous les cas, elle a, comme nous venons de le voir, l'avantage de mettre le chirurgien à même de choisir la direction dans laquelle il devra inciser, ce qu'on ne peut faire par les autres méthodes. Mais c'est surtout dans les cas où les bougies ne peuvent trouver l'orifice du rétrécissement que l'endoscope l'emporte sur les autres moyens. En effet, dans ces cas, j'ai toujours pu, jusqu'ici, introduire un stylet, le plus souvent à la première tentative, quelquefois à la seconde ou à la troisième; et, l'orifice ainsi découvert, il est facile d'y introduire la pointe du bistouri boutonné qui me

---

espèce chancreuse n'est autre chose qu'une fiction, ingénieuse peut-être, mais dont l'invention a été plus nuisible qu'utile à la cause qu'elle voulait servir. Nous regrettons que les limites restreintes de cet article ne nous permettent pas d'analyser cet intéressant chapitre, où se trouve reproduite la preuve mathématique que nous avons donnée de la non-existence du chancre mixte.

L'unicité du virus syphilitique étant rigoureusement démontrée, comment expliquer l'action tantôt locale, tantôt générale de cet agent morbide?

Pour M. Jules Davasse, la syphilis est, dans tous les cas, une maladie constitutionnelle, une essence ou entité morbide, comme la goutte, la scrofule, présentant trois formes ou prototypes distincts: la forme bénigne ou syphilis simple, la forme maligne ou syphilis phagédénique, et la forme grave ou syphilis confirmée. Le virus n'est point la cause substantielle externe de la syphilis; il ne représente que la partie contagieuse inhérente à certains produits inoculables de la maladie; ce n'est que l'instrument spécial de sa transmission. Quant à la véritable cause interne ou prochaine, elle réside dans la prédisposition morbide définie, mise en activité à l'occasion du contagium inoculé.

Ainsi, d'après cette manière d'interpréter la syphilis, le chancre simple serait, au même titre que les symptômes de la vérole confirmée, le résultat d'une action générale de l'organisme, dont le virus n'aurait été que la cause accidentelle, l'aiguillon mettant en jeu une prédisposition de l'économie.

Malgré le grand talent de dialectique avec lequel M. Jules Davasse a soutenu cette thèse dans les premiers chapitres de son livre, nous devons avouer qu'il n'a pas réussi à nous convaincre. Le chancre simple est pour nous une lésion essentiellement locale. Cette lésion peut, sans doute, devenir plus ou moins grave, durer plus ou moins de temps, selon l'influence nuisible ou favorable qu'exerce sur elle la constitution du sujet, mais elle n'en reste pas moins limitée à la région qui en est le siége. Et, la preuve, c'est qu'une cautérisation bien faite guérit le chancre simple sans retour. M. Jules Davasse en convient lui-même: « La cicatrisation du chancre, dit-il, met fin à la maladie; il n'y a pas d'autres poussées, encore moins de véritables récidives. Tout danger a disparu, pour le présent comme pour l'avenir. »

Pourrait-il en être ainsi, je le demande, si le chancre simple était l'expression d'une maladie constitutionnelle? Voyez la plaque muqueuse qui, elle, est bien le produit d'une infection générale: je puis encore, il est vrai, la faire disparaître en la cautérisant; mais cette disparition n'est que momentanée. Bientôt on la voit se reproduire soit au même lieu, soit dans le voisinage ou dans d'autres régions; et cela à plusieurs reprises, tant que la cause interne qui la fait naître et l'entretient n'a pas été complétement détruite.

Le virus syphilitique n'est pas, d'ailleurs, le seul qui nous offre l'exemple d'un poison morbide agissant sur l'économie tantôt localement, tantôt d'une manière générale. Si quelques virus ou autres agents de même ordre, tels que le virus de la rage, le venin des serpents, infectent d'emblée toute l'économie, il en est d'autres, au contraire, comme le virus charbonneux, le miasme anatomique, et même, dans quelques cas, le virus vaccin, qui ne donnent primitivement lieu, au point inoculé, qu'à une lésion locale, laquelle peut être ou non suivie de l'infection constitutionnelle. Le virus syphilitique, par sa double action sur l'organisme, ne fait donc pas exception dans la pathologie des affections virulentes.

Dans mon dernier ouvrage sur l'unicisme et le dualisme chancreux, je crois avoir démontré et prouvé que cette double action du virus syphilitique dépend, non-seulement des idiosyncrasies ou prédispositions individuelles, mais encore et surtout des qualités physiques de la matière inoculée. Cette matière est-elle formée d'une sérosité facilement absorbable? Elle donnera naissance, si aucune influence diathésique ne s'y oppose, au chancre infectant et à la syphilis constitutionnelle. Est-elle, au contraire, constituée par du pus, dont les globules ne peuvent traverser les capillaires? Elle produira le chancre simple, la syphilis locale. Telle est, selon nous, la seule interprétation possible des modalités variables du virus syphilitique; tel est le mot de l'énigme pathologique qui, depuis si longtemps, préoccupe les esprits.

Quoi qu'il en soit, M. Jules Davasse nous paraît avoir porté le dernier coup à la théorie des deux virus. Si vivace que soit une hypothèse, je doute fort que celle-ci se relève de cette vigoureuse discussion. Et il est facile de prévoir que le temps n'est pas éloigné où ce système, comme tant d'autres qui l'ont précédé, ne sera plus qu'un souvenir.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans les autres parties de son livre où, sauf quelques restrictions relatives à certains points de doctrine, nous n'aurions eu qu'à jouer une foule d'aperçus ingénieux, de descriptions prises sur nature, d'observations cliniques du plus haut intérêt. Ajoutons que l'ouvrage entier est écrit en un style pur et élégant, qui en rend la lecture aussi facile qu'attrayante, grand mérite dont l'absence se fait malheureusement trop sentir dans beaucoup d'œuvres scientifiques. « Sans le style, dit Voltaire, il est impossible qu'il y ait un seul bon ouvrage en aucun genre. Le style rend singulières les choses les plus communes, fortifie les plus faibles, donne de la grandeur aux plus simples. »

Edmond Langlebert.

sert d'uréthrotome, d'inciser les parties qui résistent et de s'arrêter dès que la résistance a cédé. Vous avez pu voir par mes observations que, dans plusieurs cas, l'endoscope m'a permis de lever des obstacles que depuis longtemps on cherchait en vain à franchir et que j'ai pu de la sorte éviter la ponction de la vessie, et l'opération si difficile et si grave de l'uréthrotomie externe sans conducteur. Aux résultats de ma pratique, je suis heureux de pouvoir ajouter deux opérations d'uréthrotomie endoscopique pratiquées par M. le docteur Ebermann (de Saint-Pétersbourg). Une de ces opérations a été faite pour un rétrécissement qu'on n'avait pu franchir par aucun autre moyen.

Parmi les accidents qu'on a reproché à l'uréthrotomie interne, le plus fréquent est la fièvre qui se montre par accès précédés de frissons. On y a attaché une grande importance sans distinguer les causes qui peuvent la produire; on a même dit, dans cette discussion, que tout malade qui a un frisson a été touché; mais touché par quoi? Non, pas toujours, sans doute, par une affection grave. Ce qu'on doit dire, c'est que le frisson peut être causé par le trouble nerveux qui accompagne toute opération, par cette fièvre à accès intermittents qu'on a nommée fièvre uréthrale, et enfin par le début d'une infection purulente.

Le frisson du trouble nerveux suit immédiatement l'opération et se dissipe par la chaleur du lit et par l'usage de boissons chaudes. Le frisson de la fièvre uréthrale n'arrive que plus tard, souvent après le premier et le deuxième jours, et dans ce cas il n'est pas rare qu'il soit dû à la présence de la sonde à demeure; je l'ai vu en général disparaître en retirant cette sonde; en tout cas je n'ai jamais vu cet accident offrir quelque gravité, et il cède facilement au sulfate de quinine. Cette fièvre urethrale, du reste, n'est pas particulière à l'uréthrotomie, la dilatation la cause fréquemment, et les efforts d'une miction difficile suffisent parfois pour la produire en l'absence de tout traitement. Dans ces cas elle doit engager à pratiquer l'incision qui souvent la fait disparaître.

Enfin le frisson de la fièvre purulente ne vient jamais qu'après plusieurs jours, lorsque la suppuration a pu s'établir; il ne présente ici rien de particulier, et ne peut pas plus être prévenu qu'après toute autre opération. Heureusement cette complication est rare.

Je dirai peu de chose de l'hémorrhagie, que je n'ai jamais observée, peut-être à cause de l'attention que j'ai généralement de n'inciser que dans les tissus fibroïdes et de ne pas dépasser leurs limites, car cet accident me paraît dû, surtout, aux incisions trop profondes ou à celles qui portent sur des tissus encore vasculaires.

Les abcès, l'infection purulente, ne sont-ils pas dûs aussi, le plus souvent, à ce que l'incision a porté sur des tissus enflammés? Dans ce cas l'endoscope pourrait peut-être diminuer le nombre de ces accidents en permettant de juger *de visu* l'état des parties.

En résumé, l'uréthrotomie est applicable à la dernière des trois périodes de l'évolution des rétrécissements.

Lorsque les rétrécissements sont fibreux ou inodulaires, elle donne des résultats bien préférables à ceux de la dilatation.

Dans les deux premières périodes elle ne doit pas être appliquée.

L'uréthrotomie externe sur un conducteur doit être réservée pour les cas de rétrécissements avec fistules compliquées de vastes décollements. L'uréthrotomie externe sans conducteur ne doit s'appliquer qu'aux cas où, par aucun autre moyen, on ne peut trouver l'orifice du rétrécissement.

L'uréthrotomie interne, d'arrière en avant, a l'inconvénient de demander une longue préparation dans les cas où elle peut être utile, et de donner des résultats moins complets que les méthodes suivantes.

L'uréthrotomie d'avant en arrière n'a pas les mêmes inconvénients, elle peut être appliquée à des rétrécissements très-étroits sans dilatation préalable, mais il y a encore des cas où elle demande une préparation longue et difficile.

Enfin l'endoscope permet de saisir des indications qu'on ne peut trouver sans lui, et, dans certains cas, de décider l'opération à première vue, de choisir le point le plus favorable à l'incision et de l'inciser avec sûreté; mais c'est dans les cas où il est impossible de trouver le passage avec les bougies qu'il présente le plus d'avantage, car il donne alors le moyen de trouver l'orifice du rétrécissement et de l'inciser immédiatement. Il m'a déjà permis plusieurs fois d'éviter l'uréthrotomie externe sans conducteur; il en a été de même pour un des malades de M. le docteur Ebermann, et je crois pouvoir espérer qu'il la rendra extrêmement rare, ainsi que la ponction de la vessie.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ankylose incomplète de la mâchoire inférieure.

M. LABBÉ présente un jeune malade, âgé de dix ans, qui, à la suite d'une chute sur le menton, faite à l'âge de cinq ans, a été atteint d'une ankylose incomplète de la mâchoire inférieure. Il ne peut ouvrir la bouche; l'écartement des dents incisives est d'environ un millimètre et demi, c'est à travers cet espace si étroit que l'enfant introduit ses aliments; il doit déployer beaucoup de patience pour faire pénétrer la quantité de substance nécessaire à son alimentation; mais du reste il se nourrit assez bien et son état de santé générale est satisfaisant. L'enfant parle assez bien, et l'on peut facilement le comprendre.

Lorsqu'on presse fortement sur la mâchoire inférieure, on détermine quelques mouvements d'abaissement incontestables, mais extrêmement limités. Les condyles du maxillaire inférieur font une saillie tout à fait anormale, ils paraissent très-volumineux; les apophyses coronoïdes paraissent également un peu plus saillantes; tout le corps du maxillaire inférieur a subi un arrêt évident de développement.

Y a-t-il eu là une luxation des condyles? ou bien les surfaces articulaires auraient-elles été le siége d'une arthrite consécutive à la violente contusion qui a eu lieu il y a cinq ans? M. Labbé avait songé à la première hypothèse, à cause de la saillie des condyles; cependant il n'avance cette opinion qu'avec réserve.

Les parents du malade réclament instamment une opération. Si M. Labbé se décide à agir, il serait disposé à faire la dilatation forcée, à ouvrir violemment la bouche après avoir préalablement endormi le malade par le chloroforme; puis, le cas échéant, à pratiquer l'opération d'Essmarck ou celle que M. Richet a proposée.

M. DOLBEAU croit qu'il s'agit ici d'une arthrite temporo-maxillaire traumatique ayant amené l'atrophie des muscles qui meuvent la mâchoire. Il propose la dilatation forcée après chloroformisation.

M. BROCA pense que la dilatation forcée échouera, et que l'on sera obligé de recourir à l'opération d'Essmarck.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. Malgaigne a donné sa démission de professeur de médecine opératoire à la Faculté de Paris, sa santé ne s'améliorant pas. M. Denonvilliers, professeur de pathologie externe, demanderait, dit-on, à permuter sa chaire pour celle que M. Malgaigne laisse vacante.

— Le concours pour une place de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Duplay.

— Le docteur Bauchet, agrégé de la faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, chevalier de la Légion d'honneur, vient de succomber aux suites d'une piqûre et d'un phlegmon diffus. Enlevé à la science dans la force de l'âge, il laisse de nombreux et sincères regrets parmi tous ceux qui ont connu son caractère loyal et son amitié. La Société de chirurgie, dont M. Bauchet était membre, rapellera ses services. Nous nous bornons à exprimer ici les sentiments douloureux que nous inspirent à tous cette mort prématurée. Les obsèques auront lieu, aujourd'hui samedi, à dix heures.

— Les professeurs des quatre Facultés de Bruxelles se sont réunis le dimanche 2 juillet pour procéder à la nomination d'un recteur qui, cette année, devait être choisi dans la Faculté de médecine. Jamais le corps professoral n'avait été si nombreux. M. le professeur Graux a été élu recteur pour l'année académique 1865-66 à l'unanimité des suffrages moins une voix donnée à M. le professeur Morel. M. Graux, ému de ce témoignage de haute sympathie et de confiance, a remercié le corps professoral par quelques paroles éloquentes.

MM. les professeurs Roussel, de la Faculté de droit, Rossignol, de la Faculté de médecine, Tiberghien, de la Faculté de philosophie, et Rousseau, de la Faculté des sciences, ont été nommés délégués auprès du conseil d'administration. *(La Presse médicale belge.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de MM. les docteurs RAIGE-DELORME et A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le 4e demi-volume (2e du tome deuxième) vient de paraître. Il contient les principaux articles suivant : Albinisme, par M. Trélat; Albuminurie, par M. Gubler; Alcool (chimie), par M. Wurtz, (pharmacie) par M. Réveil, (action physiologique) par M. Perrin, (thérapeutique) par M. Béhier; Alcoolisme (pathologie) par M. Lancereaux, (médecine légale) par M. Tourdes; Alcools, par M. Wurtz; Algérie, par Laveran. Divers articles de botanique, par M. Baillon; diverses sources d'eaux minérales, par M. Rotureau; la biographie et la bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau et Daremberg. Prix du demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 fr. Paris, P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Huit années de pratique médicale à Contrexéville. Étude clinique : goutte, gravelle, pierre, catarrhe de vessie, par le docteur LEGRAND DU SAULLE. — Paris, 1865, 1 vol. in-8° de 132 pages, chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine et la chirurgie ont tenu peu de place à l'Académie des sciences lundi dernier. Signalons toutefois un travail sur des appareils destinés à conserver l'eau à bord des navires de la marine. Un travail sur la liqueur d'absinthe, par M. Deschamps (d'Avallon), et une note de M. Boudin touchant l'action foudroyante des hommes récemment foudroyés.

M. Fuster a aussi envoyé une note sur les conditions de l'emploi de la viande crue pour la guérison de la phthisie pulmonaire. Depuis une année, c'est-à-dire depuis une première communication de M. Fuster, ce traitement est en expérience de tout côté. — Dr Armand Després.

Mont-Dore, ce 8 juillet 1865.

Mon cher directeur,

La question de l'électricité considérée comme cause de l'action des eaux minérales sur l'organisme est trop intéressante pour que je n'aie pas dû saisir avec empressement l'occasion d'étudier les faits sur lesquels elle repose. Cette occasion devait m'être naturellement offerte par mon séjour au Mont-Dore ; elle s'est présentée, dès l'ouverture de la saison, dans des conditions particulièrement favorables. M. le docteur Scoutetten, le promoteur de la nouvelle théorie électro-thermale, qu'on me passe ce néologisme, est venu faire un traitement au Mont-Dore. Notre savant confrère a eu l'obligeance de se mettre à notre disposition, et une série d'expériences a été instituée sous sa direction, en présence des médecins du Mont-Dore, constitués en une sorte de commission sous la présidence de M. l'inspecteur Vernière. Mes confrères ont bien voulu me désigner pour la rédaction des procès-verbaux de ces expériences. J'ai pensé que ce compte rendu ne serait pas sans intérêt pour les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*. C'est ce qui m'a engagé à vous le transmettre pour le mettre sous leurs yeux.

Procès-verbal des expériences sur l'état électrique des eaux du Mont-Dore, faites par M. Scoutetten, en présence des médecins de cet établissement.

M. le docteur Scoutetten a invité les médecins du Mont-Dore, auxquels M. le docteur Herpin (de Metz) a bien voulu se joindre, à l'effet de les rendre témoins de quelques-unes des expériences à l'aide desquelles il a démontré les phénomènes électriques manifestés par les eaux minérales en général.

En présence des médecins soussignés, réunis dans le cabinet et sous la présidence de M. Vernière, inspecteur, MM. Herpin, Boudant, Richelot, Mascarel, Payot et Brochin, M. Scoutetten a commencé par exposer l'objet de ses expériences et le mécanisme de l'appareil dont il se sert.

Le but de ses expériences a été de constater les phénomènes électriques qui se manifestent au contact de l'eau minérale du Mont-Dore, dans les diverses conditions de température et d'état où elles se présentent aux sources, ou transportées hors de ces sources et conservées plus ou moins longtemps, pures ou mélangées, etc.

Ces phénomènes ont été constatés à l'aide du galvanomètre de Nobili.

Après un échange d'explications entre M. Scoutetten et les médecins assistants, le programme des expériences a été arrêté comme il suit :

Rechercher : 1° quelle est l'action que l'eau commune froide, c'est-à-dire à la température ambiante, et la même eau chauffée à divers degrés, exercent sur l'appareil galvanomètre, afin d'avoir un terme de comparaison.

Cette action constatée, on déterminera quelle est l'action sur ce même appareil de l'eau minérale récemment puisée à la source, quelle est l'influence d'une action chimique instantanée, provoquée dans l'eau commune.

On cherchera, à l'aide de l'électromètre, si l'eau minérale contient ou non de l'électricité à l'état libre.

Les mêmes recherches seront faites sur l'eau minérale refroidie et conservée depuis plus ou moins longtemps, sur l'eau minérale mêlée à de l'eau commune, sur l'eau minérale conservée et ramenée à sa température primitive par son immersion au bain-marie, soit dans la source, soit dans de l'eau commune chaude ; enfin sur l'influence qu'ont les mélanges de divers liquides, tels que le lait ou les sirops avec l'eau minérale sur l'action accusée par le galvanomètre.

Une dernière expérience consistera à immerger la main d'abord, puis le corps tout entier dans l'eau minérale, récemment puisée, ou à la source même, pour constater l'effet du courant produit par le contact du corps avec l'eau minérale.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — (Jeudi 29 juin.)

(Présents : MM. Vernière, Boudant, Richelot, Mascarel, Payot, Herpin et Brochin.)

Une expérience préliminaire consiste à mettre une rondelle de cuivre et une rondelle de zinc séparées l'une de l'autre par un morceau de papier mouillé en rapport avec les conducteurs du galvanomètre. Au moment où a lieu le contact des rondelles avec les électrodes, l'aiguille de l'appareil qui était fixe dans la direction du nord et au-dessus du 0 de l'instrument dévie aussitôt en faisant un écart considérable, phénomène attestant le passage du courant galvanique.

Cette expérience préliminaire faite dans le but de montrer la sensibilité de l'appareil, M. Scoutetten a procédé aux expériences suivantes :

Première expérience. — Avec de l'eau de source commune à la température ambiante contenue dans un verre à boire ordinaire.

Au moment où les deux électrodes sont plongés dans l'eau, l'aiguille s'écarte légèrement, et, après quelques oscillations, revient à 0, et se fixe à quelques degrés à peine au delà.

Deuxième expérience. — Avec de l'eau minérale récemment puisée à la source. Dès que les électrodes sont plongés dans l'eau, l'aiguille subit un écart considérable.

Troisième expérience. — Avec de l'eau commune dans laquelle on a introduit une certaine quantité de carbonate de chaux. L'immersion des électrodes dans le liquide ne produit aucun effet.

On ajoute quelques gouttes d'acide nitrique, qui attaquent le carbonate de chaux. Au moment même où la combinaison chimique a lieu, l'aiguille subit une déviation.

Quatrième expérience. — L'expérimentateur, plaçant un des électrodes dans la bouche et prenant l'autre dans la main, plonge celle-ci ainsi armée dans une cuvette remplie d'eau minérale. A l'instant où l'immersion a lieu, l'aiguille se dévie.

Cinquième expérience. — Une plaque de platine, plongeant dans l'eau minérale, a été mise en rapport par le fil dont elle est armée avec la boule de l'électromètre à feuilles d'or. Les feuilles d'or ne se sont point écartées ; elles sont restées immobiles.

Cette expérience a eu pour objet de montrer qu'il n'existe point d'électricité à l'état libre ou statique dans l'eau minérale. La contre-expérience a été faite avec le bâton de cire rouge frotté sur du drap, qui a produit immédiatement un écartement considérable des feuilles d'or de l'électromètre.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — (Vendredi 30 juin.)

(Présents : MM. Vernière, Boudant, Richelot, Mascarel, Payot, Herpin et Brochin.)

Première expérience. — Avec de l'eau minérale refroidie depuis vingt-quatre heures à l'air libre dans une cuvette ; température 15° c. Les deux électrodes plongés dans l'eau, l'aiguille du galvanomètre se met en mouvement, et, après d'assez amples oscillations, se fixe à 40°.

Deuxième expérience. — Eau minérale conservée depuis la veille (vingt-quatre heures environ) dans un pot à eau qui est resté couvert, de manière à diminuer son contact avec l'air, l'eau étant à la température de 15°. Au moment de l'immersion des électrodes dans l'eau, l'aiguille se met en mouvement, fait de plus grandes oscillations que dans la précédente expérience, et se fixe à 55° du galvanomètre.

Troisième expérience. — Eau minérale chaude récemment recueillie au pavillon (cabinet n° 3), ayant une température de 44° 50. L'eau a perdu par le transport 7° 50 ; elle est à 37° au moment de l'expérience. L'aiguille, mise en mouvement par l'immersion des électrodes, s'écarte jusqu'au point d'arrêt, marquant le quart de cercle, fait de grandes oscillations, et s'arrête à 70° galvanométriques.

Quatrième expérience. — On fait un mélange à parties égales en volume d'eau commune et d'eau minérale chaude à 37°. La température équilibrée du mélange est de 25°. L'aiguille dévie, oscille, et se fixe à 50°.

Cinquième expérience. — On ajoute à ce même mélange une nouvelle quantité d'eau minérale chaude, de manière à porter la proportion de l'eau minérale aux 2/3 environ du mélange. L'épreuve donne 55°.

Sixième expérience. — De l'eau commune chauffée jusqu'à 37° ; température égale à celle de l'eau minérale du pavillon n° 3, éprouvée dans l'expérience troisième de cette série, donne une déviation de 25°. On se rappelle que la même eau froide, à 15° de température, n'avait donné qu'un résultat nul, un écart de quelques degrés seulement au galvanomètre.

Cette sixième expérience traduit l'influence de l'élévation de température sur la conductibilité électrique de l'eau commune.

Septième expérience. — De l'eau de la source Sainte-Marguerite, chargée d'acide carbonique, dite *eau piquante*, à la température de 11° (la température habituelle de cette source étant 10°), donne au galvanomètre une déviation de 10°.

Huitième expérience. — Les électrodes plongés dans la source du pavillon n° 5, dite *Bain Saint-Jean*, à la température de 42°. L'aiguille du galvanomètre s'écarte rapidement, va frapper plusieurs fois le point d'arrêt, et, après de fortes oscillations, se fixe à 80°.

La même expérience faite au pavillon n° 3, dont la température est de 43° 50, donne un écartement de 85 à 90°.

Neuvième expérience. — L'électromètre à feuilles d'or est plongé à moitié dans l'eau de cette source ; on laisse couler ensuite sur cet instrument de l'eau s'échappant d'un robinet à douches, et les feuilles d'or restent immobiles.

Il est démontré de nouveau par cette expérience que l'eau minérale ne contient pas d''électricité statique.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — (Lundi 3 juillet.)

(Présents : MM. Vernière, Boudant, Richelot, Mascarel, Payot, Brochin, Herpin et Brosson, concessionnaire de l'établissement.)

Première expérience. — Eau minérale de la source de la Madeleine refroidie, recueillie l'avant-veille quarante-huit heures avant l'expérience, et hermétiquement bouchée, à la température ambiante de 22°. Déviation de l'aiguille fixée à 32° 5 du galvanomètre.

Deuxième expérience. — Eau minérale de la source de la Madeleine conservée en bouteille depuis 1852. Cette eau a une odeur et un goût sensiblement sulfuré. L'aiguille, très-faiblement mise en mouvement, oscille entre 5 et 15, et finit par se fixer à 10°.

Troisième expérience. — Eau venant d'être puisée à la même source (la Madeleine), ayant au moment de l'expérience 30° de température ; donne une déviation de 40°.

Quatrième expérience. — Eau de la même source recueillie depuis quarante-huit heures à la température ambiante de 22°. Oscillations entre 25 et 35, aiguille fixée à 30°.

Cinquième expérience. — Eau minérale (même source) recueillie dans le courant de l'année depuis six mois environ, chauffée au bain-marie dans la source et élevée à 38° ; donne au galvanomètre 30°.

Sixième expérience. — La même eau, chauffée au bain-marie dans l'eau commune et élevée à la même température que la précédente, 38°, donne exactement le même résultat. Oscillations entre 28 et 32, et arrêt de l'aiguille à 30°.

Cette expérience démontre que quelle que soit l'origine de la chaleur, que l'eau minérale ait été rechauffée par la chaleur naturelle de la source, ou à la chaleur artificielle, le résultat est exactement le même, conséquemment, l'origine de ces deux sources de chaleur n'occasionne aucune différence d'action.

Septième et dernière expérience. — Cette dernière expérience a eu pour objet d'apprécier les différences galvanométriques données par l'eau de la source de la Madeleine, pure ou mélangée, avec les substances qu'on est dans l'usage d'y ajouter, telles que le lait ou le sirop. Elle a été subdivisée en cinq opérations :

A. Eau puisée à la buvette, à la température de 37° ; donne au galvanomètre 32°.

B. La même eau mélangée avec deux cuillerées de lait pour un verre à boire, abaissant la température de 2°, soit 35, donne 30°.

C. Mélangée avec deux cuillerées de sirop pour un verre, à 35° de température, donne 21°.

D. L'expérience B est répétée à une température moindre, ayant laissé s'opérer un refroidissement sensible. Le résultat a été le suivant. L'aiguille est allée moins loin que dans l'expérience B, mais elle a dépassé le point où elle s'était arrêtée dans l'expérience C ; elle s'est fixée entre 23 et 24°.

E. Enfin l'expérience C a été répétée à une température moindre et à peu près égale à celle de l'expérience D. L'aiguille s'est arrêtée à 20°.

Ainsi, l'eau mélangée avec le lait ou le sirop marque moins au galvanomètre que l'eau minérale seule. Le mélange avec le sirop marque moins que le mélange avec le lait.

Tels sont les résultats que les soussignés ont constatés, et dont ils déclarent reconnaître l'exactitude.

Tout en réservant leur opinion personnelle sur l'interprétation de ces faits au point de vue de l'application pratique, ils se plaisent à en reconnaître l'importance et à déclarer qu'ils ont suivi ces expériences avec le plus vif intérêt. Ils ont considéré, enfin, comme un devoir, de témoigner à M. le docteur Scoutetten toute leur reconnaissance pour l'obligeance avec

laquelle il a bien voulu les initier à ses savantes et utiles recherches.

Mont-Dore, ce 4 juillet 1865.

Ont signé : MM. Vernière, président, Boudant, Richelot, Mascarel, Payot, Herpin (de Metz) et Brochin, secrétaire.

P. S. — L'expérience de l'immersion du corps entier dans l'un des bains du pavillon à la source a été tentée le 6 juillet, après la signature du précédent procès-verbal. Mais, par suite d'un dérangement survenu dans l'appareil galvanométrique, elle a été sans résultat. Elle sera reprise l'année prochaine.

Lorsque j'ai eu à exprimer pour la première fois une opinion au nom de la *Gazette* sur les recherches de M. Scoutetten, j'ai dit qu'il y avait à distinguer dans son travail deux choses : un fait établi sur l'expérimentation contrôlable par le même procédé, et que je n'entendais par conséquent nullement contester ; et une interprétation théorique de ce fait, que je considérais jusqu'à nouvel ordre comme une hypothèse, tant qu'une étude approfondie du sujet n'en aurait pas démontré la légitimité. La réalité du fait est aujourd'hui incontestable à mes yeux comme elle l'est aux yeux de mes confrères du Mont-Dore. Quant à son interprétation et aux applications qui pourraient en être faites dans la pratique et pour l'explication des effets de la médication thermale en général et de celle du Mont-Dore en particulier, je ne puis que rester encore dans la même réserve, m'associant pleinement à cet égard au sentiment de mes confrères. Je serais assurément très-disposé à penser que les phénomènes électriques qui se manifestent au contact des corps avec l'eau minérale sont pour quelque chose, peut-être même pour beaucoup, dans son action ; mais je crois qu'il faut encore de longues études pour arriver à déterminer avec quelque précision quelle est la part d'influence qui revient à ce phénomène dans l'action si complexe et si difficilement analysable des eaux minérales. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITE. — M. Beau.

Cas de dilatation considérable du cœur (anévrysme passif).

(Observation recueillie par M. Victor Duhamel.)

Au nº 2 de la salle Saint-Louis est couché un ouvrier carrier, âgé de cinquante ans. Taille, 1 mètre 70 centimètres; constitution forte, bien qu'affaiblie; muscles volumineux et fermes; peau blanche, cheveux grisonnants, yeux bleus. Mémoire sûre.

Il assure qu'aucun membre de sa famille n'a eu de maladie semblable à la sienne.

Bon régime, logements sains. Pendant un grand nombre d'années, il buvait de quatre à dix litres de vin par jour sans en avoir jamais été incommodé. Depuis quatre ans, il ne fait plus d'excès.

Ni rhumes ni respiration courte dans son enfance. Jamais de rhumatismes. En un mot, santé excellente jusqu'à l'hiver de 1852. A cette époque, il commença à ressentir de l'essoufflement et des palpitations avec douleur précordiale; les accès étaient quelquefois assez forts pour l'obliger à s'arrêter au milieu de sa marche ou de son travail.

Ces symptômes ayant continué à se manifester, cet homme fut reçu au commencement de l'année 1853 à l'hôpital Cochin. Après un mois de séjour, il en sortit, se croyant guéri, et retourna à ses occupations, qu'il put continuer jusqu'en 1855. Mais il n'avait plus la même activité, et les palpitations, jointes à une grande difficulté de respirer, devenaient de plus en plus fréquentes.

En 1855, enflure des jambes avec aggravation des symptômes cardiaques. Depuis lors, il a dû interrompre toute espèce de travail, gardant la chambre, souvent le lit, et allant faire chaque année plusieurs séjours à l'Hôtel-Dieu.

Depuis le mois de janvier 1863, la santé est devenue si mauvaise que le malade ne quitte plus les hôpitaux.

Il se présente à la Charité le 4 octobre.

Voici l'état du malade le 5 au matin :

Décubitus horizontal impossible; position assise dans le lit. Légère teinte subictérique bornée à la face et aux conjonctives.

Œdème des parois du ventre et des membres abdominaux, d'autant plus marqué que l'on descend plus bas. Hernie inguinale de chaque côté; il déclare qu'elles n'ont jamais été contenues par un bandage.

Rien d'anormal à l'auscultation ni à la percussion de la poitrine; 42 respirations.

Pouls irrégulier, inégal, dépressible et petit, à 68. La région précordiale n'est pas bombée. La matité occupe une étendue de 18 centimètres dans tous les sens; la pointe du cœur frappe à 6 centimètres au-dessous et en dehors du mamelon; la matité cesse à droite au niveau de la ligne médiane du sternum. L'impulsion, forte sous la main et occupant une grande étendue, est insensible à l'œil. A l'auscultation, bruits du cœur un peu plus clairs que dans l'état sain, perçus jusque sous la clavicule droite et en arrière de la poitrine; ils sont forts et irréguliers, avec intermittences fréquentes, pendant lesquelles une ou deux pulsations paraissent manquer. Un bruit de souffle sans rudesse accompagne le premier temps et se prolonge assez pour couvrir en partie le second bruit, si bien que celui-ci arrive à l'oreille fort affaibli. Pas de souffle dans les carotides, ni pouls veineux ni gonflement des jugulaires.

La chaleur de la peau est ordinaire. Sensibilité au froid.

Langue nette, bouche pâteuse; soif ordinaire, dégoût de toute espèce d'aliments. Ventre sensible, sonore partout. Déjections normales. Toute la région hépatique est un peu douloureuse à la percussion, mais non spontanément. En haut, le foie remonte jusqu'à 3 centimètres au-dessous du mamelon. En bas, on sent son bord tranchant qui dépasse les fausses côtes de 4 centimètres et qui est lisse partout.

Céphalalgie frontale peu intense, mais presque continue depuis plusieurs mois. Quelques éblouissements passagers. Faiblesse très-grande.

Nuits agitées et sans sommeil, redoutées par le malade à cause des palpitations et des étouffements qui surviennent aussitôt que le sommeil commence. Ces accidents, qui le forcent souvent à se lever, ont beaucoup augmenté d'intensité et de fréquence depuis cinq à six mois; leur durée varie de dix à quinze minutes. — Infusion de 0,25 de feuilles de digitale; vin, aliments.

Le 20, débute une bronchite qui ajoute encore à l'anxiété du malade.

Le 24, l'auscultation de la poitrine révèle des râles sibilants disséminés en avant et en arrière, avec quelques gros râles sous-crépitants limités au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Toux pénible et fréquente; expectoration visqueuse et aérée. Cette bronchite commence à diminuer d'une manière notable à partir du 10 novembre. Envahissement du scrotum et de la verge par l'œdème.

Le 5 décembre, depuis l'admission du malade à l'hôpital tous les symptômes énumérés ci-dessus n'ont pas cessé d'aller en augmentant. Il refuse de prendre l'infusion de digitale, qui lui donne, dit-il, des vertiges sans le soulager.

La face, légèrement bouffie, conserve sa coloration subictérique. Augmentation de l'œdème aux membres inférieurs. Ventre volumineux et dur; la peau en est lisse, sans éraillure; on y constate de la matité jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Le pouls, à 66, conserve sa petitesse et son irrégularité. L'impulsion du cœur est maintenant assez forte pour soulever toute la paroi thoracique et la partie supérieure de l'abdomen. Bruits cardiaques tumultueux, irréguliers et intermittents; le bruit de souffle paraît couvrir entièrement les deux temps.

Respiration à 46 et bruyante à distance, parole entrecoupée.

Les accès de suffocation sont si fréquents et leur durée se prolonge si longtemps que le malade ne peut goûter un seul instant de sommeil et voit arriver la nuit avec une sorte de terreur.

On lui propose la ponction, qu'il accepte. Pratiquée dans la fosse iliaque gauche, elle donne issue à trois litres de sérosité jaune, transparente et albumineuse. Pendant les dix à douze jours qui suivent cette opération, les battements du cœur paraissent un peu moins tumultueux, mais le moindre mouvement en provoque aussitôt le retour.

Le 1er janvier 1864, l'œdème, après avoir envahi les membres supérieurs, disparaît au bout d'une semaine, mais augmente dans les autres parties du corps.

Le 7, commence un état d'assoupissement qui ne cesse pas jusqu'à la mort et qui est fréquemment interrompu par des cauchemars et des réveils en sursaut. Les pommettes se colorent un peu. Le décubitus devient horizontal, à droite ou à gauche indifféremment. Nausées; matité du ventre à partir de 6 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'en bas; ténesme rectal et vésical. Lipothymies sous l'influence du moindre mouvement. Pieds glacés; chaleur du reste du corps peu élevée. Le malade n'accuse aucune douleur et ne se plaint que des rêves qui l'empêchent de se livrer au sommeil qui l'accable.

Le pouls, dans ses variations, donne, comme points extrêmes, 42 et 68; la respiration s'élève dans les derniers jours à 56 par minute. La mort arrive le 19 sans que personne s'en aperçoive, précédée pendant quelques jours de bouffissure considérable à la face. L'intelligence reste complète. Jusqu'à la fin, on n'a pas cessé de constater dans l'état du pouls l'irrégularité et la variabilité de ses battements, devenant tous les jours plus faibles et plus difficiles à percevoir. Il ne survient pas de bruit nouveau à l'auscultation du cœur.

Voici l'examen cadavérique fait le 20 janvier, trente-trois heures après la mort, + 8° :

Infiltration générale, excepté aux membres thoraciques. Pas de rigidité; sang à la bouche; face et cou violacés; coloration vineuse de toute la partie postérieure du tronc, de la moitié inférieure de l'abdomen et des cuisses. Nombreuses taches bleuâtres et arrondies sur les deux épaules. Commencement de décomposition verdâtre au-dessus de l'ombilic; quelques ecchymoses à la fesse droite.

Toutes les parties de l'encéphale sont intactes; les méninges n'offrent rien d'anormal.

Un peu de liquide dans la plèvre gauche. Du côté droit, quelques légères adhérences. Les deux poumons sont fortement engoués en arrière. Ni tubercules ni emphysème. Ganglions bronchiques noirs et durs, d'un volume ordinaire.

Aucune altération du péricarde, qui renferme environ 100 grammes de sérosité transparente et citrine. Le cœur a une forme sensiblement globuleuse; sa coloration extérieure et sa consistance n'offrent rien de remarquable. Ses cavités sont gorgées d'une quantité considérable de sang mou et brun foncé, sans mélange de caillots fibrineux. Vidé et placé sur une table, il prend un aspect aplati. Quant aux parois de l'oreillette gauche, elles s'affaissent complétement sur elles-mêmes.

Voici la mesure exacte de l'organe dans ses différentes parties :

Poids : 398 grammes.

Longueur totale du cœur.	18	centimètres.
Largeur à sa partie moyenne.	19	—
Circonférence de l'orifice tricuspide. . .	18	—
— mitral. . . .	17	—
— pulmonaire. . .	8	—
— aortique. . . .	81	millimètres.
Parois du ventricule droit : épaisseur. . .	5	—
— gauche : —	2	centimètres.
Cloison interventriculaire : épaisseur. . .	2	—
Oreillette gauche : diamètre vertical. . .	12	—
— — transversal. .	81	millimètres.
— épaisseur des parois. .	1	—
— droite : diamètre ordinaire.		
— — épaisseur des parois. .	3	—
Aorte thoracique : circonférence. . . .	62	—

J'ajoute que la face interne de l'oreillette gauche présente une teinte terne, que ses parois sont sensiblement ramollies et qu'un léger effort en opère le déchirement.

Quant à l'oreillette droite, dont le volume m'a paru ne pas dépasser les dimensions ordinaires, bien que j'aie omis de la mesurer, son tissu était ferme, et cette fermeté s'alliait bien à son épaisseur, que j'ai dit être de 3 centimètres.

Enfin, les orifices des veines-caves supérieure et inférieure ont les dimensions qui leur appartiennent dans l'état normal. Le tissu des colonnes charnues et des parois des ventricules est ferme, d'une couleur rouge pâle, plus manifeste dans le cœur gauche que dans le cœur droit. Les valvules sigmoïdes des artères pulmonaire et aortique sont minces et souples; elles oblitèrent complétement la lumière lorsqu'on verse de l'eau par le vaisseau. L'aorte thoracique, dans tout son trajet, est souple, de couleur jaunâtre à l'intérieur et exempte d'altération.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule dix litres de liquide jaune et limpide.

Foie sain et d'un volume un peu augmenté.

La rate, de 16 centimètres sur 8, épaisse de 4, est saine du reste.

Rien à signaler dans les autres organes.

L'exactitude avec laquelle j'ai recueilli ce fait et l'histoire détaillée que j'en ai pu donner, ajouteront, je l'espère, plus de prix encore à une observation déjà si remarquable par sa rareté.

Je dois donc me contenter d'en signaler les principaux traits. Ainsi, nous rencontrons ici, comme l'ont d'ailleurs mentionné les auteurs, une dilatation exempte d'hypertrophie, s'accompagnant au contraire d'amincissement des parois et d'un degré évident de ramollissement. Cette dernière condition est vraisemblablement la cause primordiale de la lésion, puisqu'on n'a pas à invoquer de rétrécissement d'orifice ni d'hypertrophie des ventricules.

Pendant la vie, on a observé un bruit de souffle au premier temps et couvrant presque toute l'étendue du second, des bruits du cœur plus sonores que d'habitude, une irrégularité constante des battements, une impulsion très-forte à la région précordiale, un pouls petit et irrégulier.

Je n'essayerai pas d'en tirer de conclusions au point de vue symptomatologique, reconnaissant avant tout que l'importance de ce fait est de servir à l'histoire ultérieure des dilatations de l'organe centrale de la circulation.

THORACENTÈSE

pratiquée neuf fois dans l'espace de trois mois et demi dans une pleurésie tuberculeuse compliquée à la fin de pneumo-thorax.

(Procédé de M. le Dr Raciborski, injection de teinture d'iode et de permanganate de potasse.)

Par M. le docteur F. Demout.

La thoracentèse, opération si rarement pratiquée, et par quelques privilégiés seulement, il y a encore une trentaine d'années, est devenue presque une chose usuelle dans la pratique, grâce à l'impulsion donnée par l'illustre professeur Trousseau et aux efforts de la génération médicale qui l'a suivi. Malgré le grand nombre de faits que l'on peut consulter relativement à ce sujet, malgré les savantes discussions auxquelles ils ont donné lieu (1), il faut encore attendre avant de se prononcer d'une façon définitive sur la valeur réelle de cette opération. Ce qui semble assez bien démontré, c'est le peu de gravité de l'opération en elle-même; aussi pensons-nous qu'on a pu l'employer sans inconvénients dans un certain nombre de cas qui auraient pu guérir tout aussi bien et tout aussi vite sans elle. Mais à côté de ces cas il en est d'autres où la thoracentèse est impérieusement indiquée et où elle peut rendre au médecin d'immenses services.

Pour notre compte, elle nous a été si évidemment utile dans le cas dont nous allons donner la description, que nous aurions mauvaise grâce à la soupçonner d'avoir pu être la cause de l'issue funeste de la maladie.

La plus grande partie des observations auxquelles nous faisons allusion plus haut, sont relatives à des pleurésies franches avec épanchements séreux ou séro-purulents; mais il y a encore une catégorie, assez restreinte d'ailleurs, d'épanchements symptomatiques de dégénérescences des poumons ou des organes voisins (tubercules, cancers, etc.), où, sans prétendre à la guérison, la thoracentèse peut soulager les souffrances et prolonger la vie des malades, et se trouve par conséquent très-bien indiquée. Ces exemples sont encore peu connus. Le savant professeur Piorry, ayant fait à l'Académie de médecine, à propos d'un cas de thoracentèse, une communication fort intéressante au point de vue clinique et opératoire, nous avons voulu, avant que la discussion ne s'engageât sur ce sujet, porter à la connaissance de nos lecteurs une observation assez curieuse dans ce genre.

Voici ce fait.

Joseph B..., âgé de trente-cinq ans, employé à l'administration du chemin de fer du Nord, nous a consulté pour la première fois le 11 mars 1863. A cette époque nous avons constaté de l'induration au sommet du poumon droit avec matité et craquements assez abondants, sueurs copieuses, etc., etc.

Un mois environ après, le malade fut obligé de faire un voyage en Belgique, où il est resté environ sept mois.

Pendant cette absence, vers la fin de juin, il survint un épanchement pleurétique qui, d'après le dire du malade, n'aurait occupé d'abord que le tiers *supérieur* du côté droit en avant, où il y avait une voussure assez prononcée. Cependant cette voussure aurait disparu tout d'un coup, et, d'après ce que lui aurait dit le médecin, l'épanchement se serait retrouvé à la partie inférieure et surtout en arrière. Douleurs dans cette région et dans l'épaule. Appétit assez bon; peu de fièvre. (Vésicatoires volants, etc.)

Vers le milieu de novembre il revient à Paris, et nous constatons ce qui suit : beaucoup d'amaigrissement, enrouement très-prononcé, matité au sommet du poumon droit avec des craquements secs et quelques râles bullaires. Cette matité se prolonge en bas jusqu'au rebord des

(1) *Compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux.*

fausses côtes où le malade ressent une douleur assez vive ainsi que dans l'épaule droite. Enfin, le côté droit de la poitrine est sensiblement plus développé que le gauche, surtout dans la moitié inférieure, et le foie se trouve refoulé dans l'abdomen.

Les vésicatoires, posés antérieurement, ayant été très-douloureux et très-longs à guérir, le 24 janvier 1864, nous appliquons un cautère en avant, un peu au-dessus du rebord des fausses côtes, point le plus douloureux. Frictions sur le reste du côté avec la pommade mercurielle belladonée, etc.

Pas d'amélioration sensible; l'oppression est souvent très-forte. Le 20 mars notre malade s'absente de nouveau, mais il revient le 6 avril, et la dyspnée est si prononcée, si continue, et les douleurs du côté et de l'abdomen si fortes, qu'il réclame lui-même l'opération de la thoracentèse dont il nous avait entendu parler.

Le 9 avril nous pratiquons cette opération d'après le procédé Raciborski, le plus simple et le plus ingénieux de tous les procédés connus (1).

Nous faisons avec une lancette une petite incision à la peau vers le milieu de la septième côte, et, relevant la petite plaie jusqu'à l'espace intercostal immédiatement supérieur, nous enfonçons le trocart coiffé de la vessie bien privée d'air. Mais, à ce moment, le patient fait un brusque mouvement de retraite, et l'instrument ressort de la blessure. Après quelques instants, le malade remis de son émotion nous laisse régulièrement achever l'opération.

Il sort un litre et demi d'un liquide jaunâtre et un peu trouble, et nous arrêtons l'écoulement, parce que, malgré un soulagement très-notable, il survient une sensation intérieure de pression très-pénible vers le sommet de la poitrine. Naturellement il fut pris les précautions d'usage pour retirer la canule, et ensuite nous appliquâmes sur la plaie un carré de baudruche Marinier et deux couches de collodion riciné.

Les jours suivants, l'amélioration continue, et nous constatons une diminution du côté droit. Cependant, le 14, la douleur de côté devient plus forte; il y a de la fièvre, les urines sont rares et rouges; les jours suivants, la fièvre tombe, mais l'épanchement augmente.

Le 19, nous pratiquons une deuxième thoracentèse d'après le même procédé. Nous évacuons au moins trois litres de liquide semblable à celui de la première opération. La vessie s'étant trouvée pleine avant la fin de l'écoulement, nous lui avons fait une ouverture vers le fond, et le liquide coulait dans la cuvette qui soutenait la vessie pendant que celle-ci continuait de recevoir celui qui lui venait de la plèvre. Nous faisions incliner le malade de façon à donner de plus en plus à l'ouverture une position déclive; en outre, ce côté faisait des mouvements respiratoires si limités que l'écoulement était presque continu, excepté vers la fin où nous avons dû faire exécuter des mouvements d'expiration forcée, ou mieux d'expulsion, les contractions de l'abdomen étant les plus efficaces.

Le soulagement est plus sensible encore cette fois, le ventre est devenu souple, le foie ne déborde plus les fausses côtes, les urines deviennent claires et abondantes; le pouls se maintient entre 90 et 112 pulsations, et la moyenne des respirations est de vingt-deux par minute.

Le 24, il survient un point de côté avec sensation de *serrement* des côtes; le volume de ce côté a diminué. Vers la fin du mois, l'épanchement est de nouveau assez abondant, et, le 6 mai, nous nous décidons à pratiquer la troisième opération de thoracentèse. Cette fois, nous avons retiré près de six litres d'un liquide gris-jaunâtre, épais, crémeux, contenant évidemment bien plus de pus que les autres fois. Grand soulagement, amélioration très-sensible, repos, frictions sur le côté avec la pommade mercurielle belladonée.

Cependant le malade étant fatigué par la longueur de l'opération, nous remettons au lendemain pour lui faire, par la même ouverture, une injection avec :

Eau iodurée, 120 grammes,

Teinture d'iode, 70 grammes,

espérant de cette façon empêcher une reproduction aussi prompte de l'épanchement. Nous faisons prendre au malade des positions variées, afin de mettre autant que possible la matière de l'injection en contact avec toutes les parois de la plèvre, et au bout d'un quart d'heure, après avoir bien chassé l'air de la vessie et lié l'ouverture qui a donné passage à la canule de la seringue, nous ouvrons le robinet du trocart, et il sort encore au moins un litre de liquide crémeux presque inodore; puis, l'écoulement naturel cessant, nous en extrayons encore 400 grammes par aspiration au moyen de la seringue.

Ces liquides essayés n'offrent pas de trace d'iode libre.

Cette opération n'avait d'abord rien offert de particulier; mais, quelques heures après, il y eut de l'anorexie, des nausées, puis la nuit fut agitée; le côté droit était toujours douloureux, surtout au-dessus du sein, entre la troisième et la quatrième côte, où il y avait une saillie évidente; mais, envisagé dans son ensemble, ce côté offrait manifestement moins de volume que l'autre.

Le 9, l'appétit était revenu; 100 pulsations, douleurs vers l'omoplate du côté droit; dans la nuit, le malade avait distingué, après plusieurs efforts de toux, une espèce de craquement, de déchirure, dans la poitrine en arrière du sein droit, et ensuite un sifflement. Il s'était opéré une rupture du parenchyme pulmonaire par suite de l'ouverture probable de quelque petite caverne sous-pleurale. Effectivement nous avons trouvé à notre visite du lendemain une résonnance claire dans presque toute l'étendue occupée autrefois par la matité, et la succession hippocratique laissait entendre distinctement le bruit de déplacement d'un liquide mélangé à des gaz comme dans une carafe remplie en partie d'eau. Néanmoins l'état général était satisfaisant : appétit, pouls de 100 à 110, respiration, 24 à 25.

Le 13 mai, la plèvre droite s'étant de nouveau remplie, et le décubitus n'étant plus possible sur le côté gauche, nous pratiquons la quatrième ponction toujours à peu près dans le même point et de la même manière. Il sort trois litres et demi à quatre litres de pus fétide; à mesure que le liquide coule, on entend, même à distance, un petit sifflement dont le siége se trouve au niveau des troisième et quatrième côtes en avant. Ensuite le malade toussant ou expirant fortement, nous faisons sortir une grande quantité d'air de la plèvre, de façon à remplir plusieurs fois la vessie, en ayant soin de fermer le robinet de la canule après chaque expiration; et, bien qu'il ne puisse rentrer d'air par cette voie, nous constatons que la plèvre en est constamment pleine (sonorité, élasticité exagérée, etc.); ce qui prouve évidemment l'existence d'une communication entre les poumons et la cavité de la plèvre.

Immédiatement après, nous injectons environ 200 grammes d'un mélange composé de parties égales de teinture d'iode et d'eau iodurée, nous dirigeons autant que possible le jet dans tous les sens, et nous ne négligeons pas les autres précautions.

Les jours suivants, nous constatons un peu de respiration à droite, dans la fosse sus-épineuse, et au-dessous de la clavicule, de gros râles ronflants, du souffle amphorique et le tintement métallique. Le pouls se maintient de 110 à 116; il y a des alternatives de calme et de souffrances, tantôt en haut, en avant, tantôt en bas, en arrière, des frissons et des sueurs; l'appétit reste assez bon. L'épanchement se réforme peu à peu. A partir du 20, les exacerbations revenant régulièrement le soir à quatre heures, le sulfate de quinine est administré et en a facilement raison.

Cependant les urines deviennent rares, difficiles, les sueurs abondantes; tout le côté est très-douloureux, surtout au moindre contact; la langue est blanche, fendillée autour avec la pointe rouge, les lèvres gercées collent aux dents, l'épanchement est considérable. Le 29 mai, au niveau des piqûres, la peau est rouge, tuméfiée. Le malade, trop faible, veut attendre jusqu'au lendemain pour la thoracentèse : mais dans la nuit, le pus se fraye un passage au travers des anciennes piqûres enflammées, et le 30, au matin, nous en trouvons le malade inondé. Pour éviter cet inconvénient, nous pratiquons immédiatement la cinquième thoracentèse. Elle nous fournit trois litres et demi de pus mélangé de grumeaux blancs; puis le côté droit fortement incliné en bas, nous avons encore plus d'un litre de pus très-épais, vert foncé, qui ne coule que très-difficilement et est très-fétide. Ensuite, injection de 200 grammes, dont moitié teinture d'iode, et nous laissons une mèche dans la plaie, afin de prévenir, par un écoulement continu du pus, ces accumulations considérables qui deviennent si pénibles.

Le lendemain, grande amélioration qui se continue les jours suivants : la mèche est bientôt arrachée, néanmoins le pus recommence à couler, d'abord dans les efforts de toux, ensuite spontanément pendant le sommeil, ce qui produit toujours du soulagement.

Toutefois, le 13 juin, la collection étant de nouveau assez considérable, nous jugeons une sixième thorencentèse nécessaire. Pour cela, nous suivons autant que possible le trajet fistuleux, mais n'ayant pu retrouver l'orifice interne, même avec un stylet fin, nous ponctionnons la plèvre. Cette fois, pensant que la pénétration de l'air dans la plèvre n'est plus à redouter, nous négligeons d'employer la vessie. Il sort environ deux litres de pus verdâtre très-épais, très-fétide, nauséeux, à chaque inspiration l'écoulement cesse, mais il ne rentre d'air que lorsqu'elles sont profondes. Ensuite injection d'eau tiède, évacuation aussi complète que possible de la plèvre, qui reçoit enfin 100 grammes de teinture d'iode, succession hippocratique, mèche dans le trajet fistuleux. Deux jours après, celle-ci est chassée par un flot de pus. A partir de ce moment, le suintement est continuel et très-fétide : nous recommandons alors les lotions fréquentes avec le permanganate de potasse très-étendu d'eau dont on imprègne également les serviettes qui recouvrent le côté.

Le 20 juin, une nouvelle évacuation (septième) est nécessaire, et cette fois nous choisissons une place un peu en avant des anciennes piqûres qui sont très-enflammées, et nous ponctionnons directement le sixième espace intercostal; la présence de la canule fut bien moins douloureuse que les autres fois où il fallait relever assez fortement la peau. Le moindre mouvement imprimé à l'instrument était alors très-pénible, mais l'extraction de la canule pincée énergiquement par la peau non divisée d'avance fut très-douloureuse. Nous n'avons cette fois qu'un peu plus d'un litre de pus très-fétide, et nous sommes obligé encore plus que les autres fois de nous entourer de chlorure de chaux. Puis nous lavons la cavité pleurale à l'eau tiède, ensuite à l'aide d'une solution à 1/100e de permanganate de potasse. Cette injection ayant été très-douloureuse, nous introduisons une certaine quantité d'eau tiède, puis nous retirons environ un litre d'un liquide brun sans odeur. Enfin, nous terminons par l'injection de 100 grammes de teinture d'iode pure qui est bien supportée.

Le lendemain, l'état général est meilleur, cependant il y a de la toux et des crachats blancs filants qui continuent plusieurs jours, et je puis constater au sommet gauche des râles sous-crépitants avec expiration prolongée, et même des craquements.

Le côté droit s'est sensiblement affaissé, et est le siége de sensation, de pression, de tiraillements, ce qui nous fait espérer que les deux parois pleurales se rapprochant, il y aura moins de tendance à la production du pus.

Pendant dix jours, le mieux se maintient, sauf un peu de douleur à la gorge (absorption de l'iode sans doute). Mais après cela, nous reconnaissons que le côté grossit; le 30, dans la nuit, un effort de toux chasse une certaine quantité de pus qui continue de suinter. Les parois thoraciques sont très-douloureuses, et recommencent à être tendues.

Le 5 juillet a lieu la huitième opération de thoracentèse après une petite boutonnière préalable faite avec le bistouri directement sur le bord supérieur de la huitième côte. Le reste de l'opération, comme la dernière fois. La solution de permanganate de potasse est mieux supportée. Cette fois encore, à mesure que la plèvre se vide par la canule, le petit sifflement se produit vers le tiers supérieur de la poitrine, et à la fin de l'opération, les deux tiers inférieurs du thorax donnent à la percussion un son très-clair.

La communication existait donc toujours entre le poumon et la plèvre, et cependant il n'y eut jamais rejet par les crachats de la matière purulente contenue dans la cavité pleurale, dont l'odeur ne se communiquait pas non plus à l'haleine du malade. Il faut donc croire qu'il y avait là une sorte de soupape qui s'opposait au reflux des matières contenues dans la plèvre.

Les suites furent les mêmes qu'après les précédentes opérations.

Le 16 juillet eut lieu la neuvième ponction qui nous donne un peu plus d'un litre de pus verdâtre, caséeux, d'une odeur repoussante, et après les lavages habituels nous remplaçons le trocart par une petite canule courbe terminée par une plaque munie de deux petits anneaux qui permettent de la fixer à l'aide d'un cordon. Nous voulions éviter l'accumulation du pus et cependant régler son écoulement à volonté au moyen d'un petit bouchon de liége. Mais, le soir même, la canule est chassée dans un effort de toux. Le 17, nous la replaçons, et le pus auquel elle donne issue est encore plus infecte. Cependant le malade se trouve bien et ressent un appétit formidable. Le 18 nous remarquons que le pus filtre le long des parois externe de la canule, celle-ci commence à être mal tolérée, de sorte qu'après avoir évacué un pus à odeur gangréneuse et convenablement lavé et désinfecté la plèvre, nous retirons la canule. Mais il reste une fistule, et cette communication facile de la plèvre avec l'air extérieur apporte un obstacle très-grand à la toux et même à la respiration. Pour remédier à cet inconvénient, nous appliquons un morceau de sparadrap, mais ce moyen est encore insuffisant. Le pus devient de plus en plus gangréneux, et le pauvre malade, qui s'est affaibli de plus en plus et qui est presque réduit à l'état de squelette, finit par s'éteindre le 20 juillet dans la journée. L'autopsie n'a pas pu être faite.

Ce qui nous a frappé surtout dans ce fait, c'est l'innocuité complète de la thoracentèse. Ainsi, dans l'espace de trois mois et demi environ, cette opération a été pratiquée en réalité onze fois; elle n'a jamais provoqué de réaction vive et a constamment procuré un grand soulagement qui a duré tant que la plèvre n'a pas été de nouveau remplie. L'établissement de la fistule pulmonaire n'est pas moins remarquable, surtout en ce qu'elle a de particulier. Enfin, malgré la terminaison funeste de la maladie, inévitable dans ce cas, nous pensons que ce fait est de nature à encourager les praticiens à employer la thoracentèse dans les cas de ce genre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 juillet 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Hygiène navale. — M. ROUX adresse un mémoire *sur les appareils destinés à conserver l'eau à bord des navires de la marine impériale*. Voici à quoi conclut l'auteur :

En résumé, dit-il, nous croyons qu'en galvanisant l'extérieur des caisses et en étamant l'intérieur, l'État pourrait compter sur la pureté et la conservation de l'eau employée à bord des navires. L'hygiène n'aura qu'à gagner à cette innovation, et si l'application de cette mesure nécessite une légère dépense, elle sera compensée par un sérieux avantage, celui de ne laisser dans l'esprit de l'autorité aucun doute sur les qualités du produit qui joue le rôle le plus important dans l'alimentation de l'homme de mer.

Thérapeutique. — M. FUSTER adresse une note faisant suite à celle qu'il a présentée dans la séance du 12 juin dernier, concernant le traitement de la phthisie pulmonaire et des maladies consomptives. Cette nouvelle note porte pour titre : « Conditions de l'emploi de la viande crue et de la potion alcoolique pour la guérison de la phthisie pulmonaire. » (Commissaires précédemment nommés : MM. Andral, Serres, Rayer.)

Chimie organique et hygiène publique. — M. DESCHAMPS (d'Avallon) envoie une note *sur la liqueur d'absinthe*. L'auteur a fait des analyses de cette liqueur, et il tire de ses études les conclusions suivantes :

Cette liqueur ne contient aucune substance réellement dangereuse.

L'absinthe est un alcoolat coloré avec des sucs d'épinard, d'ortie, etc., mais le végétal *absinthe* ne sert jamais à cet usage.

L'indigo et le curcuma, qui ont été employés quelquefois pour la colorer sont complétement inoffensifs.

Les traces de cuivre qu'on y rencontre quelquefois ne peuvent être attribuées qu'à l'action de la liqueur sur les robinets de laiton qui sont adaptés aux bidons des cantinières, ou à de petits tonneaux, ou bien encore aux vases dont se servent les débitants et quelques fabricants, et non à l'introduction du sulfate de cuivre dans cette liqueur. C'est d'ailleurs la seule interprétation qui puisse être admise pour expliquer les traces de cuivre que nous avons trouvées dans une partie des absinthes que nous avons analysées.

L'absinthate de potasse ne se trouve point dans cette liqueur et ne peut en aucune manière exercer sur l'économie des effets nuisibles.

L'action que cette liqueur produit sur les buveurs ordinaires ne peut être attribuée qu'à l'acool qu'elle renferme, et, toutes choses egales d'ailleurs, elle ne grise pas plus que les autres liqueurs.

La chaleur que la personne qui boit de l'absinthe sans eau ressent sur la membrane muqueuse de l'estomac est due à l'action instantanée de l'alcool que cette liqueur contient, et si cette personne n'est pas immédiatement placée sous l'influence de l'ivresse qu'elle éprouve dans une autre circonstance, c'est parce que l'absorption est retardée par suite de cette action.

Un verre d'absinthe pris par hasard ne peut excercer aucune influence fâcheuse sur l'état mental du buveur.

Le danger réel qu'elle présente réside dans sa saveur sucrée qui est due aux essences d'anis et de badiane, et qui ne laisse pas dans la bouche cette sensation pâteuse et désagréable qui succède toujours à l'ingestion des liquides qui contiennent du sucre; dans la propriété qu'elle a d'étancher la soif et de déterminer des éructations agréables qui excitent d'une manière impérieuse le buveur d'absinthe à retourner chez le marchand de liqueurs.

Celui qui aurait la force de résister à la tentation, et de ne prendre qu'un verre d'absinthe par jour, ne serait pas plus exposé qu'avec les autres alcooliques.

Les effets funestes que l'on a constatés chez les buveurs de ce liquide ne peuvent être attribués en aucune manière à l'absinthe végétale, puisque celui qui boit dix verres de cette liqueur n'est pas sous l'influence des principes aromatiques de l'absinthe, qui est généralement employée pour faire une bouteille de tisane.

L'état d'abrutissement auquel arrive successivement le buveur d'absinthe est très-facile à comprendre. En effet, celui qui boit 3, 5, 6, 8, 10, 20, 30 verres de cette liqueur par jour, est sous l'influence de 90, 150, 180, 240, 300, 450, 600 et 900 centimètres cubes d'alcool à

(1) Société de chirurgie de Paris, séance du 14 novembre 1849. « L'auteur se sert pour cela d'une vessie de cochon, dont la capacité est proportionnelle à la quantité de liquide que l'on doit évacuer; il la trempe dans l'eau pour la ramollir et la tord ensuite pour en chasser l'air. Il fixe enfin l'orifice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se trouve entièrement coiffée par le fond de cette vessie.

La ponction est faite comme à l'ordinaire, si ce n'est que la main presse sur cette enveloppe extérieure en même temps que sur le manche de l'instrument, pour en retirer ensuite la lame en l'abandonnant dans la cavité close que représente la vessie. Celle-ci se déplisse et se distend à mesure que le liquide coule dans son intérieur par la canule, et le foyer morbide se trouve ainsi à l'abri de la pénétration de l'air. » *Gazette des hôpitaux*, 1849, nº 138.

43,2, 45, 53,6, 56,4, 61,2, 61,6 61,8, 65,8 et 69,2 degrés centésimaux.

On ne peut supposer qu'un verre d'absinthe, qui ne contient au plus que 75 milligrammes de principes aromatiques, puisse produire des phénomènes d'intoxication, et renverser sur le carreau l'imprudent qui le boirait sans précaution.

Il est impossible d'admettre, sans commettre d'erreur, que l'essence d'anis, etc., qui s'est émulsionnée en ajoutant lentement de l'eau à la liqueur d'absinthe, puisse être la cause principale des effets morbides qu'éprouvent les buveurs.

On ne peut commencer à s'occuper de l'action que l'essence d'anis, etc., peut exercer sur les buveurs d'absinthe, qu'alors qu'ils boivent, chaque jour, une quinzaine de verres de cette liqueur qui renferme par verre de 61 à 75 milligrammes d'essences.

Il n'est pas étonnant qu'on ait remarqué que l'absinthe des buveurs agissait sur l'économie à la manière des poisons narcotico-âcres, puisque l'alcool appartient à cette classe de poisons.

La liqueur de la Grande-Chartreuse produirait les mêmes effets que la liqueur d'absinthe, si on en buvait autant.

Enfin, nous verrons un progrès remarquable dans nos mœurs, lorsque le nombre des débitants de boissons alcooliques diminuera au lieu d'augmenter.

M. Boudin adresse une Note tendant à démontrer l'action foudroyante de l'homme récemment foudroyé, et basée sur deux observations qu'il rapporte.

La première est relative à un homme qui, le 30 juin 1854, fut tué par la foudre près du Jardin des Plantes, à Paris, et dont le corps resta pendant quelque temps exposé à une pluie battante. Après l'orage, deux soldats ayant voulu enlever le cadavre reçurent chacun un choc violent au moment où ils le touchèrent.

Dans la seconde observation, deux artilleurs chargés de relever deux poteaux du télégraphe électrique qui avaient été renversés le 8 septembre 1858 par un orage à Zara (Dalmatie), ayant saisi, deux heures après l'orage, le fil conducteur, éprouvèrent d'abord de légères secousses, puis furent tout à coup terrassés. Tous deux avaient les mains brûlées; l'un d'eux même ne donnait plus aucun signe de vie. L'autre, en essayant de se relever, retomba immédiatement en touchant du coude un de ses camarades accouru à ses cris. Ce dernier, terrassé à son tour, éprouva des accidents nerveux divers, et son bras présenta une brûlure de la peau à l'endroit même où il avait été touché.

NÉCROLOGIE.

Samedi dernier ont eu lieu les obsèques du docteur Bauchet; une députation des professeurs et agrégés de la Faculté, M. Tardieu le doyen en tête, ont assisté au convoi. Le président de la Société de chirurgie, M. Broca, un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux ont été jusqu'au cimetière.

M. Velpeau, qui portait à M. Bauchet une amitié toute paternelle, a prononcé quelques mots où s'exhalait une vraie douleur, et qui ont touché tous les assistants. Plusieurs discours ont été prononcés par MM. Trélat, Legouest et Bricheteau; nous reproduisons ici le discours de M. Trélat.

Messieurs,

C'est au nom de la Faculté de médecine que je viens dire ici des paroles de douloureux regrets.

Il y a quelques jours, la mort nous enlevait un collègue plein de vie et d'espoir; voici qu'elle nous impose un nouveau deuil et nous ramène affligés et compatissants au bord d'une tombe brusquement ouverte.

Comment ne pas courber la tête sous le coup de si cruels arrêts!

Bauchet, notre collègue, notre ami, venait à peine de franchir ces pénibles années d'épreuves, où le chirurgien conquiert pas à pas sa position scientifique. Nommé au concours externe, interne, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine, il était en même temps deux fois lauréat de l'Académie de médecine, membre titulaire de la Société de chirurgie, membre de la Société anatomique dont il avait été vice-président, et de la Société de médecine du département de la Seine.

Tous ces titres conquis et ces nominations obtenues, il les devait à son labeur et à ses publications. Sans parler des articles qu'il avait donnés aux différents journaux de médecine, je citerai sa thèse inaugurale sur les *Kystes de la mâchoire inférieure*, un *Traité du panaris et du phlegmon de la main*, les deux mémoires couronnés par l'Académie, l'un sur l'*Anatomie pathologique des kystes en général*, l'autre sur les *kystes de l'ovaire*; un remarquable travail qui appartient aux mémoires de la Société de chirurgie, sur les *Tumeurs hypertrophiques de la parotide*, deux thèses de concours pour l'agrégation; la première sur le *Tubercule au point de vue chirurgical*, la seconde sur les *Accidents cérébraux des plaies de tête*; enfin un volume des *Bulletins de la Société anatomique* et un volume des *Bulletins de la Société de chirurgie*.

Depuis quelques mois Bauchet était à la tête d'un service de chirurgie active à l'hôpital Saint-Antoine, où il pouvait développer ses connaissances et ses aptitudes pratiques. Il jouissait enfin de cette situation attendue depuis longues années.

A peine âgé de trente-neuf ans, ayant encore trois années d'exercice à faire dans l'agrégation, parmi des collègues qui l'estimaient, il recueillait le fruit de ses travaux et se voyait recherché par une clientèle déjà nombreuse. Un maître vénéré avait protégé ses débuts dans la carrière, et lui avait voué une affection prévoyante et tendre à laquelle il répondait par une reconnaissance presque filiale. La vie près d'une compagne sympathique et dévouée, au milieu d'amis attirés vers lui par sa bienveillance et la facilité de ses manières, la vie semblait lui promettre de longs jours heureux.

Tout cela n'est plus rien. De ces travaux, de ces affections, il ne reste plus que des regrets et des larmes. Quelques jours d'une maladie noblement contractée dans l'exercice de la profession, sur ce champ de bataille où tant des nôtres ont trouvé une mort silencieuse, mais grandement méritoire, quelques jours ont suffi pour anéantir à jamais ces espérances.

Non, cependant, tout n'est pas anéanti. Nous gardons le souvenir durable de l'homme laborieux, de l'ami dévoué, du collègue estimé, du chirurgien habile, le souvenir! récompense de celui qui a bien vécu, consolation de ceux qui pleurent et qui s'abîment dans les regrets.

Adieu donc, cher collègue; reposez dans la paix, sans trouble, et si quelque partie de vous nous accompagne encore, voyez ce cortége de parents, d'amis et de collègues qui sont venus vous apporter le dernier hommage de leur estime, de leur tendresse, de leurs larmes, et vous dire que votre vie trop tôt brisée a été dignement remplie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'ouverture de plusieurs concours en 1866, pour des places d'agrégés stagiaires dans les facultés de médecine (pour la section de chirurgie et d'accouchements).

L'ouverture aura lieu ainsi qu'il suit :

1° A Paris, le 5 mars 1866, un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires;

2° A Montpellier, le 22 janvier 1866, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires,

3° A Strasbourg, le 15 janvier 1866, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires.

— M. le docteur de Menou, médecin-major de première classe, du 83e régiment d'infanterie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 24 juin dernier.

— La composition écrite dans le concours pour deux places de chirurgien au Bureau central a eu lieu mercredi. Les candidats ont eu à traiter les *plaies des tendons*.

— Le seconde série des épreuves du concours pour deux places de médecin du Bureau central des hôpitaux a commencé.

Les candidats admissibles sont : MM. les docteurs Barnier, Blachez, Bricheteau, Cadet (de Gassicourt), Isambert, Molland, Proust, Second-Ferréol.

— Le docteur Jounia commencera cette semaine la deuxième partie de son cours (dystocie, manœuvres et opérations); lundi, mercredi et vendredi, de quatre à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la granulie ou maladie granuleuse, connue sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphale aiguë, de phthisie galopante, de tuberculisation aiguë, etc., par G.-S. Empis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société anatomique, etc. 1 vol. in-8. Prix : 6 fr. Paris, P. Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine.

De la génération des éléments anatomiques, par M. le docteur George Clémenceau, ex-interne des hôpitaux de Nantes, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 222 pages. Prix : 4 fr. Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Huit années de pratique médicale à Contrexéville. Étude clinique : goutte, gravelle, pierre, catarrhe de vessie, par le docteur Legrand du Saulle. — Paris, 1865, 1 vol. in-8° de 132 pages, chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 85. — JEUDI 20 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 20 JUILLET 1865. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'argumentation de M. Bouley a porté sur des points de physiologie pathologique, et sur l'innocuité de l'air confiné dans les tissus et ne se renouvelant pas. La pratique vétérinaire a fourni des enseignements utiles qui ont intéressé l'Académie. Des paroles de M. Bouley, il est ressorti encore que la canule à chemise de Reybard est une excellente invention. L'honorable académicien a dit que la thoracentèse, chez les animaux comme chez l'homme, est singulièrement facilitée et que ses dangers sont amoindris, grâce au chirurgien de Lyon.

Nous nous arrêterons ici à une partie du discours de M. Bouley. Pendant la castration chez le cheval, disait-il, il s'introduit de l'air dans la cavité abdominale, à travers une communication persistante qui existe entre la tunique vaginale et le péritoine. S'il y a chez les quadrupèdes une disposition spéciale qui explique cette complication, si la situation horizontale de l'abdomen en donne la raison, il ne reste pas moins constant que le fait n'existe pas chez l'homme, J. Bell en a montré l'impossibilité, et l'expérience journalière nous apprend que, après les opérations de hernie étranglée, l'air ne pénètre pas dans le péritoine; néanmoins, le fait signalé par M. Bouley mérite attention.

M. Briquet a exposé en médecin consommé les indications de la thoracentèse. On reconnaissait à son discours l'homme qui a fait de solides élèves, pendant trente années de service dans nos hôpitaux. L'orateur a bien précisé la thérapeutique des pleurésies avec épanchements et des hydrothorax.

Le fait qu'a signalé dans son discours M. Briquet touche à la question de l'ouverture large de la poitrine dans les cas d'empyème ou de pleurésie purulente. Il y a déjà plusieurs cas connus outre ceux qu'a cités l'orateur. Il y a deux ans, nos lecteurs ont eu connaissance d'une observation de plaie par arme à feu du thorax, observée par MM. Jarjavay et Trélat à l'hôpital Saint-Antoine, une suture avait été faite, une pleurésie purulente s'était produite, la plaie s'était ouverte, et une fistule thoracique avait persisté. Malgré cela le malade allait très-bien et il est sorti de l'hôpital en voie de guérison. Dans ce cas, disons-le en passant, des injections iodées avaient été faites dans la poitrine. La science, d'ailleurs, possède encore d'autres exemples, qui seront sans doute rappelés par les chirurgiens qui prendront part à la discussion. — Dr Armand Després.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

De la grenouillette.

(Leçon recueillie par M. BOURNEVILLE.)

Vous avez vu, à la salle Saint-Côme, un enfant âgé de six ans qui est atteint d'une grenouillette. A l'examen de la bouche, on aperçoit sous la moitié droite de la langue, et se portant en dehors du bord correspondant, une tumeur ovoïde, du volume d'une grosse amande et parfaitement limitée. La face supérieure est bleuâtre et sillonnée de petits vaisseaux; elle présente encore de petites saillies isolées, dues à des franges muqueuses. La face inférieure se confond avec le plancher de la bouche. Les mouvements de la langue s'exécutent dans tous les sens, les uns physiologiquement, les autres avec quelques modifications. C'est ainsi qu'en faisant allonger la langue, tout en sortant de la bouche, elle se dévie à gauche. Les dents, la mâchoire inférieure, n'offrent aucune déformation. La sécrétion salivaire n'est pas exagérée; la parole est libre et la déglutition normale.

Ces symptômes, considérés dans leur ensemble, sont peu graves; souvent même ils sont moins marqués lorsque, comme chez deux autres enfants que nous avons actuellement dans nos salles, la tumeur est à l'état naissant. Ces trois faits vont nous permettre de tracer l'histoire de la grenouillette.

La grenouillette est une tumeur enkystée, prenant naissance dans la partie antérieure du plancher buccal, au-dessous de la langue.

Son volume est très-variable, vous en avez la preuve chez nos trois malades; mais il arrive souvent qu'il est beaucoup plus considérable que nous ne l'observons sur notre premier malade.

On rencontre la grenouillette à tous les âges de la vie. Il en est même de congénitales. Alors elles sont peu volumineuses; tantôt, au contraire, elles sont excessivement étendues et accompagnées de kystes du cou, ce qui donne aux enfants un aspect monstrueux. Ces cas rentrent dans le domaine de la tératologie, et le chirurgien n'a rien à faire.

Les kystes de la grenouillette renferment, en général, un liquide qui, loin d'avoir la fluidité de celui qu'on trouve dans les kystes séreux, est épais, filant comme du blanc d'œuf. Ces qualités du liquide ne sont pas spéciales à cette affection des glandes salivaires; on les retrouve dans les kystes formés aux dépens des follicules des sinus maxillaires, des sinus sphénoïdaux et frontaux, dans l'hypertrophie de la glande vulvo-vaginale ou de Bartholin. Il en résulte que de la simple constatation des propriétés physiques du liquide contenu, on est conduit à penser que les cavités qui lui donnent naissance sont de nature glanduleuse.

Relativement au *siége* de la grenouillette, les auteurs ont émis des opinions très-opposées. Elles peuvent être rangées sous six chefs principaux.

1° La grenouillette est due à la dilatation des conduits excréteurs de la glande sub-linguale; telle est la manière de voir de Lafaye, Munnikes, Louis, etc.

2° Elle est produite par la dilatation du canal de Wharton. Dans ces deux hypothèses, le mécanisme qui présiderait à la genèse de la grenouillette serait semblable à celui dont la glande lacrymale est parfois le siége lorsque le canal nasal est oblitéré. Mais, ici, il n'en est pas de même; car, assez souvent, malgré l'existence d'une grenouillette, l'écoulement salivaire persiste, phénomène qui serait inexplicable si les conduits excréteurs étaient réellement obstrués.

3° Elle tiendrait à l'hydropisie de la bourse séreuse de Fleischmann, située, comme on le sait, au niveau des attaches des muscles génio-glosses.

4° La ranule ne serait autre chose qu'un kyste séreux analogue à ceux que l'on rencontre dans les autres régions (Dupuytren, Breschet, etc.).

5° Pour Fabrice d'Aquapendente, Dionis, etc., elle serait causée par la dilatation des follicules de la muqueuse buccale, avec oblitération de leur conduit excréteur.

6° La dernière opinion attribue la grenouillette à la dilatation du canal de Wharton qui, se rompant, donnerait issue à la salive; celle-ci s'accumulerait dans un point limité par une membrane accidentelle.

Quant à nous, pour établir l'étiologie, nous ferons appel, non à l'hypothèse, mais à l'examen clinique et à l'anatomie pathologique. Que voit-on, en effet, sur les kystes muqueux qui constituent la grenouillette? Des parois tapissées d'un épithélium de la nature de celui que possèdent certaines glandes et, dans ces parois, des prolongements ou des culs de sac glandulaires provenant du canal; ceci indique donc que l'on a affaire à des glandes. Or, dans le plancher de la bouche, nous trouvons les glandes sous-maxillaires et les conduits de Wharton, et au-dessus les glandes sub-linguales et les conduits de Rivinus. Si, alors, on examine avec soin les tumeurs désignées sous le nom de grenouillette, on est conduit à établir la distinction suivante : 1° Grenouillette due à la dilatation des glandes sub-linguales; 2° Grenouillette due à la dilatation de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton.

On est, tout d'abord, étonné de voir des glandes aussi peu volumineuses dont les conduits excréteurs atteignent à peine les dimensions d'une épingle, être le point de départ de tumeurs parfois si énormes qu'elles déforment le maxillaire inférieur, repoussent fortement en dehors les arcades dentaires, etc. Boyer a mentionné un fait de ce genre. Ce développement considérable s'observe aussi dans les autres glandes; ainsi celles des sinus maxillaires peuvent donner lieu à des tumeurs du volume d'un gros marron. Un travail hypertrophique s'opère dans le tissu cellulaire qui enveloppe les canalicules glandulaires. Ce travail, le même pour toutes les tumeurs formées aux dépens des glandes, permet à la poche kystique d'atteindre, sans se déchirer, des dimensions quelquefois très-grandes.

La grenouillette sub-linguale est formée : 1° par le canal de Bartholin; 2° par les canaux de Rivinus. Il faut, avant tout, se rappeler nettement la disposition des glandes sub-linguales. Elles sont nombreuses; chez certains sujets, on en trouve une vingtaine, munies de canaux qui viennent se terminer tous sous la langue de chaque côté de la ligne médiane, dans une étendue de trois à quatre centimètres. Ces glandes appartiennent à la classe des glandes en grappes. Lorsque les conduits se dilatent, les acini s'atrophient. Si l'atrophie porte sur plusieurs glandes voisines, leurs conduits étant contigus, on observera une grenouillette multiloculaire.

Si, au contraire, ce travail s'effectue sur deux glandes éloignées, les deux tumeurs seront séparées; de sorte que, comme elles sont souvent à un degré de formation différent, on croira avoir guéri le malade en détruisant la plus apparente, et l'on sera tout surpris de voir apparaître, quelque temps après, une nouvelle tumeur.

La grenouillette, d'abord peu volumineuse, n'attire pas l'attention; mais, augmentant progressivement, elle finit par pousser la langue en haut et du côté opposé à son siége. En même temps, elle embarrasse ses mouvements. Elle est, en général, ovoïde, dirigée suivant l'axe des glandes. La membrane qui la recouvre offre des dilatations veineuses, aussi ressemble-t-elle assez à la peau des grenouilles. Au toucher, elle est indolente, fluctuante.

Les parties environnantes n'offrent aucune trace de phlegmasie si la tumeur est médiocrement développée. Dans le cas contraire, on voit les dents ébranlées, s'incliner en dehors, les parties molles refoulées, la langue repoussée, non plus seulement du côté opposé, mais encore en arrière. La tumeur, ayant une grande tendance à se porter en avant, saillit entre les arcades dentaires et renverse les lèvres.

On observe enfin d'autres signes purement physiologiques : salivation, bave engendrant la malpropreté, déglutition devenant de plus en plus difficile, embarras de la parole, mastication impossible si la tumeur est interposée entre les dents. Aspect hideux de la face. Enfin, dans la première enfance, la grenouillette entrave la succion. Cette réunion de symptômes concourt puissamment à éclairer le diagnostic; elle fait défaut dans les grenouillettes sous-maxillaires. Celles-ci, sur lesquelles je n'insisterai pas, puisque celle que nous devons opérer appartient à la première catégorie, ont aussi une grande tendance à s'accroître, non pas vers la partie supérieure et antérieure, mais vers le cou, faisant une saillie considérable à la région sous-hyoïdienne, etc.

Si, ce qui est rare, ces deux variétés existent sur le même individu, elles n'ont aucune communication entre elles, le feuillet aponévrotique qui sépare les deux glandes y mettant obstacle.

La marche de la maladie est très-variable; en général, elle est lente, malgré l'assertion de quelques auteurs qui prétendent qu'en quelques heures la tumeur peut acquérir des proportions considérables.

La grenouillette sub-linguale se reconnaît plus facilement que la grenouillette sous-maxillaire. On pourrait la confondre avec l'hydropisie d'une bourse muqueuse ou un kyste séreux. La première maladie s'en distingue par son siége plus en avant, au niveau de la symphyse du menton, par son développement d'avant en arrière. Les mêmes différences les séparent des kystes séreux.

Le pronostic, ordinairement peu grave, dépend surtout des accidents concomitants.

Dans certains cas, la grenouillette guérit spontanément; d'autres fois, il y a des complications : inflammation, suppuration, etc.; le plus souvent, il faut avoir recours à une opération.

Pour obtenir la guérison de la grenouillette, on a employé de nombreux procédés : la ponction, la dilatation, l'incision, le séton, les injections iodées, l'incision avec anaplastie, l'extirpation et l'excision.

La ponction, simple palliatif, est peu usitée. La dilatation a été utilisée par Louis. Il introduisait des fils de plomb dans le conduit salivaire. Pour réussir, ce qui est assez rare, il faut que celui-ci soit apparent.

L'incision, le plus souvent, est insuffisante. La tumeur se vide, la plaie se cicatrise, et bientôt se montre une nouvelle grenouillette.

Le séton a été préconisé en Amérique, entre autres par Physick (de Philadelphie). M. Laugier en aurait retiré quelques avantages. Or, il est gênant chez les adultes, et en thèse générale il faut, dans le choix du procédé opératoire, tenir un grand compte de l'âge des malades. D'ailleurs le séton, traversant la tumeur, s'altère, détermine une suppuration qui peut être la source d'accidents de toute sorte. En résumé, résultat médiocre.

Dupuytren avait une méthode spéciale. Pensant que la grenouillette était due à une affection du canal de Wharton, il fut conduit, après avoir ouvert la tumeur, à y introduire un bou-

ton à double tête, laissant passer le liquide. Lors même que l'hypothèse de Dupuytren serait vraie, ce procédé n'en serait pas moins très-défectueux, car il est passible des mêmes reproches que le séton : le bouton joue le rôle d'un corps étranger, des dépôts s'accumulent sur lui, etc.

L'injection iodée a été employée dans le but de détruire la tendance envahissante de la tumeur. Ceux qui la préconisaient croyaient avoir affaire à un kyste. C'était une erreur, et, la grenouillette étant due à une altération glandulaire, on peut toujours craindre que derrière celle qui fait saillie il en existe une autre. Quoi qu'il en soit, il faut, avant de pratiquer l'injection iodée, vider le kyste et le nettoyer, afin que le liquide médicamenteux agisse directement sur les parois. Ce manuel opératoire est assez long et compliqué, deux conditions mauvaises quand on opère sur des enfants. Enfin, contrairement à l'avis de M. Maisonneuve, qui dit en avoir obtenu de bons résultats, nous pensons que les bénéfices qu'on en retire ne sont pas supérieurs à ceux que l'on peut demander à des procédés plus simples.

En présence des insuccès des procédés que nous venons de citer, M. Jobert a été amené à se servir de l'anaplastie. Ce chirurgien détache un lambeau de la muqueuse qui recouvre la tumeur, ouvre le kyste, le vide, étend ses parois qu'il recouvre avec le lambeau muqueux et réunit par des sutures. Cette modification n'a d'autre supériorité que d'être plus compliquée et sans profit.

Tous ces procédés doivent donc être sacrifiés sans le moindre regret. Examinons les deux derniers : l'extirpation, l'excision. La première a l'inconvénient d'obliger à enlever avec la glande les parties voisines. L'excision me paraît, en définitive, la plus avantageuse, surtout quand il s'agit des enfants. Elle consiste à ouvrir la tumeur, à exciser la plus grande partie des parois du kyste, enfin à cautériser la surface interne de la portion restante avec le nitrate d'argent.

EMPHYSÈME

produit par les gaz de l'intestin.

(Extrait du *Traité de pneumatologie* de M. Demarquay.)

Nous empruntons encore au livre de M. Demarquay, qui sera bientôt livré à la publicité, le chapitre qui a trait aux emphysèmes consécutifs à une lésion de la partie inférieure de l'appareil digestif.

On pourrait craindre, en voyant figurer ces éléments des gaz délétères, que ces gaz, infiltrés dans les tissus, ne produisissent des accidents, soit généraux et toxiques, soit locaux et gangréneux. Les faits doivent calmer ces craintes; ces gaz intestinaux épanchés se comportent généralement d'une façon tout aussi anodine que l'air. Ils donnent lieu aux mêmes symptômes, et si ce n'était la connaissance qu'on a de la lésion, cause primitive de l'emphysème, on n'aurait aucun signe qui leur soit propre pour reconnaître leur nature. Celle-ci ne se révèle seulement que lorsqu'on les évacue par une ponction; ils dégagent alors, en s'échappant, l'odeur qui les caractérise.

Les gaz intestinaux n'acquièrent jamais une tension telle, qu'ils puissent d'eux-mêmes faire violence aux parois qui les contiennent et s'échapper. Les auteurs citent de nombreuses observations, desquelles il résulte que les gaz accumulés en quantité considérable peuvent rompre les trois tuniques internes de la paroi intestinale, mais la séreuse résiste à la distension.

C'est le plus souvent une violence externe qui est la cause de l'emphysème.

Le mécanisme de l'épanchement gazeux varie suivant la disposition de la partie intestinale blessée. A cet égard, ou bien l'intestin est libre, ou bien il est adhérent.

L'intestin libre peut être rompu par une contusion violente de l'abdomen, qui déchire en même temps le péritoine pariétal, ou bien ouvert par une plaie pénétrante faite au moyen d'un instrument piquant et tranchant.

Les gaz s'échappent d'abord dans la cavité abdominale et donnent lieu à une tympanite; puis, leur tension augmentant avec leur quantité, ils réagissent contre les parois qui les contiennent. Dans les cas de contusion, ils s'infiltrent à travers l'éraillure du péritoine et passent dans le tissu cellulaire sous-cutané; dans le cas de plaie, ils s'échappent, en totalité si celle-ci est large et rectiligne, en partie seulement si elle est étroite ou oblique, et alors l'autre partie s'infiltre à travers la paroi abdominale.

Les choses se passent donc dans l'abdomen comme dans la poitrine. Nous avons vu, en effet, que quand le poumon était libre, l'emphysème était précédé de pneumo-thorax. De même il est précédé de tympanite, lorsque l'intestin est libre. Depuis bien longtemps, du reste, la tympanite est donnée comme un signe de plaie de l'intestin.

Puis M. Demarquay cite une observation empruntée à MM. Morel-Lavallée et Jobert, les faits signalés par Marjolin, l'histoire d'emphysème consécutif à une plaie pénétrante de l'abdomen rapportée par Morgagni.

Il étudie ensuite les cas où l'intestin blessé est un de ceux qui ne sont pas environnés par le péritoine, et qui sont adhérents, comme le cœcum par exemple.

Si donc l'intestin est ouvert en un de ces points, les gaz qu'il renferme pourront s'épancher directement dans le tissu cellulaire. L'occlusion de l'anus, soit par un corps étranger, soit par une contraction spasmodique des sphincters, en retenant les gaz, favorisera l'emphysème.

M. Demarquay consigne dans son livre les cas de rupture, d'altération et de gangrène des intestins qui ont causé la sortie des gaz du tube intestinal et l'emphysème consécutif.

Les observations rapportées montrent que les causes de l'emphysème intestinal sont : la rupture de l'intestin par contusion de l'abdomen; les plaies par instruments piquants et tranchants; les ulcérations, la gangrène; et, pour le rectum spécialement, l'opération de la fistule à l'anus, et les fractures des os qui circonscrivent le bassin.

La multiplicité de ces causes n'empêche pas l'emphysème intestinal d'être très-rare. Ce n'est pas que les lésions de l'intestin sus-nommées soient sans exemple; seulement elles ne se compliquent d'emphysème qu'exceptionnellement. Il y aurait peut-être une réserve à faire à cet égard pour la gangrène.

Cette rareté s'explique par le manque de tension des gaz intestinaux; manque de tension qui résulte lui-même d'abord de la petite quantité de gaz que contiennent normalement les intestins, d'où épanchement peu abondant, relativement surtout à la capacité abdominale. Cependant la formation des gaz continue à se faire, et même la lésion intestinale active cette espèce de sécrétion, mais l'écoulement s'en fait lentement, et la plaie extérieure suffit largement au dégagement au dehors des gaz qui, d'ailleurs, ne sont soumis à aucune pression énergique. Voilà pourquoi les plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion de l'intestin se compliquent si peu souvent d'emphysème. Cela est si vrai, que la tympanite donnée comme un signe de la blessure de l'intestin manque très-souvent, surtout si l'on examine le blessé quelque temps après l'accident.

L'ouverture de l'intestin, sans plaie extérieure, constitue une disposition plus favorable à l'infiltration. Mais il faut encore, pour qu'elle se produise, le concours de circonstances que le lecteur appréciera, après tout ce que nous venons de dire.

L'emphysème intestinal reste le plus souvent limité dans un rayon circonscrit autour de son point d'origine. Il a tendance à remonter vers la poitrine, le cou et la face, plutôt qu'à descendre sur les membres pelviens, excepté cependant lorsqu'il procède du rectum. Il ne donne lieu à aucun symptôme spécial, digne d'être remarqué, si ce n'est l'odeur de ses gaz, lorsqu'on vient à les évacuer par une ponction.

C'est surtout à l'aide de ce signe que l'on reconnaîtra sa nature, dans les cas où l'absence de plaie extérieure pourrait laisser quelque incertitude au diagnostic, comme dans l'observation de Marjolin, où il y avait fracture de côtes en même temps que rupture intestinale. Cependant « les poumons étaient sains, et il n'y avait pas d'emphysème dans les tissus qui touchaient aux fractures. »

Relativement aux lésions des intestins, l'emphysème est un bon signe, qui, joint à la connaissance des antécédents des malades, indique clairement la perforation de ces organes. Boyer recommande de rechercher avec soin la crépitation dans les hernies étranglées; sa constatation est pour lui l'indice de la gangrène de l'intestin.

M. Demarquay termine en disant que l'emphysème, qui a sa source dans les gaz des intestins, n'est généralement pas grave, et qu'il ne réclame pas d'autre traitement que celui de la lésion qui a causé l'emphysème.

RECHERCHES SUR LA CIRCULATION CARDIAQUE

chez la grenouille,

Par M. le Dr Judée.

Le travail que nous mettons aujourd'hui sous les yeux des lecteurs doit être, malgré sa brièveté, divisé en deux parties.

Dans la première partie, nous chercherons à expliquer comment la circulation du sang dans le cœur de la grenouille est possible; dans la seconde, nous étudierons la série des phénomènes auxquels cette circulation donne lieu.

1° Si le cœur d'une grenouille étant mis à nu, on examine avec soin ce qui s'y passe, voici ce que l'on constate :

La portion auriculaire et ventriculaire, soit pendant la diastole, soit pendant la systole, gardent leur coloration rouge foncée, d'où il faut en conclure que, pendant la diastole comme pendant la systole, les cavités du cœur conservent à l'état normal une certaine quantité de sang

En y réfléchissant bien, on comprendra que chez cet animal, pour la portion auriculaire principalement, il ne pouvait pas en être autrement; car, si l'oreillette s'était vidée complétement pendant sa systole, pendant celle du ventricule, le sang contenu dans cette cavité ne serait passé qu'en partie dans l'aorte, une autre partie se serait échappée par l'oreillette et la circulation cardiaque aurait été impossible. Le sang contenu dans la portion auriculaire, dans ce cas, joue donc pour ainsi dire le rôle de bouchon.

Si maintenant, au lieu de se contenter d'observer ce qui se produit dans la portion auriculaire et ventriculaire du cœur, on examine avec soin ce qui se passe dans la portion aortique du même animal, on voit ce vaisseau se dilater brusquement au moment de la systole, puis rester contracté pendant tout le reste du temps de la révolution cardiaque.

Il devait encore en être ainsi; car, si la crosse de l'aorte n'était pas restée contractée pendant que le ventricule se dilatait, le sang artériel aurait été aspiré par ce vaisseau et la circulation cardiaque n'aurait pas pu encore se produire.

2° Maintenant que nous connaissons à peu près le mécanisme employé par la nature pour rendre possible la circulation du sang dans le cœur chez la grenouille, nous allons faire connaître la série des phénomènes auxquels cette circulation donne lieu.

Pour cela, il nous suffira encore d'observer ce qui se passe dans le cœur d'une grenouille convenablement préparée; c'est-à-dire chez une grenouille qui n'a pas perdu de sang.

On voit d'abord le ventricule se dilater, par contre, l'oreillette diminuer de volume pour faire place au ventricule qui semble, qu'on me pardonne cette expression, vouloir l'avaler; pendant cette dilatation, soulèvement brusque et instantanée du cœur. Le ventricule se raccourcit ensuite pour faire place à l'oreillette qui paraît à son tour courir au-devant du ventricule.

En résumé, sous l'influence de la contraction de l'oreillette, arrivée brusque de sang dans le ventricule qui se dilate; puis contraction du ventricule accompagnée de la dilatation de l'oreillette.

Chez la grenouille, j'appellerai donc : *premier temps*, le temps pendant lequel se produit la dilatation du ventricule; *second temps*, celui pendant lequel sa contraction a lieu. Dans le premier temps, c'est-à-dire pendant sa diastole, je placerai, comme l'a fait M. le docteur Beau, ce que l'on est convenu d'appeler le *battement du cœur*.

Pour voir comme j'ai vu, il faut, ainsi que je l'ai dit plus haut, s'arranger de façon à faire perdre le moins de sang possible aux grenouilles soumises à l'expérimentation; pour y arriver, voici comment je les prépare :

Chacune d'elles est étendue sur une petite planchette en bois de sapin, pouvant avoir 22 centimètres de haut sur 17 centimètres de large; la paroi abdominale tournée du côté de l'expérimentateur, je les fixe sur cette planchette par quatre fortes épingles que je leur enfonce dans chaque extrémité. Lorsqu'elles y sont parfaitement fixées, je soulève avec une pince la peau de la paroi abdominale vers sa partie centrale et je l'incise. Une fois cette ouverture faite, j'enlève la quantité de peau que je crois nécessaire pour mettre bien à découvert toute la région précordiale et j'examine ce qui s'y passe.

Dans un certain nombre de cas, principalement en hiver, on peut alors voir par transparence le cœur de la grenouille au-dessous et un peu à gauche du sternum; dans d'autres, il est situé plus haut, tout à fait en arrière de cet os. Lorsqu'il est placé au-dessous du sternum, et c'est, entre parenthèses, la meilleure condition pour bien voir, je sectionne les parois charnues, en procédant de la même façon que pour la peau, dans la crainte de léser le péricarde qui se trouve immédiatement en arrière, puis j'augmente assez la plaie pour mettre à nu cette membrane contenant dans son intérieur le péricarde. Dans ces conditions, le plus souvent, on n'a pas besoin d'entamer le sternum ou seulement dans une bien faible partie de son étendue.

Quand le cœur est situé en arrière du sternum, je procède d'une autre manière; je pratique ma première incision un peu plus haut, vers l'extrémité inférieure de cet os, ensuite, avec des ciseaux, je l'enlève entièrement au moyen de sections faites à droite et à gauche de ses insertions aux clavicules. Les dégâts que je suis alors obligé de faire sont, comme on le voit, beaucoup plus considérables que dans le cas précédent; malgré cela, surtout si le péricarde n'a pas été lésé pendant l'expérience, ils ne sont pas encore assez grands pour faire voir autrement que j'ai vu.

Maintenant que je me suis expliqué sur mon mode d'expérimentation, tout le monde pourra pratiquer ces expériences et se convaincre par lui-même, si ce que j'ai dit à propos de la circulation du sang dans le cœur de la grenouille est l'exacte vérité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juillet 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémies de M. le docteur Lacaze (de Montauban) et de M. le docteur Bourguet (de Rhodez);

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Meuse et des Pyrénées-Orientales (Commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Bignon sur le service médical des eaux minérales de Bagnoles (Orne) pour l'année 1863 (Commission des eaux minérales);

4° Une note (en italien) publiée par un journal de Turin et relative au traitement de la rage par l'électricité (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le sénateur Dumas adresse cent exemplaires du rapport qu'il a lu devant le Sénat sur une pétition relative à l'homœopathie.

— M. le docteur Delrieu, médecin-vétérinaire à l'île de Cuba, adresse à l'Académie un travail intitulé : *Études de médecine générale*. (Commissaires : MM. Rayer et Magne.)

LECTURE.

Électricité des eaux minérales. — M. Scoutetten lit un travail sur l'action électrique des eaux minérales et la cause principale de leur activité. (Voir, dans le dernier numéro de la *Gazette*, la lettre de notre rédacteur en chef, M. Brochin, actuellement au Mont-Dore.)

Discussion sur la thoracentèse.

M. Bouley. Quelques-unes des propositions émises dans la dernière séance par M. J. Guérin m'ont engagé à prendre la parole. Avant de discuter les points sur lesquels je diffère avec M. J. Guérin, je m'empresse de reconnaître toute la supériorité de la méthode sous-cutanée appliquée à l'ouverture des plèvres. Je saisis aussi l'occasion

pour dire que je suis partisan de la méthode sous-cutanée, et que, malgré les réflexions qui ont été faites à ce sujet, je reconnais la grande part qu'a prise notre collègue M. J. Guérin à l'établissement de la méthode sous-cutanée dans la pratique. Il y a eu, je le sais, des oppositions et des réclamations; mais on sait que les panégyriques ne s'adressent guère aux vivants, et je crois que M. Guérin, tout en comptant sur la justice de la postérité, n'aspire pas à descendre dans la tombe pour monter dans sa gloire.

Ceci dit, j'entrerai dans la discussion; et d'abord, je ne suis point ici d'accord avec notre collègue. Il a donné à entendre que l'introduction de l'air dans les plèvres était due à une différence de pression entre la tension intra-thoracique et l'air extérieur. Il y a, ainsi que l'indiquent les expériences depuis Haller, un vide absolu dans la cavité thoracique, et c'est en vertu de ce vide que les poumons s'emplissent d'air pendant l'acte de l'inspiration; pendant que l'air s'introduit dans les poumons, la pression atmosphérique applique le poumon contre les parois du thorax. Mais je n'insisterai pas sur cette disposition physiologique. Examinons maintenant l'action de l'air dans les cavités pleurales.

Il y a une action physique et une action chimique; l'air se place dans les plèvres d'un animal sain auquel on ouvre la poitrine à la place du poumon, qui se rétracte sur les côtés de la colonne vertébrale. Sur un animal qui a de l'eau dans les plèvres, l'air se met à la place du liquide évacué par une ponction simple. Voilà les faits sommairement.

L'action chimique de l'air est interprétée par M. Guérin d'une manière qui ne peut pas être la mienne; il dit que s'il s'est introduit un peu d'air dans la plèvre et si celui-ci peut sortir, il n'y a pas grand dommage; et que l'air enfermé peut être une cause de putréfaction, et il semblait dire que, lorsque l'air ainsi introduit était décomposé, il était dangereux.

Je rappellerai ici que, au moment de la discussion qui a eu lieu il y a neuf ans sur la méthode sous-cutanée, M. Malgaigne, un des adversaires de M. Guérin, invoquait une expérience qui démontre le contraire. En effet, ce chirurgien citait le fait qu'on avait pu impunément faire une insufflation d'air dans une plaie produite par la méthode sous-cutanée sans provoquer d'accidents.

Spallanzani avait déjà remarqué que lorsqu'on met de l'air enfermé avec des substances organiques, il y a une décomposition de l'air, et que la proportion d'acide carbonique y est augmentée. Je me rappelle avoir fait autrefois une expérience à cet égard: j'avais introduit de l'air dans la peau d'un animal et j'avais ensuite retiré cet air. Je l'avais ensuite fait passer dans un flacon d'eau de chaux, et il y avait eu un précipité de carbonate de chaux qui indiquait la présence d'une grande quantité d'acide carbonique dans l'air en expérience.

Ces premières expériences ont été poursuivies avec talent par MM. Demarquay et Lecomte, et il en est résulté deux propositions fondamentales, que l'air enfermé dans les tissus n'était plus de l'air, et que le gaz nouveau était inoffensif.

On sait que l'air enfermé dans les tissus ne cause pas un grand dommage, on le sait, pour l'emphysème des chevaux. Nous voyons souvent, au moment de la castration des chevaux (on connaît la disposition de la tunique vaginale chez le cheval, elle communique longtemps avec le péritoine), dans la castration de la vache par le vagin (celle que l'on préfère justement aujourd'hui), l'air s'introduire dans le péritoine; il n'y a pas d'accidents. C'est que là comme dans l'emphysème il s'introduit une quantité d'air qui est aussitôt emprisonnée, et alors l'air cesse d'être de l'air, et partant devient moins dangereux.

Donc, ce qui constitue le danger de l'introduction de l'air, c'est son renouvellement dans une cavité organique; et, pourquoi ne pas le dire, ne l'a-t-on pas répété souvent? le renouvellement de l'air dans nos poumons ne s'effectue qu'aux dépens de nous-mêmes. L'air introduit nous appauvrit de quelque chose.

Entrant dans la question au point de vue pratique, M. Bouley déclare qu'il croit l'introduction de l'air dans les plèvres, pendant l'opération de la thoracentèse, une mauvaise chose, et il juge que la méthode de M. J. Guérin est bonne. Mais, ajoute l'orateur, la canule de Reybard, la canule munie d'une baudruche est très-bonne, nous nous en servons dans l'art vétérinaire, et nous en obtenons d'excellents résultats. Nous retirons quelquefois de la poitrine d'un cheval deux seaux d'une contenance de douze à quatorze litres chaque.

Bien que la pleurésie du cheval soit toujours mortelle, la thoracentèse chez cet animal est toujours un remède qui a une action efficace.

Le cheval a un tempérament humide, si je puis me servir d'une expression de l'antiquité. Comparé à celui du bœuf surtout, ce tempérament a quelque chose de très-marqué; chez le bœuf, les inflammations se cicatrisent vite en vertu de son organisation sèche, les pustules de *cowpox* sont peu riches en sérosité. Chez le cheval, au contraire, les pustules de la maladie qu'on a appelée le *horse pox* sécrètent abondamment. Cette disposition du cheval est une cause de la marche funeste des pleurésies. Une cavité pleurale est prise, elle s'emplit rapidement, et comme les feuillets séreux qui constituent ces médiastins sont rudimentaires chez cet animal, les deux plèvres se prennent.

Dans ces conditions encore on peut vider la poitrine, mais le liquide se reproduit en raison du tempérament humide du cheval. La thoracentèse améliore momentanément la maladie, les chevaux peuvent manger, boire; mais au bout de quelque temps le mal reparaît, et l'animal meurt épuisé par l'abondante perte de sérum et d'albumine qu'il verse par ses plèvres. La canule de Reybard évacue bien le liquide, mais elle n'empêche pas le liquide de se reproduire. Néanmoins, l'orateur, en terminant, déclare que le procédé de Reybard est une véritable conquête pour le traitement des épanchements pleurétiques, et qu'elle offre une sécurité qui la place au-dessus de tous les autres procédés.

M. J. GUÉRIN dit qu'il a exposé l'action de l'air de la même façon que M. Bouley; il rappelle qu'il a affirmé que l'air en petite quantité, enfermé dans les plèvres, n'était pas nuisible, et qu'il pouvait se résorber.

M. BRIQUET. Je laisse de côté les arguments théoriques et tirés de l'expérience qui ont été discutés si savamment par MM. Guérin et Bouley. J'aborderai le côté pratique, les indications de la thoracentèse.

Il y a, pour la thoracentèse, des indications forcées dans les épanchements séreux, séro-purulents et purulents des plèvres.

Lorsque nous rencontrons des épanchements séreux qui sont peu abondants et qui sont la conséquence de maladies organiques du poumon et du cœur, la thoracentèse n'est pas nécessaire, et nous ne la pratiquons pas. Contre cet hydrothorax symptomatique, nous nous bornons aux thérapeutiques variées, dirigées contre la maladie originelle. Mais, lorsque l'épanchement devient très-abondant, lorsqu'à lui seul il compromet la vie et menace de faire périr le malade par asphyxie, la thoracentèse est indiquée comme moyen palliatif. On fait alors la ponction, on emploie la canule de Reybard, et l'opération réussit au moins pour ce qu'on en attendait.

Dans la pleurésie aiguë qui, chez l'homme, se termine favorablement dans la plupart des cas, on emploie quelquefois la thoracentèse, mais c'est une exception qu'on soit obligé d'en arriver à obéir à cette nécessité.

Il y a une pleurésie sub-aiguë chez des sujets lymphatiques, et qui ont une disposition à sécréter de la sérosité. On trouve chez ces individus, d'abord une petite pleurésie, puis l'épanchement augmente peu à peu; la poitrine offre de la matité dans une de ses moitiés. Dans certains cas, l'épanchement se résout avec lenteur; mais, dans d'autres cas, il y a un état stationnaire, le poumon se rétracte le long de la colonne vertébrale, et, avant que la résorption ne commence, il s'écoule quelquefois trois mois. Pendant la période d'état de la maladie, le malade maigrit, le pouls devient fréquent; les malades semblent être atteints de phthisie. Vous vous rappelez ces malades, dont la poitrine aplatie offre une attitude inclinée, et dont l'épaule est abaissée du côté où siége la pleurésie, pendant que le tronc se courbe en avant; de telle sorte que les pauvres malades sont de véritables infirmes. Eh bien! si, avant que les choses ne soient arrivées au dernier degré, la thoracentèse est pratiquée, tout ne tarde pas à être remis dans l'ordre, et même dans des cas où l'on ne croyait pas pouvoir obtenir de bons résultats de la ponction, on a vu la thoracentèse rendre la vie à des malades presque condamnés.

Dans la pleurésie sub-aiguë donc, la thoracentèse est indiquée, et elle est admise dans la pratique des hôpitaux de Paris.

La pleurésie purulente ou empyème existe avec un mauvais état général, d'un autre côté le pus peut être absorbé. Ce sont là autant de dangers qui ôtent des chances de guérison au malade. Dans les plèvres il y a de fausses membranes qui gênent la dilatation du poumon et qui ne peuvent être éliminées, et on ne peut compter sur la possibilité d'une résorption; dans ces cas, on ne peut avoir recours qu'à des traitements propres à soutenir les malades, et comme l'a dit Hippocrate, le rôle du médecin est une observation de la mort.

Faire dans ces cas la thoracentèse, c'est détruire une partie du mal. Il y a eu quelques guérisons dans des cas d'épanchements purulents, mais, dans la généralité des cas, l'épanchement se reproduit après une première thoracentèse.

A cette occasion, je me rappelle un fait qui s'est passé lorsque j'étais interne à l'Hôtel-Dieu. Un malade, presque mourant, présentait des battements de cœur très-forts et une matité étendue à la région précordiale. A cette époque, nous ne connaissions pas les beaux travaux de Laennec et de M. Bouillaud, nous avions diagnostiqué tant bien que mal une dilatation du cœur, et comme il y avait un point fluctuant au niveau des 6e et 5e espace intercostal, nous avions songé à une rupture prochaine du cœur. Nous avions prévenu les infirmiers de nous avertir dès que la rupture de la poche fluctuante se ferait. Cette rupture a eu lieu. Nous nous sommes rendus en toute hâte vers le malade, et à notre grande surprise, nous avons vu sortir du pus. Nous avions affaire à une empyème.

Un des internes, plus curieux, a voulu savoir où était le cœur. Il a introduit un stylet dans l'ouverture de l'abcès, et en cherchant à trouver le fond de la cavité, il a laissé échapper le stylet. Quelques jours après, le malade qui allait déjà un peu mieux depuis l'ouverture spontanée de son empyème, a offert un abcès au niveau des fausses côtes; cet abcès a été ouvert, et on a trouvé le stylet derrière cette ouverture. Chose extraordinaire, et qui nous a beaucoup frappé alors, le malade s'est trouvé de mieux en mieux, et il a fini par guérir.

Ce fait semble indiquer que les contre-ouvertures pourraient seconder les effets de la thoracentèse dans les épanchements purulents. Au reste, je dois dire que M. Chassaignac a tenté et réussi ce système de contre-ouverture à l'aide d'un trocart, et qu'il a passé un drain dans la plaie, en ayant soin que le drain passât à la fois par une partie tout à fait déclive, et par le lieu d'élection où l'on pratique la thoracentèse. M. Chassaignac a guéri son malade, et un chirurgien anglais a imité avec succès M. Chassaignac.

M. Briquet, en terminant, ajoute que les injections iodées ont quelquefois des inconvénients sérieux, que l'iode, se mêlant à de fausses membranes, forme une masse solide qui ne peut être évacuée et cause des accidents. Il croit que le maniement des injections iodées dans la plèvre exige une grande prudence, et que quand on n'est pas sûr de pouvoir faire ressortir tout le liquide injecté, il vaut mieux s'abstenir.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 avril 1865. — Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. COURSSERANT. Le premier malade est atteint d'ophthalmie granulaire chronique. La conjonctive, à la paupière supérieure, est soumise, en présence de la Société, à l'*abrasion*, c'est-à-dire à une opération de *raclage* presque identique à celui qui se pratique, à l'aide d'un couteau, sur une racine de carotte dont on veut enlever l'épiderme ainsi que les couches sous-jacentes les plus superficielles. Malgré la répétition assez fréquente de ce *raclage conjonctival*, malgré la cautérisation de la muqueuse par le crayon de nitrate d'argent plus ou moins concentré, la conjonctive ne sera pas remplacée par ce *tissu cicatriciel à surface irrégulière* qu'a créé la fantaisie de bien des auteurs, et sur le compte duquel on s'est plu à mettre tous les accidents consécutifs, surtout ceux qui frappent la cornée et qui rendent si longue et si difficile la guérison des ophthalmies granulaires telles qu'on les observe en Afrique et en Belgique.

Le malade que concerne cette petite note, sera plus tard présenté de nouveau à l'examen de la Société.

Deuxième malade; *glaucome*. Cette femme dont la constitution, avant, pendant et après l'opération, s'est trouvée profondément délabrée, est complétement aveugle de l'œil droit depuis deux ans par le processus morbide d'un glaucome chronique; l'œil gauche, atteint depuis dix mois de la même maladie, étant devenu, depuis huit ou dix jours, sensiblement douloureux, la vision se trouvait presque entièrement abolie par suite du passage du glaucome à la période subaiguë. Telles furent les circonstances dans lesquelles madame X... subit l'iridectomie, après laquelle (chose importante à noter) le globe oculaire conserva presque la même dureté que celle qu'il avait avant l'opération. Aussi, comme les douleurs persistaient encore à un degré marqué, que la vision se rétablissait lentement et que le sang épanché dans la chambre antérieure ne se résorbait pas, une ponction fut pratiquée, six jours plus tard, dans la chambre postérieure, en arrière des cristallins, dans le but de favoriser la détente oculaire et d'arrêter les progrès d'une assez large ulcération siégeant au côté interne de la cornée. A partir de ce moment, il survint une amélioration sensible dans l'état de la malade; mais cette amélioration devint sous tous les rapports des plus manifestes, lorsque, cinq jours après la paracentèse oculaire, l'iris s'étant engagé dans l'ulcération cornéenne devenue perforante, l'humeur aqueuse put s'écouler librement au fur et à mesure de sa formation, pendant tout le temps que réclama pour son occlusion définitive la perforation cornéenne, c'est-à-dire pendant huit ou dix jours environ. M. Courssérant fait ressortir les points les plus importants de cette observation. Dans plus d'un cas, ajoute-t-il, où le glaucome peut se montrer rebelle à l'action si largement et si incontestablement médicatrice de l'iridectomie, la chirurgie trouvera, comme elle l'a trouvé dans cette circonstance, un auxiliaire puissant dans la paracentèse oculaire, surtout dans les cas où, après l'excision de l'iris faite d'après les indications posées et acceptées dans la science, le chirurgien constatera la persistance de la dureté du globe, de cette dureté qui constitue un des caractères les plus saillants des glaucomes, soit aigus, soit chroniques.

Quelques réflexions critiques relatives à l'opération de la cataracte par extraction.

Première question. — Dans quelle limite, dans la *kératotomie supérieure*, doit-on user des anesthésiques?

M. Coursserant s'étonne de la part trop large que leur fait la pratique en la circonstance présente. En effet, tous les auteurs qui ont traité, avec quelque autorité, de la cataracte, recommandent expressément de ne pas opérer, dans la même séance, un œil par extraction et l'autre par abaissement; vu que l'abaissement est assez souvent suivi de vomissements, lesquels constituent, après toute extraction, une complication sérieuse; or, comme le vomissement est loin d'être rare après l'administration du chloroforme, c'est courir bénévolement au-devant des accidents consécutifs que d'endormir les malades. Cette pratique doit être réservée pour les cas exceptionnels, pour ceux surtout où l'indocilité ou la pusillanimité du malade rendrait l'opération trop difficile ou même impraticable sans l'aide des anesthésiques. Leur emploi peut rendre de grands services dans l'excision de ces hernies considérables de l'iris qu'on observe parfois dans la kératotomie.

Deuxième question. — Dans la kératotomie supérieure, est-il rationnel de tenir les malades au lit dans une immobilité plus ou moins complète?

M. Coursserant pense que cette pratique, malheureusement presque généralement répandue, est en contradiction flagrante avec les principes les plus élémentaires sur lesquels repose la médecine. Chez les vieillards surtout, on voit parfois le décubitus dorsal, trop prolongé, amener des congestions cérébro-oculaires, et il ne saurait en être autrement, si on considère que le repos qu'ils observent, après l'opération faite, annihile la contraction musculaire, pourtant si nécessaire au jeu régulier et normal de la circulation. Eh quoi! ajoute-t-il, un homme atteint de fracture, même de fracture compliquée, pourra (son membre reposant sur la planchette mobile de Mayor, de Lausanne) se mouvoir dans son lit, grâce à un appareil inamovible, et pourra même circuler dans les salles de nos établissements hospitaliers; et l'opéré de cataracte, dont l'œil reste immobile dans la cavité orbitaire, malgré les mouvements divers exécutés dans d'autres régions du corps, serait condamné pendant huit ou dix jours à un repos absolu!!! Cela ne saurait être d'une sage pratique.

Troisième question. — De la succion de la cataracte molle.

M. Coursserant ne comprend pas comment cette méthode a pu être recommandée il y a peu d'années par un de nos professeurs les plus éminents en chirurgie. Par une ponction intéressant toutes les membranes internes de l'œil, l'iris excepté, déchirer la capsule postérieure; puis, un tube étant introduit au milieu du liquide cristallinien, aspirer, sucer le liquide, comme l'enfant suce le lait du sein de sa mère: telle est l'image et la reproduction fidèle de cette opération. Mais, en le cas présent, pourquoi, par une simple ponction faite à la cornée et à la capsule, ne pas plutôt faire sortir séance tenante tout ce liquide, tout ce *magma* qui constitue la cataracte? Ce procédé a encore l'avantage de permettre d'extraire le noyau, si ce noyau existe, tandis que par la succion cette extraction reste impossible, et alors le loup reste dans la bergerie.

COMMUNICATIONS.

M. GEORGES expose sa méthode pneumatique pour l'administration précise et prompte de certains médicaments.

Dans une de nos dernières séances, je vous ai parlé d'une méthode endermique par l'injection sous-cutanée de certaines substances médicamenteuses. Cette méthode n'est applicable que dans des cas extrêmes, parce que la ligature que l'on peut être obligé de faire doit être énergique et devient par cela même très-douloureuse.

Mais cette méthode est tellement bonne en elle-même, les doses que l'on peut ainsi administrer sont si bien déterminées qu'il serait regrettable de ne pas s'en servir dans la pratique journalière de la médecine.

L'absorption intestinale ne nous permet pas, en effet, d'agir avec toute la certitude que l'on doit désirer dans l'administration des médicaments. Vous allez en comprendre tout de suite la raison. Si vous sacrifiez, par exemple, un lapin que vous aurez nourri alternativement de choux et de carottes, et si vous incisez l'estomac par le milieu, vous trouvez à la coupe une véritable stratification placée dans l'ordre suivant, paroi stomacale, zone verte de choux, autre zone de carottes, zone de choux et enfin boule centrale de carottes, car le dernier aliment ingéré se place toujours au milieu, si bien qu'un poison qu

peut être toxique à jeûn, ne l'est plus lorsque la paroi intestinale se trouve ainsi tapissée d'un enduit alimentaire qui s'oppose à l'absorption.

C'est alors que je songeais à administrer le médicament, lorsque cela est possible, par les voies aériennes.

Je savais en effet, par des expériences préalables, que des poussières très-ténues de divers corps, tels que du charbon, des sels, etc., pouvaient s'introduire dans les bronches, au moins dans les grosses bronches, comme j'en ai plusieurs cas d'observations dans mes notes sur des animaux, ou que j'avais opérés moi-même ou que j'avais vu opérer; je savais aussi, par d'autres expériences, que l'injection trachéale de certaines substances était aussi rapide que celle qui se fait, non par la veine jugulaire, mais par la veine porte ou la veine crurale, c'est-à-dire de cinq à six minutes, et enfin j'avais pu observer que l'introduction dans les bronches de l'eau finement pulvérisée se faisait mieux que celle des corps réduits en poussière qui se fixent en partie sur les cils vibratils du larynx; je songeais donc à agir par cette voie. Voici du reste les expériences que je fis à cet égard : je pris deux lapins et trois cochons d'Inde à qui je fis respirer de l'eau pulvérisée chargée de sulfate de morphine. Deux des cochons d'Inde furent pris très-promptement, en moins de cinq minutes, le troisième fut trois fois plus longtemps à endormir. Il en fut de même pour les lapins; l'un s'endormit assez vite, l'autre très-difficilement, et je pus remarquer du reste qu'il respirait très-mal. Et, en effet, lorsque je voulus essayer sur moi ce procédé, la saveur excessivement désagréable de ce sel me fit suspendre plusieurs fois l'opération. Toutefois je continuai l'expérience, et, je dois le dire, sans crainte, car je savais que deux grammes de chlorhydrate de morphine, introduits dans la veine d'un chien, ne l'avaient pas tué, mais le sommeil que j'obtins fut lourd, ou plutôt ce ne fut pas le sommeil physiologique, mais un grand abasourdissement accompagné de rêvasseries. Je songeai alors à substituer le sulfate de narcéine, qui se dissout très-mal et n'a presque pas de goût, à la morphine, mais sans grand succès. Le chlorhydrate de narcéine est au contraire très-soluble, mais son goût est au moins aussi amer que le sulfate de morphine. Eh bien! en dissolvant ce sel dans le suc d'un citron, tout mauvais goût disparaît et la sensation que l'on éprouve est même agréable. J'obtins ainsi un sommeil doux, non pénible comme celui que donne la morphine, et je dirai même la quantité de sommeil que je voulais obtenir, selon la quantité d'eau pulvérisée que j'avais absorbée. C'est un moyen que je recommanderai donc aux praticiens d'une manière générale, aujourd'hui surtout que les appareils de pulvérisation ont été très-perfectionnés. Je pourrai recommander aussi en finissant, dans quelques cas, aux hommes de cabinet et d'étude, l'expérience que j'ai faite sur moi, lorsque le sommeil les quittera.

Apoplexie spinale ou hémorrhagie de la moelle de l'épine.

M. DUHAMEL. Le nommé Alphonse F..., âgé de soixante-quatre ans, doué d'une bonne constitution, mais adonné à l'ivrognerie, fut pris, le lundi 30 janvier 1865, sans autre cause appréciable que l'ivresse et le froid, sans avoir éprouvé de chute ni de coup, au milieu de la nuit, d'une paralysie générale de tous les membres, du rectum et de la vessie.

Un médecin de la localité appelé auprès du malade pratiqua une saignée du bras; puis, dès le matin, il fut amené de là sur une voiture à 30 kilomètres, où il arriva le soir même, à une distance de 3 kilomètres de chez moi. Comme il avait conservé toute son intelligence, sa sœur, chez laquelle il était arrivé, ne le croyant pas gravement malade, ne me fit demander que dans la soirée du 31 janvier.

Le lendemain 1er février, je me rendis auprès du malade et voici ce que j'observai :

Cet homme, ayant conservé toutes ses facultés intellectuelles, me dit qu'il ne souffrait point, mais qu'il ne pouvait pas mouvoir ses membres; je constatai en effet que les mouvements étaient complétement abolis et que la sensibilité était à peu près entièrement éteinte; les membres thoraciques conservaient un peu de sensibilité quand on entrait profondément une épingle dans le membre, mais on n'obtenait aucun mouvement. Il existait une énorme phlyctène à la plante du pied gauche.

La vessie était distendue par une notable quantité d'urine sans cependant être d'une capacité à obliger de sonder le malade immédiatement. N'ayant point de cathéter à ma disposition, je remis au lendemain d'en faire usage. Le rectum était également paralysé, le malade n'avait point été à la garde-robe depuis trois jours.

Je portai le diagnostic suivant : hémorrhagie survenue à la partie supérieure de la moelle épinière.

Pronostic très-grave.

Traitement : sangsues à la région cervicale de la colonne vertébrale, là où le malade accuse un peu de douleur; sinapisme prononcé sur les extrémités pelviennes, huile de ricin.

Le 2 février, même état que la veille, mais déjà le malade se plaint d'oppression et de difficulté de respirer sans éprouver de toux. Il lui semble que sa poitrine est serrée sur les côtés entre un étau.

Par le cathétérisme, je retire de la vessie à peu près deux litres d'urine épaisse, brunâtre, ammoniacale, déjà le malade avait rendu une petite quantité d'urine par regorgement.

J'annonce que, vu l'oppression survenue depuis le matin, la mort arrivera très-prochainement; en effet elle survint dans la journée du 4, le lendemain.

Quel est le siége de cette maladie et à quelle cause rapporter les phénomènes de cette nature?

Le siége ne peut avoir existé que dans la moelle épinière ou ses enveloppes et vers la partie supérieure, puisque tous les membres, la vessie et le rectum, étaient paralysés, tandis que le cerveau ne présente aucune altération, puisque l'intelligence, la face, la langue et les sens jouissent de toutes leurs facultés.

Si la portion inférieure de la moelle avait été comprimée, nous aurions rencontré seulement la paraplégie et la paralysie du rectum et de la vessie.

La cause peut être attribuée à l'ivrognerie passée en habitude et à un refroidissement qui a été reconnu comme cause de paralysie survenue par une myélite ou une hémorrhagie, ainsi que semble le prouver le mémoire de M. le docteur Voisin et la discussion qui s'en est suivie. Ici nous ne pourrons pas rapporter les symptômes observés à une myélite, même aiguë, qui, outre qu'elle ne frappe pas aussi subitement, est accompagnée de douleurs le long de la colonne vertébrale, de fièvre intense; je ne vois donc plus qu'une hémorrhagie spinale qui a pu déterminer et expliquer les symptômes observés. Comme ce cas est fort rare, il n'en est que plus intéressant à faire connaître, c'est pourquoi j'ai l'honneur de l'adresser à la Société de médecine pratique à laquelle je conserve un bon souvenir.

Malheureusement je n'ai point pu obtenir l'autopsie, chose impossible en province.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Nous apprenons que plusieurs de nos confrères viennent de partir pour l'Égypte, au nom du Gouvernement.

On nous cite, entre autres noms, MM. Davesne, Duvivier, Révillout et un élève en pharmacie.

— La Société médico-pratique de Paris rappelle qu'elle décernera, en 1866, un prix de 300 fr. au meilleur mémoire de médecine pratique sur une question de pathologie, ayant trait à la grossesse ou à l'obstétrique proprement dite, dont le choix est laissé à la volonté des concurrents.

— La Société médicale d'Amiens a mis au concours les questions suivantes :

1° Pour l'année 1865 : « Hygiène publique et privée des industries dans lesquelles on prépare et l'on utilise les débris, les détritus des animaux et les matières fécales. »

2° Pour l'année 1866 : « Des affections gastro-intestinales dans la première enfance. »

Les mémoires seront adressés avant le 30 juillet de chaque année, et dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, rue Saint-Jacques, n° 93, à Amiens.

— Les *Archives de médecine navale* pour juillet 1865 contiennent les travaux originaux suivants :

1° De la fièvre bilieuse hématurique observée au Sénégal, par M. le docteur Barthélemy Benoît, chirurgien de 1re classe;

2° Du traitement de l'entorse par le massage à bord des navires de l'État, par M. le docteur Bérenger-Féraud, chirurgien de 1re classe;

3° Du service médical dans les débarquements d'équipages de la flotte, par M. Ad. Nicolas, chirurgien de 1re classe.

— La Société médicale de l'Aube vient de faire paraître son premier bulletin en 1 vol. in-8° de 182 pages.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 21 juillet :

Voici son ordre du jour :

Rapport de présentation du docteur Lunier, par M. Costilhes;

Suite de la discussion sur les accidents syphilitiques.

Recherches sur l'osmose et sur l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain, par le docteur RÉVEIL, professeur agrégé à la faculté de médecine et à l'école de pharmacie de Paris. 1 vol. in-folio de 82 pages. Prix : 2 fr. 50, *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Traité de la pellagre, d'après des observations recueillies en Italie et en France, suivi d'une enquête dans les asiles d'aliénés, par le docteur E. BILLOD, médecin en chef de Sainte-Gemmes. Un vol. in-8°. Prix : 10 fr. Paris, 1865, Victor Masson et fils, libraires-éditeurs.

Recherches de physiologie végétale de l'action des poisons sur les plantes, par le docteur RÉVEIL, professeur agrégé de la faculté de médecine et à l'école supérieure de pharmacie de Paris, etc. 1 volume in-8° de 180 pages. Prix : 3 fr. 50, *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 86. — SAMEDI 22 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 22 JUILLET 1865. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur dans la maladie de Bright.

L'importante et étroite connexion qui existe entre la maladie de Bright et les altérations du cœur avait été signalée par Bright lui-même, « les altérations consistaient principalement en une « hypertrophie avec ou sans lésions valvulaires, et, chose inté- « ressante, sur 52 cas d'hypertrophie, on ne put trouver de « lésion organique dans 34 cas. » La fréquence, dans la néphrite albumineuse, d'une hypertrophie du ventricule gauche, sans autre altération cardiaque ou pulmonaire, n'est point admise par tous les auteurs : suivant M. Rayer, les exemples en seraient même assez rares.

Il est donc très-intéressant de rechercher les faits où existent simultanément l'hypertrophie sans altération valvulaire, et la maladie de Bright peut bien déterminer leur rapport de cause à effet.

Il faudrait, pour résoudre cette importante question de pathogénie, instituer des expériences, rendre des animaux albuminuriques, en étudiant, avant et après la lésion rénale, le volume du cœur et l'intensité de l'impulsion cardiaque; mais, en dehors de la preuve expérimentale, l'observation clinique peut nous fournir d'utiles et précieuses données.

C'est à ce titre que nous rappellerons ici trois observations présentées à la Société de biologie, par le docteur A. Ollivier, l'une en août 1864, les deux autres au mois de décembre de la même année.

Il s'agit de trois malades, tous trois atteints d'albuminurie saturnine : ce qui prouve une fois de plus que l'albuminurie saturnine se comporte comme toutes les autres formes d'albuminurie et présente les mêmes complications.

Le premier malade était un jeune homme de vingt ans, entré à l'hôpital de la Charité en 1853, atteint d'albuminurie sans aucun signe d'affection cardiaque. Une année après, ce malade revint à la Charité, et on put alors constater une augmentation dans l'étendue de la matité du cœur et dans l'intensité de l'impulsion cardiaque. On trouva à l'autopsie un cœur volumineux mais non surchargé de graisse; les parois du ventricule gauche, qui est extrêmement saillant, ont trois centimètres et demi d'épaisseur; elles sont cinq fois plus épaisses que celles du ventricule droit; leur tissu est ferme. Les valvules aortiques et mitrales ne sont le siége d'aucune altération appréciable; il en est de même pour les valvules du cœur droit.

Chez le second malade, homme de trente-deux ans, atteint d'albuminurie saturnine et qui succomba en présentant l'ensemble de phénomènes décrits sous le nom d'urémie dyspnéique, on trouva à l'autopsie le ventricule gauche un peu hypertrophié; les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles n'étaient point altérées.

Les reins étaient atrophiés et offraient la dégénération graisseuse des cellules épithéliales, des vaisseaux capillaires et des glomérules qui sont la caractéristique de la néphrite albumineuse ou parenchymateuse persistante.

La troisième observation présente quelques particularités : le malade, atteint d'albuminurie saturnine, avait eu des douleurs arthralgiques avec *péricardite secondaire*. On trouva après la mort : les reins hypertrophiés et graisseux, le ventricule gauche globuleux et très-saillant; les parois ont deux centimètres et demi d'épaisseur, tandis que celles du ventricule droit atteignent environ un centimètre; aucune valvule n'est insuffisante.

Lorsqu'il s'agit d'expliquer ces faits, on se trouve en dehors d'expérimentations concluantes, très-porté à admettre l'opinion émise par Traube; Bright invoquait un trouble de la circulation capillaire, aussi bien de la circulation générale que de la circulation reinale; cette opinion a été reprise par Traube (*Ueber Busammenhang gurischen Sbaerz und Nierenkrankeiten*. Berlin, 1856); mais ce dernier observateur n'envisage que la circulation capillaire dans le rein.

Sous l'influence de la maladie, les capillaires du rein s'altèrent, se rétrécissent, et la circulation de ces organes devient de plus en plus difficile. La pression du sang augmentant alors au-dessus des artères reinales, le ventricule gauche se contracte plus énergiquement et par suite s'hypertrophie. Suivant M. Traube, cette hypertrophie du ventricule gauche, dans les cas d'albuminurie chronique, indiquerait que les reins sont atrophiés.

Cette théorie a soulevé de nombreuses objections. Il est évident que toutes les fois qu'on rencontre la péricardite et les lésions vasculaires, en même temps que l'hypertrophie du ventricule gauche, on ne saurait décider si l'hypertrophie est primitive ou consécutive à ces lésions; et c'est ce qui semble infirmer en partie la valeur de la troisième observation que nous avons citée, puisqu'il existait de la péricardite; mais il faut se rappeler que cette péricardite était consécutive à l'hypertrophie cliniquement constatée.

Sans admettre d'une façon absolue et comme un fait cliniquement démontré que le trouble de la circulation capillaire reinal entraîne l'hypertrophie, nous dirons cependant que toutes les fois que les valvules sont intactes, et qu'il a été, pour ainsi dire, permis de suivre le développement de l'hypertrophie ventriculaire, l'opinion de Traube mérite d'être prise en sérieuse considération.

Tumeur de l'orbite. — Exophthalmie. — Guérison.

En collationnant les observations que M. Velpeau fait prendre dans son service depuis trente ans, nous avons retrouvé une note sur un fait singulier qui s'est passé en 1861, à l'hôpital de la Charité, et dont nous avons été témoin. Ce fait nous avait beaucoup frappé, et voici en résumé ce dont il s'agissait :

Un enfant âgé de treize ans et demi était entré à l'hôpital, présentant un exophthalmie du côté droit. Il y avait une saillie considérable de l'œil que les paupières ne pouvaient plus recouvrir du côté interne, dans le grand angle de l'œil une tuméfaction du volume approximatif d'une noix repoussait l'œil en dehors. Cette tuméfaction offrait une fluctuation douteuse.

La vision n'était point altérée, mais elle était gênée par une tache existant sur le centre de la cornée; le petit malade n'éprouvait pas de douleurs.

La tumeur et l'exophthalmie, qui d'abord étaient restées stationnaires, avaient augmenté assez subitement, et c'était en cinq mois que les choses étaient arrivées dans l'état qui vient d'être décrit.

Plusieurs diagnostics se présentaient à l'esprit du chirurgien. Un cancer de l'orbite, une tumeur érectile veineuse dont le commencement aurait été méconnu, un abcès de l'orbite, une phlegmasie chronique du tissu cellulaire de l'orbite, enfin une phlébite de la veine ophthalmique.

M. Velpeau s'était arrêté au diagnostic d'une inflammation chronique; il rejetait l'idée d'un cancer, parce que le malade n'éprouvait pas de douleur, et qu'il présentait les attributs d'une bonne santé. Le petit malade que nous avons vu à ce moment se levait tous les jours et allait se promener dans les cours de l'hôpital. Une tumeur érectile veineuse eût présenté des phénomènes de réductibilité qui manquaient dans la tumeur. Un abcès se fût déjà ouvert. Une phlébite de la veine ophthalmique n'aurait pas été si longue que cette tumeur existant depuis cinq mois, à produire l'ophthalmie au degré où elle était observée, puis la vision aurait été certainement troublée s'il se fût agi d'une phlébite.

L'idée d'un phlegmon chronique était donc acceptée par M. Velpeau. La scrofule avait été un instant soupçonnée. L'enfant avait eu quelques gourmes dans sa jeunesse, et l'on pouvait croire qu'une altération d'un os ou du périoste était pour quelque chose dans la production du mal.

Le traitement suivant avait été institué : Compression de l'orbite avec des rondelles d'amadou et des compresses recouvertes par un bandage de la tête serré; puis une potion avec l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme, et l'extrait de ciguë à la dose de 5 centigrammes. Et comme la conjonctive boursouflée était à nu sous le pansement, et suintait une sérosité muco-purulente, cette partie avait été saupoudrée de sous-nitrate de bismuth avant chaque pansement.

Ce traitement n'avait produit aucun résultat; l'enfant en souffrait; et un matin à la visite, M. Velpeau avait fait une ponction dans la tumeur avec un bistouri à lame très-étroite, il n'était sorti que du sang.

Cette ponction n'avait occasionné aucun accident pendant une semaine. Les choses étaient restées dans le même état; la compression avait été supprimée; l'iodure de potassium cicuté

RECHERCHES SUR LES ACCIDENTS DIABÉTIQUES
ET ESSAI D'UNE THÉORIE GÉNÉRALE DU DIABÈTE,

Par M. le docteur MARCHAL (de Calvi).

Depuis que M. Marchal, trahissant sa jeunesse, s'est retiré dans la vie privée du praticien, on a vu cependant qu'il n'a pas cessé de communiquer aux académies et aux journaux médicaux des travaux importants. Esprit observateur autant que sagace, M. Marchal voit en 1852 un fait de gangrène *spontanée* chez un diabétique; et, comme cette gangrène des membres n'avait été remarquée que dans les cas attribués à l'ossification des artères et à l'artérite, il s'est demandé si par hasard il n'y aurait pas quelques liens de causalité entre le diabète et la gangrène, voyant surtout que la menace de la gangrène avait cédé au traitement du diabète.

Pour appeler l'attention des médecins sur ce fait, M. Marchal le communique le 13 avril de la même année à l'Académie de médecine, et, en attendant le résultat de cet appel, il continue ses observations sur le sujet même qui avait fourni le premier indice et qui devait plus tard en donner la confirmation.

Les faits n'ont fait défaut ni à M. Marchal ni à d'autres soit en France, soit à l'étranger, et son idée, qu'on pouvait appeler un embryon en 1852, est devenue aujourd'hui un gros volume in-8° digne de toute l'attention des praticiens.

Dans l'intérêt même du fait, il appartenait de droit à M. Marchal de l'étudier sous tous ses aspects. Mais, comme nous allons le voir, il a dû passer par les péripéties que traversent toutes les idées nouvelles, c'est-à-dire l'indifférence d'abord et puis les contestations de la priorité.

Cet ouvrage se compose de deux parties : l'une contient les recherches faites par M. Marchal et par d'autres sur les accidents diabétiques; l'autre est consacrée à l'essai d'une théorie générale du diabète. Chacune de ces parties est divisée en diverses sections que nous allons indiquer, sans pouvoir entrer, comme on le pense, dans les détails.

L'auteur consacre la première section à l'examen des principaux documents relatifs aux accidents inflammatoires et gangréneux diabétiques, et c'est ici qu'il est obligé de contrôler ce qu'on a opposé à ses droits de priorité.

Un agrégé de la Faculté d'abord, d'autres après, sont allés fouiller les auteurs étrangers autant que les auteurs français, et de ces recherches il est résulté en effet qu'on avait quelquefois observé la coïncidence de boutons d'anthrax ou même de gangrène sur des diabétiques; mais il est arrivé ici ce qui arrive presque toujours en pareilles circonstances, c'est-à-dire que les adversaires prouvent bien plus la priorité qu'ils ne la combattent. M. Marchal, après avoir pris un à un les faits cités, a prouvé qu'on avait observé quelquefois une coïncidence; mais, comme il le dit avec raison, on avait observé les faits à l'envers; c'était le diabète arrivant chez des gens qui avaient des furoncles, des gangrènes, etc., tandis que M. Marchal prouve que le diabète qui précède ces phénomènes finit par en être la cause. On avait donc vu des faits isolés dont on n'avait pas saisi les liens ou qu'on avait mal interprétés. M. Marchal les a réunis et en a fait la synthèse. Loin d'avoir des droits à la priorité du fait, les auteurs qu'on a opposés à M. Marchal ont eu le tort d'avoir eu en main les éléments nécessaires pour découvrir la vérité et de ne l'avoir pas reconnue.

Dans la seconde et la troisième section, M. Marchal rapporte les faits d'accidents inflammatoires consécutifs au diabète, et le nombre en est vraiment prodigieux. On est effrayé à la pensée de voir le diabète exister inaperçu pendant des mois et des années, puis produire des éruptions insignifiantes, puis des anthrax, des phlegmons diffus, des gangrènes, et la mort arriver quelquefois avant que la polydipsie et la polyurie aient fixé l'attention du praticien. Aussi, loin de se borner à traiter ces épiphénomènes, comme on le faisait avant lui, M. Marchal attaque directement la cause et les effets disparaissent, au moins tant que le diabète est neutralisé.

Les accidents inflammatoires ne sont pas la seule conséquence du diabète. M. Marchal consacre la quatrième section à d'autres accidents tenant aussi du diabète, et qui cette fois avaient été déjà indiqués en grande partie, tels que l'hyposthénie générale, la phthisie pulmonaire, la cataracte, l'amblyopie, l'impuissance fréquente et quelques autres accidents que les praticiens désormais doivent avoir présents à l'esprit pour examiner les urines avant d'arrêter le diagnostic et le traitement de ces maladies.

Arrêtons-nous un instant sur le côté pratique de l'ouvrage. Et d'abord, pour ce qui concerne le siége étiologique de la maladie, M. Marchal reconnaît qu'il n'est pas unique; les lésions fonctionnelles ou anatomiques du foie, de l'estomac, des reins ou du système nerveux peuvent être cause ou effet concomitant; mais ce qu'il établit formellement, c'est l'*olopathie*, comme il l'appelle, l'occupation générale ou la diathèse. En effet, si on a hésité à admettre des diathèses en puissance se traduisant par des phénomènes morbides, comme la scrofule, qu'on peut porter à volonté sur la pointe d'une lancette comme la syphilis, sans cependant pouvoir l'isoler, ici la diathèse est palpable, le corps du délit est là, c'est le sucre. Nous pouvons même le doser et déterminer le degré de cette diathèse.

Outre les phénomènes locaux ou généraux dont nous avons parlé, outre l'examen des urines, M. Marchal donne quelques caractères distinctifs entre la gangrène par oblitération des artères et la gangrène

étant d'ailleurs continué, la vision ne s'était pas troublée davantage ; aucun autre traitement n'avait été fait.

Au bout de quelques semaines, la compression a été de nouveau mise en usage, et la tumeur a commencé à diminuer peu à peu. L'œil est rentré dans l'orbite, et le 22 juin 1862, c'est-à-dire six mois après l'entrée du petit malade à l'hôpital, la guérison était complète.

Il y a peu d'observations dans la science qui soient analogues à celle de ce petit malade. Mackensie, M. Desmarres ont vu des hypertrophies inflammatoires du tissu cellulaire de l'orbite avec exophthalmie qui ressemblaient beaucoup à la lésion observée par M. Velpeau, mais il s'agissait dans ces cas d'exophthalmie. Chez des individus atteints de goître, Hamilton, de Dublin, cité par M. Desmarres, a vu une périostose de l'orbite qui avait produit une exophthalmie, comme dans le cas que nous avons rapporté ; le chirurgien anglais a cru un instant avoir affaire à un fongus hématode. La malade qui portait cette affection était assez âgée, et elle avait eu des accidents syphilitiques qui ont mis sur la voie du diagnostic. La maladie a cédé après l'application du traitement anti-syphilitique.

La nature scrofuleuse du mal chez le petit malade de M. Velpeau a été soupçonnée, et l'action de l'iodure de potassium légitimerait la supposition.

Quant à l'identité des phénomènes observés sur le malade de M. Hamilton, de Dublin, et de M. Velpeau, on se l'explique facilement, en songeant aux analogies nombreuses qui existent entre les lésions tardives de la syphilis et de la scrofule. Les recherches savantes de M. Bazin sur les scrofulides ont établi qu'il y avait des périostoses scrofuleuses, comme des périostoses syphilitiques, et que les lésions étaient analogues pour ne pas dire identiques.

UN ÉPISODE MÉDICAL EN ALGÉRIE,

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèse, médecin aide-major.

I.

Durant la dernière insurrection des Arabes, nos troupes ont dû exécuter des marches forcées et longtemps prolongées, sous un soleil ardent, dans d'immenses plaines arides, où l'eau, presque toujours saumâtre ou bourbeuse, n'apparaît jamais qu'à de très-rares intervalles.

Les fatigues et les privations endurées ont été grandes : aussi les affections qui se sont présentées me semblent-elles marquées au cachet de l'épuisement.

Chargé de la direction médicale de l'ambulance sédentaire de Djelfa, mes salles se sont surtout garnies de ceux des malades des ambulances actives de M. Ferraton et de M. Lavigne, que ces Messieurs ont jugés être dans un état trop sérieux pour supporter une évacuation sur le Tell. Ce sont donc des malades de choix, si je puis m'exprimer ainsi, que j'ai eu à observer. La plupart étaient fort gravement atteints de vastes phlegmons aux membres inférieurs, envahissant la jambe et la cuisse, de dyssenterie, de diarrhée, de fièvre intermittente, de fièvre rémittente typhoïde et de fièvre typhoïde pure. Plusieurs de ces affections se sont trouvées réunies sur le même individu. Toutes ont apparu en nombre à peu près égal. Il ne s'est pas développé d'épidémie bien tranchée ; mais l'épuisement des forces était si général que presque partout il y avait pour ainsi dire une constitution à refaire.

Cette dernière proposition est si vraie que, dans quelques cas où la médication la plus rationnelle en apparence ne me conduisait à aucun résultat satisfaisant, ayant passé par-dessus les accidents que j'avais regardés jusque-là comme l'affection principale, pour obéir dès lors à ce qu'on nommait autrefois l'indication vitale et m'occuper avant tout de relever les forces du malade, je n'ai eu qu'à me féliciter de cette détermination et de ses heureuses conséquences.

Ainsi, un malade entre avec des accès de fièvre intermittente que le sulfate de quinine arrête, mais qui laissent après eux un pouls de 90 à 100 pulsations par minute, quelques épistaxis peu abondantes, un peu de sibilance dans le côté gauche de la poitrine, la langue très-chargée d'un enduit jaunâtre, les lèvres et les dents légèrement fuligineuses, le ventre ballonné, un prurit très-incommode aux parois antérieures du thorax et de l'abdomen, suivi de l'apparition de taches ecchymotiques peu prononcées, mais extrêmement étendues ; une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite et une diarrhée fétide très-liquide sur laquelle n'ont prise ni les opiacés, ni le sous-nitrate de bismuth, ni l'alun, ni le cachou, ni le ratanhia, administrés en potions et en lavements et secondés de la diète. La maigreur est extrême et le malade va évidemment succomber, lorsque, abandonnant sans réserve le traitement antérieur pour recourir aux laits de poule, au chocolat et au vin donné par la bouche et en lavement, tout en pratiquant, il est vrai, des frictions ammoniacales sur toute l'étendue du corps, les selles deviennent immédiatement moins fréquentes et prennent de la consistance ; en quelques jours, la diarrhée fait place à des selles moulées, et les forces se relèvent avec une grande rapidité. En même temps, le pouls, de petit et fréquent qu'il était, prend de l'ampleur et descend à 65 et 75 pulsations, et dans la convalescence il m'arrive plusieurs fois, lorsque le malade est en repos depuis quelque temps, de ne noter que 42 et même 40 battements à la minute. Pas d'ictère.

Mais c'est chez un malade dont je vais résumer ici l'observation que la médication reconstituante me semble avoir produit le plus beau résultat.

Dufour, Jean, âgé de vingt-six ans et demi, soldat au 63e de ligne, entré au service le 12 juillet 1859, débarqué en Algérie le 30 juin 1862, en colonne depuis un mois, lorsque, malade depuis cinq jours, il est entré, le 15 novembre 1864, à l'ambulance de M. le médecin major Lavigne avec le diagnostic, dyssenterie et fièvre intermittente. Avant cela, il n'a jamais été malade, si ce n'est l'année dernière à Constantine, où il a fait cinq jours d'hôpital *pour frissons*.

Le 25 novembre, Dufour passe à mon ambulance. Je le trouve avec du délire et un pouls variant dans la journée de 100 à 130 pulsations, la langue est sèche, couverte d'un enduit noir, la soif est vive, l'abdomen est ballonné, douloureux dans presque toute son étendue ; il y a une bronchite intense et une surdité très-prononcée, mais sans tintements d'oreilles, ce qui me permet de croire qu'elle ne tient pas au sulfate de quinine qu'il a pu prendre. Il n'y a plus de dysenterie. Le régime est sévère.

Le sulfate de quinine fait tomber le pouls à 85 et 90 pulsations ; de temps en temps il se relève à 110 et 120 pendant un ou deux jours pour redescendre ensuite. Mais le delire persiste ; la peau est sèche. les potions opiacées kermétisées à 0 g. 3 prises par petites gorgées dans les vingt-quatre heures ne produisent aucun effet favorable sur la bronchite, qui est un des symptômes les plus alarmants par sa généralisation et son intensité. Une eschare se développe au sacrum, puis, il en apparaît encore au niveau de chaque trochanter.

Cependant, le 1er décembre, j'essaye un vin sucré (vin rouge, 100 gr., sirop simple, 25), dans lequel je mets cinq grammes de poudre de quinquina, et le malade me paraît s'en bien trouver. Il prend, en outre, le lendemain, un vermicelle matin et soir, et la digestion se fait très-bien.

Le 4 décembre, il commence à se manifester une anasarque, qui prend rapidement des proportions considérables. La face, les membres supérieurs, le tronc, les parois abdominales, le scrotum sont fortement infiltrés, les membres inférieurs sont tendus et luisants, le péritoine s'emplit de liquide, l'ombilic s'efface, l'abdomen est large et très-fluctuant ; mais toutefois, à aucun moment, l'ascite n'atteint ces limites extrêmes, dans lesquelles le ventre est rénitent et fortement arrondi. Avec un peu d'attention, on distingue quelques légères traces bleuâtres indiquant le trajet des vaisseaux de la paroi abdominale antérieure. A certains moments, elles semblent plus apparentes qu'à d'autres, ce qui tient peut-être à une recrudescence momentanée de congestion dans le foie et la rate. Les bruits du cœur sont un peu voilés, pas de souffle. Pas d'albumine dans les urines.

Comme il y a maintenant plutôt de la tendance à la constipation qu'à la diarrhée, je cherche à établir une dérivation sur le tube intestinal, mais le moindre purgatif (sulfate de soude, 15 gr.) amène pendant vingt-quatre heures des selles liquides très-abondantes. Deux tentatives dans ce sens produisent le même résultat, et je renonce à ce moyen de traitement de crainte de détruire le fonctionnement régulier des voies digestives, que je regarde comme mon plus puissant auxiliaire.

Je donne le nitrate de potasse à la dose de deux à six grammes par jour, et les urines deviennent très-abondantes.

La peau reste sèche même pendant les recrudescences fébriles qui ne se traduisent physiquement que par l'accélération du pouls. On pratique des frictions à l'alcool camphré sur le ventre, que l'on couvre d'un large cataplasme, et sur les membres inférieurs ; le malade, auquel on retire ses draps, est couché dans des couvertures de laine ; une toile cirée est étalée entre les couvertures de dessus, des briques chaudes sont disposées en divers points du lit, surtout vers les extrémités inférieures qui restent presque constamment froides, et tout cela sans qu'il soit possible d'obtenir la transpiration.

6 décembre. Il y a eu une épistaxis abondante dans la nuit du 6 au 7. Quoique le délire soit encore très-marqué, surtout à certains moments, le malade est mis au quart.

Chocolat à l'eau le matin.

Quart de pain, vermicelle au gras, un œuf en omelette, matin et soir.

Un vin sucré. Pectorale édulcorée, 3 litres ; potion antispasmodique ; sulfate de soude, 15 gr., pansement simple des eschares.

17 décembre. La langue s'est nettoyée tout en restant sèche, l'appétit est bon et la digestion se fait toujours bien ; c'est à peine s'il s'est montré une ou deux fois une diarrhée légère. La bronchite diminue, mais la parole est lente et voilée. Il y a toujours de grandes variations dans le pouls, d'un jour à l'autre. Toutefois, la peau prend un peu de moiteur, le ventre semble moins volumineux, et la face moins infiltrée. L'intelligence est assez nette, quand on la fixe, tandis que le malade divague encore un peu lorsqu'il est livré à lui-même. La surdité est toujours très-prononcée et il y a, en outre, une otorrhée double des plus abondantes. Il existe une tache hémorrhagique de la largeur de la main à la région antéro-interne du genou gauche, on découvre aussi une teinte ecchymotique légère et profonde sur toute l'étendue du trajet des vaisseaux de la cuisse ; ce trajet est excessivement douloureux à la pression. A droite, l'œil ne distingue rien, il y a seulement une douleur moins vive que celle de gauche.

Voici quelle est ma prescription à ce moment-là : Un léger chocolat le matin.

Quart de pain, côtelette, un œuf en omelette, quart de vin, matin et soir.

Orge nitrée à 2 gr., deux litres ; sulfate de quinine, un gr. ; 4 pilules de Vallet ; 3 vins de cannelle composés chauds (1) ; frictions à l'alcool camphré, cataplasmes sur le ventre, pansement simple des eschares.

Le 18, on assied le malade pendant quelques minutes devant le feu. Le 20, il reste assis durant une heure, et un frisson très-marqué (ce qui n'avait pas encore eu lieu) l'oblige à se remettre au lit. Pas de stade de sueur.

30 décembre. Café édulcoré, 125 gr., le matin. Trois quarts légumes, trois quarts de vin ; orge nitrée à 2 gr., 2 litres ; un vin de cannelle chaud ; 2 vins de quinquina ; 5 pilules de Vallet ; potion avec élixir Monsel, 0 gr. 2 ; frictions à l'alcool camphré, injections émollientes auriculaires, pansement des eschares.

L'anasarque diminue peu à peu sous l'influence du nitrate de potasse, des frictions, de bandes roulées, de plusieurs applications de ventouses sèches au niveau du foie et de la rate ; l'intelligence se raffermit graduellement, l'otorrhée s'arrête et l'audition se rétablit ; les douleurs des cuisses disparaissent ainsi que les taches hémorrhagiques. Toutefois, dans les premiers jours de janvier 1865, il y a des douleurs dans les bras, et des taches de purpura se montrent aux jambes, mais ces accidents se dissipent bientôt. Un peu en avant de l'anneau des adducteurs de la cuisse gauche, sur un des points de la première tache hémorrhagique, apparaît de l'empâtement, et il se forme là un petit abcès, du volume d'une noix, qui suppure au bout de quelques jours. Un peu plus tard, il se développe, dans l'épaisseur du tenseur du fascia lata du côté droit, une tumeur dure, non fluctuante, de forme lenticulaire, à diamètre un peu moins grand que celui d'une pièce de cinq francs, mobile d'arrière en avant, fixe de haut en bas, glissant sous la peau, indolente au lit, mais très-gênante dans la marche déjà fort laborieuse. Cette tumeur se résout en peu de jours à l'aide de simples frictions à l'axonge. Enfin, il survient au talon gauche un petit abcès qui donne issue à un liquide laiteux et se referme rapidement.

Le 19 janvier 1865, Dufour sort du Bordj pour la première fois et en fait le tour sans autre soutien qu'un bâton. Les jours suivants la bronchite, qui s'était amendée peu à peu, s'exaspère de nouveau par

(1) Le vin de cannelle composé des hôpitaux militaires renferme :

Vin rouge.	100 grammes.
Alcoolé de cannelle. . . .	8 »
Alcoolat de mélisse . . .	5 »
Sirop simple.	30 »

---

diabétique ; ainsi, dans la première, on peut sentir la nodosité du vaisseau artériel ; on ne trouve plus les battements au-dessous ; la partie est froide, et en la piquant il n'en sort pas de sang. Tout au contraire, la gangrène diabétique n'offre pas de nodosités artérielles ; la partie malade est chaude ; on y sent battre les artères, et si l'on pique la peau on en fait jaillir du sang.

Quant au traitement, on le comprend bien, c'est contre le diabète qu'il faut agir surtout, et ici M. Marchal se range du côté de M. Bouchardat, c'est-à-dire qu'il recommande l'usage des aliments azotés, des alcalins et des toniques peu excitants. Le traitement local est celui de l'inflammation asthénique.

Nous avons dit que la seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la théorie du diabète. Ici M. Marchal passe en revue les principales idées qui ont été émises sur ce sujet. Dans la théorie de M. Mialhe, tout le sucre provient de la préparation des aliments dans le tube digestif où la diastase animale joue un grand rôle. Le glycose lui-même une fois absorbé se change en produits ulmiques à l'aide des sels alcalins, et ce sont ces produits ulmiques qui sont brûlés par l'oxygène de la respiration. Le défaut de sels alcalins serait la cause de l'accumulation de sucre dans le sang, et par conséquent M. Mialhe recommande l'usage de ces sels comme traitement.

La théorie de M. Reynoso admet que le glycose est brûlé par la respiration et qu'il suffit de gêner la respiration pour produire dans le sang un excès de sucre qui est rendu par les urines. Cette théorie a pour principes des faits physiologiques ou pathologiques, et des expérimentations sur les animaux. L'auteur invoque aussi les recherches de M. Cl. Bernard qui a trouvé, comme on le sait, du sucre dans le poumon du fœtus.

La théorie de M. Bouchardat consiste dans la recherche des aliments qui sont plus ou moins faciles à se changer en sucre, ce qui l'a conduit à prescrire une alimentation aussi azotée que possible.

La théorie de M. Claude Bernard consiste à faire du foie le siége principal de la formation du sucre dont l'excès de fonctionnement serait la cause du diabète, mais M. Bernard convient que chez le fœtus le foie ne fait pas encore ce produit, ou il en fait fort peu. Cette théorie, du reste, a rencontré de nombreux adversaires, au nombre desquels est M. Marchal, qui combat M. Bernard en quelque sorte avec ses propres armes, c'est-à-dire par le fait de la production du sucre dans les urines par la ponction du quatrième ventricule du cerveau et l'absence du sucre dans le foie du fœtus, tandis qu'il existe dans le poumon et le placenta.

Pour tirer le plus d'avantages possible de ces théories, M. Marchal commence par étudier la pathogénie du diabète, et ici il suit le sucre à la fois dans toutes ses transformations.

Trois grandes fonctions, dit-il, s'accomplissent au sein de la nature organisée et vivante. La production de l'albumine, la production de la matière amylacée, la production des substances grasses, et ici il jette un coup d'œil sur ces productions. N'importe sa source, la matière saccharifère est introduite à l'état de glycose dans l'économie. Éprouve-t-elle des modifications dans le foie ? La chose n'est pas sûre, mais à partir du poumon, ce glycose prend l'oxygène qui va successivement en le brûlant, surtout au moment où le sang traverse les capillaires. Une grande partie de la fécule ingérée reste à l'état de dextrine et est destinée à d'autres usages que la combustion respiratoire. M. Marchal cite avec applaudissement l'expérience de M. Claude Bernard où la ponction du quatrième ventricule produit le diabète, et il en tire un de ses principaux arguments pour prouver l'influence cérébrale dans cette maladie.

Pour suivre avec plus de profit la transformation du glycose dans l'économie, M. Marchal le prend chez le fœtus qui le reçoit de la mère avec le sang, en attendant qu'il puisse le produire lui-même. Passant ensuite à l'adulte, il admet, avec d'autres auteurs, une glycosurie physiologique, qui peut augmenter dans certaines conditions, comme dans la grossesse, l'état puerpéral et l'allaitement ; enfin il y a une glycosurie sénile ; mais, on le comprend, si le sucre peut exister dans ces cas il ne constitue pas encore une maladie.

Cette facilité de rendre du sucre par les urines met sur la voie de recherches ultérieures, car elle peut exister sans qu'on s'en doute même. Voici les espèces ou variétés admises par M. Marchal ; glycosuries névrosique, anhématosique, dyspeptique. Relativement aux conditions productrices du diabète, il admet les glycosuries ou diabètes hépatique, hyperdiastasique, puerpéral, gastrique, cérébro-spinal, urique ou goutteux ; enfin il résume la pathogénie en disant, avec M. Fritz, qu'il existe des espèces de diabète comme des espèces de diarrhée. D'où ce principe qui, quoique né pour ainsi dire d'hier, est cependant devenu considérable sous la main de M. Marchal, à savoir : qu'on ne saurait trop se méfier du diabète, le sucre pouvant s'accumuler en excès dans l'économie pour être rendu par les urines dans une foule de cas pathologiques ; ce principe en excès finit par produire une atonie générale qui se traduit d'une foule de manières ; enfin, pendant qu'il circule dans les capillaires, il peut y produire la gangrène des tissus.

Il est facile de comprendre, par cette rapide analyse, l'intérêt qu'offre l'ouvrage de M. Marchal. Théorie, pratique, bibliographie, discussion approfondie, rien n'y manque. Ce sujet désormais, tel qu'il est assis, est d'une grande portée et il ne fera que grandir par la suite. M. Marchal avait sans doute assez de titres à l'estime du public médical, son ouvrage ne sera pas le moindre des services qu'il aura rendus à la science.

Dr A. Mattei.

suite d'une petite imprudence, mais, cette fois, elle disparaît complétement et vite sous l'influence de potions gommeuses opaciées émétisées.

A dater de ce moment-là, il ne se produit plus aucun incident remarquable, si ce n'est peut-être l'apparition des sueurs, qui tous les soirs se montrent très-abondamment à la tête lorsque le malade s'endort. Toutefois, cela ne l'étonne nullement, attendu que les choses se sont, dit-il, toujours passées ainsi lorsqu'il était bien portant.

25 janvier. Portion, légumes; portion de vin; trois vins de quinquina, etc.

1er février. Le malade se lève aussitôt après la visite et ne se couche que le soir vers huit heures; il va, il vient toute la journée, s'emploie dans la salle et au dehors.

Le pouls a toujours une fréquence très-grande. Il subit des variations considérables du matin au soir, tandis que les différences d'un jour à l'autre sont beaucoup moins sensibles, soit en plus, soit en moins, pour des heures correspondantes de la journée. Plus bas, chaque matin, à la visite, il monte considérablement dans la journée par l'exercice.

10 février. État du pouls : à huit heures du matin, 96; à trois heures de l'après-midi, 112; à neuf heures du soir, 116.

Dufour ne sent plus aucun mal. Il n'attend, pour rentrer en France, que la régularisation d'un congé de convalescence de six mois, pour lequel je l'ai proposé.

Le sulfate de quinine est donné de temps à autre, et lorsque, le 23 février, je quitte l'ambulance, la convalescence est dans un état très-satisfaisant.

Du 25 novembre au 31 janvier, il a été administré 32 gr. 70 de sulfate de quinine. Les doses les plus fortes ont été de 2 gr. dans les vingt-quatre heures.

Cette observation, condensée autant que possible, reste encore longue, mais il m'était difficile de donner clairement en moins de mots le compte rendu de trois mois de semblables désordres. D'ailleurs, en dehors de ce qui est relatif à l'état d'épuisement que j'ai signalé, j'aurai plus d'une occasion de faire ressortir dans ce qui va suivre l'importance que j'attache à quelques-uns des faits qui précèdent. Il y a en eux comme une sorte de synthèse de ce que j'ai vu de plus saillant dans l'ensemble de mes malades. Mes développements, il est vrai, se trouveraient bien, peut-être, de la présence d'observations plus spécialement applicables à chaque point particulier; mais je sais tout ce que la sécheresse de ce genre d'expositions a de fatigant pour l'esprit, et en définitive de rebutant pour le lecteur. Je me bornerai donc, le cas échéant, à affirmer les faits qui me paraîtront dignes d'intérêt, sans les entourer de l'appareil complet des incidents de diverse nature présentés par l'histoire des malades chez lesquels je les aurai observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juillet 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que notre collègue M. Bauchet est atteint d'un phlegmon érysipélateux de l'avant-bras compliqué d'un état général grave qui donne beaucoup d'inquiétude. J'espère, ajoute-t-il, vous donner de meilleures nouvelles dans la prochaine séance.

LECTURE.

M. DUBOUÉ (de Pau), membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur deux cas de hernie étranglée.*

— A l'occasion du procès-verbal :

M. VERNEUIL présente une pièce qu'il croit unique. Il la montre à l'occasion de la communication faite par M. Labbé dans la dernière séance. C'est un exemple de *fractures doubles des condyles du maxillaire inférieur* qui ont détaché de chaque condyle la moitié antérieure.

Il existe de plus une fracture incomplète de la branche de la mâchoire. Ces lésions ont été produites par une chute sur le menton.

Pendant la vie, les mouvements de la mâchoire étaient conservés; aussi M. Verneuil pensa-t-il d'abord à une fracture des cavités glénoïdes.

Uréthrotomie. — Suite de la discussion.

M. PERRIN. Messieurs, dans le cours de cette discussion j'ai eu à cœur de respecter la liberté de parole même sous sa forme la plus accentuée. J'ose espérer que la même faveur ne me fera pas défaut.

Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire dans ma communication, en appelant de nouveau l'attention sur l'uréthrotomie interne, j'avais pour but principal de montrer, par l'expérience, que cette opération n'a plus du tout la gravité qui lui a été attribuée dans les discussions précédentes soutenues au sein de la Société.

Cette démonstration pouvait paraître oiseuse et superflue à beaucoup d'esprits attentifs et dociles au progrès. Mais j'espère qu'ils en jugent autrement depuis qu'ils ont entendu MM. Voillemier et Guérin déclarer dans l'une de nos dernières séances qu'il ne s'est opéré aucun progrès dans ces dernières années, et même, selon M. Voillemier, depuis le rapport de Robert sur le Mémoire de Reybard. Or, à cette époque et même en 1863, l'uréthrotomie fut repoussée à peu près complétement de la pratique et reléguée parmi les opérations d'urgence. Vous n'avez peut-être pas oublié l'exclamation de notre bien regretté collègue Morel-Lavallée, qui se félicitait de n'avoir jamais été forcé, dans une carrière déjà longue, de pratiquer l'uréthrotomie.

J'insiste sur ce point de départ afin de donner une signification précise à ce que veulent dire nos deux collègues quand, eux aussi, ils se déclarent partisans de l'uréthrotomie.

Le moyen qui m'a paru le plus simple et le plus autorisé pour arriver à mon but a été de réunir des observations authentiques ou des résultats d'opérations dignes de foi, en nombre suffisant pour échapper aux illusions et aux chances d'erreur des petites statistiques. A cet égard, je ne saurais partager l'opinion de M. Desormeaux, qui dans la dernière séance m'a paru n'attribuer qu'une importance secondaire aux services que peut rendre la méthode numérique appliquée à l'étude de l'uréthrotomie. Si, d'une façon générale, il est vrai qu'en chirurgie, de même que dans toutes les sciences où il s'agit de questions biologiques, il ne faut accepter les conclusions de la statistique qu'avec une grande réserve à cause de la difficulté où l'on est d'opérer sur des unités de même valeur, il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'une maladie simple, locale, d'une opération simple, identique à elle-même, comme dans le cas actuel. La statistique m'offrait le grand avantage de pouvoir donner une signification précise, déterminée à ces qualifications vagues, toutes relatives d'*opération grave*, d'*opération dangereuse*, avec lesquelles on peut discuter indéfiniment sans s'entendre. En donnant la parole aux faits, j'avais aussi le projet de m'éclairer par l'expérience récente de mes collègues, et d'écarter de la discussion ces dissertations pédagogiques au fond desquelles, il faut bien le dire, on a rencontré jusqu'alors plus de récriminations contre les personnes que de vues scientifiques.

Pensant que nous étions assez riches de notre propre fonds, j'ai pris le parti de circonscrire mes recherches et de me borner aux faits récemment publiés dans leurs détails ou dans leurs résultats et fournis par les membres de cette Société. J'espérais de la sorte me dédommager du nombre par la qualité. Je n'ai pas réussi pour tout le monde. MM. Guérin et Voillemier ne veulent pas de ma statistique, parce que les éléments qui la composent ne sont pas sérieux et ne leur inspirent pas de confiance.

Messieurs, la chose est assez grave pour être examinée de près : c'est pourquoi je demande la permission de remettre sous vos yeux les pièces du procès. Mais, avant d'entrer dans la discussion, je dois dire que j'ai constaté plusieurs omissions dans la note remise, selon l'usage, à M. le secrétaire par M. Guérin. J'avais cru déjà le remarquer au moment de la lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance; mais une simple et rapide audition ne m'avait pas laissé assez de certitude pour que j'en fisse l'objet d'une observation. Aujourd'hui j'ai le texte imprimé, et je m'empresse de réparer cette omission. D'ailleurs, M. Guérin devra me savoir gré d'avoir attaché une importance assez grande aux paroles qu'il a prononcées dans cette enceinte pour les avoir recueillies avec une exactitude plus scrupuleuse encore que celle qu'il a mise à les livrer à la publicité.

J'ai réuni 163 cas d'uréthrotomie interne répartis comme il suit :

MM.	Sédillot.	21 opérés,	1 mort.
	Maisonneuve.	66 »	3 »
	Gosselin.	16 »	1 »
	Trélat.	4 »	0 »
	Demarquay.	12 »	0 »
	Boinet.	5 »	0 »
	Desormeaux.	10 »	0 »
	Reybard.	14 »	0 »
	Maurice Perrin. . . .	15 »	0 »
	Totaux. . . .	163 opérés,	5 morts.

M. Guérin, pour affaiblir l'autorité de cette statistique, a pris le parti d'en rire. On dit que c'est ainsi que se plaident habituellement les mauvaises causes! Mais je veux n'en rien croire avant de l'avoir constaté une fois de plus.

Le relevé des opérations pratiquées par M. Maisonneuve, relevé dressé par M. Reliquet, interne des hôpitaux, a été le point de mire de ses plus ardentes attaques. Vous avez tous souvenir de l'entrain avec lequel notre collègue, puisant presque au hasard dans le travail de M. Reliquet, vous a parlé d'urèthres fendus en quatre, de patients uréthrotomisés à outrance, d'un pneumonique traité par l'uréthrotomie... que sais-je encore? C'était une véritable débauche d'esprit. M. Guérin a tenu surtout à piquer votre curiosité en signalant un point qui l'avait sans doute vivement impressionné. Il a cité des malades qui étaient sortis guéris de l'hôpital huit jours, cinq jours et même trois jours après l'opération... de ces sortes de guérisons instantanées avec lesquelles on est toujours sûr de faire rire! Tout cela ne paraît pas sérieux à notre collègue dont le zèle s'emporte jusqu'à blâmer ceux qui collectionnent de pareils faits, et sans doute implicitement aussi ceux qui s'en servent pour les produire devant la Société de chirurgie. Dans ce qui précède, je ne vois d'un peu scientifique que ce qui est relatif à la rapidité de la guérison. N'est-ce pas perdre un peu mon temps et aussi le vôtre, ce qui me préoccupe davantage, que de rappeler à M. Guérin que ces relevés statistiques n'ont d'autre but que de déterminer le degré de gravité des incisions uréthrales et non les chances plus ou moins durables, plus ou moins certaines de guérisons du rétrécissement, par l'incision. Il s'agit de savoir si un malade, ayant été opéré, est mort ou guéri, a eu des accidents ou n'en a pas eu... pas autre chose. Or, la question étant posée en ces termes, ainsi que le sait bien M. Guérin, s'il a pris la peine de lire mon travail, il arrive fréquemment que le patient est guéri de sa plaie uréthrale au bout de huit, de six et même de quatre jours. Si de tels exemples n'étaient bien connus, je pourrais renvoyer notre collègue au Mémoire de M. Gaugot, qui renferme l'observation détaillée de plusieurs malades guéris en huit, en six et en quatre jours. Ma quinzième observation est dans le même cas. Mais, mon Dieu! il n'est pas besoin de chercher aussi loin : que M. Guérin consulte la thèse de M. Reliquet, il y trouvera, à la page 33, un résumé de la pratique de M. Gosselin dans lequel ces guérisons qui l'étonnent tant sont la règle. Le n° 7 (Cornu) a été opéré le 25 novembre 1862, il est sorti le 1er décembre; le n° 5 (Hanou), opéré le 10 novembre 1862, est sorti le 19; le n° 1 (Perrin), opéré le 15 février 1862, est sorti guéri le 19, etc. En voilà assez, je crois, pour l'édification de notre collègue, et pour lui montrer que l'argument tiré de la rapidité de la guérison et de la sortie des opérés n'a dans l'espèce aucune valeur.

M. Guérin a mis aussi en doute, dans un autre passage de son argumentation, l'exactitude du diagnostic. Avec un peu de précipitation, dit-il, on se sera trompé en prenant pour des rétrécissements des lacunes au fond desquelles la bougie exploratrice se sera trouvée arrêtée. Voilà certes une supposition bien gratuite : eh bien! je l'accepte; j'accorde même que tous les malades ont été incisés sans avoir de rétrécissement; mais tant mieux pour moi qui recherche la gravité des plaies uréthrales! Si les blessures d'urèthres sains n'ont donné qu'une mortalité de 3 pour 100, je vous promets d'avance que cette moyenne baissera quand il s'agira d'urèthres rétrécis.

Ce n'est pas tout, Messieurs, M. Guérin a eu la pensée d'ajouter qu'avec le grand mouvement d'opérations qui se produit dans un certain hôpital il a bien pu se glisser quelques oublis et *peut-être*, ajoute notre collègue, *on a oublié les cas malheureux.*

Messieurs, vous me connaissez assez pour savoir que je ne suis ici le défenseur de qui que ce soit.

M. GUÉRIN, à ce moment, se lève et déclare qu'il n'a eu en aucune façon l'intention de blesser M. Perrin.

M. PERRIN s'empresse de déclarer à son tour que l'observation qu'il voulait faire est tout à fait impersonnelle.

Je laisse à chacun, continue-t-il, sa part de responsabilité; à l'un le poids d'une accusation aussi grave, formulée contre un de nos collègues; à ce dernier le soin de s'en défendre. Mais je considère comme un devoir pour moi de protester contre cette façon de traiter ensemble de sujets scientifiques.

Qu'il me soit permis de croire, dans l'avenir comme dans le passé, que des observations et des relevés d'opérations, fournis par un membre quelconque du corps si honorable, si distingué des internes des hôpitaux de Paris, méritent tous les égards que l'on doit à un travail sérieux et consciencieux.

Je continue. M. Guérin n'a dit qu'un mot de la statistique de M. Gosselin; ce mot est encore une erreur matérielle. Notre collègue attribue à M. Gosselin une mortalité de 1 sur 7. Et cependant les documents imprimés qu'il a sous les yeux, documents empruntés aux observations mêmes de l'opérateur, lui disent et lui redisent 1 sur 16!

Les relevés de MM. Sédillot, Trélat, Demarquay, Boinet, Desormeaux et Reybard n'ont été l'objet d'aucune observation. On paraît n'en tenir aucun compte afin de pouvoir plus commodément me prêter le rôle prétentieux (le mot y est) de régenter les convictions de M. Guérin avec les quinze observations qui me sont personnelles.

Ces observations ont été successivement passées en revue par mon contradicteur. Je suis loin de m'en plaindre. J'estime qu'il n'est rien de plus flatteur que d'être l'objet d'une critique sérieuse, approfondie. C'est le rayon qui éclaire et qui féconde! Mais l'expression me manque pour traduire le sentiment pénible que j'éprouve, en voyant notre collègue tronquer les faits ou les interpréter de façon à les rendre méconnaissables.

Messieurs, je vous demande vraiment pardon de vous occuper de moi : c'est ce qui pouvait m'arriver de plus pénible. Mais vous jugerez, je l'espère, qu'il m'était bien difficile de faire autrement. D'ailleurs je serai bref et je ne mentionnerai que les traits principaux.

Je débuterai par une observation générale. M. Guérin confond ici, comme dans tout le cours de son argumentation, les deux faces sous lesquelles il faut envisager chaque cas d'uréthrotomie : sa gravité comme opération et sa valeur curative. J'ai établi et rappelé cette distinction fondamentale presque à chaque page de ma communication : on dirait que notre collègue a pris à tâche de faire l'obscurité partout où je cherchais à mettre la lumière. Vous allez saisir quelle en est la conséquence. M. Guérin parle d'un opéré quelconque : il trouve dans l'observation une récidive après un an, je suppose... cas sans valeur! Chez le suivant, il n'y a que trois ans qu'il est opéré... cas à observer pendant plus longtemps! Chez un troisième, c'est le malade seulement qui nous informe qu'il pisse parfaitement bien depuis l'opération... cas peu rigoureusement observé!! et ainsi de suite; de telle sorte qu'on arrive au bout de la série en disant : Vous voyez bien qu'il n'y a là que deux ou trois faits qui aient quelque intérêt.

Voici quelle est ma rectification. Les quinze faits qui me sont personnels, sont tous favorables à l'uréthrotomie, envisagée au point de vue de sa gravité. Ils s'ajoutent, remarquez-le bien, ils n'ont pas d'autre prétention que cela, aux cent quarante-huit autres fournis par mes collègues et qui figurent dans ma statistique. Parmi mes opérés, neuf ont pu être suivis; deux ont eu des récidives, et sept n'en ont pas eu jusqu'alors. La question de récidive a été par moi réservée. Il y a trop peu de faits, trop peu de temps pour se prononcer. A plus forte raison n'ai-je pas soutenu un seul instant l'uréthrotomie comme méthode capable de guérir radicalement les rétrécissements. Je tiens tant à préciser ce point, que je vous demande la permission de relire le passage de mon travail qui y est relatif : « Non, l'uréthrotomie n'est pas une méthode radicale. Il n'y aurait qu'un seul moyen de guérir définitivement les rétrécissements, ce serait de restituer au canal toutes les propriétés de tissu qu'il possède à l'état physiologique. Ce moyen est encore à trouver. Toute la question se réduit à ceci : quelle est celle des deux méthodes en présence qui écarte le mieux les chances de récidive? »

J'aborde maintenant les faits particuliers.

A propos de ma deuxième observation, M. Guérin me reproche d'avoir employé de violents efforts pour franchir le rétrécissement; puis il ajoute... — par pure bonté d'âme, — *passons.* Que notre collègue me permette d'ajouter, ce qu'il aurait dû faire, qu'il s'agissait là d'un cas de rétrécissement cicatriciel très-étendu, très-grave, avec rétention d'urines déjà ancienne et presque complète. Il fallait agir sans perdre de temps. Dès lors un effort, même violent, exercé sur la lame d'un uréthrotome maintenu dans une bonne direction par son conducteur, me parut préférable à l'uréthrotomie externe qui devenait l'unique ressource.

Mon troisième malade, incisé pour un rétrécissement inodulaire de la région pénienne, eut une hémorrhagie modérée pendant trente-six heures; l'observation, rédigée par l'un des stagiaires attachés à mon service, ajoute « qu'elle n'offre rien d'inquiétant. » M. Guérin part de là pour en conclure que M. Perrin ne s'inquiète pas des hémorrhagies qui peuvent survenir. Et il ajoute : « Nous ne serions peut-être pas tous du même avis si nous avions à en supporter les conséquences pour nous-mêmes! »

Notre collègue me prête là une opinion tout à fait contraire à celle que j'ai formulée dans mon travail. Un des reproches que j'ai adressés à l'incision rétrograde, c'est précisément d'exposer aux hémorrhagies. Et n'est-ce pas à ce propos que j'ai cru devoir rappeler les résultats obtenus par M. Dolbeau avec ce procédé opératoire?

Un peu plus loin M. Guérin dit que je ne m'inquiète pas des frissons qui peuvent survenir après l'incision. Mais où donc a-t-il vu un seul mot de moi qui autorise une pareille assertion? Quel est le chirurgien assez aveugle pour professer une pareille doctrine? Pourquoi me prêter cette opinion, quand chacun sait que je termine ma communication en disant « qu'ils représentent la source du mal, » et que « si l'usage de la sonde après l'opération parvenait à les supprimer, un pas décisif serait fait dans la voie du progrès. »

L'observation n° 4 était la plus gênante. C'est à la fois un cas d'insuccès complet pour la dilatation, et de succès complet pour l'uréthrotomie : succès maintenu intégralement pendant plus de deux années et constaté à l'autopsie. Voici ce qu'elle devient, arrangée par M. Guérin. Je cite textuellement. « Le cas le plus favorable à l'uréthrotomie est celui du quatrième malade. Ce malade est mort.... six mois après l'uréthrotomie. » Je continue la citation. « Les partisans exclusifs de la dilatation regretteront sans doute que le malade ait succombé sitôt; car si, en six mois, l'urèthre s'était rétréci de deux millimètres, on est peut-être en droit de supposer qu'au bout d'un an ou deux, il ne lui serait pas resté grand bénéfice de l'opération. » J'ai

le devoir de l'apprendre à notre collègue; les partisans exclusifs de la dilatation ne regretteront rien de tout cela..... Ils pourront bien regretter peut-être qu'il connaisse aussi peu ce dont il parle. Ce malade, qu'il fait mourir six mois après l'uréthrotomie, a vécu deux ans et plus, puisque, incisé le 6 décembre 1862, il n'a succombé que dans les premiers mois de cette année! Mais cependant ces renseignements, qui représentent une des bases de l'observation, sont publiés; ils existent en double expédition, d'abord dans mes observations, puis une seconde fois dans mon discours!

A propos de ce même opéré, mort plus de deux ans après l'opération d'une affection des gros vaisseaux et par conséquent tout à fait étrangère aux voies urinaires, laissez-moi vous rappeler l'impression que ce fait a produit à M. Voillemier. Notre collègue veut bien croire que l'uréthrotomie n'y est pour rien. Mais, s'il ne voulait pas le croire par exemple, quelle raison donnerait-il donc pour motiver une semblable assertion?

Revenons à M. Guérin. En continuant l'inventaire de ma modeste pratique personnelle, notre collègue y a fait la découverte d'un fait qu'il qualifie d'extraordinaire. Il s'agit d'un malade atteint d'un rétrécissement simple et chez lequel l'énergie et la persistance du spasme uréthral, ainsi que des accès de fièvre réitérés, m'avaient décidé à pratiquer l'incision. Dans ce cas, sans doute par suite de l'excitabilité très-grande du conduit, je ne pus faire pénétrer après l'incision qu'un dilatateur de 3 mill.1/6. Peu à peu et sans cathétérisme, le canal devint plus tolérant. Au vingt-quatrième jour, il admettait un catheter de 3 mill.1/2, et par la suite je pus faire pénétrer à diverses reprises une bougie de 4 mill.1/2.

J'ai mentionné cette particularité, parce que je ne l'avais pas encore rencontrée. Mais je n'y ai pas attaché d'autre importance, parce qu'elle représentait un incident que nous rencontrons tous les jours pendant la dilatation des rétrécissements.

Voilà le cas étrange dont s'empare M. Guérin. « Le canal abandonné à lui-même, dit-il, se dilate tout seul, et il a la discrétion de ne se dilater que de un millimètre. C'est miraculeux! car, ayant commencé dans cette voie, il n'avait pas de raison pour s'arrêter. » Pour me tirer de ce mauvais pas, notre collègue imagine l'explication que voici : Mon malade m'a trompé! Croyant avoir à se plaindre de l'uréthrotomie, il se sera dilaté ou fait dilater lui-même. De telle sorte que c'est à la dilatation, vivant en proscrite dans mes salles, qu'il faut, selon toute probabilité, attribuer ce succès!...

Messieurs, je vous en fais juges. Était-il possible, à propos d'un aussi petit nombre de faits, surtout quand on les a sous les yeux, d'accumuler plus d'erreurs matérielles, plus de persiflage, plus d'imputations erronées? Et tout cela pourquoi? Croit-on m'avoir enseigné de la sorte que l'uréthrotomie a tort, et surtout que ses adversaires ont raison? C'est la première fois que j'ai l'honneur de prendre la parole à cette tribune; je l'ai fait non pas, comme on le dit, sans me soucier de mon sentiment, pour vous imposer des convictions, mais bien comme je l'ai dit en commençant ma communication, pour m'éclairer, « pour soumettre à mes collègues les motifs sur lesquels est fondée ma confiance dans l'uréthrotomie. » J'ai le regret de le dire, en ce qui concerne M. Guérin, j'ai fait fausse route. Je m'étonne que, dans une discussion sérieuse et courtoise, notre collègue ait cru pouvoir donner à son argumentation une forme moqueuse et qui paraît agressive!

Quant à M. Voillemier, il ne veut pas davantage de ma statistique; les éléments qui la composent en dehors de ma pratique personnelle ne lui inspirent pas de confiance. Mais il ne veut entrer dans aucun détail à cet égard, parce que les opérateurs mis en cause ne sont pas là pour se défendre. J'approuve le sentiment de délicatesse qui, sans doute, a inspiré notre collègue, mais qu'il me permette, à mon tour, de réserver mon jugement sur les raisons scientifiques qui, dans sa pensée, ont pu motiver cette exécution sommaire..... et de passer outre. (Nous renvoyons la fin de ce discours à un prochain numéro.)

Exostoses épiphysaires nombreuses et presque toutes symétriques.

M. MARJOLLIN. Vous n'avez pas oublié la communication très-curieuse faite dans une des dernières séances par M. Broca, au sujet d'une exostose épiphysaire du fémur ayant nécessité une opération délicate, fort heureusement terminée. Bien que ces faits d'exostoses épiphysaires ne soient pas très-rares, ils ne se rencontrent cependant pas tous les jours; aussi j'ai cru devoir vous signaler le cas suivant comme digne d'intérêt et par leur nombre considérable et leur position symétrique.

Le 20 juin 1865, M. le docteur Alipe (de Vassy) m'adressait le jeune M. Mariel, âgé de six ans, d'une assez bonne constitution, présentant un nombre considérable d'exostoses épiphysaires développées sur les membres supérieurs et inférieurs.

Les parents sont d'une bonne constitution, et, dans la famille, jamais on n'a rien observé d'analogue; le petit frère du malade, qui est âgé de huit ans et d'une santé plus robuste, ne présente rien de semblable.

En examinant avec soin l'enfant, voici les points du squelette sur lesquels j'ai rencontré ces épiphyses.

Sur le côté droit de la poitrine, au niveau de la troisième, quatrième et septième côte, on trouve assez près du cartilage une petite exostose pisiforme, un peu aiguë, non mobile; rien de semblable n'existe du côté opposé.

Sur les deux humérus, tout à fait à la partie supérieure, à la jonction du bord interne avec le bord antérieur, il existe une exostose non mobile; on sent difficilement le pédicule. L'exostose du côté droit semble partir de la tête de l'humérus; elle a bien deux centimètres de longueur, elle soulève légèrement la peau de l'aisselle. Du côté gauche, l'exostose est en arrière de l'insertion du muscle grand pectoral et descend un peu au-dessous du rebord du tendon. Rien de plus à noter pour les membres supérieurs.

Au fémur gauche, à la partie inférieure, à la jonction du bord interne avec le bord antérieur, au niveau du cartilage épiphysaire, existe une exostose peu volumineuse; en dehors, et tout à fait au même niveau, on sent poindre une nouvelle exostose. Rien de semblable à droite.

Au tibia gauche, un peu en dedans de l'épine du tibia tout à fait à la partie supérieure, existe une exostose bilobée non pédiculée, contournant la partie interne du tibia, de manière à former un anneau incomplet. Du côté opposé, on sent exactement au même niveau se développer une exostose ayant la même direction, seulement elle ne soulève pas encore les téguments. A la partie inférieure et interne du tibia gauche, au-dessus et un peu en avant de la malléole, il y a une exostose qui se forme; du côté opposé, même vice d'accroissement de l'os; aux deux péronés, mais surtout à gauche aux deux extrémités supérieures et inférieures, on sent très-bien le commencement de nouvelles exostoses. Il y a un an que l'apparition de la première exostose, celle du genou gauche, fut signalée; les autres n'ont paru qu'il y a un mois environ; elles sont toutes indolores.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Adénôme de la lèvre.

M. BROCA met sous les yeux de la société une petite tumeur assez volumineuse, eu égard à la région qu'elle occupait, c'est-à-dire la face muqueuse de la lèvre inférieure. Le sujet qui la portait était une femme de 33 ans, qui avait été adressée à M. Broca par M. le docteur Nicas, de Fontainebleau. A son début, il y a 5 ans, cette tumeur avait le volume d'un petit pois. Depuis lors, sans cause connue, elle a continué de croître, et aujourd'hui, de forme à peu près sphérique, elle a de 15 à 18 millimètres de diamètre; il existait autour d'elle d'autres granulations glandulaires beaucoup plus petites. Cette tumeur était sans adhérences, et déterminait plutôt de la gêne que de la douleur. Parfaitement rassuré sur la nature de cette tumeur, dit M. Broca, je me suis contenté de faire une incision linéaire sur la face muqueuse de la lèvre, et avec une spatule il m'a été facile d'en faire l'énucléation.

A l'œil nu, on aurait pu prendre cet adénôme pour une tumeur encéphaloïde. L'aspect de sa coupe pouvait donner cette idée. Mais la pression n'en faisait pas sourdre un suc pouvant s'émulsionner dans l'eau comme le fait le suc cancéreux. D'ailleurs, l'examen microscopique y fait reconnaître très-nettement tous les caractères des culs-de-sac glandulaires.

Cette tumeur se rapproche par sa nature des adénômes qu'on rencontre quelquefois sur le voile du palais. La réunion de la plaie buccale s'est faite par première intention, et la malade peut, dès maintenant, être considérée comme guérie.

En terminant, ajoute M. Broca, je ferai remarquer qu'il existe des faits analogues dans la science, le premier a été observé par Paget et provenait d'un malade opéré par Lloyd; le second, mentionné en passant dans la thèse de M. Toutant, a été observé par M. Robin.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, il sera ouvert :

1° A Paris, le 6 novembre 1865, un concours pour sept places d'agrégé stagiaire (section de médecine).

Un des agrégés nouvellement nommé devra entrer immédiatement en fonction, pour terminer son exercice le 1er novembre 1871.

2° A Montpellier, le 20 novembre 1865, un concours pour deux places d'agrégé stagiaire (section de médecine).

3° A Strasbourg, le 20 novembre 1865, un concours pour une place d'agrégé stagiaire (section de médecine).

Les registres d'inscription seront clos le 6 septembre 1865, à quatre heures de relevé, pour le premier concours, et le 20 du même mois pour les deux autres concours.

— Le concours pour deux places de médecins du bureau central a été terminé par la nomination de MM. Second-Féreol et Cadet de Gassicourt.

— M. le docteur Herpin (de Genève) vient de succomber après une longue maladie. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier au milieu d'un grand nombre de ses confrères dont il était très-estimé.

Le Directeur, Dr E. Le Soubd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 24 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il n'aurait pas été question de médecine à l'Académie des sciences sans M. Scoutetten. M. Decaisne a lu, au nom de l'auteur, des faits que l'Académie de médecine a entendus le lendemain, et dont nos lecteurs ont eu la primeur, il y a huit jours, dans la lettre de notre rédacteur en chef M. Brochin.

Cet empressement à saisir les deux Académies nous suggère une réflexion. Voilà bien du bruit pour une question que M. Scoutetten a soulevée déjà, et avec la même pompe, il y a bientôt un an. Nous ne voyons trop quels résultats ont été obtenus.

Aussi, pourquoi donc l'homme aurait-il besoin d'électricité, lui qui en fait partout; ses nerfs et ses muscles contiennent de l'électricité à l'état statique, ses mouvements déterminent de l'électricité dynamique, et théoriquement cette production de l'électricité est une dépense physiologique. Ce qu'il faut donc à l'organisme, ce n'est pas de l'électricité toute faite, c'est de quoi faire de l'électricité, c'est-à-dire des matériaux qui nourrissent, réparent ou entretiennent ses organes.

Il y a dans les eaux minérales une action chimique qui peut expliquer les succès qu'on en obtient dans les cas de diabète, de goutte et de scrofule. Il n'est pas besoin de songer aux propriétés électriques des eaux minérales. La régularité de la température, le grand air, le repos que l'on trouve dans plusieurs établissements thermaux, sont d'ailleurs de puissants moyens de guérison d'une foule de maux gagnés par les excès de travail et de plaisir, ces considérations sont jusqu'ici celles qui justifient le mieux la thérapeutique thermale.

Dr Armand Desprès.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. H. ROGER.

Observations d'acéphalocystes du foie, de cysticerque du cervelet et de kyste hydatique du cerveau. — Des vers vésiculeux de l'encéphale.

(Leçon recueillie par M. DAMASCHINO, interne du service.)

Messieurs, je vous ai montré à plusieurs reprises une petite fille de six ans, qui est affectée d'un kyste hydatique du foie.

Émilie Warin, entrée le 25 avril à l'hôpital, est couchée au nº 50 de la salle Sainte-Catherine (service de M. le docteur Jules Simon). D'après les renseignements incomplets qui ont été donnés, elle serait malade depuis longtemps, sans qu'on puisse assigner de date précise ni déterminer la nature exacte de ses souffrances.

Dès son premier examen, M. Simon reconnut l'existence d'une *tumeur du foie*; et, en effet, je pus constater avec lui une tuméfaction notable de l'hypochondre droit, tuméfaction qui dépendait certainement d'une augmentation de volume de l'organe hépatique, dont on sentait le bord inférieur à deux ou trois travers de doigt au-dessous du thorax; le lobe gauche, pareillement hypertrophié, remplissait la fosse épigastrique, et se prolongeait à gauche jusqu'à la région de la rate, et en bas presque jusqu'à l'ombilic.

Le milieu de cette tumeur, correspondant à peu près à la partie médiane du foie, faisait une saillie assez considérable; au palper, elle semblait arrondie, lisse, dure, avec une sensation toute particulière de rénitence. On ne percevait ni par la percussion ni par la palpation de frémissement hydatique.

J'ai vu chez l'enfant quelques cas d'hypertrophie partielle du foie, et je ne pus ce premier jour déterminer avec certitude s'il s'agissait de cette altération, d'ailleurs exceptionnelle, ou d'une autre altération, également assez rare, une hydatide hépatique.

A un second examen, je penchai davantage pour cette dernière opinion, qui me paraissait aussi confirmée par le teint de la petite malade, par une pâleur mate qui m'a frappé dans plusieurs cas d'acéphalocystes, au lieu de la teinte subictérique que présentent la plupart des affections hépatiques où le cours de la bile est plus ou moins gêné. Une ponction exploratrice fut décidée.

M. Simon pratiqua cette ponction sur le centre de la tumeur avec un petit trocart enfoncé de 1 ou 2 centimètres, et l'on vit aussitôt sortir par la canule environ 300 à 400 grammes d'une sérosité dont la limpidité parfaite ne nous laissa guère de doute sur la nature de la tumeur.

Évidemment le trocart avait pénétré dans une poche kystique du foie, et l'examen microscopique d'un lambeau membraneux, resté à l'extrémité inférieure de la canule (examen fait par M. Damaschino), permit d'en constater la nature hydatique; car cette membrane, formée de sept à huit couches concentriques, offrait à sa face interne trois ou quatre poches pleines d'échinocoques. Plusieurs crochets caractéristiques de ce ver vésiculaire ont pu également être retrouvés au fond du liquide. Les nombreuses granulations graisseuses qui remplissent la plupart des échinocoques et l'infiltration pigmentaire que l'on remarque au niveau de la couronne de crochets permettent d'affirmer que la poche existe depuis un long temps et que les échinocoques sont en voie de destruction.

Je vous ai montré cet helminthe dans notre dernière conférence; vous allez pouvoir l'examiner de nouveau et le comparer à une autre préparation microscopique que M. Damaschino a faite l'année dernière.

Depuis l'opération, la petite malade n'a présenté aucune espèce d'accident : il va sans dire que la poche hydatique, débarrassée du liquide qu'elle contenait, a diminué considérablement de volume; il n'est donc pas impossible que les échinocoques, attaqués dans leur demeure, perdent leur vitalité, et que le kyste, au lieu de grossir, comme il n'aurait pas manqué de le faire sous l'influence de la génération par gemmes de nouveaux échinocoques, se rétrécisse au contraire; que ses parois s'affaissent, et que, ratatiné et revenu sur lui-même, il constitue ultérieurement une poche inerte et inoffensive.

Que si cette terminaison favorable n'avait point lieu, et si le kyste semblait s'accroître de nouveau, on reviendrait à une opération plus régulière et plus complète : on appliquerait sur le centre de la tumeur un cautère avec la potasse caustique, et on produirait par de nouvelles cautérisations une eschare de plus en plus profonde, jusqu'à formation d'adhérences de la paroi abdominale avec la glande hépatique, adhérences qui permettraient une plus large incision du kyste, et même des injections iodées, sans qu'on eût à redouter d'épanchement dans le péritoine.

En résumé, il y a lieu dès à présent d'espérer la guérison dans ce cas intéressant, et pour le moins pourra-t-on, le siége du mal étant connu, essayer de nouveau une opération plus normale qui a grande chance de réussir, et de délivrer la petite malade d'une affection on peut dire constamment mortelle, alors qu'elle est abandonnée à la nature médicatrice (1).

Je veux également vous dire quelques mots d'une tumeur, de même nature helminthique, rencontrée récemment à la nécropsie d'une petite fille que je vous ai montrée plusieurs fois. Cette fillette, âgée de six ans, était entrée dans notre salle Sainte-Geneviève pour une angine couenneuse; traitée par des cautérisations répétées avec un caustique de soude (glycérine et soude caustique au quart). En même temps que j'administrais à l'intérieur une potion au phénate de soude (15 centig. pour 60 gr. de potion gommeuse), cette angine, qui avait déjà gagné le larynx, donnant lieu à des accès de suffocation assez forts pour qu'on se soit préparé à la trachéotomie, s'arrêta, puis guérit parfaitement. Mais, dans la convalescence, au bout de trois semaines, survint de la paralysie du pharynx et du voile du palais (retour des boissons par les narines, voix nasonnée). Cette paralysie ne s'étendit pas aux membres; elle disparut même après une quinzaine de jours, mais l'état général empira; les ganglions cervicaux et sous-maxillaires devinrent le siége d'abcès, et la malade succomba bientôt à une broncho-pneumonie.

On n'avait observé, pendant la vie, aucun désordre du côté de l'innervation, et, à l'autopsie, nous fûmes très-étonnés de trouver libre, dans le quatrième ventricule qui était notablement dilaté, une petite tumeur lobuleuse de la dimension d'une noisette, constituée par une matière blanc-jaunâtre, translucide, tremblotante, qui n'était autre chose qu'un cysticerque. Il eût été intéressant de savoir si, en raison même de son siége au niveau du centre des nerfs vaso-moteurs, le cysticerque avait entraîné des modifications dans la sécrétion urinaire. Par malheur, on n'a pas examiné les urines au point de vue de la glycosurie qui est si fréquente dans les lésions traumatiques du quatrième ventricule; mais, à cause de la diphthérie dont la petite malade était atteinte, on a dû rechercher à plusieurs reprises la présence de l'albumine dans l'urine, et on ne l'y a point constaté.

M. Damaschino (1) a examiné cette tumeur au microscope et l'a soumise à la dissection. Vous pouvez voir, d'une part, le corps et une portion du cou, et, d'autre part, la tête avec sa double couronne de crochets.

M. Soulez, stagiaire du service, a fait un dessin qui représente ce ver vésiculaire et sa disposition dans le quatrième ventricule.

Vous pourrez aussi le comparer à cette pièce que M. Vulpian a bien voulu mettre à ma disposition. Ce sont les viscères d'un lapin qui était farci d'échinocoques. Vous pouvez en voir un certain nombre dans les poumons et le foie, mais la plupart ont leur siége dans le mésentère et le grand épiploon.

Le deuxième fait que je viens de vous raconter est intéressant sous le rapport de l'anatomie pathologique et de l'histoire naturelle, plutôt qu'au point de vue clinique, puisque ce cysticerque était arrivé dans le quatrième ventricule et s'y était développé librement, sans donner lieu à aucune espèce d'accidents nerveux; il avait, dans son développement, agrandi le ventricule sans que le léger épaississement de l'épendyme, sans que le refoulement graduel et probablement très-faible de la substance nerveuse, se traduisit par aucun trouble des fonctions cérébrales ou spinales. Dans un troisième fait nous allons voir, au contraire, un kyste hydatique du cerveau s'annoncer par des phénomènes dont la marche et l'ensemble auraient dû conduire au diagnostic.

Il y a un peu plus de deux mois, nous avions couché, au numéro 11 de notre salle Saint-Louis, un garçon de treize ans et demi, H. Cuisenier, dont voici l'histoire en quelques mots.

Cet enfant, qui était pâle et semblait fort affaibli, avait des maux de tête depuis longues années, et, de plus, il vomissait assez souvent. Entré le 4 mars à l'hôpital, il s'était alité trois jours auparavant, pris de vomissements répétés et de céphalalgie intense; et, dès le lendemain, on avait remarqué un renversement de la tête en arrière avec douleur à la nuque. Le 3 mars, il avait eu, pendant une heure, une forte attaque de convulsions généralisées, attaque qui s'était répétée le jour de l'entrée à l'hôpital, moins intense et moins longue.

Le 5 mars, quand j'examinai cet enfant pour la première fois, le renversement considérable de la tête en arrière, avec raideur excessive et douloureuse des muscles de la nuque, la douleur frontale et occipitale, la somnolence, la constipation et la persistance des vomissements, le ralentissement du pouls (à 64), me firent croire à l'existence d'une méningite spinale qui tendait à devenir cérébrale. Je prescrivis l'application de quatre sangsues derrière les oreilles, et le calomel à 10 centigr. avec 40 centigr. de scammonée (en dix paquets, à prendre un toutes les heures).

Les jours suivants, les phénomènes cérébraux se marquèrent davantage (sub-délirium, agitation et cris par intervalles, coma plus prononcé), tandis qu'au contraire le renversement de la tête en arrière avait diminué et même disparu dès le 10 mars. A cette époque seulement, la vue s'obscurcit par degrés, et, le 13, l'amaurose était complète, sans altération visible à l'ophthalmoscope.

Le coma se prononça encore davantage, la fièvre s'alluma, et l'enfant mourut le 20 mars, après avoir présenté l'aspect d'un malade atteint de fièvre typhoïde grave.

A l'autopsie, nous avons bien constaté des altérations anatomiques dans les méninges; ces membranes étaient, ainsi que le cerveau, le siége d'une injection remarquable, surtout à la

(1) Voici quelques détails sur ce qui s'est passé ultérieurement dans cette intéressante observation. Le kyste, après la première ponction, a d'abord diminué sensiblement, puis il s'est rempli de nouveau; on ne pouvait plus espérer, dès lors, avoir affaire à un kyste renfermant une poche hydatique unique, et conséquemment susceptible de guérir par la ponction. M. Simon fit donc plusieurs applications successives de potasse caustique, et, une quinzaine de jours plus tard, alors que des adhérences solides devaient s'être établies, un trocart plus volumineux que le premier fut plongé dans la tumeur. La ponction n'étant pas suffisante, M. Simon débrida sur plusieurs points avec un bistouri boutonné; il sortit alors par la plaie 200 grammes environ d'un liquide jaune verdâtre, purulent, contenant encore des débris d'hydatides. Une sonde en gomme élastique fut placée dans le kyste; mais l'ayant retirée pour la nettoyer, on ne put l'introduire de nouveau. Ne voulant pas courir le risque de détruire les adhérences, en forçant un peu le passage, M. Simon préféra renouveler les applications caustiques, et au bout de quelques jours ponctionna de nouveau la tumeur avec un gros trocart. Cette fois, la ponction n'a donné issue à aucun liquide; mais le lendemain, en retirant le cataplasme qui recouvrait la petite plaie, on vit s'écouler un verre de liquide séro-purulent, contenant une trentaine de poches, du volume d'un grain de raisin, hydatides vidées, revenues sur elles-mêmes, et dont le microscope a permis de vérifier la nature. Depuis ce jour, la petite malade se porte très-bien, et semble en pleine voie de guérison.

(1) M. Damaschino a présenté à la *Société médicale des Hôpitaux* ce cysticerque et un kyste hydatique du cerveau dont il va être question plus loin; il a rédigé les observations complètes. (Voyez les *Comptes rendus de la Société*, mai 1865.)

base; et même, en quelques points, on rencontrait sous l'arachnoïde une légère infiltration séro-sanguine; il y avait donc congestion aiguë, mais non point phlegmasie caractérisée par des produits pseudo-membraneux, comme dans la méningite que l'on devait s'attendre à rencontrer.

La lésion importante était un kyste du cerveau.

A la base, derrière le chiasma, on trouva une poche tendue qui se déchira en retirant l'encéphale, adhérente qu'elle était à la selle turcique; de cette poche s'écoula environ 50 grammes d'un liquide brunâtre, lequel renfermait des paillettes brillantes évidemment formées de cholestérine.

Établissons avec précision le siége et les limites de ce kyste; en se développant du côté du crâne, il avait déterminé une excavation au niveau de la selle turcique, refoulant le tissu osseux sans l'altérer d'ailleurs. Du côté de l'encéphale, il avait comprimé les bandelettes optiques et en particulier celle du côté gauche, avec ramollissement et dissociation des fibres nerveuses. De ces points médians (selle turcique, chiasma), qui probablement avaient été les points d'origine du kyste, la poche s'était développée en haut et avait gagné le troisième ventricule, qu'elle avait distendu. De là, elle s'était dirigée à gauche, et, au niveau du trou de Monro un peu dilaté, elle avait pénétré dans le ventricule latéral en se coiffant de l'épendyme fortement épaissie. L'extrémité de ce prolongement, refoulant devant elle la substance cérébrale, avait été faire saillie à la base du lobe antérieur, un peu en dehors des racines du nerf olfactif; en ce point, elle n'était plus recouverte que par une mince couche de substance grise et par l'arachnoïde à travers lesquelles la paroi jaunâtre de la poche se laissait voir.

De quelle nature était ce kyste?

La rareté des kystes cérébraux autres que les poches hydatiques devait tout d'abord faire penser qu'il s'agissait de cette dernière lésion. On a recherché en conséqueuce s'il n'existait pas, adhérents à la paroi, quelques échinocoques encore reconnaissables. A défaut de ces helminthes, le liquide a été examiné avec soin, au point de vue de la présence des crochets caractéristiques, lesquels se retrouvent presque toujours, après la destruction des échinocoques. Or le liquide, étudié à plusieurs reprises, n'en a présenté aucune trace.

Faut-il en conclure que ce n'était pas un kyste hydatique? Mais on sait que, pour deux raisons, il peut arriver qu'on ne retrouve ni échinocoques ni crochets. Tantôt ils ne se sont pas encore développés; tel est, par exemple, le cas de ces poches stériles que Laënnec avait décrites sous le nom d'acéphalocystes; leur paroi, mince et demi-transparente, renferme le liquide habituel des hydatides, mais à leur face interne il n'existe aucune trace d'animaux vésiculeux. Tantôt le kyste s'est altéré et les helminthes ont été détruits.

A défaut des caractères irrécusables de l'existence de vers vésiculeux, l'examen du kyste et des matières qu'il contient peut en montrer la véritable origine. Dans la présente observation, on voit que l'épaisseur et la disposition de la membrane d'enveloppe ne peuvent guère se rapporter qu'à une ancienne poche hydatique. De plus, le liquide qu'elle contenait était constitué par une sérosité d'un jaune rougeâtre, un peu glutineuse, dans laquelle flottait une grande quantité de paillettes chatoyantes de cholestérine. On y reconnaissait aussi, au microscope, outre les lamelles spéciales de cholestérine, des globules sanguins à divers degrés d'altération, des granulations graisseuses et des corps granuleux, c'est-à-dire les matières qui se rencontrent habituellement dans les kystes hydatiques altérés.

Ajoutons qu'indépendamment du grand kyste on remarquait au niveau du lobe moyen du cerveau une masse arrondie formée par l'agglomération de quatre ou cinq petites poches kystiques renfermant des matières analogues au contenu de la grande poche; elles en différaient par leur consistance qui était réellement stéatomateuse. On sait que ces tumeurs athéromateuses de l'encéphale doivent être considérées comme des kystes hydatiques dégénérés, car on y a retrouvé quelquefois des débris d'échinocoques et surtout des crochets.

Déjà Ruysch avait reconnu ces transformations des kystes hydatiques: « Hydatides in atheromata, steatomata et meliceridès mutantur. »

Quand, par la mort des échinocoques, l'hydatide se détruit, le liquide se résorbe dans sa partie ténue, et la poche se remplit parfois d'une matière analogue à du mastic, à de la craie; le kyste alors se resserre sur lui-même et peut ère réduit à une petite masse. Bremner parle de même d'hydatides qui se transforment entièrement en une matière calcaire, et de l'animal changé en une masse ossiforme.

Chez notre petit malade nous avons trouvé, au centre des masses graisseuses, une trame de tissu conjonctif renfermant dans son épaisseur des fragments d'apparence calcaire, et au microscope nous avons reconnu des ostéoplastes.

En résumé, je ne pense pas qu'il puisse rester de doutes sur la nature du kyste que je viens de vous présenter, c'est bien réellement une *ancienne poche hydatique.*

HOPITAL MILITAIRE FRANÇAIS DE ROME. M. BARUDEL.

Observation pour servir à l'histoire de la cancérisation aiguë.

(Recueillie par M. le docteur Ernest PAPILLON.)

La néologie *cancérisation aiguë* me semble autorisée par le fait suivant, recueilli dans le service de M. le docteur Barudel, fait dans lequel le mode d'envahissement et la marche rapide du processus rappellent les cas de tuberculisation aiguë. Cette expression, plus vraie au point de vue néologique, paraît mieux peindre la manifestation morbide que celle de *cancer généralisé à marche aiguë.*

Lablai, du train d'artillerie, né à Bourg (Ain) en 1838. Fils naturel, cultivateur avant son entrée au service; dans les États-Romains depuis mai 1862; pas de maladie antérieure, pas d'antécédent syphilitique. Constitution moyenne, tempérament lymphatique (sanguin veineux lymphatique).

Cet homme entre à l'hôpital le 8 octobre 1864, atteint d'une fièvre rémittente paludéenne (diète, boissons acidulées, sulfate de quinine). Le malade allait bien, quand le 16 au matin il présente à l'œil droit une ecchymose sous-conjonctivale, avec saillie de l'œil; chute de la paupière, léger strabisme externe; abolition des mouvements de rotation alternative du globe oculaire autour de son axe antéro-postérieur; perte de la vue et paralysie de l'iris, qui reste dilaté. Ce fait éveille l'attention sur quelques petites tumeurs que porte le malade, et dont il s'est aperçu depuis six ou sept jours: une siége sur le front, un peu au-dessus de la racine du nez; quelques-unes sont éparses sur la partie antérieure de la poitrine et dans le dos; elles sont mobiles, sous-jacentes au derme, d'un volume variant depuis un grain de riz à la moitié d'un haricot; d'une forme généralement circulaire, quelquefois oblongue, mais toujours un peu aplaties; d'une consistance un peu cartilagineuse, indolores, pas de changement de couleur à la peau. Ces tumeurs sont indépendantes des ganglions lymphatiques. La respiration est pure; toutes les fonctions, à part celles de l'œil droit, s'exécutent régulièrement. L'examen ophthalmoscopique de l'œil ne révèle aucune lésion; peut-être un peu de congestion des vaisseaux de la rétine.

Le 1er novembre, l'ecchymose sous-conjonctivale a disparu en partie, mais l'œil n'a pas recouvré ses fonctions. Les tumeurs semblent s'être multipliées.

Le 5, hématurie, qui cède à l'administration du perchlorure de fer, du ratanhia, de demi-bains froids.

Le 7, les urines présentent toujours une teinte rougeâtre; le microscope révèle la présence de globules sanguins et de matière grasse. Le malade est pâle, défait, abattu, présente un teint terreux, jaunâtre; les fonctions digestives sont languissantes.

Le 13, rétention d'urine, paralysie incomplète des membres inférieurs.

Le 15, le malade n'a pas eu de selles depuis trois jours; la paralysie persiste; le malade a toujours besoin d'être sondé. L'œil reste toujours insensible à la lumière; réexaminé à l'ophthalmoscope, pas de lésion.

Le 17, un peu de douleur au niveau des reins; léger état fébrile; pas de selles depuis cinq jours. — 2 gouttes d'huile de croton.

Le 18, pas de selles; 2 grammes de calomel; le soir, une selle.

Le 20, urines purulentes. Les tumeurs se sont multipliées et ont augmenté de volume; elles sont nombreuses sur le tronc et à la partie antérieure du cou (sur le côté droit de la poitrine, dans un espace de 5 centimètres carrés, on en compte 34), rares et disséminées à la racine des membres, absentes aux extrémités.

Le 26, vomissements, insomnie. Eau de Seltz, chlorhydrate de morphine. Pouls à 120.

Le 30, demi-somnolence, résolution à peu près complète de tous les membres, diarrhée sanguinolente.

Le 3 décembre, mort.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort.

Peau. — Les petites tumeurs sont sous-jacentes au derme, implantées à la face interne du *fascia superficialis*, aplaties et ressemblant à des gouttelettes de cire sur une table; elles sont blanches, dures, d'un aspect squirrheux, et leur section laisse échapper un suc laiteux; généralement du volume d'un grain de blé, un grand nombre présentent au centre un petit point rouge sanguin.

L'examen microscopique de ces tumeurs fut fait avec le docteur Valenti. Leur périphérie était constituée par un lacis de tissu connectif, entre les fibres duquel on voyait une grande quantité de matière granuleuse, de nombreux noyaux et un nombre plus restreint de cellules. Ces noyaux étaient très-pâles, ronds ou ovales, et contenaient un ou deux nucléoles brillants; leur contenu était homogène; dans le point de la tumeur où se trouvait le petit foyer hémorrhagique, on constatait un très-grand nombre de cellules et de noyaux de forme plutôt ronde et à contenu granuleux; quelques-unes de ces cellules étaient extraordinairement grandes, d'un diamètre de près de 0m,04; les granulations semblaient constituées par une sorte de pigment jaune-brun; dans quelques cellules, la prédominance de ces granulations donnait une coloration quasi noirâtre. L'acide acétique dissolvait ces granulations et rendait homogène le contenu des éléments. Le tissu voisin de ce petit foyer sanguin était plus riche en éléments cellulaires.

Muscles. — On trouve de ces petites tumeurs dans les interstices musculaires, quelques-unes dans l'épaisseur même des muscles (deltoïde, biceps, droit antérieur, tibial antérieur...); le *périoste* lui-même en contient.

Une petite tumeur du volume d'un grain de riz, prise dans l'épaisseur du muscle biceps, présente à l'examen microscopique des noyaux ronds ou ovales, avec un, deux ou trois noyaux très-apparents et remplis de granulations très-fines; les fibres striées n'offrent en général aucune altération; quelques-unes présentent un commencement de dégénérescence graisseuse.

Dure-mère. — La voûte osseuse enlevée, on remarque près du bord supérieur de l'os frontal et sur le sinus longitudinal, un fongus de la dure-mère ayant détruit la table interne et une partie du diploé.

Ce fongus présente au microscope la texture suivante: stroma constitué par du tissu conjonctif; dans l'épaisseur de ces faisceaux, mais peu apparents parce qu'ils sont interposés entre les fibres, sont des points où existent une immense quantité de granulations moléculaires, des noyaux et des cellules en grand nombre; les noyaux sont ronds ou ovales, transparents, à contours bien accusés, et contiennent un, deux ou trois nucléoles; quelques noyaux sont finement granuleux; les cellules sont très-variables de forme: ovalaires, polyédriques, à queue triangulaire, fusiforme...

Cerveau. — A la base, et particulièrement sur le lobe moyen gauche, existent de petites taches ecchymotiques, d'une étendue variant depuis la tête d'une épingle à la largeur d'un centime.

Sur le lobe antérieur gauche et au bord externe de la troisième circonvolution longitudinale, un noyau sanguin du volume d'une aveline; la portion cérébrale avoisinante est ramollie, rouge jaunâtre.

Sur le lobe antérieur droit, et sous le nerf olfactif, épanchement du volume d'une amande; de plus, trois volumineux foyers dans l'épaisseur même du lobe.

En arrière, le lobe postérieur gauche renferme trois noyaux sanguins ayant chacun le volume d'un œuf de perdrix. Le lobe postérieur droit contient un noyau du volume d'une noisette, noyau ramolli, jaunâtre, mais n'ayant point d'éléments sanguins.

Ainsi, c'est dans le lobe antérieur droit et sous le lobe postérieur gauche que prédominent les lésions.

La substance ramollie avoisinante des foyers sanguins présente à l'examen microscopique, outre les myélocytes qui font partie du tissu cérébral, une énorme quantité de granulations moléculaires, à nombreuses cellules granuleuses brunes, arrondies, et mesurant de 0mm,006 à 0mm,036.

Nerf optique. — Une lésion curieuse est celle du nerf optique, présentant à son centre un caillot sanguin, partant de la bandelette optique au moment où elle va s'entrecroiser: ce caillot se borne à la moitié droite du chiasma. Cet épanchement de sang se continue au centre même du nerf jusqu'à son entrée dans la sclérotique.

Près de la fente sphénoïdale et sur le tendon du droit externe existent deux petites tumeurs hémorrhagiques à leur centre, et qui circonscrivaient et probablement comprimaient le nerf de la troisième paire.

Cervelet, protubérance et moelle allongée. — Rien.

Moelle épinière. — A la partie inférieure dorsale, une petite couche sanguine sous-jacente à l'arachnoïde; dans toute la portion lombaire, un caillot sanguin au centre même de la moelle.

Poumons. — Quelques rares petits noyaux qui, examinés au microscope, présentent une prodigieuse quantité de cellules granuleuses, de forme analogue aux épithéliums des vésicules pulmonaires; on remarque aussi un grand nombre de noyaux libres et de granulations élémentaires de nature diverse; le stroma de ces petites tumeurs est constitué par le tissu connectif et élastique de l'organe. Dans une préparation nous avons trouvé une hyperplasie nucléaire des éléments embryoplastiques.

Cœur. — A la partie postérieure de l'oreillette droite se trouve un petit fongus hématode de la grosseur d'une framboise. Dans l'épaisseur du tissu musculaire du cœur, il existe des noyaux, comme dans le biceps, le droit antérieur... Une de ces tumeurs est implantée dans une colonne charnue.

Foie. — Quelques noyaux blancs assez durs, peu volumineux, épars, siégeant sous la capsule de Glisson, à laquelle ils adhèrent; on en trouve aussi dans le tissu même.

Les cellules de ces noyaux cancéreux se rapprochent par leur forme des épithéliums hépatiques.

Reins. — La substance corticale présente une notable quantité de ces noyaux. La muqueuse du bassinet droit renferme à sa partie interne un large fongus hématode. Les bassinets contiennent du pus.

Vessie. — Présente quelques noyaux sous-jacents à la muqueuse et deux fongus hématodes.

Estomac. — Rien.

Intestin grêle. — Quelques petits noyaux sous-jacents à la muqueuse; peu volumineux, disséminés. Sur la muqueuse même des fongus hématodes semblables à ceux de la vessie.

Les plaques de Peyer avaient l'aspect d'une barbe récemment faite.

APPLICATION ENDERMIQUE DE L'ATROPINE,

empoisonnement consécutif.

Le fait est rapporté par le docteur Ploss de Leipsick.

Un homme âgé de cinquante-trois ans était atteint d'une affection du larynx, que M. Ploss regardait comme étant de nature syphilitique.

Cependant, un autre médecin, appelé en consultation, se prononça pour une laryngite simple, et prescrivit d'appliquer un vésicatoire sur le cou (la dimension n'en est pas indiquée), et de le panser le lendemain avec une pommade composée de 15 parties de sulfate d'atropine pour 700 parties d'axonge. Le docteur Ploss exprima ses craintes sur les effets d'une telle préparation ainsi employée, mais ses remontrances ne furent pas écoutées.

Quelques minutes après le pansement, le malade s'élança du siége sur lequel il était assis dans un état d'angoisse inexprimable, et se mit à courir dans la chambre, suffoquant, criant qu'il étranglait et que tout lui paraissait dans l'obscurité; il arracha son pansement, et se jeta sur son lit, les yeux fixes et la face excessivement rouge. Dysphagie et dyspnée croissantes, convulsions cloniques semblables à celles de la chorée, respiration de plus en plus fréquente, pouls à 140 ou 150, impossibilité de prononcer une seule parole. On essaya de pratiquer une saignée, mais il fut impossible d'y parvenir à cause des mouvements convulsifs incessants; impossible également d'administrer quoi que ce soit par la bouche ou le rectum. Bientôt la respiration s'interrompit, le pouls devint filiforme, et le malade mourut, deux heures à peine après l'application du médicament.

Si, comme la chose ne paraît pas douteuse, l'opium constitue, par ses propriétés antagonistes, un véritable et très-efficace antidote de la belladone, c'était sans doute le cas d'en essayer l'effet dans une circonstance pareille, et, l'administration par les voies ordinaires étant impraticable, de recourir aux injections hypodermiques; mais peut-être l'extrême agitation du malade s'y serait-elle opposée, de même qu'elle avait obligé de renoncer à la saignée.

(*Zeitschr. fur med. chir., und Geburtsh* et *Med. press.*)

PROCÉDÉ POUR RECONNAITRE
la présence du sublimé dans le calomel,

Par M. Bonnewyn.

Ce procédé, très-expéditif, repose sur l'action que le fer exerce sur le sublimé ou bichlorure de mercure et sur son inertie en présence du proto-chlorure. Du calomel placé sur une lame de fer bien polie, puis arrosé d'une goutte d'alcool ou d'éther, n'altère en rien le brillant de cette lame lorsqu'il est pur; tandis qu'il la noircit même lorsqu'il ne contient que 1/50,000 de bichlorure de mercure.

Cette tache noire ne disparaît qu'après une friction prolongée. (*Arch. der Pharm.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juillet 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Recherches nouvelles pour démontrer que l'état électrique des eaux minérales est la cause principale de leur activité.

M. Decaisne présente, au nom de M. H. Scoutetten, une note dont voici un extrait :

On a longtemps admis que la composition chimique des eaux minérales pouvait expliquer leurs effets thérapeutiques, c'est même encore la pensée généralement adoptée ; mais, lorsqu'on tient compte de la variété infinie des éléments minéralisateurs, éléments qui ne sont que la représentation moléculaire des terrains lavés par les eaux souterraines, lorsqu'on constate les différences de température des liquides constituant une échelle de 10 à 100 degrés centigrades, lorsqu'on remarque surtout que la quantité des substances minérales varie depuis 20 à 25 centigrammes jusqu'à 6, 10 et même 20 grammes par litre, il est permis de douter que des causes si diverses puissent expliquer l'action des eaux minérales sur l'organisme humain, et produire, quelle que soit leur composition chimique, des effets presque identiques, et enfin parviennent, ainsi que l'affirment les innombrables ouvrages écrits sur cette matière, à guérir les maladies les plus variées.

Si, à ces objections, on ajoute encore que l'absorption par la peau, lorsque le corps est dans le bain, est nulle ou presque nulle, ainsi que le démontrent de nombreuses expériences, que dans tous ces cas les molécules minérales ne sont pas introduites dans nos tissus ni dans nos liquides en circulation, on arrive à conclure que la théorie adoptée ne rend pas compte des effets produits.

Nos recherches tendent à éclairer la question d'un nouveau jour ; elles démontrent que les eaux, lorsqu'elles émergent de la terre, sont dans un état d'activité exceptionnelle, qu'il s'y passe des actions chimiques productrices de phénomènes électriques, et que c'est à cette cause qu'il faut rapporter les effets généraux des eaux minérales.

Ceci ne va point à dire qu'il faille désormais dédaigner les éléments chimiques ; ils jouent, au contraire, un rôle important à deux points de vue :

1° Ils peuvent agir comme médicaments lorsqu'ils sont introduits dans les organes de la digestion ;

2° Ils déterminent des actions électriques proportionnelles aux actions chimiques, lorsqu'ils existent dans des rapports favorables à des combinaisons nouvelles.

Les eaux minérales diffèrent donc très-notablement des eaux ordinaires de puits ou de rivière ; ce sont des eaux actives, vivantes ; elles sont à l'*état dynamique* ; les eaux de rivière, au contraire, sont à l'état statique ; les actions chimiques y sont éteintes, et par cela même les effets électriques ne se manifestent pas.

Lorsque les eaux minérales sont sorties de la terre, leur activité faiblit parce que les combinaisons chimiques s'éteignent ; elles ne peuvent conserver alors qu'une partie de leur action médicamenteuse, si le refroidissement, l'évaporation ou des dépôts salins n'ont pas fait disparaître les éléments actifs.

Depuis longtemps cette belle et difficile étude m'a fait entreprendre des recherches et de nombreux voyages ; je viens d'en faire un nouveau en Auvergne ; j'ai visité Royat, Saint-Nectaire, la Bourboule et le Mont-Dore ; je me suis arrêté vingt-deux jours dans cette dernière station thermale, et j'y ai fait de nombreuses expériences en présence des médecins de cet établissement ; je les ai priés de se constituer en commission pour vérifier les faits annoncés dans mon ouvrage (*De l'électricité considérée comme cause principale de l'action des eaux minérales sur l'organisme*) ; c'est le résultat de ces recherches que j'ai l'honneur de présenter.

Les membres de cette commission étaient : MM. Vernière, médecin inspecteur, *président* ; Boudant, Richelot, Mascarel, Payot, Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux* de Paris, faisant fonction de secrétaire ; enfin, M. Herpin (de Metz), auteur de plusieurs ouvrages sur les eaux minérales et qui a bien voulu s'adjoindre aux membres de la commission.

Un programme a été d'abord discuté et rédigé dans un but essentiellement pratique ; les expériences ont duré trois jours, elles ont démontré :

1° Que les électrodes en platine, mis dans l'eau commune contenue dans un vase en verre ou en porcelaine, ne recueillaient aucune trace d'électricité dynamique, et que l'aiguille du galvanomètre de Nobili restait immobile ;

2° Que la même expérience, répétée avec de l'eau minérale, déterminait à l'instant une déviation considérable de l'aiguille ;

3° La même eau minérale a été examinée de la même manière, à des époques plus ou moins éloignées du puisement à la source, et à des degrés différents de température : ces recherches ont constaté que l'élévation de température augmente sensiblement les manifestations électriques ; que celles-ci faiblissent, au contraire, à mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'émergence, phénomène qui s'explique naturellement par la diminution, puis par la cessation des actions chimiques.

Une autre expérience a constaté que l'immersion d'une partie du corps seulement, dans l'eau minérale, suffit pour déterminer instantanément des phénomènes électriques rendus manifestes par la déviation de l'aiguille : ce fait important explique l'excitation produite par les eaux minérales, excitation qui va quelquefois jusqu'au développement de la fièvre.

Cette propriété est commune à toutes les eaux minérales, mais à degrés différents selon l'activité des combinaisons chimiques ; c'est cette action électrique qui, en relevant l'organisme affaibli, guérit les maladies, en apparence fort différentes, mais qui, dans la réalité, ne sont que l'expression locale d'un état morbide général.

Terminons en disant que plusieurs expériences ont été faites avec un électroscope à feuilles d'or pour démontrer que l'électricité statique n'existe pas dans les eaux minérales, ce qui a été parfaitement constaté ; enfin, les eaux minérales ont été coupées avec du lait ou du sirop, et il a été reconnu que ce mélange affaiblit sensiblement les propriétés actives des eaux minérales.

Je dépose la copie de ce rapport signé par sept médecins distingués. Cette pièce servira, je l'espère, à dissiper les doutes qui existent encore dans quelques esprits, et à provoquer de nouvelles recherches. Voyez *Gazette des hopitaux*, n° 84, du 18 juillet.

(Commissaires : MM. Serres, Rayer, Becquerel.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 juillet 1865. — Présidence de M. Broca.

Uréthrotomie. — Suite du discours de M. Perrin.

J'aborde maintenant la partie sérieuse et vraiment scientifique de la discussion. Mais, auparavant, souffrez que je me dédommage un peu en remerciant mes collègues de la courtoisie qu'ils ont mise dans l'appréciation critique de mes opinions.

Si je ne m'abuse, à deux exceptions près, nous sommes tous d'accord sur cette proposition fondamentale : que la section des rétrécissements est actuellement peu grave, peu dangereuse pour le malade, puisque 163 opérations, pratiquées par les membres de cette Société n'ont occasionné que 5 morts, c'est-à-dire une mortalité de 3 0/0, dans des conditions le plus souvent graves par elles-mêmes et que vous vous rappelez sans doute.

En faisant ma communication, j'avais la certitude, ainsi que je l'indiquais, qu'il existait beaucoup de faits nouveaux capables de grossir le chiffre des succès. J'avais aussi le ferme espoir que, s'il y avait des revers restés inédits, ils viendraient peser dans la balance et ramener à une juste mesure une opinion qui n'aspire qu'à être vraie.

Je ne saurais douter qu'en de telles conjonctures mon appel n'ait été entendu complétement. Il demeure donc établi qu'aucun cas de mort nouveau n'a été observé parmi nous dans le nombre assez considérable (puisqu'il dépasse 50) d'opérations dont nous avons entendu nos collègues MM. Follin, Trélat, Dolbeau, Desormeaux, etc., nous communiquer les détails.

En présence de ces résultats, qui se soutiennent depuis plusieurs années entre les mains de la majorité des chirurgiens, qui donc hésiterait encore à reconnaître la vérité de cette remarque de M. Trélat : que l'incision des rétrécissements uréthraux est l'opération la plus insignifiante que nous ayons à pratiquer.

La dilatation est-elle capable de faire mieux, de faire aussi bien ? J'ai dit et je crois encore que non ; mais pour éviter de nouvelles équivoques, je veux préciser davantage les termes de la question.

Prenons au hasard des entrées à l'hôpital deux cents malades atteints de rétrécissements ; confions-en la moitié à la dilatation employée exclusivement, sauf pour quelques cas urgents, comme cela était recommandé dans nos précédentes discussions il y a seulement quelques années ; abandonnons les autres à l'uréthrotome, qui cédera les cas simples à la bougie et se réservera tous les cas qui entravent l'excrétion urinaire ou qui sont rebelles à la dilatation, suivant la pratique que je défends ici. Eh bien ! je dis que ces derniers seront les privilégiés. J'ai rappelé, pour le montrer, les graves accidents et les incurables infirmités qu'entraînent quelquefois à leur suite les rétrécissements abandonnés à la dilatation, et je n'ai pas hésité à en rendre responsable la méthode employée. Il m'a paru évident qu'en substituant un simple débridement à un traitement lent, incertain, qui jette promptement le malade dans une inertie désolante, on diminuerait considérablement, si on ne les supprimait, les suites funestes de ces accidents éloignés soit en les prévenant, soit en y portant remède. Ici, Messieurs, permettez-moi de donner un mot d'explication à M. Dolbeau.

Notre collègue, sans doute parce que je ne m'étais pas suffisamment expliqué, m'a attribué la croyance que la plupart des rétrécissements entraînaient ces suites graves dont je viens de parler, et dès lors il m'a fait le reproche d'assombrir un peu le tableau des effets habituels des angusties uréthrales. Au point de vue où s'est placé notre collègue, je trouve le reproche trop adouci par sa bienveillance. Je m'empresse de le détromper.

Non, évidemment non, les rétrécissements dans la majorité des cas n'amènent pas des fistules, des néphrites, des résorptions, etc. Ce sont là des accidents heureusement rares, et j'ai même pris soin d'ajouter, dans un passage de ma communication, que les chiffres me manquaient pour en déterminer la proportion. Mais la seule chose qui m'importe en ce moment, c'est de savoir si vous m'accorderez que l'uréthrotomie, substituée d'une façon opportune à la dilatation, en diminuera le nombre dans une proportion supérieure à sa propre moyenne de mortalité ; en termes plus généraux, si l'uréthrotomie a plus d'avantages que d'inconvénients. Toute la question est là entre ceux qui n'admettent l'incision que comme mesure exceptionnelle et ceux qui la revendiquent comme une méthode générale de traitement, applicable à toute une classe de rétrécissements. Je n'ai pas hésité à donner la préférence à l'uréthrotomie. Mon rigoureux contradicteur, M. Voillemier, m'a fait observer que je n'avais pas de chiffres pour le démontrer. A qui la faute ? Si les partisans exclusifs de la dilatation, au lieu de venir toujours les mains vides, au lieu de procéder par affirmations et par récriminations, avaient compté les faits qu'ils ont observés et surtout les avaient livrés à la publicité, nous aurions pu sans doute combler cette lacune. Fort heureusement ce qui n'a pas été fait en France a été tenté en Angleterre. Seulement, j'hésite vraiment à livrer encore à la verve railleuse de M. Guérin un document qui ne m'appartient pas ; mais puisque notre collègue, M. Follin, a déjà signé au passe-port, je me risque. Il s'agit des résultats statistiques relevés à l'hôpital de Guy par le docteur Bryant et cités ici par M. Follin. Cette statistique résume l'histoire de 603 rétrécissements organiques de l'urèthre, parmi lesquels 565 ont été traités par la dilatation, 5 par l'uréthrotomie interne et 33 par l'uréthrotomie externe. Le chiffre des morts a été de 36. On peut, je pense, m'accorder sans crainte d'erreur grave, que ces 36 morts se répartissent proportionnellement entre les deux méthodes de traitement employées. Calculez : sur 565 malades traités par la dilatation, 34 ont succombé. En France, sur plus de 200 malades traités par l'uréthrotomie, il n'y a eu que 5 morts. Par conséquent, la moyenne de mortalité fournie par la dilatation a été de 6 pour 100, tandis que la moyenne de mortalité de l'uréthrotomie n'a été que de 2 1/2, c'est-à-dire moins de la moitié. Je pense qu'on ne récusera pas l'enseignement qui découle d'une aussi vaste expérimentation. Si quelques observations étaient permises, elles seraient encore favorables à l'uréthrotomie, puisque, en général, elle n'a été employée que dans les cas les plus difficiles, les plus compliqués et par conséquent les plus propres à compromettre sa cause.

J'arrive maintenant à l'examen de certaines règles de pratique au sujet desquelles il m'est indispensable de donner quelques courtes explications. M. Trélat, et surtout M. Dolbeau, m'ont adressé le reproche d'être un peu engoué de l'uréthrotomie et de vouloir la substituer à peu près partout à la dilatation.

Suivant eux, au *contraire*, l'incision uréthrale doit être réservée pour les cas rebelles à la dilatation à un titre quelconque.

Je suis peu surpris que ma pensée ait été ainsi interprétée. Plusieurs expressions de mon discours pouvaient y conduire. Mais j'ai hâte d'ajouter que la distance qui nous sépare est moins dans le fond que dans la forme. Ma communication avait pour but capital de faire entrer définitivement l'uréthrotomie interne dans le domaine de la chirurgie usuelle, et de déterminer, en m'appuyant sur votre expérience, à quelles justes proportions se réduit ce fantôme lettrifère dont nous menacent les adversaires de cette opération. Ce point une fois bien établi, je devais nécessairement me restreindre au sujet des autres questions, afin de ne pas abuser de votre attention si bienveillante. Aujourd'hui je remercie mes collègues de me fournir l'occasion d'y revenir.

Au point de vue du traitement, j'ai partagé les rétrécissements en deux classes. Dans une première, j'ai rangé tous ceux qui entravent, d'une façon permanente, l'écoulement de l'urine, et qui, par conséquent, s'accompagnent d'une rétention partielle et habituelle de ce liquide dans la vessie et dans les régions profondes de l'urèthre. Je n'ai pas voulu parler, comme l'a pensé M. Dolbeau, soit d'une gêne ou d'une suspension temporaire de la miction qui s'observent quelquefois même sans rétrécissement, soit d'une diminution dans le calibre du jet ou d'un changement dans sa forme. Et, pour éviter l'équivoque, j'ai même pris le soin de rappeler les traits généraux des rétrécissements dont j'entends parler. Ils se laissent difficilement et irrégulièrement traverser par une bougie filiforme. Ils s'accompagnent d'une pesanteur habituelle au bas-ventre, au périnée ; ils entretiennent la santé générale dans un état mauvais. Ils provoquent des envies très-fréquentes d'uriner, aussi fréquentes la nuit que le jour. Ils rendent les urines alcalines catarrhales comme tous les obstacles permanents, etc. Ces détails, destinés à faire reconnaître les rétrécissements que je réserve à l'uréthrotomie, sont dans ma communication. Eh bien ! dans tous ces cas, que tous ces caractères se trouvent réunis, ou qu'il n'y en ait qu'un petit nombre, je conseille de recourir, le plus promptement possible, à l'instrument tranchant, parce que c'est dans de telles conditions que se déclarent, durant les longs tâtonnements de la bougie, ces complications du côté des reins, qui sont si graves, si insidieuses, et relativement si fréquentes. J'y ai ajouté aussi tous les rétrécissements compliqués : que ces complications siégent du côté des reins, du côté de la vessie ou du côté des régions profondes du canal. Je n'accepte pas l'exception faite par M. Follin à l'égard des rétrécissements compliqués de néphrite. Ce sont des situations graves contre lesquelles l'incision uréthrale me paraît représenter la meilleure chance de salut.

Quant aux autres rétrécis qui, en y mettant seulement un peu plus de temps, un peu plus de soin, vident bien leur vessie, ce que l'on reconnaît à l'état des urines et à la conservation d'une bonne santé, je vous les livre. Comme vous, je commencerai par la dilatation ; puis, si je rencontre quelque écueil en route, de la fièvre, des accidents nerveux, etc., je changerai de méthode, et j'aurai recours à l'uréthrotomie. Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble qu'envisagée de cette façon, la question du traitement des rétrécis est plus pratique et qu'elle offre plus de garanties au malade. Je la préfère à la distinction des rétrécissements en dilatables et en non dilatables qui, cependant, je le reconnais, me paraît avoir beaucoup de partisans. Je ne trouve pas cette dernière suffisamment précise ; elle laissera le plus souvent le praticien dans l'embarras. Tous les écueils que rencontre l'emploi de la bougie seront-ils considérés comme des contre-indications ? S'il faut faire un choix, quels sont ceux que l'on pourra négliger ? Une première manifestation sera-t-elle suffisante pour autoriser à changer de méthode ? etc. Je vois là beaucoup de points litigieux qu'il me paraît utile de faire disparaître. Cette période d'essai, placée par vous au début de tout traitement et livrée à l'appréciation arbitraire de chacun, n'a pas de graves inconvénients, quand les fonctions urinaires s'exécutent à peu près bien ; ici, la durée du traitement est chose secondaire. Mais je la trouve mauvaise quand il n'en est pas ainsi, parce qu'elle laisse le malade exposé aux dangers de la rétention partielle et habituelle des urines.

Quelle peut être la proportion des rétrécissements à uréthrotomie ? M. Dolbeau estime qu'ils représentent l'exception. Je le crois aussi, mais, suivant les divers champs d'observation, il se présente de grandes différences à cet égard. S'ils sont très-rares à la ville, ils sont beaucoup plus communs à l'hôpital. Pour moi, qui ne les observe que là, je les ai certainement trouvés en majorité. Dans la pratique de M. Dolbeau, ils ont dû aussi se rencontrer souvent, parce que notre collègue, peu satisfait de la bougie, a dû pratiquer déjà quarante-sept uréthrotomies, si je ne me trompe ; mais, d'ailleurs, qu'importe leur degré de fréquence ? Ils ne se présenteraient qu'une fois sur dix que je ne serais nullement disposé à traiter l'uréthrotomie en adjuvant, en accessoire de la dilatation. Elle n'est pas plus l'adjuvant de la dilatation que la taille n'est l'adjuvant de la lithotritie ; l'amputation, l'adjuvant de la conservation. Ce sont là deux méthodes distinctes, devant répondre chacune à des indications spéciales qu'il importe de préciser de mieux en mieux dans l'avenir.

A l'égard du mode opératoire, je crois pouvoir maintenir que tous les opérateurs, qui ont étudié la question au lit du malade, sont unanimes pour reconnaître la supériorité des incisions superficielles, li-

mitées aussi bien que possible en étendue et en profondeur au tissu pathologique et pratiquées, non pas avec des lames infiniment petites comme on me l'a fait dire, mais avec des lames du plus petit calibre possible.

Quant au choix de l'instrument et à la direction suivant laquelle doit être pratiquée la section, la discussion m'a appris que nous étions loin d'être d'accord. On pourrait presque dire que chacun a sa manière de faire et que chacun, en somme, a eu de bons résultats. Néanmoins, je ne me sens nullement ébranlé par cette considération, et je n'hésite pas à recommander, d'une façon aussi expresse que je l'ai déjà fait, l'uréthrotomie pratiquée d'avant en arrière avec l'instrument à lame découverte de M. Maisonneuve.

Malgré le vif désir que j'ai de ne pas fatiguer davantage votre bienveillante attention, permettez-moi de revenir un instant sur le traitement consécutif. MM. Follin, Trélat, Dolbeau, etc., recommandent de compléter le traitement par l'usage de la bougie, après la cicatrisation de la plaie uréthrale. Mon Dieu, je ne demande pas mieux si cela est bon et avantageux, mais encore faut-il le démontrer. Jusqu'alors, les seuls opérés qui aient été suivis pendant plusieurs mois ou plusieurs années après l'opération, n'avaient été soumis à aucun traitement de ce genre. Ils ont été abandonnés à eux-mêmes, purement et simplement, aussitôt que la plaie uréthrale était cicatrisée. M. Sédillot, M. Maisonneuve, M. Reybard, ne procèdent pas autrement. Et cependant les bons effets du débridement persistent dans la grande majorité des cas; cela est hors de doute. Les lèvres de la plaie ne se réunissent pas, quand même on ne fait rien pour les maintenir désunies; cela est hors de doute. Ici, messieurs, ne subissons-nous pas encore la pression d'idées préconçues. M. Dolbeau, qui paraît attacher une importance toute spéciale à la dilatation consécutive, fait valoir, pour me convaincre, des raisons que je ne saurais admettre. Soumettant chacune de mes observations à une critique sérieuse, notre collègue a confirmé ce que j'avais pris explicitement soin de mentionner; j'ai eu quelques récidives. Il a ajouté que dans quelques autres cas, je ne me suis assuré de la permanence de la guérison que par le bon état de la miction, et non par le cathétérisme. Il a remarqué aussi que deux fois, je crois, le canal de l'urèthre avait, avec le temps, perdu un peu de son calibre; tout cela est très-exact. Mais, j'en appelle à notre collègue, le mieux ne se montre-t-il pas ici un peu l'ennemi du bien. Si désormais on exige, pour se déclarer renseigné sur les suites éloignées d'un rétrécissement, que la constatation soit faite personnellement et la sonde à la main, ne stérilisons-nous pas, pour l'avenir, les recherches de ce genre qui ne sont pas déjà si commodes, et qui, pourtant, seront si précieuses pour juger l'uréthrotomie au point de vue des chances de récidive?

M. Dolbeau prenant acte de ce que l'uréthrotomie a été suivie deux ou trois fois jusqu'alors de récidive, chez mes opérés, en conclut que je les aurais évitées si j'avais fait usage de la dilatation. Je ne saurais dire le contraire, mais c'est précisément ce qu'il faudrait démontrer. Pour moi, la question n'est pas résolue pratiquement, et je tiens à ne pas la résoudre par le raisonnement, par des inductions, qui ont si souvent fait faire fausse route sur le terrain où nous sommes aujourd'hui. Observons de part et d'autre; comptons les faits; suivons nos malades pendant longtemps, et puis alors nous verrons. Si d'aventure vous n'avez de guérisons ni plus nombreuses, ni plus durables que moi, vous m'accorderez, j'en suis sûr d'avance, que j'ai raison de choisir la voie la plus simple.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Moniteur publie un décret impérial en date du 14 juillet portant promulgation de la convention internationale relative aux militaires blessés sur les champs de bataille, signée à Genève le 22 août 1864. Voici le texte de cette convention :

Art. 1er. Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés.

La neutralité cesserait, si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.

Art. 2. Le personnel des hôpitaux et des ambulances, comprenant l'intendance, les services de santé, d'administration, de transport des blessés, ainsi que les aumôniers, participera au bénéfice de la neutralité lorsqu'il fonctionnera, et tant qu'il restera des blessés à relever ou à secourir.

Art. 3. Les personnes désignées dans l'article précédent pourront, même après l'occupation par l'ennemi, continuer à remplir leurs fonctions dans l'hôpital ou l'ambulance qu'elles desservent, ou se retirer pour rejoindre le corps auquel elles appartiennent.

Dans ces circonstances, lorsque ces personnes cesseront leurs fonctions, elles seront remises aux avant-postes ennemis par les soins de l'armée occupante.

Art. 4. Le matériel des hôpitaux militaires demeurant soumis aux lois de la guerre, les personnes attachées à ces hôpitaux ne pourront, en se retirant, emporter que les objets qui sont leur propriété particulière.

Dans les mêmes circonstances, au contraire, l'ambulance conservera son matériel.

Art. 5. Les habitants du pays qui porteront secours aux blessés seront respectés et demeureront libres.

Les généraux des puissances belligérantes auront pour mission de prévenir les habitants de l'appel fait à leur humanité et de la neutralité qui en sera la conséquence.

Tout blessé recueilli et soigné dans une maison y servira de sauvegarde. L'habitant qui aura recueilli chez lui des blessés sera dispensé du logement des troupes, ainsi que d'une partie des contributions de guerre qui seraient imposées.

Art. 6. Les militaires blessés ou malades seront recueillis et soignés, à quelque nation qu'ils appartiendront. Les commandants en chef auront la faculté de remettre immédiatement aux avant-postes ennemis les militaires blessés pendant le combat, lorsque les circonstances le permettront et du consentement des deux partis.

Seront renvoyés dans leur pays ceux qui, après guérison, seront reconnus incapables de servir.

Les autres pourront être également renvoyés, à la condition de ne pas reprendre les armes pendant la durée de la guerre.

Les évacuations avec le personnel qui les dirige, seront couvertes par une neutralité absolue.

Art. 7. Un drapeau distinctif et uniforme sera adopté pour les hôpitaux, les ambulances et les évacuations. Il devra être, en toute circonstance, accompagné du drapeau national.

Un brassard sera également admis pour le personnel neutralisé, mais la délivrance en sera laissée à l'autorité militaire.

Le drapeau et le brassard porteront croix rouge sur fond blanc.

Art. 8. Les détails d'exécution de la présente convention seront réglés par les commandants en chef des armées belligérantes, d'après les instructions de leurs gouvernements respectifs et conformément aux principes généraux énoncés dans cette convention.

Art. 9. Les hautes puissances contractantes sont convenues de communiquer la présente convention aux gouvernements qui n'ont pu envoyer des plénipotentiaires à la conférence internationale de Genève, en les invitant à y accéder; le protocole est, à cet effet, laissé ouvert.

Art. 10. La présente convention sera ratifiée et les ratifications en seront échangées à Berne, dans l'espace de quatre mois, ou plus tôt si faire se peut.

— Nous apprenons que M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, vient de consacrer plusieurs jours à la visite des établissements hospitaliers de Londres. Il s'est proposé, nous assure-t-on, d'étudier particulièrement l'organisation des hôpitaux consacrés aux maladies spéciales, telles que la variole, la fièvre, la phthisie, le cancer, les accouchements, etc., ainsi que celle des work-houses, qui possèdent aussi des infirmeries pour les maladies de toute espèce. Ces divers établissements sont le complément des hôpitaux généraux et reçoivent toute la population de malades qui n'a pu être admise dans ces derniers. C'est, en effet, la connaissance de ces trois natures d'établissements, comme l'a déjà indiqué M. le directeur de l'Assistance publique dans ses publications, qui peut donner une idée exacte et complète des institutions d'assistance affectées au traitement des maladies dans la capitale britannique.

— A l'invitation de M. le professeur Deroubaix, M. le docteur Spencer-Wells de Londres vient de pratiquer à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles une opération d'ovariotomie chez une femme d'une cinquantaine d'années, atteinte de kyste de l'ovaire.

L'opération a été faite admirablement, a duré fort peu de temps : bref, l'opérée se trouvait dans les meilleures conditions de guérison, on pouvait même l'espérer, tellement la position de la femme, après l'opération, était favorable, lorsque, le quatrième jour, la péritonite se développa et emporta la malade. (*Presse médicale belge.*)

— Le comité de l'Union des anciens étudiants de l'Université de Bruxelles dispose d'un certain nombre de bourses et de subsides en faveur des jeunes gens qui suivent les cours de l'Université de Bruxelles; les étudiants qui croiraient avoir droit à une bourse ou à un subside sont priés d'adresser, avant le 1er novembre, leurs demandes et les pièces à l'appui, à M. Gust. Jottrand, président de l'Union des anciens étudiants, place de Louvain, à Bruxelles.

(*Presse médicale belge.*)

De l'avortement au point de vue médical, obstétrical, médico-légal, légal et théologique, par le docteur E. Jerdut. In-folio de 112 pages. Prix : 2 fr., *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Huit années de pratique médicale à Contrexéville. Étude clinique : goutte, gravelle, pierre, catarrhe de vessie, par le docteur Legrand du Saulle. — Paris, 1865, 1 vol. in-8° de 132 pages, chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 24.

Étude sur les bains de mer, conseils aux baigneurs, par le docteur Claparède. In-8° de 64 pages. Prix 1 fr. 50. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 88. — JEUDI 27 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 27 JUILLET 1865. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

A l'occasion du procès-verbal, M. Bouley a voulu ajouter quelques mots à son discours de mardi dernier, et réparer un oubli qu'il considérait comme un dommage pour M. Raciborsky. Si nous sommes bien informés, M. Raciborsky, fort d'une communication à la Société de chirurgie en 1849, se serait adressé à M. Bouley qui, le plus tôt qu'il lui a été possible, a réclamé contre son propre discours. Et, dans son zèle à servir la justice, l'honorable académicien a, pour ainsi dire, demandé compte à l'Académie et même à la *Gazette des hôpitaux* de ne pas lui avoir rappelé le travail de M. Raciborsky.

L'acte de M. Bouley est louable, et nous n'y critiquerons pas l'excès de délicatesse. Nous nous bornerons à expliquer pourquoi nous n'avons pas parlé de la note des bulletins de la Société de chirurgie dans notre dernier article.

M. Raciborsky a proposé un procédé qui est celui de Reybard, avec cette particularité que la baudruche est remplacée par une vessie de cochon. La canule de Reybard avait pour but exclusif de prévenir l'introduction de l'air. Le but a été entièrement rempli par la baudruche. La vessie de cochon dont se sert M. Raciborsky ne fait pas autre chose que la baudruche de Reybard. Nous ne sommes pas persuadés que conserver dans une poche pendue à la canule, le liquide qui est sorti de la poitrine, ne soit pas une complication inutile lorsque la cavité pleurale contient plus d'un litre de liquide. Seulement nous rendons cette justice à la canule munie d'une vessie de cochon que le praticien peut toujours avoir sous la main une vessie, tandis que la baudruche est plus rare, surtout en province.

Aucun auteur, du reste, ne voudrait voir mettre, au rang d'un procédé réellement neuf, une minime modification qu'il a imaginée et dont l'utilité n'est pas démontrée.

M. Raciborsky sera, nous en sommes persuadés, de cet avis, et, s'il a voulu seulement être cité comme un de ceux qui ont admiré avec le plus de profit la bonne invention de Reybard, nous serons heureux de lui donner ici satisfaction.

M. Barth a occupé ensuite la séance en entretenant l'Académie des procédés opératoires de la thoracentèse et des soins à donner aux malades. De bons renseignements pratiques ont caractérisé ce discours. Le médecin de l'Hôtel-Dieu est un des propagateurs de la canule de Reybard, et il fait même jouer à cet instrument un rôle que son inventeur n'avait pas encore soupçonné. M. Barth, lorsqu'il veut injecter de l'iode dans la poitrine, emplit la baudruche de liquide, et celui-ci pénètre dans la poitrine, à la fois, grâce aux mouvements inspiratoires du malade et grâce au propre poids du liquide. Le succès a déjà couronné cette pratique. L'orateur a cité plusieurs faits.

M. Devergie a lu un rapport sur un travail de M. Bardinet, ayant trait à la viabilité des nouveau-nés. Dans une prochaine séance, M. Devergie entrera dans des considérations à ce sujet, et peut-être une discussion de médecine légale suivra la discussion sur la thoracentèse.

A la fin de la séance, M. Péan, chirurgien des hôpitaux, a présenté une malade guérie d'un kyste multiloculaire de l'ovaire par l'ovariotomie. A Paris, les succès de ce genre sont rares. Félicitons donc l'opérateur. — Dr Armand Després.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. H. ROGER.

Observations d'acéphalocystes du foie, de cysticerque du cervelet et de kyste hydatique du cerveau. — Des vers vésiculeux de l'encéphale (1).

Après vous avoir fait connaître ces trois exemples de vers vésiculeux, il nous paraît opportun de vous tracer l'histoire de ces *parasites observés dans l'encéphale*, de vous décrire les symptômes auxquels ils donnent lieu chez les enfants, et de vous indiquer les moyens d'en prévenir le développement ou de les combattre.

Est-il possible d'établir le diagnostic des tumeurs hydatiques du cerveau chez les enfants?

Dans l'immense majorité des cas, ce n'est que l'autopsie qui révèle la nature de la maladie, et qui démontre la véritable cause d'accidents cérébraux rattachés d'ordinaire (par le médecin le plus expérimenté) à la méningite, ou à des tubercules de l'encéphale.

Pour que l'helminthe vésiculeux (cysticerque ou échinocoque) manifeste sa présence dans le centre nerveux encéphalique où il a élu domicile, où il est arrivé, animal microscopique, soit en y cheminant de proche en proche et lentement, soit transporté par le sang dans les vaisseaux et comme par bonds, il faut qu'il ait acquis un certain volume par lui-même ou plutôt par le développement d'autres individus. Aucun trouble appréciable dans un point quelconque de l'économie n'annonce l'invasion de l'helminthe dans la substance nerveuse, son enkystement et ses débuts dans une vie nouvelle.

Il y a donc une première période pendant laquelle l'helminthe est, pour ainsi dire, à l'état latent; la durée en sera variable suivant la rapidité d'accroissement du ver, et suivant le point de l'encéphale qu'il occupe; dans les ventricules du cerveau, par exemple, la poche vésiculeuse, qui parfois flotte librement, pourrait rester quelques semaines, quelques mois, sans donner lieu à aucun accident, ainsi qu'il est advenu chez la petite fille dont je vous parlais tout à l'heure (qui a succombé à l'asphyxie par broncho-pneumonie, et non pas à des convulsions par congestion cérébrale ou hydrocéphalie aiguë); le degré d'épaississement de la membrane interne du quatrième ventricule, son aspect tomenteux démontraient chez elle l'ancienneté du séjour de l'helminthe.

Vient ensuite une deuxième période d'irritation et de compression légères de l'encéphale, je dis légères, parce que l'hydatide est constituée par une poche molle, à demi liquide, et qu'elle croît par degrés et avec lenteur. Les troubles fonctionnels, les symptômes seront conséquemment en rapport avec des lésions pathologiques dont l'action est d'ordinaire modérée et progressive. Ils se traduisent, comme pour toute tumeur développée dans l'encéphale, par de la céphalalgie, des troubles de l'intelligence, de la sensibilité générale et spéciale, de la motilité, enfin par quelques signes qui manquent rarement dans les affections cérébrales ou méningées, je veux parler des vomissements, des vertiges et aussi des syncopes.

De tous ces symptômes, l'un des plus importants est, sans aucun doute, la *céphalalgie*. On la trouve notée dans toutes les observations, et souvent, dès le début du mal; aussi sa longue durée est un fait de la plus haute importance pour le diagnostic. Vous n'avez pas oublié que les maux de tête existaient depuis longues années chez notre petit malade, et qu'ils n'ont cessé que dans les derniers jours, alors que l'intelligence était elle-même abolie. Les caractères de la céphalalgie sont, du reste, assez variables. Généralement intense, elle acquiert parfois une violence excessive, et arrache aux petits malades des plaintes incessantes. Elle est, d'ordinaire, remarquable et par sa forme gravative, et par sa marche : il est rare qu'elle soit continue; le plus souvent elle procède par accès, qui reviennent à des intervalles plus ou moins éloignés, et répondent sans doute à des augmentations de pression, de dissociation, et probablement aussi de déchirure des fibres nerveuses.

L'intelligence est généralement diminuée à des degrés variables, la mémoire se perd graduellement, les malades présentent assez souvent une hébétude marquée; il est des cas enfin où l'aphasie a été notée. Dans un fait de M. Faton, que j'aurai l'occasion de vous rappeler en détail, il y eut, après un an de maladie, une aphasie qui persista deux mois; il est vrai qu'en même temps l'intelligence était perdue. Chez notre malade, la parole n'a été gênée qu'à la troisième période et pendant le coma; le lobe antérieur gauche du cerveau était cependant très-altéré et depuis bien longtemps.

Les troubles de la sensibilité générale sont inconstants, le plus souvent peu marqués, et c'est ainsi qu'ils échappent à l'observateur.

L'anesthésie et l'hyperesthésie ont été notées à un degré léger, fréquemment elles offrent la forme hémiplégique, et coïncident avec des troubles de la motilité. Dans un cas cité par M. Davaine, il est question de douleurs rhumatoïdes qui auraient persisté pendant un temps assez long.

La sensibilité spéciale est surtout compromise; on le conçoit aisément en se rappelant que les nerfs crâniens, à leur sortie de l'encéphale, suivent un trajet parfois assez long au niveau de la base du crâne. La compression exercée par le kyste en voie de développement, trouvant un plan résistant, comprime et dissocie ces nerfs. C'est ainsi que l'on peut se rendre compte de la persistance des troubles des sens et aussi de leur nature; l'abolition de la sensation étant la règle. D'autres fois, cependant, la compression est moins directe, ou du moins s'exerce sur les racines mêmes des nerfs crâniens, tel est le fait de l'hydropisie ventriculaire.

Parmi les organes des sens, il en est qui sont bien rarement atteints. A peine trouve-t-on indiquée une fois la perte de l'odorat. L'ouïe est aussi le plus souvent conservée, ce qui tient au point d'origine des nerfs acoustiques, le développement relativement facile des helminthes vésiculeux dans le quatrième ventricule s'opposant à la compression des racines nerveuses qui émanent du bulbe; c'est pourquoi, chez notre fillette, l'ouïe est toujours restée intacte.

Par contre, la cécité est très-fréquente; elle est notée quatre fois sur cinq dans les observations de M. Davaine, et, dans la cinquième, il n'est pas dit que ce phénomène n'existât pas; le strabisme signalé dans ce cas rend au contraire la chose probable. Cette cécité est, en général, un phénomène tardif que l'on doit rattacher aux progrès ultimes du kyste ou à l'hydropisie ventriculaire, qui est un effet presque constant de la présence des grosses tumeurs hydatiques.

Les désordres de la motilité sont quelquefois marqués par des convulsions, se montrant à des époques irrégulières et simulant de véritables attaques d'épilepsie; mais les convulsions affectent plutôt le type choréiforme, et, dans un cas, on a constaté une hémichorée droite ayant persisté deux mois. Enfin, M. Davaine cite, d'après Zeder, l'observation d'une jeune fille qui fut prise de maux de tête et de vertiges, lesquels augmentèrent graduellement; bientôt la malade fut incapable de se tenir debout; elle se heurtait contre les objets environnants, à la manière des moutons qui sont pris du tournis. Cette dernière maladie tient, comme vous le savez, à la présence, dans l'encéphale, d'un ver vésiculeux, le cœnure; le fait que je viens de vous rappeler est le seul où l'on ait observé, dans l'espèce humaine, des phénomènes comparables à ceux qui sont si fréquents chez le mouton.

Parmi les modifications nombreuses que peut subir la motilité, les paralysies tiennent le premier rang dans l'affection qui nous occupe; malheureusement, leur apparition, qui serait de la plus haute importance pour le diagnostic, est généralement tardive. La perte du mouvement est d'ailleurs peu marquée, lorsque les hydatides sont petites ou disséminées. Quand la tumeur est assez volumineuse et unique, elle agit en comprimant l'encéphale, et, en raison de son siége unilatéral, elle entraîne de l'hémiplégie. Tel est le cas rapporté par M. Faton, et auquel je faisais allusion en vous parlant de l'aphasie. Il s'agit d'un garçon de onze ans, observé dans le service de M. Blache; quatre ans avant son entrée à l'hôpital, cet enfant fut pris, dans les membres du côté gauche, d'un affaiblissement qui persista pendant deux ans sans changement sensible, puis apparut une douleur vive et irrégulière dans le côté droit de la tête, avec vomissements répétés, mais sans perte de connaissance. La céphalalgie se montra de nouveau un an plus tard, et, cette fois, s'accompagna d'aphasie et de cécité qui durèrent deux mois. La faiblesse musculaire augmenta par degrés jusqu'à la mort et s'accompagna dans les derniers jours d'une hyperesthésie marquée. A l'autopsie, on trouva dans la partie antérieure de l'hémisphère droit une tumeur de la grosseur du poing; c'était un kyste contenant un grand nombre d'acéphalocystes. Le corps calleux, la couche optique, le trigone, étaient lésés; les ventricules étaient le siége d'un épanchement séreux très-abondant.

Quoique la perte du mouvement soit, d'ordinaire, étendue à toute une moitié du corps, on observe quelquefois des paralysies limitées à un certain groupe de muscles et en particulier à ceux de l'orbite. La paraplégie a été également signalée dans une observation recueillie sur une fille de treize ans.

Mais, quelle que soit sa forme, la paralysie est rarement intense dès le début. Habituellement elle procède par degrés, et consiste d'abord dans un affaiblissement qui devient de plus en plus marqué; c'est de la parésie plutôt qu'une paralysie proprement dite. L'observation que je vous rapportais tout à l'heure vous donne une bonne idée du caractère progressif de ce symptôme.

En même temps que la paralysie, et souvent même avant qu'elle se soit montrée, on observe presque toujours des vomissements. Ce phénomène, si intimement lié aux affections cérébrales, marque fréquemment le début des accidents, et se répète à plusieurs reprises dans le cours de la maladie.

Je mentionne, en passant, certains symptômes inconstants et de moindre importance, tels qu'éblouissements, vertiges et même syncopes, symptômes qui se montrent vers la fin de cette deuxième période et qui forment le passage à la période dernière.

Aux phénomènes d'une compression lente et graduelle vont succéder les symptômes habituels de la méningite ou de la méningo-céphalite; en vous racontant l'observation de notre petit malade, j'ai eu l'occasion de vous les décrire et d'insister sur

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

ceux qui peuvent présenter quelques particularités importantes pour le diagnostic. C'est alors qu'en raison d'un accroissement souvent rapide du kyste, on voit les paralysies augmenter ou apparaître quand elles ne s'étaient pas encore montrées. Les troubles de l'intelligence, le délire et surtout les accidents comateux, sont aussi portés à l'extrême; les malades succombent d'ordinaire, dans le coma, en un ou deux septénaires.

Reconnaître la présence de vers vésiculaires dans l'encéphale n'est pas chose facile : abstraction faite des cas où la maladie reste à l'état latent, et en limitant la question aux kystes hydatiques proprement dits, les symptômes ne sont guère différents de ceux des tumeurs cérébrales en général.

Chez les enfants, il ne peut guère s'agir de tumeurs autres que des tubercules développés dans le cerveau ou le cervelet, et semblables à ceux que je vous ai fait voir dans une de nos conférences cliniques. Mais, d'une part, les tubercules cérébraux s'accompagnent d'ordinaire de symptômes généraux, et en particulier de troubles profonds de la nutrition; l'auscultation révèle parfois la présence de lésions non douteuses au sommet d'un poumon, et, souvent aussi, il existe des signes rationnels de tubercules généralisés. Par contre, on pourrait quelquefois reconnaître simultanément, dans plusieurs organes, des kystes hydatiques. Ces derniers ont été constatés sur le même sujet par Becquerel et Séguin, dans le cerveau, le poumon, le foie, le mésentère. La durée des deux maladies n'est pas non plus la même, et la vie se maintiendra plus longtemps dans le cas de tumeur hydatique, tandis qu'avec des tubercules, plus susceptibles de se généraliser ou d'amener des lésions de voisinage, elle ne peut guère se prolonger au delà de plusieurs mois.

Les hydatides ont une marche remarquablement lente, en rapport avec le développement graduel du parasite, soit que l'helminthe se développe librement dans la cavité ventriculaire, soit qu'il rencontre dans la substance nerveuse un obstacle à son développement, soit même que sa vitalité vienne à être compromise, toujours est-il que le kyste n'en continue pas moins à faire des progrès très-faibles, mais incessants, et la maladie dure un temps fort long. C'est ainsi que, dans les observations qui ont été publiées, on peut le plus souvent rapporter le début des accidents à une ou même à plusieurs années. Le fait rapporté par M. Faton est encore très-intéressant sous ce point de vue, puisque la durée du mal a été de quatre ans. Chez notre malade, la marche paraît avoir été encore plus lente, puisqu'il est permis de faire remonter l'invasion des premiers symptômes jusqu'aux premières années de la vie.

Nous devons nous demander maintenant quelle est la terminaison de cette maladie, qui a son siége dans un organe dont l'intégrité est si essentielle à la conservation de l'existence. Vous l'avez certainement pressenti en suivant la marche toujours croissante des accidents; la mort est presque toujours la conséquence fatale des progrès du mal. En effet, dans son développement, le kyste se dirige nécessairement vers les méninges qui ne s'accommodent guère d'un tel voisinage. En outre, l'expulsion des hydatides n'est pas ici, comme dans les kystes du foie, du poumon ou des plèvres, favorisée par le voisinage des intestins, de la peau ou des bronches. On a cité cependant un cas où la guérison a été observée à la suite de l'évacuation des helminthes; mais, dans ce fait extraordinaire, le siége exceptionnel du kyste, à la convexité du cerveau, rend compte de l'heureuse terminaison. M. Moulinié a rapporté l'histoire d'une jeune fille de quinze ans, qui fut amenée à l'hôpital dans un état comateux dont on pouvait toutefois la faire sortir en lui parlant; elle accusait alors une céphalalgie intense, et il y avait du strabisme. On découvrit, au niveau de la voûte crânienne, une tumeur qui fut incisée et qui donna issue à une vingtaine d'hydatides; les symptômes alarmants disparurent, la cicatrisation se fit assez vite, et la malade put sortir parfaitement guérie.

Et maintenant, ces kystes hydatiques comment se forment-ils? que sont ces vers vésiculeux, et par quel mécanisme pénètrent-ils dans notre économie? Les recherches modernes ont établi de la façon la plus nette que ces animaux sont produits par les œufs du tœnia, et qu'ils ne sont autre chose que les larves du tœnia lui-même; mais avant de vous exposer les métamorphoses que subissent ces différents vers ou plutôt ce ver unique, lequel se présente sous des formes diverses suivant les périodes distinctes de son existence complexe, il est nécessaire de vous dire quelques mots de son origine.

Si l'on peut s'étonner de quelque chose, c'est de la rareté des vers vésiculeux chez l'homme. Rien de plus commun, en effet, que les œufs de tœnia. Cet helminthe vit fréquemment en parasite, dans l'intestin non-seulement des animaux mammifères dont nous faisons notre nourriture (bœuf, mouton, lapin, lièvre, chevreuil, etc.), et des volatiles (coq, canard), mais encore des animaux domestiques, tels que le chien et le chat; l'homme lui-même en est quelquefois infesté. Et ce n'est pas seulement par centaines qu'il faut compter le nombre des œufs que peut fournir à lui seul un tœnia. Rappelez-vous que chacun de ces vers rubannés peut être de mille à deux mille articles, dont chacun contient des centaines d'œufs, et vous aurez une idée de l'extrême multiplication de ces helminthes.

Ces œufs, les voilà rejetés au dehors avec les fèces, ou devenus libres par la putréfaction des entrailles ou des corps d'animaux abandonnés dans la campagne; les eaux pluviales s'en emparent, les entraînent, et, résistant à diverses causes de destruction, ils vont finalement être ingérés avec nos boissons. Pénétrant alors dans l'intestin, ils trouveront les conditions nécessaires à une existence nouvelle. Ils vont éclore, et aussitôt se servant de leurs trois paires de crochets, ils perforent les tuniques intestinales pour émigrer dans de nouveaux tissus. Tantôt ils pénètrent mécaniquement et directement dans des organes voisins où ils se logent; tantôt, au contraire, transperçant les parois vasculaires, ils sont transportés par le courant sanguin dans le foie, les poumons ou les centres nerveux.

Dans ce lieu où il a élu domicile, l'animal s'enkyste et prend une forme nouvelle, soit cysticerque, soit échinocoque, car on n'est pas encore parvenu à connaître quelles sont les conditions qui président au développement de l'un ou l'autre de ces vers vésiculaires. Quoi qu'il en soit, l'animal acquiert alors une tête munie de quatre suçoirs et d'une ou deux couronnes de crochets; ce n'est pas tout : s'il s'agit d'un échinocoque, cet être unique, bien qu'il soit agame, va se multiplier par gemmiparité, c'est-à-dire par production de bourgeons à la face interne de son enveloppe. Mais, pour arriver au degré suivant de son évolution, degré qui cette fois sera le dernier, l'helminthe doit quitter encore le milieu dans lequel il se trouve. Il sort de l'individu dont il était le parasite, soit pendant la vie de son hôte, soit (et presque toujours) lorsque celui-ci sera devenu la proie d'un carnivore, et, dans l'estomac de ce nouvel animal, il y subira la dernière phase de son développement. C'est ainsi que, dans l'intestin de l'homme, le cysticerque du porc, du lapin, du bœuf, etc., deviendra tœnia; une transformation semblable s'opérera pour le cœnure qui se trouve dans la cervelle du mouton, chez lequel il occasionne le tournis. Quel que soit son origine, le ver vésiculeux s'attache à la membrane muqueuse par ses crochets et ses suçoirs, puis il se rubane, et se prolonge en anneaux qui vivent à la fois d'une vie commune et d'une vie séparée. Plus tard, ces anneaux, ces cucurbitins se détacheront remplis d'œufs, et ceux-ci, devenus libres, subiront à leur tour les phases successives de leur évolution.

Mais ces helminthes, au développement desquels nous venons d'assister, comment les combattre, comment les atteindre dans les profondeurs de nos tissus? Comment espérer les détruire dans la substance même de l'encéphale? C'est ce qu'il nous faut examiner à présent.

Tout d'abord, il est naturel de se demander si les vermifuges ne pouvaient pas être utilement prescrits; mais vous savez que la plupart d'entre eux ne sont guère utiles que pour les helminthes du tube digestif, comme on devait s'y attendre en réfléchissant à leur mode d'action qui est purement local.

Les préparations mercurielles, à cause de leur influence puissante sur les organismes inférieurs, ont dû être et ont été en effet employées dans le traitement des hydatides. On n'en a cependant retiré aucun avantage bien positif, et la raison en est très-simple; sur cette quantité si faible de médicament que vous allez prescrire, avez-vous songé quelle parcelle minime se trouvera en contact avec le parasite? Et en admettant même que vous puissiez, sans inconvénient pour le malade, forcer la dose du principe plus ou moins toxique, en retirerez-vous un profit notable? Pensez-vous que ce kyste à parois si épaisses et si exactement superposées, puisse être traversé par le médicament, et l'animal être atteint? Il faut à peine l'espérer, et c'est là précisément l'écueil le plus grand du traitement des helminthes situés hors du tube digestif.

Le chlorure de sodium a été vanté en raison de la prétendue immunité des marins à l'égard du tœnia, immunité dont on a voulu trouver la cause dans la quantité considérable de sel qu'ils ingèrent chaque jour avec les aliments. Ce mode de traitement serait d'autant plus avantageux que l'on ne serait pas arrêté, comme pour les mercuriaux, par la crainte de donner une dose trop forte et d'amener des accidents d'intoxication; mais, outre que le fait, sur lequel on s'appuie, n'est en aucune façon démontré, la même objection se représente, quant à la possibilité de la pénétration de la substance thérapeutique, jusqu'à l'helminthe lui-même; aussi les essais tentés n'ont-ils abouti à aucun résultat sérieux. J'ajouterai que les frictions salées, ne pouvant agir autrement que le sel marin pris à l'intérieur, ne seront pas plus utilement prescrites; et je ferai remarquer en outre, avec M. Davaine, que le liquide, dans lequel vivent et prospèrent les helminthes, contient une certaine proportion de chlorure de sodium.

Puisque le traitement médical est si peu efficace, la chirurgie nous offre-t-elle quelque moyen plus puissant? Lorsqu'il s'agit de kystes hydatiques du foie ou de tout autre point de l'économie facilement accessible à la main du chirurgien, les procédés opératoires ne manquent pas. Sans insister sur les ponctions avec un trocart plus ou moins volumineux, sur les injections iodées ou autres, sur l'ouverture plus ou moins perfectionnée de la poche, je vous rappellerai les essais d'électro-puncture qui, jusqu'à présent, n'ont pas donné de résultats favorables; sans rejeter tout à fait cette méthode thérapeutique, laquelle demande des expériences plus complètes et mieux suivies, on ne peut espérer beaucoup de son emploi.

Dans l'encéphale (indépendamment des difficultés du diagnostic de la tumeur hydatique), il serait fort inopportun de chercher à atteindre directement l'helminthe. Irez-vous trépaner? Mais en supposant, ce qui est au moins fort douteux, que vous ayez acquis la certitude de l'existence d'un kyste hydatifère, saurez-vous pour cela quel en est le siége? Et alors même que vous l'auriez reconnu par hasard, irez-vous exposer votre malade aux dangers de l'opération? A moins de faits aussi exceptionnels que celui que je vous ai cité plus haut, on sera donc forcé de renoncer à une thérapeutique active et à l'intervention de manœuvres chirurgicales.

Devant l'impuissance du traitement curatif, aurez-vous du moins la ressource des moyens palliatifs? C'est ici que l'histoire naturelle vient à propos nous prêter aide et nous permettre de poser les règles d'une bonne hygiène. Sachant où se trouvent les œufs du tœnia, quoi de plus facile que de les éviter. Comme c'est surtout dans les boissons qu'on les rencontre, il y a nécessité de rechercher des eaux pures et complétement débarrassées des matières étrangères qui ont pu se trouver sur leur passage et s'y mêler. C'est pour cela que les eaux de source seront préférables et principalement celles qui auront été soumises à un filtrage parfait.

D'autre part, il faudra rejeter complétement l'usage des viandes crues ou cuites d'une façon insuffisante. Rappelez-vous ce qui se passe dans la maladie trichiniale? Vous savez que cette affection nouvellement décrite, sinon tout à fait nouvelle, ne s'est manifestée, jusqu'à présent, que sur des individus qui avaient mangé de la viande malsaine de porc. Dans les petites épidémies observées en Allemagne, on a pu s'assurer positivement que ces accidents étaient toujours survenus après l'ingestion de jambon ou de saucisses crues ou à peine grillées à la surface. On voit pareillement le tœnia se montrer principalement dans les pays où la viande de porc ladre est préparée et cuite d'une manière insuffisante : en Abyssinie, par exemple, et en Islande, où le sixième et même le cinquième des habitants sont infectés de tœnia.

En France, où l'hygiène publique a fait des progrès considérables; à Paris, où l'édilité exerce une surveillance rigoureuse sur l'alimentation, où des inspecteurs spéciaux sont chargés d'examiner les animaux de boucherie avant de les laisser abattre, et les denrées alimentaires avant de les livrer à la consommation, on n'a vraiment pas à craindre ces espèces d'épidémies vermineuses dont je viens de vous parler. Mais, comme des cas sporadiques peuvent se présenter chez les adultes et chez les enfants, ainsi que je viens de vous le prouver par les observations précédentes, je tenais à vous rappeler de curieuses et importantes notions d'histoire naturelle et à vous indiquer aussi les moyens de préserver l'enfance (et les autres âges) des dangers très-réels dont les helminthes les menacent. Je vous le répète, en présence de l'impuissance malheureusement trop bien constatée de la thérapeutique contre les vers vésiculeux, c'est à l'hygiène qu'il faut demander protection contre ces redoutables parasites.

AMAUROSE

par atrophie du nerf optique, et épilepsie, guéries par la glace sur le rachis.

Une femme de trente-trois ans souffrait, depuis douze ans, de maux de tête, d'accès épileptiques récidivant deux ou trois fois par semaine. Il y a dix ans, sa vue commença à faiblir; elle maintint d'abord le pouvoir de lire au moyen de lunettes; mais en quelques années elle fut obligée de renoncer à la lecture, quel que fût le grossissement artificiel qu'elle employât.

A l'examen ophthalmoscopique, M. Hart trouva le disque optique très-blanc, les veines pleines et tortueuses; pupilles dilatées et absolument immobiles.

Beaucoup de remèdes avaient déjà été essayés sans succès, entre autres l'application de glace sur la tête. M. Hart voulut cependant tenter encore la méthode du docteur Chapman (le froid sur la partie inférieure de la région cervicale), comme moyen d'augmenter l'afflux du sang à travers le système nerveux du grand sympathique. Les relations connues de la région cervicale de la moelle avec la circulation du cerveau et de l'œil encourageaient *à priori* cette tentative. On appliqua donc, deux ou trois fois par jour, le sac réfrigérant de Chapman, au lieu indiqué, pendant une demi-heure. Au bout de trois jours, le premier effet fut que, mis durant l'accès, il l'abrégea et fit qu'il s'accompagna d'un sommeil profond. On continua cinq semaines, et les accès ne reparurent plus guère que tous les dix jours.

Quant à la vue, cette malade qui, au début du traitement, ne pouvait lire un type moindre que le numéro 10 de Giraud-Teulon, lit maintenant aisément le numéro 4. Ses pupilles, quoique encore paresseuses, sont moins dilatées. Examinés à l'ophthalmoscope, les disques optiques sont moins blancs, ont une couleur plus naturelle. (*The Lancet.*)

SUR CERTAINS TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR,

Par M. le professeur Loschner.

L'auteur appelle entre autres l'attention sur des accidents cardiaques qu'il a observés un certain nombre de fois chez des enfants et des adultes, comme conséquence d'un bain trop chaud suivi de refroidissement. Les accidents, dit-il, rappellent ceux de la myocardite : palpitations violentes, incessantes, quelquefois irrégulières; prolongement frémissant des bruits du cœur, battements violents des carotides, souvent oppression, anxiété, manque d'air. La nutrition générale paraît avoir subi une atteinte profonde, et un amaigrissement considérable survient rapidement. Quelle que soit la nature des accidents, ils sont d'une gravité extrême et se terminent souvent d'une manière rapide par la paralysie du cœur et des poumons, et, alors même que les malades ne succombent pas, ils ont à subir les tortures d'une angoisse atroce. A l'autopsie, on trouve quelques

foyers de myocardite circonscrite et de pneumonie lobulaire, ou encore une péricardite ou une endopéricardite. L'auteur ajoute, du reste, que l'anasarque survient fréquemment dans les derniers jours de la maladie. Les moyens les plus utiles à employer en pareille circonstance sont : les agents tempérants, la digitale, les acides, le repos absolu, les fomentations froides sur la région précordiale, les lotions tièdes, les boissons aqueuses prises en grande quantité, des inspirations profondes fréquemment répétées, la diète.

Les accidents dont nous venons de reproduire l'exposé assez incomplet sont, suivant M. Löschner, infiniment plus dangereux chez les enfants que chez les adultes, et chez ceux-ci ils auraient une gravité exceptionnelle lorsqu'ils se montrent sur des sujets en proie à une dyscrasie importante, notamment la syphilis. M. Löschner insiste particulièrement sur ce dernier point et le signale à l'attention des médecins attachés à des stations thermales. (*Prager Vierteljahrschrift*, t. LXXXIV, p. 133, 1864.)

PLAIE DE L'AVANT-BRAS.

Hémorrhagie consécutive au 45e jour. — Ligature, guérison,

Par le docteur GAZAGNAIRE (de Cannes).

Nous recevons l'observation suivante, à peu près semblable à celle de M. Richard, de Pleudihen (*Gazette des hôpitaux*, no du 8 juillet); suivant l'auteur, elle démontre l'insuffisance de la compression dans un cas de blessure de la radiale et l'obligation d'en faire incontinent la ligature quand l'hémorrhagie est trop compromettante. Voici le fait, il est tout récent, du mois de mai dernier.

M. S..., du Cannet, près Cannes, âgé de vingt-cinq ans, se coupe l'artère radiale, avec la pointe d'un couteau, à l'endroit où l'on tâte le pouls. L'hémorrhagie était effrayante; un docteur du Cannet, appelé immédiatement, fait des applications hémostatiques au perchlorure de fer, et comprime l'artère à son point le plus accessible. L'hémorrhagie est arrêtée et le traitement continué jusqu'à soudure complète de la plaie; le bras a été porté dans une écharpe pendant quarante jours, et, au moment où le chirurgien et le malade étaient dans un état de quiétude complète sur la guérison, entre les lèvres d'une petite plaie qui restait et à la suite de quelques mouvements du bras malade, l'hémorrhagie se reproduit aussi forte et aussi continue qu'au moment de l'accident; force il y eut d'abandonner les hémostatiques et la compression et de recourir incontinent à la ligature, ce qui fut fait immédiatement à six centimètres au-dessus de la plaie existante; vingt jours après, la guérison complète a eu lieu.

Ce fait, rapproché de deux autres à peu près identiques, constatés, l'un à Paris, à la Clinique de notre illustre maître, le grand Dupuytren, et l'autre, il y a quinze ans, dans ma pratique personnelle, m'ont mis dans le cas de renoncer aux hémostatiques et à la compression dans les hémorrhagies importantes consécutives à la blessure d'un vaisseau d'un certain volume, et de recourir à la ligature dans la solution de continuité, ou, quand on ne veut agir ainsi, de recourir à la ligature au lieu d'élection le plus voisin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juillet 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le rapport sur l'état sanitaire de l'arrondissement d'Agen, par M. le docteur Labesque;

2° Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Bas-Rhin pendant l'année 1864, par M. le docteur Tourdes (Commission des épidémies);

3° Le rapport de M. le docteur Duplessis sur le service médical des eaux minérales des Bains de la Reine (Oran, Algérie) pendant l'année 1864 (Commission des eaux minérales);

4° Un rapport de M. le docteur Audoui sur les eaux minérales de Challes (Savoie) en 1863 (Commission des eaux minérales);

5° Une brochure de M. Négrié, employé à l'École d'agriculture de la Saussaye, contenant la bibliographie de la vaccine;

6° Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1864 dans le département de la Meurthe (Commission des épidémies);

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Filbol, qui remercie l'Académie de l'avoir nommé associé national;

2° Une note de M. le docteur Pélikan sur la marche de la maladie récurrente de Saint-Pétersbourg;

3° Un Mémoire de M. Goudas (d'Athènes) sur une modification du traitement des fièvres intermittentes et sur leurs effets, et sur un traitement du choléra morbus (Commission du choléra);

4° Un travail de M. le docteur L. Sandras sur la digestion et l'alimentation;

5° M. J. Charrière présente à l'Académie un appareil de l'invention du docteur W.-R. Smith, professeur à l'Université du Maryland (États-Unis d'Amérique), et employé avec succès en France par MM. Shrimpton et Gantillon, qui ont bien voulu lui en confier la fabrication.



Fig. 1.

Cet appareil, très-simple, se compose d'une attelle A (fig. 1) d'un mètre de long faite avec deux tringles de fil de fer, fixées parallèlement, à six centimètres d'écartement l'une de l'autre, au moyen de deux branches transversales. Après avoir ployé cette attelle à l'aide des pinces (fig. 2), pour lui faire prendre exactement la courbure qui convient au pli de l'aine, à la flexion que l'on désire donner au genou et au cou-de-pied, on enveloppe le membre de tours de bande, ne laissant passer que les parties BB (fig 1), qui s'accrochent à la corde de suspension ; l'attelle, appliquée à la partie antérieure du

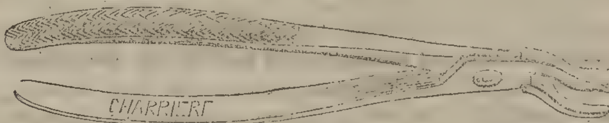


Fig. 2.

membre, est maintenue dans cette position par cinq bandes de diachylon B (fig. 3) qui embrassent le membre avec l'attelle.

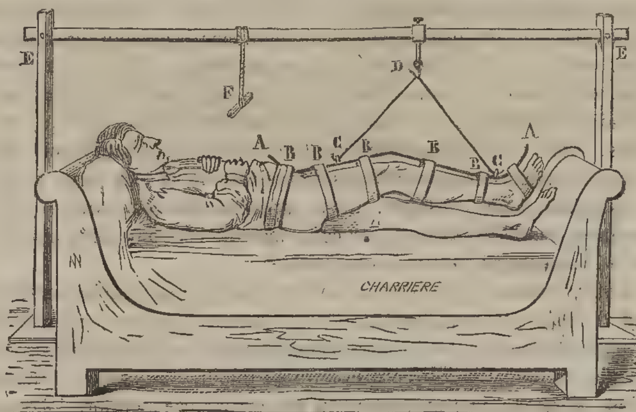


Fig. 3.

Le membre inférieur (ou supérieur) est suspendu comme dans un hamac (fig. 3), au moyen d'une corde D armée de deux crochets CC, qui s'agrafent avec deux anneaux de fil de fer BB (fig. 1) coulant sur l'attelle A.

5° MM. Robert et Collin présentent au jugement de l'Académie un nouvel instrument dit synéchotome, construit sur les indications de M. le docteur Alph. Desmarres.

Cet instrument a été imaginé pour détruire les synéchies, afin d'éviter l'opération d'iridorhexis sur les malades atteints d'iritis ou d'irido-choroïdite.

Il se compose :

1° D'une tige plate et fixe, mousse et arrondie à son extrémité. Sur l'un des bords, et à 1 millimètre en deçà de l'extrémité, se trouve une échancrure C regardant le manche de l'instrument.

2° Une seconde tige, rendue mobile à l'aide d'une pédale, est terminée à son extrémité par un tranchant oblique D. Elle est assez longue pour recouvrir dans sa course l'échancrure C de la première tige.

L'extrémité de l'instrument étant introduite entre l'iris et le cristallin, on retient dans l'échancrure C la synéchie ou les synéchies que l'on veut détruire, et en appuyant sur la pédale de l'instrument on fait glisser la lame D, laquelle coupe en passant tout ce qui est retenu dans l'échancrure.

— **M. BOULEY** demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Je n'ai pas parlé d'un procédé un peu plus moderne que celui de Reybard et qui est aussi avantageux.

En 1849, M. Raciborsky a présenté à la Société de chirurgie un procédé pour ouvrir les abcès froids et les hydrothorax en évitant l'introduction de l'air. Il s'agit d'une vessie de porc mouillée, que l'on fixe à l'extrémité de la canule qui est introduite dans les cavités.

Je regrette d'avoir omis de parler de ce procédé, qui, pour le dire en passant, n'a pas été rappelé à propos de notre discussion par le journal où M. Raciborsky l'a publié.

RAPPORTS.

M. DEVERGIE commence la lecture sur un Mémoire de M. Bardinet de Limoges ayant trait à la viabilité des enfants, et à la possibilité de la conservation de la vie même dans un espace privé d'air.

M. Devergie entre dans des considérations médico-légales sur les moyens de constater la vie chez les enfants, et, jugeant les propositions de M. Bardinet, il rappelle les observations principales rapportées par ce médecin, qui semblent prouver qu'un enfant peut vivre quinze heures et cinq heures dans un espace clos.

Dans le premier cas, un enfant, entouré d'un linceul, avait été enterré couché sur le côté sous 25 centimètres de terre, et on l'avait déterré quinze heures après. Au moment de l'exhumation, des soins ont été donnés à l'enfant, et il a vécu quatre jours. L'enfant était d'ailleurs hydrocéphale et, par conséquent, destiné à mourir. La femme qui avait enterré son enfant a été acquittée; M. Devergie, à cette occasion, croit qu'il y a à discuter s'il y a eu ou non infanticide.

Dans le second cas, un enfant avait vécu cinq heures dans des conditions analogues.

« L'auteur, dit M. Devergie, croit que la vie, en l'absence d'air, est due à une sorte d'état du fœtus analogue à la vie fœtale. C'est un point à discuter à côté de plusieurs autres.

M. Devergie retient la parole pour la prochaine séance.

Discussion sur la thoracentèse.

M. BARTH. Ne voulant pas entrer dans les détails de physique et de physiologie, je me bornerai à discuter quelques points de médecine opératoire; l'utilité de la sonde à demeure et les soins à donner aux malades sont des questions qui méritent d'être traitées.

Faut-il, lorsque la thoracentèse est indiquée, pratiquer la ponction dans un point déclive, en bas? Cela est périlleux : à droite, on peut atteindre le foie; cela est arrivé dans plusieurs cas. Il est aussi des cas où le poumon, ayant contracté des adhérences à la partie inférieure avec le diaphragme, ce muscle remonte, et on court risque de pénétrer dans le péritoine. On y est arrivé encore dans d'autres cas, dans ceux où l'épanchement pleurétique était si considérable, que le diaphragme était convexe du côté de l'abdomen. Ces considérations montrent que ce n'est pas sans danger que l'on fait une ponction à la base de la poitrine.

L'expérience m'a appris, en outre, que le liquide contenu à la base de la poitrine se vide très-bien par une ponction faite au lieu d'élection. Au reste, on a la ressource de placer le malade dans une position qui favorise l'écoulement du liquide. J'ai vu un malade qui avait subi quatre ponctions, et qui, à la dernière, avait été soumis à l'usage d'une canule à demeure; le liquide sortait très-bien, grâce à la position inclinée que nous faisions conserver au malade.

M. Briquet a parlé d'une contre-ponction que l'on pouvait faire après la ponction au lieu d'élection. J'ai proposé depuis longtemps ce procédé, mais je ne l'ai pas appliqué, et je crois que M. Briquet a attribué par méprise une opération de ce genre à M. Chassaignac pour une pleurésie.

Le lieu d'élection de la thoracentèse est sur une ligne perpendiculaire à l'axe du corps, dirigée suivant la rainure correspondant en avant au sixième espace intercostal; et, plus on s'éloigne du sternum, plus on est sûr de faire la ponction dans un espace intercostal situé au-dessous du sixième. Ainsi, on pénètre dans les septième, huitième et neuvième espaces, en ayant soin toujours de ponctionner là où il y a une matité absolue.

M. Barth dit qu'il préfère au mode de ponction, après incision de la peau, la ponction simple, l'indicateur de la main gauche étant placé dans l'espace intercostal et guidant le trocart.

Sans vouloir rentrer dans la théorie des effets de l'introduction de l'air dans les plaies, l'orateur dit que la présence de l'air se substituant au liquide contenu dans les plèvres empêche le poumon de reprendre ses dimensions, et que l'on doit par dessus tout éviter cet effet.

Ici, M. Barth examine la valeur de l'ouverture de la poitrine sous l'eau par le procédé indiqué par M. Piorry. Il rapporte une observation d'un enfant qui avait subi deux ponctions : l'une avait permis d'évacuer 1,250 grammes de liquide, l'autre avait donné issue à une moins grande quantité de liquide; des injections iodées avaient été faites. Un tube à demeure avait été placé, une fistule pleurale avait persisté; puis un jour les parents de l'enfant, qui l'avaient emmené à la campagne, n'avaient pu retrouver l'ouverture de la fistule et avaient cessé les injections iodées. L'enfant avait été ramené à Paris dans un fâcheux état, et M. Barth l'avait placé dans un bain aromatique. Cela avait produit bon effet; le liquide sortait bien des plaies, et l'eau, en s'introduisant dans leur cavité, les lavait. Néanmoins, l'enfant a succombé.

Un siphon, dit M. Barth, baignant dans l'eau, et uni à la canule qui est fixée dans la poitrine, peut empêcher l'introduction de l'air dans les plèvres; il a son avantage. Nous verrons plus loin qu'il ne peut servir à faire des injections iodées.

L'appareil de M. Guérin ne m'a pas mis à l'abri de l'introduction de l'air dans plusieurs expériences que j'ai faites. J'ajouterai au point de vue du médecin praticien que cet appareil coûte très-cher, mais je me hâte de dire que de cette question d'économie je ne prétends pas faire un argument académique.

La canule de Reybard munie d'une baudruche me paraît supérieure à tout ce qui a été imaginé jusqu'ici, et la baudruche est facile à avoir, à son défaut un intestin d'animal, un morceau de vessie de porc mouillé suffisent, et le principe de la canule à chemise reste appliqué; et avec cette canule même j'ai pu faire des injections iodées dans la poitrine.

Le siphon proposé par M. Piorry n'a pas cet avantage; pour que le liquide soit introduit en quantité suffisante dans la poitrine au moyen du siphon, il faut que le malade ait une force notable et qu'il puisse faire des inspirations profondes.

La sonde et la pompe de M. J. Guérin permettent un peu l'entrée de l'air. Mais je ferai un autre reproche à cet appareil : si la canule se bouche, comment faire enlever la pompe et ouvrir le robinet? C'est permettre l'entrée de l'air dans la poitrine, tandis qu'avec la canule à chemise de Reybard on passe un stylet; on serre la baudruche autour de lui, et l'air ne peut pénétrer dans la poitrine.

Voici comment je procède pour faire des injections dans la poitrine. Après que le liquide a été évacué, je pince la baudruche au niveau du pavillon de la canule du trocart, j'emplis la baudruche avec de l'iode, c'est-à-dire une solution d'iode contenant de l'iodure de potassium pour prévenir la précipitation de l'iode, puis je cesse de pincer la baudruche au niveau de la canule, et le liquide pénètre sans qu'il passe une bulle d'air.

J'ai obtenu plusieurs succès de la sorte.

En résumé, la thoracentèse aujourd'hui compte de nombreux succès pour les cas de pleurésie avec épanchement séreux; il est même des praticiens qui pratiquent cette opération pour toutes les pleurésies avec épanchement, je dirai en passant que je ne partage pas cette manière de faire et que je ne traiterais pas ainsi les miens. D'un autre côté, même pour les cas de pleurésie purulente, on compte des guérisons, M. Briquet vous l'a dit comme moi.

Dans ces derniers cas surtout, on a proposé l'incision simple d'un espace intercostal et la sonde à demeure.

Ici, M. Barth entre dans des détails sur la valeur des procédés employés pour laisser une canule à demeure, il donne la préférence au tube en caoutchouc perforé, muni d'un bout de sonde où est attachée une baudruche fermée. On fixe avec avantage, dit l'orateur, cette canule avec du papier gommé, cette pratique lui a été inspirée empiriquement par les parents du petit malade cité par lui. On fait porter au malade une petite poche maintenue par une courroie en bandoulière, la baudruche repose dans cette poche et ne tiraille pas le tube en caoutchouc.

Lorsqu'on laisse un tube à demeure dans la poitrine, on doit se rappeler, dit l'orateur, qu'il est des cas où le tube sort et où on ne peut retrouver l'ouverture, que ce tube peut tomber dans la cavité pleurale, et enfin que lorsqu'on a introduit dans la poitrine une trop grande quantité de tube, cela donne aux malades des accès de fièvre.

M. Barth termine en citant une observation où il a employé les injections iodées par son procédé avec la canule de Reybard.

Un enfant atteint de pleurésie purulente a été soumis à la thoracentèse, on lui a tiré 900 grammes de pus, une deuxième injection a été faite, 500 grammes de pus ont été évacués, une injection iodée a été

faite, puis le malade a été amélioré. Une tumeur fluctuante s'est montrée au niveau de la base de la poitrine, une ponction a été pratiquée à trois centimètres au-dessous du cœur, il est sorti de cette tumeur environ un verre de pus visqueux. Un tube flexible a été mis à demeure, comme je l'ai indiqué plus haut; enfin, à la longue, comme il ne coulait presque plus rien, le tube a été fermé par un fosset qu'on enlevait de temps en temps, puis le tube a été retiré et le malade a guéri.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. PÉAN présente à l'Académie une malade opérée à Batignolles, il y a huit mois, par l'ovariotomie pour un kyste multiloculaire de l'ovaire pesant dix kilogrammes.

Voici en quelques mots l'observation. Italienne de naissance, âgée de trente ans, ayant eu cinq enfants dont le dernier il y a deux ans. La malade présentait un état général tellement grave que l'on avait cru à une phthisie commençante.

Une incision, étendue du milieu de l'intervalle qui sépare l'épigastre de l'ombilic jusqu'au pubis, a découvert la tumeur; l'opération a été faite suivant les règles, mais des adhérences de l'épiploon avec la tumeur et de la tumeur avec la paroi abdominale et les intestins ont nécessité des excisions et des ligatures qui ont porté sur l'épiploon et les autres adhérences.

La suture à anse métallique a été faite en comprenant le péritoine.

La suture, à la suite d'une bronchite et d'efforts de toux considérables ayant été partiellement détruite, a dû être appliquée de nouveau.

Vingt jours après l'opération, la malade était levée et guérie. Aujourd'hui la malade, ainsi qu'on peut le voir, est dans un excellent état de santé.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre d'associé étranger.

CORRESPONDANCE.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez inséré le 13 courant, dans la *Gazette*, mon observation d'un cas d'érysipèle de la face, gagné par contagion.

En vous communiquant cette observation, monsieur, j'étais certain que votre loyauté bien connue vous ferait un devoir de la publier; mais, d'un autre côté, je ne me dissimulais pas que vos convictions et votre foi profonde dans la non-contagion de l'érysipèle ne vous permettraient guère de l'accepter sans discussion.

Dans cette réponse, je veux vous présenter quelques explications sur le cas spécial que j'ai consciencieusement observé et signalé.

Il est constant, monsieur, comme je l'ai dit dans mon observation, qu'avant de se rendre chez son fils, la veuve D... était bien portante et n'avait sur la face aucune trace d'écorchure, aucun bouton, rien enfin qui pût favoriser ou déterminer la production d'un érysipèle. Cependant, au bout de trois jours, elle tombe malade, et c'est un érysipèle qui se déclare.

Vous dites, monsieur, que ma malade a fait tout ce qu'il fallait pour gagner une maladie inflammatoire, je vous le concède; mais, dans tous les cas, il est singulier qu'avec cette prédisposition elle ait eu un érysipèle plutôt que toute autre maladie.

Pour nier absolument, dans l'espèce, la cause probable de la contagion, il faudrait nier, comme vous le faites, l'existence même de l'érysipèle; or, j'affirme que la veuve D... a eu un véritable érysipèle. Les détails, contenus dans mon observation et que je vais rappeler ici, ne permettent aucun doute à cet égard.

J'ai parfaitement constaté, chez ma malade, l'ensemble des symptômes propres à l'érysipèle. Ainsi pour l'état général, de la fièvre, de la courbature, de la céphalalgie, un état saburral très-prononcé; maintenant comme symptômes locaux, prurit, tension et commencement d'érysipèle à la base du nez à droite. Le mal a gagné le nez, s'est étendu à gauche et a traîné lentement en haut, en bas, à droite, à gauche, en occupant successivement toute la face. Les parties affectées présentaient tous les caractères distinctifs de la maladie, rougeur, tuméfaction, douleur et chaleur, apparition de quelques vésicules sur les parties les plus malades, enfin exfoliation de l'épiderme. En présence de tels symptômes, monsieur, il serait difficile de nier que j'avais réellement affaire à un érysipèle de la face.

Vous me faites dire, monsieur, « que l'érysipèle s'est borné à quelques rougeurs sans tuméfaction. » J'ai dit plus : « toutes les parties de la face ont été prises successivement sans beaucoup de tuméfaction, pourtant j'ai remarqué quelques vésicules. » Il y a entre votre citation et mon texte une différence que je regrette d'avoir remarquée.

J'ai dit encore et je répète que la malade n'a été alitée que trois jours. Mais cette circonstance ne prouve rien. A la campagne, nous voyons souvent des gens atteints d'érysipèle de la face venir à pied, d'assez loin, nous consulter. Il en est même un bon nombre qui ne prennent pas le lit du tout, car cette maladie est considérée en général à la campagne comme peu sérieuse.

Enfin, monsieur, je dois vous avouer que j'ai été péniblement surpris de vous voir supposer que j'ai pu prendre pour un érysipèle débutant à la base du nez, se promenant ensuite sur toute la face, une simple inflammation du bord ciliaire s'irradiant sur la face. Franchement, monsieur, j'aurais commis là une erreur par trop forte! J'espère que, malgré ma modeste position de médecin de campagne, vous ne me ferez pas l'injure de me croire capable d'une telle méprise!

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de ma haute estime.

H. DEROY,
médecin à Beton-Bazoches.

Nous ne voulons rien ajouter à cette lettre; nous renverrons le lecteur à la première note de l'honorable M. Deroy que nous avons reproduite textuellement et aux réflexions qu'elle nous a inspirées. — A. D.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— A la suite du concours ouvert à la Faculté de médecine de Paris, le 17 juillet 1865, M. le docteur Bailly a été nommé chef de clinique d'accouchements de ladite Faculté.

— M. Chapplain, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à ladite École, en remplacement de M. Melchior Robert, décédé.

M. Broquier, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et physiologie à ladite École, en remplacement de M. Chapplain, appelé à d'autres fonctions.

M. Rousset (Ernest), licencié ès-sciences physiques, est nommé professeur suppléant pour les chaires de matière médicale et thérapeutique, de pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Dufossé.

M. Combalat, chirurgien-adjoint des hôpitaux, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Broquier, appelé à d'autres fonctions.

— MM. F. Bricheteau et A. Ollivier viennent d'être nommés au concours pour deux places de chef de clinique de la Faculté de médecine.

— Le corps médical et pharmaceutique de Bruxelles vient de faire une grande perte. M. Laneau, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Jean, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique, auteur de plusieurs travaux remarquables, vient de mourir à la suite d'une maladie du cœur. M. Laneau n'était âgé que de quarante-cinq ans. (*Presse médicale belge.*)

— La séance prochaine de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 28 juillet.

Ordre du jour :

Travail de M. Lannelongue sur trois observations d'apoplexie séreuse.

Rapport de M. Aug. Voisin sur le mémoire de M. de Vauréal, intitulé : Des déviations de la volonté considérées comme causes de mélancolie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, par Fletwood CHURCHILL, professeur d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants à King's and Queen's College of Physicians, à Dublin, etc., traduit de l'anglais sur la 5e édition par MM. les docteurs Alexandre WIELAND, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, lauréat de la Faculté de médecine (École pratique), et Jules DUBRISAY, ancien interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents. 1 vol. gr. in-8 de 1100 pages, avec 250 figures. Prix : 15 fr. Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Éd. MONNERET, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. La 5e livraison vient de paraître. Prix de chaque livraison : 3 fr. rendue *franco* dans toute la France et l'Algérie. Paris, P. Asselin, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — *Nota.* L'ouvrage se composera de 3 volumes grand in-8° et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 89. — SAMEDI 29 JUILLET 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 29 JUILLET 1865. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Angine diphthéritique. — Croup. — Hémorrhagie intestinale. — Paralysie diphthéritique. — Guérison.

Lorsque la diphthérie prend une forme maligne et qu'elle s'accompagne d'hémorrhagies abondantes, elle est presque toujours mortelle. L'observation suivante de diphthérie avec hémorrhagie intestinale, puis de paralysie consécutive, est un bel exemple de guérison. Nous devons la relation de ce fait intéressant à M. le docteur Ch. Mestral, médecin à Sainte-Croix (Suisse).

M... B..., âgé de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, n'a jamais eu antérieurement de maladie grave. Après avoir été plusieurs jours exposé au froid et à l'humidité, il fut pris d'un mal de gorge qui empira de jour en jour, et le 25 septembre, à une heure du matin, je fus appelé auprès de lui pour la première fois. Il présentait alors les troubles suivants :

Respiration haletante, très-gênée, pouls petit, dépressible, 130 pulsations par minute, peau inondée d'une sueur froide, toux rauque, étouffée, expectoration de membranes, dont quelques-unes offraient la forme de petits tubes cylindriques; voix nulle, muqueuses violacées, ganglions sous-maxillaires tuméfiés et douloureux. A l'auscultation, bruit de tremblotement dans le larynx se prolongeant dans la trachée, murmure vésiculaire affaibli. Voile du palais, piliers, amygdales, pharynx tapissés uniformément d'une membrane grisâtre et adhérente. Déglutition gênée, sans être trop douloureuse.

On pouvait donc conclure à l'extension de la diphthérite aux voies aériennes. Cautérisation de l'arrière-gorge avec l'acide chlorhydrique pur, vomitif stibié, sangsues à la région sous-maxillaire.

Le 26 septembre, le malade est soulagé, le pouls est descendu à 110 pulsations, la dyspnée est moins considérable, il y a toujours expectoration de plusieurs fausses membranes. Cautérisation de l'arrière-gorge.

Pendant la nuit du 27 au 28 septembre, de nouveaux troubles graves du côté de la respiration sont promptement réprimés par l'administration d'un vomitif.

La journée du 28 se passe assez bien; plusieurs fausses membranes sont expectorées, la voix est toujours nulle. Respiration encore un peu gênée. Pouls plus fort et moins accéléré que la veille. Nouvelle cautérisation de l'arrière-gorge. Le soir, à dix heures, le malade est pris assez subitement d'une faiblesse excessive; le pouls perd de sa force, la respiration se ralentit, la face devient pâle. Éther à l'intérieur.

Le lendemain matin, on trouve le malade privé de connaissance et baigné dans une mare de sang noir mélangé de caillots; le pouls est presque filiforme, la respiration lente, les muqueuses blanches, les extrémités froides. Glace à l'intérieur. Le soir, le pouls reprend un peu de sa force, mais l'état comateux persiste encore.

Le 29 septembre, le malade a repris connaissance, il peut parler à voix basse; la respiration est assez facile; il tousse fréquemment et expectore des fausses membranes. Évacuation volontaire et abondante de matières noires visqueuses, contenant quelques caillots de sang noir. Pouls, 90 pulsations. Le voile du palais seul est encore recouvert par des fausses membranes.

Le 30 septembre, la respiration est un peu plus gênée que la veille; le pouls bat 105 pulsations par minute; des fausses membranes ont reparu sur les amygdales et nécessitent une nouvelle cautérisation. Toux plus fréquente, expectoration de fausses membranes grises, dont quelques-unes sont tubulées. Pas de selles depuis la veille.

Les premiers jours d'octobre, le malade va de mieux en mieux, les fausses membranes finissent par disparaître, et la voix reprend son caractère normal.

Le 5 octobre, les selles n'ayant pas encore reparu, et la langue étant très-chargée, on administre quinze grammes de sulfate de soude en deux fois. Cette légère purgation suffit pour provoquer des selles liquides ne contenant aucune trace de sang.

Les jours suivants, l'appétit reparaît, les forces augmentent, l'état général s'améliore.

Le 12 octobre, le malade se lève et peut marcher avec assez de facilité, l'appétit est bon, les douleurs de gorge ont disparu, la déglutition est facile.

A partir du 25 octobre, un mois environ après le début des premiers accidents, des troubles d'une autre nature se déclarent. La voix qui, les jours précédents, était normale, devient nasonnée; la déglutition devient difficile, sans être douloureuse; une partie des boissons reflue par les fosses nasales; les aliments solides sont avalés avec beaucoup plus de facilité que les liquides. A l'examen de la gorge, on trouve le voile du palais légèrement pendant. En le titillant avec une barbe de plume, on ne met en jeu ni sa sensibilité ni sa motilité. Le malade se plaint de céphalalgie frontale et de vertiges. Le pouls est un peu accéléré. Bien que la faiblesse des extrémités soit assez grande, rien ne ressemble pour le moment à de l'anesthésie générale. Afin de réveiller la contractilité du voile du palais paralysé, on le touche avec une solution d'ammoniaque caustique, et on introduit dans la partie supérieure de l'œsophage une sonde œsophagienne à boule volumineuse. Cette dernière opération, réitérée une fois chaque jour, ne produit d'abord aucun mouvement spasmodique comme cela a lieu chez les individus sains. Mais, après quelques jours, les mouvements et la sensibilité du voile du palais et du pharynx reparaissent peu à peu, et, au bout de deux semaines, la gêne dans la déglutition n'existe plus, et la voix a repris son timbre normal.

A partir de ce moment, tout fait croire à une entière convalescence. Mais après vingt-cinq jours d'un mieux progressif, la céphalalgie se déclare de nouveau; les membres supérieurs et inférieurs perdent beaucoup de leur force, deviennent insensibles, et le 10 octobre, appelé de nouveau auprès de M. B..., M. Mestral constate les symptômes suivants :

Les membres sont atteints d'une anesthésie très-prononcée depuis leur origine jusqu'à leur extrémité. La peau peut être pincée assez fortement sans produire d'autre sensation que celle du toucher; une aiguille introduite à travers la peau et les muscles ne provoque aucune douleur. L'insensibilité est égale de chaque côté. En chatouillant la plante des pieds, on donne lieu cependant à quelques mouvements réflexes. Tous les mouvements des membres inférieurs sont conservés, quoiqu'un peu restreints. La station verticale sans soutien est impossible; le malade ne peut marcher qu'appuyé sous chaque épaule par un aide; il exécute alors tous les mouvements qui ont lieu dans la marche, et dit sentir le sol avec les pieds, mais moins parfaitement qu'à l'état normal. Les membres supérieurs, également privés de sensibilité de chaque côté, ont conservé leur mouvement, mais ils sont d'une faiblesse très-grande. Il existe une céphalalgie frontale continue, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles et des douleurs dans le dos. Aucun trouble du côté de la vue. Pouls accéléré, appétit presque nul, déglutition facile. Les érections, qui d'habitude avaient lieu toutes les nuits, n'ont pas reparu depuis plusieurs jours. En exerçant une pression légère le long de la colonne vertébrale, on provoque au niveau de la dernière vertèbre cervicale et des deux premières dorsales, une douleur fixe très-intense, et toujours la même chaque fois qu'on répète cette expérience.

Ne tenant pas compte pour le moment de la faiblesse du malade, M. Mestral fait appliquer des ventouses scarifiées à la nuque, et un large vésicatoire sur le point douloureux de la colonne vertébrale.

Le 12 octobre, la céphalalgie et la douleur dorsale ont beaucoup diminué; les membres reprennent un peu de leur sensibilité perdue. Nouvelle application de ventouses à la nuque. Pommade de cantharides sur la place du vésicatoire. Frictions des extrémités avec le liniment volatil.

A partir du 20 octobre, la céphalalgie ayant disparu et la douleur vertébrale considérablement diminué, on administre l'extrait alcoolique de noix vomique à doses croissantes. Cette médication ne produit pas d'effet notable les premiers jours. Le douzième jour de ce traitement, la dose du médicament ayant été portée la veille à 4 grains, le malade commence à éprouver quelques fourmillements et de légères secousses dans les extrémités. En pinçant la peau, on remarque que la sensibilité, encore un peu émoussée, est bien plus vive que précédemment. Le chatouillement de la plante des pieds provoque des mouvements réflexes très-prononcés.

La même dose de noix vomique est continuée les jours suivants, et donne lieu à une amélioration assez rapide. La sensibilité reparaît peu à peu, les forces renaissent, les muscles

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie descriptive, par M. le professeur CRUVEILHIER; 4e édition, avec la collaboration de MM. les docteurs Marc Sée et Cruveilhier fils. — Splanchnologie (1).

Éléments d'anatomie générale de Béclard, 4e édition (2).

I. L'ouvrage de M. le professeur Cruveilhier n'est pas de ceux auxquels il soit nécessaire de prédire le succès. Guide précieux de notre génération médicale, il guidera encore celle qui nous suit.

Le volume qui vient d'être livré au public était cependant attendu avec une certaine curiosité. Il contient, en effet, la splanchnologie tout entière, et nous devons reconnaître que c'est dans cette partie de l'ouvrage que la tâche du collaborateur était la plus étendue et la plus difficile. Hâtons-nous de reconnaître que notre collègue et ami M. Marc Sée a très-heureusement réussi à conduire à bien cette œuvre délicate.

L'anatomie de texture n'a certainement pas fait de la splanchnologie une science nouvelle, mais elle a singulièrement agrandi le champ de nos études dans cette partie si importante de l'anatomie. Rien de plus indispensable au médecin que la connaissance exacte de la forme, de la situation, des rapports des organes. Pas un jour de la vie médicale ne s'écoule sans que forcément nous n'ayons à nous souvenir de ce que nous avons appris en étudiant les organes. Si le cas est quelque peu difficile, nous avons besoin, pour arriver à un diagnostic certain, que nos souvenirs soient exacts; que les limites, le volume du viscère que nous interrogeons se représentent fidèlement à notre mémoire. Si la connaissance de la structure intime des organes est d'une utilité moins prochaine, personne ne pourra nier son importance dans la pathologie; il n'est pas de médecin qui voulût aujourd'hui y rester étranger.

Aussi voyons-nous avec un véritable sentiment de satisfaction l'ouvrage de M. le professeur Cruveilhier enrichi des nombreuses et incontestables acquisitions dues aux histologistes.

L'ouvrage n'a d'ailleurs rien perdu de ses qualités natives : chacun a pu apprécier ou entendre louer la méthode et la clarté parfaites qui ont fait de la partie descriptive du livre de M. Cruveilhier un modèle accompli. M. Marc Sée a su s'inspirer des qualités de l'auteur de l'œuvre qu'il était appelé à compléter. La description des éléments anatomiques de l'organe et de leur agencement pour constituer son tissu propre est aussi facile à suivre que celle qui nous a révélé sa forme ou ses rapports.

Les figures intercalées dans le texte éclairent singulièrement la description. Celles qui représentent la structure des organes méritent surtout d'être signalées. Comme dans le premier volume, elles ont été dispersées dans le corps de l'ouvrage avec toute la prodigalité nécessaire.

Il est difficile de donner un aperçu des articles nouveaux que contient ce traité de splanchnologie, il faudrait pour cela passer en revue chacun des organes qui s'y trouvent décrits. Nous nous contenterons de signaler à l'attention du lecteur les considérations générales sur les muqueuses et les glandes, qui servent en quelque sorte d'introduction à ce volume; l'étude très-complète de la muqueuse digestive, les chapitres qui traitent de la structure du foie, de la structure du poumon. Partout d'ailleurs la description demeure claire, simple, élémentaire, et nous paraît répondre entièrement au but qu'a toujours su atteindre l'auteur : présenter d'une manière complète, mais non surchargée, ce qui est absolument indispensable à tout élève et à tout médecin de connaître.

Nous croyons que, telle qu'on nous l'offre aujourd'hui, la splanchnologie de MM. Cruveilhier et Marc Sée sera pour les débutants un guide des plus sûrs, et pour ceux qui déjà sont entrés dans la carrière un précieux auxiliaire.

Un progrès nous semble cependant désirable pour l'ouvrage dont nous venons de parler : l'addition de tables bibliographiques.

II. M. J. Béclard, qui déjà nous a donné dans la dernière édition de son traité de physiologie de si précieuses indications de livres et de mémoires à consulter, a voulu que la quatrième édition des éléments d'anatomie générale de son père reçût cet utile complément. Ce n'est pas le seul changement de la nouvelle édition. Déjà M. J. Béclard nous avait donné, en 1852, une troisième édition des éléments d'anatomie générale. De nombreuses additions destinées à faire entrer dans l'ouvrage les connaissances nouvelles et déjà nombreuses dues au microscope, avaient été disséminées dans le corps même du volume.

Aujourd'hui, M. J. Béclard a voulu rendre complétement distinctes de l'œuvre de son père, les additions plus nombreuses encore exigées par nos connaissances actuelles. Les éléments d'anatomie générale de P.-A. Béclard ont été réimprimés dans leur texte primitif. Des appendices placés à la suite de chacun des chapitres anciens exposent la science nouvelle, c'est à la suite de chacun de ces appendices que se trouve l'indication des sources bibliographiques où voudront puiser ceux qui sont curieux de remonter aux originaux.

Ce sont donc en quelque sorte deux ouvrages distincts, et l'on pourrait se demander si la publication isolée d'un précis ou d'un traité d'histologie n'eût pas été plus droit au but. Mais en dehors

(1) Un vol. in-8°. Prix : 9 fr. Paris, 1865; Asselin, libraire.

(2) Un vol. in-8°. Prix : 10 fr. Paris, 1865; Asselin, libraire.

peuvent se contracter tous les jours un peu plus fortement. Le malade peut bientôt marcher seul avec l'aide d'un bâton, puis sans appui.

Le vingt-cinquième jour du traitement par la noix vomique, la sensibilité et le mouvement ayant complétement reparu, ce traitement est interrompu. La convalescence n'est depuis lors entravée par aucune complication; les toniques, le quinquina, une nourriture azotée rendent à M. B... les forces et l'embonpoint qu'il avait perdus, et depuis la fin de novembre jusqu'à maintenant, il a continuellement joui d'une santé irréprochable.

Dans ce cas de paralysie diphthéritique, la céphalalgie, les vertiges, l'état fébrile, cette douleur vive et de longue durée le long de la colonne vertébrale, ainsi que les résultats avantageux obtenus par le traitement antiphlogistique et révulsif au début, permettent de penser à l'existence de quelques troubles probablement de nature inflammatoire du côté des centres nerveux. La paralysie dite diphthéritique serait-elle peut-être toujours liée à quelque lésion des centres nerveux? C'est ce que cette observation et peut-être de nouvelles analogues tendront à prouver.

Tubercules des ganglions bronchiques, perforation de l'aorte.

J... W..., âgé de trente et un ans, a été admis à King's-College-Hospital, dans le service du docteur Johnson, au mois de juin 1865, pour une hématémèse. Le malade avait vomi une grande quantité de sang noir immédiatement avant son admission. A l'hôpital, il a continué à expectorer du sang en abondance et a été traité avec la glace et la térébenthine; sa mort est arrivée le douzième jour du séjour du malade à l'hôpital; du sang en grande abondance avait été rendu par les selles.

W... avait été atteint depuis long temps d'une mauvaise toux et avait craché du pus mêlé à du sang, et il avait beaucoup souffert de douleur dans la région de l'estomac.

A l'autopsie, on a trouvé les poumons emphysémateux et une congestion hypostatique à la base du poumon gauche. Les ganglions bronchiques étaient très-tuméfiés, et quelques-uns avaient le volume d'une noix de France. D'une consistance molle, ils offraient au microscope une substance d'apparence granuleuse et mêlée à des globules graisseux. Au niveau de la trachée-artère, il y avait une masse de matière calcaire. L'œsophage au niveau de la sixième vertèbre dorsale était comprimé, et la membrane muqueuse de ce conduit était ulcérée en ce point. L'œsophage était en outre adhérent à l'aorte, sans doute à la suite de l'inflammation et de la destruction d'un ganglion bronchique. A cet endroit, il y avait une ouverture pouvant admettre le passage d'une plume de corbeau qui établissait une communication entre l'œsophage et l'aorte. Il n'y avait pas d'altération des membranes de l'aorte, les autres viscères étaient sains.

Kyste de l'ovaire traité par la méthode électrolytique.

M. Scoutetten a opéré, il y a quelques jours, par la méthode électrolytique, une jeune fille de vingt-trois ans placée dans le service de M. Laugier, à l'Hôtel-Dieu, ainsi que nous l'avions annoncé à nos lecteurs.

Cette jeune fille était affectée d'un kyste ovarique du côté gauche, de moyen volume; l'abdomen mesurait 0m,78 d'une épine iliaque à l'autre.

L'opération a consisté à introduire deux aiguilles à acupuncture dans le kyste. Ces deux aiguilles ont été placées à environ dix centimètres de distance l'une de l'autre, et enfoncées perpendiculairement. Prenant ensuite les deux fils d'une pile de Bunnsen, M. Scoutetten les a mis en contact avec les deux anneaux des aiguilles, ce qui a produit à la jeune fille une sensation pénible qui a vite diminué. L'opération a duré dix minutes et n'a présenté rien de particulier à noter, le kyste n'avait pas diminué.

Ces détails nous ont été donnés par M. le docteur Corlieu qui assistait, pour la *Gazette*, à cette opération.

Depuis l'opération, la malade a éprouvé quelques accidents fébriles et de la douleur dans l'abdomen, il y avait des symptômes de péritonite, ceux-ci se sont amendés, et la malade est mieux.

La méthode électrolytique n'a pas eu, dans ce cas, un résultat absolument favorable. Le kyste n'a pas diminué d'une manière sensible, mais aujourd'hui ce serait peut-être trop exiger. On se rappelle, en effet, que dans les cas d'hydrocèle traités par l'électricité, par Rodolphi, il y a plusieurs années, la diminution de volume observée sur quelques hydrocèles ne s'était pas prononcée immédiatement. Attendons donc encore.

Quoi qu'il en soit, nous espérons pouvoir publier l'observation dans nos colonnes.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. FANO.

Atrophie de l'œil gauche. — Cataracte dure à droite. — Iridectomie de ce côté, pour démasquer la portion transparente du cristallin. — Amélioration notable de la vision.

Si le choix d'une méthode opératoire est généralement facile dans les diverses espèces de cataractes, il en est quelques-unes qui sont accompagnées de circonstances, où la plus grande circonspection est commandée au chirurgien. Tel est le cas que nous allons rapporter: chez une femme déjà d'un certain âge, l'œil gauche est perdu à la suite d'une phlegmasie lente; le droit offre une cataracte dure; la périphérie du cristallin a conservé sa transparence, mais la vision de ce côté est devenue tellement mauvaise, que la patiente ne peut plus se conduire seule. Risquera-t-on, dans ce cas, une extraction, un abaissement ou un broiement? N'a-t-on pas à redouter, en agissant ainsi, de provoquer une inflammation grave, auquel l'organe semble d'autant plus disposé que l'autre œil a péri par ce processus morbide, que la conjonctive est le siége d'une hypérémie? Ne vaut-il pas mieux, en pareille circonstance, agrandir la pupille en l'échancrant largement, de façon à démasquer la portion du cristallin demeurée transparente.

C'est à ce dernier parti que s'est arrêté M. Fano, et l'on verra que cette pratique a été couronnée de succès.

Atrophie de l'œil gauche. — Cataracte dure à droite; iridectomie de ce côté. — Amélioration notable de la vision.

La dame veuve Rabais, âgée de soixante-quatre ans, sans profession, est venue, pour la première fois, à la clinique de M. Fano, le 20 avril dernier. Elle raconte avoir perdu la vue, à gauche, il y a environ quinze ans; l'affection s'était développée lentement, sans douleurs appréciables.

Deux ans plus tard, elle constate un affaiblissement de la vision à droite, sans la moindre douleur; pendant quelque temps, et malgré la diminution graduelle de la vision, elle a pu faire son ouvrage de ménagère. Depuis environ sept à huit mois, elle a été obligée de suspendre ses travaux, et elle ne voit plus à se conduire seule hors de chez elle.

Actuellement, la patiente ne distingue absolument rien de l'œil *gauche;* de l'œil droit, elle reconnaît imparfaitement quelques objets usuels.

L'œil *gauche* présente une atrophie au premier degré. La pupille est oblitérée par une opacité, couleur blanche de craie, dans sa moitié inférieure; couleur bleuâtre, analogue à celle de l'iris, dans sa moitié supérieure. Cette opacité, qui a tous les caractères d'une cataracte capsulaire, est adhérente de toutes parts au contour de la pupille.

L'œil *droit,* examiné par l'éclairage latéral à la lampe, nous montre une cataracte dure, c'est-à-dire une opacité occupant le centre du cristallin, de couleur jaune-verdâtre. Examine-t-on l'œil, avec le miroir seul, on voit qu'il existe, à la périphérie du cristallin, une portion transparente, offrant plus d'étendue du côté temporal que du côté nasal. La pupille se dilate très-difficilement par l'atropine, bien qu'il n'y ait aucune synéchie postérieure.

La conjonctive palpébrale est le siége d'une hypérémie très-prononcée. M. Fano prescrit un collyre au sulfate de zinc; l'administration journalière de faibles quantités de poudre de rhubarbe et d'aloès, afin de produire une dérivation sur l'intestin. Plus tard, il fait remplacer la solution de sulfate de zinc par un mélange à parties égales d'eau distillée et de laudanum de Sydenham. Sous l'influence de cette médication, l'hypérémie de la conjonctive est améliorée.

Le 15 juin, M. Fano pratique sur l'œil droit l'opération suivante: avec un couteau lancéolaire, il fait une ponction à la cornée, au niveau de sa demi-circonférence externe. Attirant au dehors, par cette plaie, la portion attenante de l'iris, il incise une portion de ce diaphragme équivalente à quatre millimètres carrés. Pendant la dernière manœuvre, il se fait une effusion de sang dans la chambre antérieure (*occlusion des paupières avec bandelettes de taffetas agglutinatif*).

Le 17, M. Fano enlève l'appareil contentif; l'épanchement sanguin de la chambre antérieure est à peu près complétement résorbé.

Le 19, la pupille est très-nette; il reste encore une légère suffusion sanguine dans le bas de la chambre antérieure. La patiente se conduit dans l'appartement, d'une chambre à l'autre, sans se heurter.

Le 24, il n'y a plus la moindre trace de sang dans la chambre antérieure; la pupille artificielle est très-nette. La patiente distingue facilement les objets usuels.

Le 28, elle distingue une pièce de 10 francs en or, une bague; elle ne reconnaît pas la différence des deux faces d'une pièce de monnaie.

Le 2 juillet, elle aperçoit le ballon à hélices enlevé au jardin du Luxembourg, et alors que l'aérostat était à une grande hauteur. Elle voit les maisons d'une rive de la Seine à l'autre. Elle se distingue elle-même dans un miroir, et se conduit seule au dehors le long des quais.

Enfin, le 15, elle distingue les aiguilles d'une montre et assez nettement les objets usuels. Examinée par l'éclairage latéral à la lampe, M. Fano constate que l'opacité cristallinienne présente les mêmes dimensions qu'avant l'opération. Avec le miroir seul, on reconnaît que le centre de l'ancienne pupille est occupé par une tache d'un gris bleuâtre, qui semble en partie adhérente à la moitié interne de l'ancienne pupille (?). A la partie externe de l'ancienne pupille, là où l'on a pratiqué l'iridectomie, se voit une partie de couleur rosée d'environ trois millimètres de diamètre.

DYSPEPSIE REBELLE

guérie par les lavements vineux.

Une femme, âgée de vingt-huit ans, délicate, avait été bien portante jusqu'en 1855, où elle fut prise d'anorexie. La faiblesse et l'inappétence s'accrurent en 1857, après un accouchement qui fut bientôt suivi d'une fièvre typhoïde grave qui dura six semaines. La bouche et l'arrière-gorge étaient couvertes d'aphthes; il y eut trois évacuations sanguines par le bas. Celles-ci cédèrent à l'emploi du salep et de l'alun; mais la faiblesse était extrême, et la fièvre hectique se mit de la partie. La pepsine resta sans effet; les lavements de bouillon, de lait et jaunes d'œufs ne furent point retenus et provoquèrent des tranchées abdominales. Dans cette occurence, le docteur Innhauser eut recours, avec une entière réussite, aux lavements vineux (1/8 de chopine de vin avec quantité égale d'eau) administrés matin et soir; une chaleur bienfaisante se répandit dans tous les membres et, dès le premier soir, il y eut un sommeil calme et réparateur qui dura huit heures. Le quatrième jour, on ajouta à chaque lavement un demi-jaune d'œuf. La fièvre hectique disparut; les forces revinrent lentement mais graduellement, le sommeil nocturne était excellent et l'amaigrissement ne fit pas de progrès. Au bout de douze jours, l'appétit se montra, et après trois semaines de l'usage des lavements vineux, la malade mangea du rôti de veau et de la venaison: elle quitta le lit un mois après, et les lavements furent suspendus, la guérison pouvant être considérée comme

---

même de l'intérêt d'un rapprochement qui montre le chemin parcouru en quelques années dans cette étude des tissus inaugurée avec tant d'éclat par Bichat, le lecteur trouvera des enseignements féconds dans la lecture de chapitres qui, bien qu'écrits pour une autre époque, portent ineffaçable l'empreinte de l'esprit élevé et juste qui les a publiés. Le mouvement anatomique et physiologique est trop puissant à notre époque pour qu'un retour vers le point de départ ne renferme pas plus d'un enseignement. Que pourrait aujourd'hui penser notre illustre Bichat qui écrivait dans la préface de son traité d'anatomie en parlant de l'anatomie: « Tout est fait de son côté, et peut-être n'est-il pas de science plus voisine qu'elle de la perfection. »

Les chapitres dus à M. J. Béclard se recommandent par les qualités dont cet auteur, si justement estimé, a déjà donné tant de preuves. Ils sont faciles à lire, résument clairement et complétement l'état de la science historique. L'auteur a voulu d'ailleurs que ses descriptions pussent être contrôlées à l'aide des figures nombreuses intercalées dans le texte, et surtout par l'indication très-soignée des moyens nécessaires pour étudier sous le microscope le tissu dont il fait l'histoire. L'on sait le rôle important que jouent les réactifs dans les préparations microscopiques. Cette partie de la science histologique est dans une voie de progrès remarquable; M. Béclard a pris soin de nous renseigner sur la nature et le mode d'emploi des différents réactifs mis jusqu'à ce jour en usage.

Si nous rappelons que la source des renseignements est complétée par les tables bibliographiques déjà signalées, nous aurons le droit de conclure que M. J. Béclard vient encore de doter la littérature médicale d'une œuvre incontestablement utile. — Félix Guyon.

Traité de la dyspepsie, fondé sur l'étude physiologique et clinique, par M. J.-J. Guipon, docteur en médecine, médecin des hospices et des épidémies à Laon, etc. (1).

Couronné par l'Académie de médecine en 1863, revu, augmenté et publié en 1864, cet ouvrage avait depuis longtemps sa place marquée et réservée dans les Revues bibliographiques de la *Gazette des Hôpitaux*: il l'avait par droit de conquête sur un champ de bataille que le népotisme heureusement n'a pas encore envahi.

J'ai toujours eu une certaine sympathie pour les livres qui nous viennent de la province et surtout pour ceux qui ont trait aux maladies chroniques. En 1861, M. Neucourt a publié un excellent volume de recherches et d'observations sur les affections chroniques gastro-intestinales, sur la métrite chronique et les névralgies. Un de nos confrères de Laon, répondant à l'appel fait par l'Académie, qui avait proposé pour sujet de prix les *dyspepsies*, est entré en lice et est sorti vainqueur sur dix-huit rivaux.

C'est que les médecins de province sont en général d'excellents observateurs. Ils ne *voient* pas les malades, ils font mieux que de les voir; ils les connaissent, ils les pratiquent, ils les fréquentent. Par suite de ce contact continuel, ils sont à même de mieux juger, de mieux apprécier l'idiosyncrasie, le tempérament de chaque individu, parce qu'ils le voient journellement, parce qu'ils connaissent ses habitudes. Ils sont plus à même de contrôler le résultat du traitement, parce qu'en province le malade ne consulte que son médecin; tandis que dans les grands centres il est peu de clients, si convaincus qu'ils soient de la supériorité de celui qui les traite, qui, dans les maladies chroniques, ne lui fassent une petite infidélité, poussés par d'obséquieux amis, par des récits extravagants de maladies *absolument identiques* guéries par tel ou tel; enfin aussi par le mystérieux attrait de l'homœopathie, qui a de puissants protecteurs. Malgré toute l'avidité avec laquelle j'ai lu en 1857 les dyspepsies de Chomel, son dernier ouvrage; malgré l'empressement avec lequel j'ai lu en 1862 un autre livre sur les dyspepsies, ouvrage qui a eu le double résultat de servir à la fois la science et son auteur; malgré les méditations que j'ai faites des dyspepsies de M. Beau, qui, en ce sujet comme en quelques autres, a été un peu trop systématique, j'ai lu avec profit le livre de M. Guipon, et je suis heureux de dire avec le rapporteur de l'Académie: « Ce Mémoire est un travail consciencieux, tout à fait au niveau des connaissances actuelles et très-sagement écrit... Considérations historiques, doctrinales, physiologiques et même chimiques, tout s'y trouve dans une juste proportion. »

Et d'abord, qu'est-ce que la dyspepsie? Définie vaguement par Chomel (p. 11), incomplétement par M. Nonat (p. 17), elle est pour M. Guipon « toute digestion difficile, douloureuse ou pervertie, par suite tantôt d'un trouble de l'innervation fonctionnelle, tantôt d'un vice sécrétoire des organes digestifs ou de ces diverses causes réunies. »

Aux cinq variétés généralement admises (flatulente, gastralgique, acide, atonique, boulimique), M. Guipon en ajoute deux autres, qui sont les dyspepsies syncopale et pituiteuse ou hypercrinique. Cette dernière, non indiquée par Chomel, n'est cependant pas une importation ni une découverte nouvelle.

La *dyspepsie syncopale*, admise par Sauvage, a été rejetée par presque tous les pathologistes, y compris Chomel et Nonat. C'est une variété que M. Guipon a observée chez les personnes faibles, impressionnables, anémiques, en état de grossesse. Chez ces personnes, le

(1) Un vol. in-8° de 456 pages. Prix: 7 fr. Chez J.-B. Baillière. Paris, 1864.

complète. Plus tard les menstrues reparurent, l'appétit et les fonctions animales s'exécutèrent a souhait; bref, la santé ne laissa plus rien à désirer.

(*Journal des connaissances méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 juillet 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. le Président**, en ouvrant la séance, annonce à la Société la mort de M. Bauchet. Notre regretté collègue a succombé jeudi matin; tout le bureau et un grand nombre de membres de la Société de chirurgie assistaient à ses obsèques. M. Legouest, secrétaire général, sur l'invitation de M. le président, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de notre malheureux collègue.

Uréthrotomie. — Suite et fin de la discussion.

M. le Président. Avant de donner la parole aux membres inscrits pour la suite de la discussion, j'ai quelques mots à dire sur la dernière séance.

Le discours prononcé par M. Perrin ayant donné lieu, en dehors de la Société, à des interprétations qui sont de nature à blesser la susceptibilité de M. Guérin, je crois de mon devoir de déclarer que ces interprétations sont inexactes. J'ajouterai d'ailleurs que, pour écarter toute équivoque, M. Perrin, sur la demande du bureau, a modifié pour le procès-verbal quelques passages de son discours dont la forme pouvait paraître personnelle.

La parole est à M. Trélat.

M. Trélat. Après la réponse de M. Perrin, je n'ai presque plus rien à dire; je veux seulement insister sur trois points qui dans la discussion ne m'ont pas paru suffisamment distingués les uns des autres, à savoir :

1° L'innocuité de l'incision uréthrale;

2° Son efficacité ;

3° Sa valeur comparative.

M. Voillemier nous a dit : Il importe peu que l'opération soit grave ou bénigne; si elle est indiquée, je la pratique, sinon je ne la fais pas. Je ne puis partager cette manière de raisonner. Il n'est pas un seul d'entre nous qui ne tienne compte du danger qu'entraîne une opération quand il s'agit pour lui de fixer sa thérapeutique. Pour ma part, si je crois qu'on peut souvent avoir recours à l'uréthrotomie, faite comme il a été dit dans cette dernière discussion, c'est que les faits bien observés ont prouvé qu'elle est peu grave par elle-même. Pour ce qui a trait à son efficacité, elle ne peut plus être mise en doute. Peut-être est-il moins aisé de déterminer sa valeur comparative. On peut cependant dire, après cette discussion, que pour la plupart des chirurgiens qui y ont pris part, l'uréthrotomie doit être réservée aux rétrécissements dans lesquels la dilatation reste impuissante. Elle est également applicable à ceux dont il s'agit de faciliter la dilatation. C'est donc une opération adjuvante.

Quant à la question relative au procédé opératoire, je n'hésite pas à préférer l'incision d'arrière en avant. Or, avec l'instrument que j'ai présenté, il y a quelque temps déjà, on peut la faire même dans les rétrécissements très-étroits, grâce à l'absence de l'extrémité olivaire volumineuse que présentent la plupart des uréthrotomes et en particulier celui de M. Civiale.

M. Guérin. Je ne reviendrai pas sur la partie critique de la question; je ferai seulement remarquer qu'on est loin d'avoir démontré que l'uréthrotomie permette de se passer de la dilatation. Car les faits d'anatomie pathologique qui ont été produits ne sont pas relatifs à des cas où l'uréthrotomie ait été mise seule en usage. Or, je ne puis comprendre comment les incisions sans dilatation peuvent se cicatriser sans qu'un retrait des parois uréthrales ait lieu consécutivement.

M. Blot. Sans entrer dans le fond de la discussion, je veux seulement faire observer que la réparation des muqueuses ne s'effectue pas de la même manière que celle de la peau; tandis que sur cette dernière, on voit toujours se former un tissu cicatriciel au niveau des solutions de continuité, on observe, au contraire, très-souvent sur les muqueuses, comme celle de la bouche, par exemple, des ulcérations quelquefois très-profondes intéressant tout le tissu muqueux, comme dans certains aphthes; on voit, dis-je, des ulcérations dont la guérison a lieu sans qu'on puisse trouver la moindre trace de tissu cicatriciel; si bien qu'on ne saurait dire au bout de quelques semaines où a été le siége de l'ulcération.

M. Guérin. Je suis heureux d'entendre M. Blot formuler une opinion qui vient à l'appui de celle que j'ai émise en diverses circonstances et tout dernièrement encore à l'occasion de l'uréthrotomie; je n'ai jamais vu non plus de tissu cicatriciel sur les muqueuses; tant que celles-ci sont seules atteintes par l'ulcération ou l'excision, on peut être certain qu'il ne s'y formera pas de tissu inodulaire pour remplacer la portion détruite. Aussi les muqueuses ne peuvent-elles jamais se rétracter par ce mécanisme; d'où la difficulté si grande qu'on éprouve à guérir l'ectropion. Mais, dès que le tissu conjonctif, le tissu cellulaire sous-muqueux est atteint, comme dans les rétrécissements de l'urèthre, alors la tendance au retrait se fait constamment sentir, et le calibre du canal va toujours en diminuant si on n'a pas soin de recourir de temps en temps à la dilatation.

Pour les mêmes raisons, les incisions superficielles, dans lesquelles on a la prétention de ne couper que la muqueuse, sont d'une efficacité nulle; pour produire un agrandissement du canal on doit, nécessairement, faire porter l'incision jusqu'au tissu sous-muqueux et employer ensuite la dilatation, afin de s'opposer à la formation inévitable d'un nouveau rétrécissement.

Personne ne demandant plus la parole sur cette question, M. le président en prononce la clôture.

COMMUNICATION.

Staphyloraphie.

M. Trélat. J'ai eu l'honneur de présenter, il y a quelque temps, à la Société deux malades que j'avais opérées avec succès de division du voile du palais. Je viens fournir quelques détails sur ces opérations qui me paraissent offrir certain intérêt.

C'est une question encore très-controversée de savoir s'il convient de remédier aux fissures du voile et de la voûte palatine par la prothèse ou par des opérations anaplastiques. Je n'ai, en aucune façon, la prétention de trancher ce débat très-complexe, mais j'insiste sur ce point, que l'une de mes observations au moins est absolument favorable aux méthodes chirurgicales, car le succès a été complet; l'opération a réussi, et les fonctions ont été rétablies dans leur état normal.

La première malade que j'opérai, âgée de trente ans environ, avait été atteinte deux ans auparavant d'un petit abcès, probablement glandulaire, situé au côté gauche du voile du palais. Cet abcès, que les renseignements les plus positifs ne permettaient pas d'attribuer à une affection syphilitique, avait été bientôt suivi d'un autre placé un peu au-dessous, près du bord libre du voile. Mon ami, le docteur Axenfeld, me fit voir sa malade à ce moment, et il fut arrêté d'un commun accord qu'il n'y aurait lieu d'opérer qu'après guérison définitive de l'état phlegmasique qui occupait l'isthme du gosier.

En novembre dernier, la guérison était confirmée depuis plusieurs mois. La voix était fortement nasonnée, la déglutition assez difficile, très-imparfaite dès que le bol alimentaire était solide ou volumineux. La malade avait sensiblement maigri. Sur le côté gauche du voile du palais, on voyait deux perforations larges, chacune d'un centimètre carré environ, séparées l'une de l'autre par une bride muqueuse très-étroite; une autre bride muqueuse séparait la perforation inférieure du bord libre du voile. L'axe général de la perte de substance se dirigeait en bas et en dehors vers le pilier antérieur du voile.

Je procédai à l'opération le 11 décembre 1864. Négligeant les deux brides muqueuses que leur étroitesse rendait inutiles, j'avivai de chaque côté des perforations, de manière à obtenir à droite et à gauche deux bords sanglants se terminant au bord libre du voile. J'avais pris soin de tailler en biseau, aux dépens de la face antérieure du voile, les surfaces avivées, de manière à augmenter leur largeur. Je dirai, plus tard, comment je fis la suture qui comportait cinq points de fil d'argent. L'affrontement était exact, excepté en haut où il y avait un léger froncement. Comme le voile du palais avait subi une véritable perte de substance, le rapprochement des deux lèvres tiraillait visiblement les tissus et surtout le côté droit du voile qui était intact. Je divisai directement le péristaphylin interne en portant la pointe du bistouri à un centimètre en dedans du bord du voile; puis, d'un coup de ciseau à droite et à gauche, je coupai le pilier antérieur de chaque côté. Immédiatement le voile tout entier s'assouplit, et la suture cessa d'être tendue.

A partir de ce moment, la malade fut maintenue au lit dans le silence le plus complet. Elle ne prit aucun aliment par la bouche jusqu'au 15, quatrième jour après l'opération. Des quarts de lavement de vin et de bouillon consommé, pris quatre ou cinq fois par jour, aidèrent beaucoup la malade à supporter la privation d'aliments. Le 15, elle prit un potage, et j'enlevai les trois points intermédiaires; le 17, j'enlevai les deux derniers points.

Tout était réuni, sauf un petit point à la partie supérieure de la suture. Ce pertuis permettait l'introduction d'une plume de corbeau. Je me hâte de dire qu'au bout de trois semaines, après deux attouchements avec le nitrate d'argent, il était complétement fermé.

A ce moment, la malade avait récupéré la faculté de déglutir comme auparavant; elle mangeait des aliments variés et engraissait visiblement. L'articulation des sons redevenait de plus en plus parfaite; et, lorsque vous l'avez vue ici au mois d'avril dernier, il eût été bien difficile de reconnaître à l'audition qu'il y avait eu une vaste perforation et une suture du voile du palais.

Ma seconde opérée était une robuste jeune fille, Ismérie X..., de dix-neuf ans, atteinte de division congénitale complète du voile du palais. Mon ami, le docteur Millard, la rencontrant à Cormayeur, où elle tenait avec ses parents un petit hôtel, l'engagea à venir à Paris, et me l'adressa.

Sa prononciation était détestable; il fallait une grande attention pour parvenir à la comprendre.

Après avoir consacré quelques jours à l'examen des parties et les avoir accoutumées au contact des instruments, après avoir constaté que les deux côtés de la division étaient souples, suffisamment épais dans la majeure partie de leur étendue et aussi hauts qu'un voile du palais normal, je pratiquai l'opération le 5 avril 1865.

Après un avivement oblique très-complet, je plaçai, comme dans ma première opération, cinq points de suture métallique. L'affrontement était très-exact, mais le voile me paraissait tendu, d'autant plus que j'avais été obligé de serrer assez fort les deux points supérieurs, je coupai les deux péristaphylins et les deux piliers antérieurs du voile.

Repos, silence, abstinence complète. Dans la journée, quatre lavements de bouillon, dont le dernier contient quelques gouttes de laudanum. Même régime pendant les trois jours suivants.

Le quatrième jour, ma malade souffre de la faim. Je lui fais prendre un abondant potage, qu'elle avale lentement et qui lui fait le plus grand bien.

Le cinquième jour, j'enlève quatre points de suture; je laisse le plus inférieur placé à l'extrémité de la luette. A ce niveau, la réunion me paraît compromise; et, quoique j'aie laissé le fil jusqu'au septième jour, ce dernier point a manqué. Une légère exsudation grisâtre sur les trous d'entrée et de sortie des fils, et un peu de rougeur sur le voile disparaissent en deux jours. Un très-petit pertuis, situé à l'extrémité supérieure de la suture, se ferme en quatre jours. En somme, tout est réuni, excepté la pointe de la luette qui est fort longue.

J'excisai par la suite l'extrémité de la luette bifide et les deux amygdales, qui étaient très-volumineuses et qui donnaient à la voix un timbre guttural.

Pendant les dix jours que notre jeune malade passa à l'hôpital après sa guérison, on l'exerça à parler. Malgré le peu de temps consacré à cette éducation, elle était arrivée à prononcer toutes les lettres de l'alphabet et un bon nombre de mots : *Monsieur, magnifique, Zanguebar*, etc., dont la prononciation est impossible quand le voile est fendu ou perforé. Avec des efforts, elle avait un langage presque régulier; dès qu'elle s'oubliait, elle retombait dans sa prononciation vicieuse. Je suis convaincu qu'avec des soins et du temps notre malade aurait pu parler très-convenablement; mais elle avait un vif désir de revoir son pays, et elle nous quitta un mois juste après l'opération.

— Plusieurs chirurgiens, M. Gosselin, M. Letenneur (de Nantes), M. Delore (de Lyon) et d'autres, ont employé avant moi les fils métalliques, et je n'en parlerais pas si je n'avais employé un procédé qui me paraît faciliter leur placement.

L'instrument de Depierreis, dont s'était servi M. Letenneur, l'aiguille de Startin, préférée par M. Delore, ne me semblaient pas d'un maniement facile. A ma première opération, je procédai de la manière suivante : je passai d'avant en arrière, à travers la lèvre gauche de la division, cinq aiguilles à fistule vésico-vaginale, maintenues par le porte-aiguille de Marion Sims, et entraînant cinq fils métalliques. Du côté opposé, avec les mêmes instruments, je passai également, d'avant en arrière, cinq anses de fils de chanvre, avec lesquelles je ramenai le chef postérieur des fils métalliques suivant le procédé d'Aug. Bérard. Mais j'éprouvai quelques difficultés à bien placer les aiguilles, mal maintenues par le porte-aiguille; j'en éprouvai d'autres à saisir ces aiguilles en arrière du voile et à les dégager. Je me

---

travail digestif est lent, pénible; il semble absorber toutes les forces. Une émotion, une fatigue légère viennent-elles s'y ajouter, la circulation se ralentit, l'harmonie fonctionnelle se rompt : le pouls faiblit, la respiration baisse, les paupières ne peuvent plus se lever, etc.

Bien que MM. Chomel, Nonat et Trousseau soient muets sur la *dyspepsie pituiteuse*, elle est cependant indiquée dans les auteurs du dix-septième siècle, chez les humoristes, où elle constituait la pituite, les glaires. Il a plu à M. Guipon de la prendre dans la classe des flux pour en faire une variété de la dyspepsie; il a bien fait, car cette place est, selon moi, beaucoup plus logique : c'est là son véritable lieu.

Si l'étiologie a généralement une grande importance, c'est surtout dans les dyspepsies : elle est d'autant plus difficile et compliquée que, le plus souvent, les malades trompent le médecin et se trompent eux-mêmes sur les causes véritables de leurs mauvaises digestions. Aussi le médecin, même le plus attentif, est-il exposé à une double cause d'erreur. M. Guipon a consacré près de soixante pages à l'étude des causes éloignées et des causes déterminantes; il n'a pas, comme quelques-uns de ses devanciers, négligé la part importante qui revient à la physiologie expérimentale.

La séméiologie est très-détaillée et étudiée selon chaque variété. L'auteur ne fait pas une variété particulière des formes neutre, alcaline, etc.; il la considère comme appartenant à la variété atonique, qui comprend encore la dyspepsie des liquides et la dyspepsie des solides.

Après les dyspepsies gastriques viennent les dyspepsies intestinales, mixtes, sympathiques, symptomatiques. Il ne parle pas, avec intention sans doute, du relâchement du pylore, dont la *Gazette* a donné une analyse l'an dernier (1864, n° 62) et qui me paraît le résultat d'une idée un peu spéculative.

Le traitement occupe une centaine de pages, et là encore M. Guipon n'a pas négligé la question des détails. Un chapitre est consacré à chaque variété de dyspepsie, et ce n'est pas trop quand on songe au nombre considérable de dyspeptiques.

L'affluence des moyens tentés et employés contre la dyspepsie n'est pas une preuve de la richesse de la thérapeutique, ni de la versatilité de l'esprit humain. Chaque époque a eu à peu près sa médication, basée sur des considérations particulières raisonnées, et non pas, j'aime à le croire, inspirée par la vogue, la mode ou la faveur. Comme il n'y a pas de minuties dans la thérapeutique des dyspepsies, M. Guipon a été très-explicite dans tout ce qui est relatif à l'alimentation, à la quantité, à la qualité, à la nature, au choix, au mode de préparation et d'assaisonnement des aliments; à la quantité et au choix des boissons, ainsi qu'à la distribution, au nombre, à la durée des repas, etc.

Il n'y a pas de spécifique contre la dyspepsie, comme quelques-uns tendent à le croire. Si les toniques et les amers réussissent dans des cas, il en est d'autres où ils échouent, et où les alcalins, les narcotiques, le bismuth, font merveille. La pepsine elle-même, qui fit son apparition sous un heureux et puissant patronage, a perdu un peu de son prestige, quoique disent, écrivent, proclament, annoncent d'honnêtes industriels. Le meilleur spécifique, c'est une hygiène bien entendue.

Quatre-vingt-quinze observations complètent le livre de M. Guipon et constituent la deuxième partie.

La fréquence des dyspepsies a été, est et sera toujours une mine féconde où puiseront avec des succès variables tous ceux qui courent après la *réussite*, et pour qui la médecine n'est ni une science ni un art, mais une industrie. Et ceux-là sont assez nombreux encore par le temps qui court; leurs ouvrages, si l'on peut appeler de ce nom de coquettes brochures, leurs affiches se montrent impudemment, comme la vierge folle, à chaque coin de rue passagère, sur les places publiques, à Paris comme en province, à la quatrième page du *Petit Journal* ou des grands journaux. Aussi, en présence d'une publicité aussi dévergondée, est-ce une mission bien agréable que de signaler un livre sérieux, bien fait, complet, qui peut se présenter partout, la tête haute, et qui a ses passe-ports en règle, délivrés par l'Académie de médecine elle-même.

J'ai analysé assez brièvement cet ouvrage; l'Académie l'a jugé, et l'un de ses membres, M. Jolly, disait, en déposant le premier exemplaire sur le bureau (13 septembre 1864) :

« Je n'aurais rien à ajouter aux justes éloges que ce travail a mérités dans cette enceinte si l'auteur, mettant à profit les conseils de la réflexion et de l'expérience, n'eût tenu à en revoir tous les extraits et à y ajouter de nouveaux faits et de nouvelles remarques pratiques qui ne feront qu'ajouter à son œuvre un double intérêt scientifique et pratique.

« Tel qu'il est, en effet, le *Traité des dyspepsies*, dont M. Guipon fait hommage à l'Académie, peut être considéré comme le travail le plus complet que nous possédions sur la matière qui en fait le sujet. »

Dr A. Corlieu.

Traité élémentaire de chimie médicale, comprenant quelques notions de toxicologie et les principales applications de la chimie à la physiologie, à la pathologie, à la médecine et à l'hygiène, par Ad. Wurtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., etc. — II. Chimie organique. — 1 vol. in-8° de 704 pages. Prix : 8 fr. Paris, à la librairie Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

promis alors de modifier et le procédé et les instruments que j'avais employés.

Dans ma seconde opération je me suis servi, sans parler du bistouri et des ciseaux, de quatre pinces : deux droites, deux coudées; l'une des droites et l'une des coudées à dents de souris; les deux autres ordinaires et d'une longue aiguille fixe, montée sur un long manche, offrant une grande courbure près de son extrémité et portant le chas près de la pointe. Le crochet-mousse, dont on se sert pour démêler les fils dans la suture des fistules vésico-vaginales, est fort utile et rend ici les mêmes services.

Voici comment j'ai procédé avec ces instruments : les pinces à dents de souris servent à l'avivement. Une fois celui-ci terminé, je porte mon aiguille fixe, armée d'une anse de fil double souple (de chanvre ou de soie), sur une des lèvres de la plaie et je la traverse. Dès que la pointe de l'aiguille paraît en arrière du voile dans l'aire de la division, je saisis avec une pince le fil et je retire l'aiguille par où elle est entrée; il reste derrière le voile une anse de fil souple. Ce temps est répété du côté opposé. Je ramène alors d'arrière en avant, par l'ouverture du voile, les deux anses de fil souple; j'y accroche les deux extrémités d'un fil d'argent bien aplati, et, en tirant successivement de chaque côté l'extrémité antérieure des fils souples, j'attire les chefs du fil métallique, qui forme alors une anse ouverte en avant et passant à travers les deux lèvres de la plaie. D'une manière plus simple, j'emploie des deux côtés le procédé d'Aug. Bérard pour ramener d'arrière en avant les deux extrémités du fil métallique, et je répète cette manœuvre autant de fois que je veux faire de points.

Quand tous les fils sont passés, je les tords en saisissant chacune de leurs extrémités avec une pince, ce qui permet de juger du degré de constriction mieux qu'en employant le bout des doigts.

A la description, cette manière d'agir peut paraître compliquée, mais on reconnaîtra par la pratique qu'elle est simple et commode. Aucun temps n'offre de difficulté; pas d'instrument mécanique : une aiguille qu'on dirige avec sécurité, des fils à tirer, voilà tout. Ajoutez la certitude de placer exactement les points où on veut, et d'éviter ainsi des irrégularités toujours préjudiciables.

Je n'avais pas été satisfait du premier procédé que j'avais suivi, je demande la permission de dire que je l'ai été du second, et que je le répéterai à la première occasion.

Fergusson et M. Sédillot préconisent les sections tendineuses et musculaires comme adjuvant de la staphylorafhie, et je crois que d'une manière générale ils ont raison. L'innocuité de ces opérations accessoires et l'immobilité du voile qui en résulte légitiment parfaitement leur adoption. Mais une question qui ne me paraît pas absolument résolue, c'est celle de savoir si les sections doivent être faites avant l'avivement et la suture ou après. Les chirurgiens que je viens de citer coupent les muscles avant; ils ont l'avantage d'opérer sur un voile inerte et souple, mais ils me semblent s'exposer à l'inconvénient de faire des sections qui peuvent être inutiles, et d'être arrêtés dans la marche de l'opération par des hémorrhagies parfois difficiles à maîtriser. Dans mes deux opérations, j'ai divisé les muscles après la suture, et je n'ai obtenu que des avantages de cette conduite. Quel que soit le moment où on coupe les muscles, je n'hésite pas à préférer le procédé de section de M. Sédillot qui agit sur la face visible du voile à celui de Fergusson, qui expose à des inconvénients réels, insuffisance de la section, et même à des dangers, en cas d'hémorrhagie, car on serait singulièrement gêné pour agir sur la face postérieure du voile du palais.

Il m'a paru qu'il est avantageux de retirer les fils le quatrième ou le cinquième jour. A ce moment, si la réunion doit se faire, elle existe, elle est suffisante, et le retrait des fils sera la meilleure chose à faire pour éteindre la rougeur et le gonflement des parties, et favoriser en somme la guérison définitive. Chez ma seconde malade, les fils que j'avais laissés jusqu'au septième jour avaient provoqué une section ulcéreuse marquée, quoi qu'ils fussent extrêmement lâches dans leur trajet. Au contraire, ceux qui avaient été enlevés le cinquième jour laissèrent une trace moins profonde et moins durable.

J'insiste sur le moyen simple et efficace par lequel j'ai combattu les fâcheux effets de l'abstinence prolongée pendant quatre jours, je veux parler des lavements alimentaires de vin et de bouillon qu'on peut répéter quatre, cinq et six fois par vingt-quatre heures. Je crois d'ailleurs que le repos complet du voile du palais est une condition, sinon indispensable, au moins très-favorable à la réunion des lèvres affrontées.

En dernier lieu, j'appelle l'attention sur l'état très-différent de la prononciation sur mes deux opérées. L'une qui avait parlé comme tout le monde pendant de longues années, recouvra la faculté d'articuler normalement les mots, tandis que l'autre, après une éducation de dix jours, avait encore un langage difficile et imparfait, et avait encore besoin de soins et d'un effort de volonté pour prononcer tous les mots.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Speculum laryngien.

M. VERNEUIL présente au nom de M. le docteur Delabordette (de Lisieux) un speculum laryngien imaginé par ce confrère pour pratiquer facilement les cautérisations et autres opérations sur le larynx.

Cet instrument n'est pas destiné à remplacer les autres laryngoscopes; il est appelé, suivant M. Delabordette, à des usages que les laryngoscopes ordinaires, déjà connus, ne peuvent remplir. Il n'a pas seulement pour but l'exploration du larynx; il permet de supprimer les obstacles apportés par la mauvaise volonté ou la sensibilité excessive des malades, il a surtout pour grand avantage de fixer solidement et de recouvrir, en les protégeant, toutes les parties par-dessus lesquelles il faut passer pour arriver jusqu'au larynx. Aussi peut-on, grâce à lui, pratiquer facilement, et presque à son aise, toutes les opérations que réclament les affections laryngées. Il est donc destiné à vulgariser et à mettre à la portée de tous les médecins l'étude et la thérapeutique des maladies du larynx.

MM. LABBÉ ET DESORMEAUX qui ont essayé, plusieurs fois, l'instrument de M. Delabordette, confirment tout ce que vient d'en dire M. Verneuil.

M. Desormeaux ajoute que peut-être les laryngoscopes ordinaires devront être réservés pour le simple examen du larynx, tandis que certainement le speculum de M. Delabordette sera préférable toutes les fois qu'il s'agira de pratiquer une opération sur cet organe.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par suite de la retraite de MM. F. Voisin et Mitivier, les changements suivants ont lieu dans les services d'aliénés des hôpitaux de Paris :

M. Delasiauve passe à l'hospice de la Salpêtrière en remplacement de M. Mitivier;

M. A. Voisin est nommé à l'hospice de Bicêtre en remplacement de M. Delasiauve;

M. Berthier est nommé au même hospice en remplacement de M. F. Voisin.

— Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs de Saint-Germain et Guéniot.

— Un congrès de pharmacie va avoir lieu à Rennes. Les séances sont fixées aux 16, 17 et 18 août prochain.

Le 19 et jours suivants, excursions botanique et scientifique.

L'administration supérieure du chemin de fer de l'Ouest a bien voulu accorder un rabais de 50 pour 100 aux pharmaciens se rendant au congrès de Rennes.

S'adresser à M. Louveau, pharmacien à Rennes.

— M. le sénateur Raffaele Piria, professeur de chimie à l'Université de Turin, membre de l'Académie des sciences, vient de mourir à Turin. Ce savant, connu par de nombreux travaux sur les diverses branches de la chimie, était né à Naples en 1805.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 2 août, à huit heures très-précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

2° Étude sur la digestion et l'alimentation, par M. le docteur L. Sandras;

3° Structure anatomique et propriétés physiologiques de la glande thyroïde, par M. le docteur Kofmann;

4° D'une plaie par arme à feu; balle restée dans l'hémisphère droit du cerveau; guérison, par M. le docteur Domerc.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'uréthrotomie dans les rétrécissements de l'urèthre; indications et contre-indications, par le docteur BEYRAN. (*Extrait de ses Leçons sur les maladies des voies urinaires.*) A la librairie de Germer Baillière.

Des fistules génito-urinaires chez la femme, par Ignacio-Rodriguez DA COSTA DUARTE, chirurgien de l'Université de Coimbre. In-8° de 96 pages. Prix : 2 fr. Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires.

De l'emploi thérapeutique des préparations arsenicales, par le docteur A. MILLET (de Tours), mémoire couronné (médaille d'or), 2e édition augmentée. 1 vol. in-8° de 250 pages. Prix : 4 fr. Paris, 1865, J. Savy, libraire-éditeur.

Histoire statistique de la phthisie pulmonaire, à Metz, pendant la période décennale 1850-1860, par M. le docteur SAUNOIS. Une brochure in-8°, 73 p. et tableaux. Metz, 1864, Jules Verronnais; Paris, Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 32.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 31 JUILLET 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Quoiqu'il ne s'agisse pas de médecine et de physiologie humaine dans les observations de M. Ch. Robin, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer dans la séance de l'Académie des sciences la communication qu'a commencée le professeur d'histologie de la faculté de médecine sur l'appareil électrique des raies. Outre les sympathies que nous inspire le savant, nous ressentons un véritable plaisir à voir l'homme qui a marqué depuis longtemps sa place à l'Institut comme physiologiste, comme naturaliste et comme histologiste, venir en simple travailleur soumettre à l'appréciation de l'Académie une de ces études dont il lui appartiendrait d'être juge.

M. Demarquay a lu les conclusions d'un travail sur l'action de l'acide carbonique sur l'économie. Depuis plusieurs années ce chirurgien, qui ne borne pas ses travaux à son art, a fait à l'Institut des communications de physiologie pathologique qui révèlent un esprit judicieux et observateur.

Nos lecteurs le voient, le hasard s'est plu à rapprocher dans une séance de l'Académie des sciences, deux hommes qui passent pour donner à la jeunesse l'exemple de l'amour du travail et de la science. — Dr Armand Després.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De la syphilis du nouveau-né.

(Leçon recueillie par M. DUGUET, interne du service.)

Il n'est pas fréquent de rencontrer dans les salles de l'hôpital des Enfants des malades atteints de syphilis congénitale; vous le comprenez, puisque le règlement exige qu'ils aient deux ans révolus. Or, vous le savez, la syphilis congénitale affecte d'ordinaire les enfants nouveau-nés. Je dis d'ordinaire, car il n'est pas sans exemple que la syphilis congénitale ne se soit montrée seulement à l'âge de cinq, sept, dix et même quatorze à quinze ans. Mon ami, M. Ricord, a même vu des faits plus rares sur deux frères où la syphilis héréditaire n'aurait fait sa première apparition qu'à l'âge de quarante ans.

Il ne faut pas moins qu'une autorité aussi imposante pour être en droit d'affirmer des faits aussi exceptionnels.

Pour ma part, j'ai vu à l'hôpital Sainte-Eugénie, il y a quelques années, une petite fille de dix ans, que je fis voir à M. Ricord, et chez laquelle la syphilis héréditaire venait de faire explosion en perforant la cloison des fosses nasales et amenant la chute de la voûte palatine. Le savant syphiliographe n'hésita pas à reconnaître là cette forme de syphilis tardive dont je vous parle, et le traitement vint confirmer entièrement son opinion.

Mais revenons aux cas ordinaires de la pratique médicale.

Or, si nous voyons rarement dans les salles les accidents de la syphilis constitutionnelle, à la consultation les faits de ce genre s'offrent à nous à chaque instant.

Les enfants qu'on nous présente ont le plus souvent quatre, cinq, dix mois. Le diagnostic de la maladie n'est pas toujours simple ni facile, et vous comprenez combien cette question, non-seulement pour l'hôpital, mais encore et surtout pour la ville, jouit d'un très-haut intérêt pratique.

J'ai fait venir ici, devant vous, trois petits malades de la consultation, offrant des accidents de forme un peu différente, pour vous familiariser avec cette maladie, et pour servir de base à notre entretien clinique.

Le premier est un enfant de neuf mois; il vint au monde, nous disent les parents, petit et malingre. Était-il à terme? Cela est possible; mais la mère ne peut préciser le terme du début de sa grossesse, attendu que ses règles se sont montrées durant tout le temps de la gestation, comme par le passé. Qu'il soit venu avant terme, la chose n'aurait rien de surprenant, et ce serait déjà un signe de syphilis, puisque l'avortement dans ces conditions est la règle.

Quoi qu'il en soit, confié à une nourrice aussitôt sa naissance, ce petit enfant passa deux mois dans un état de santé en apparence excellent; mais à la fin du deuxième mois, la nourrice vit poindre sur les fesses et sur les parties génitales des espèces de clous qui s'ouvrirent. Au pourtour de ces clous, la peau devint rouge, enflammée, et il y eut à ce niveau une chute de l'épiderme par écailles; puis les pieds et les mollets furent le siége de bulles comme en formeraient de petits vésicatoires, en un mot de *bulles de pemphigus*. A ces bulles succédèrent des croûtes sèches, après la chute desquelles il ne se reproduisit plus aucune phlyctène. A la face, au menton, derrière le cou et spécialement autour des orifices naturels (bouche et narines), la peau rougit également et s'en alla par écailles.

Il fut possible de constater un moment d'arrêt dans la marche de ces accidents, et l'enfant paraissait presque guéri sans traitement, quand il y a quinze jours ces accidents firent une nouvelle explosion, et sont arrivés progressivement à l'état que vous pouvez étudier aujourd'hui.

Vous êtes frappés tout d'abord de voir un enfant de neuf mois n'ayant pas de dents; chez lequel aucune des sutures, aucune des fontanelles ne sont soudées, à un âge où seule la fontanelle antérieure devrait ne pas être comblée par l'ossification. De plus, les articulations chondro-costales offrent des nodosités qui représentent admirablement le chapelet rachitique; les extrémités osseuses des os longs sont également un peu gonflées. Nous avons donc là tous les attributs du *rachitisme*.

Mais ce rachitisme est-il primitif ou secondaire? La syphilis a-t-elle exercé, oui ou non, une influence directe sur sa production? C'est un point fort intéressant sur lequel nous reviendrons plus tard.

A côté de ce rachitisme, que nous reléguons au second plan, vous avez sous les yeux un des plus beaux exemples d'éruption syphilitique secondaire des nouveau-nés.

En effet, autour des orifices de la bouche et des narines, qui sont croûteux, fissurés et offrent l'aspect radié d'une bourse dont on resserre les cordons, le derme est luisant, dépouillé de son épiderme, d'un rouge cuivré intense, ou de couleur de jambon fumé; à la limite, sur le milieu des joues et selon des courbes dentelées, l'épiderme fendillé se détache, d'où cet aspect tout particulier de *cocarde* auquel M. Natalis Guillot attache une grande valeur séméiotique.

Sur le reste de la face, au-dessous du menton, à la nuque, existent des points rougeâtres saillants, étalés circulairement, déprimés et souvent ulcérés au centre, relevés au contraire à la périphérie. Sur le tronc se rencontrent quelques-uns de ces tubercules plats disséminés. A la vulve, en particulier à la grande lèvre droite, les tissus sont très-tuméfiés, et portent les traces de deux ou trois pustules récentes. Autour de l'anus, les plaques muqueuses sont très-confluentes, laissent suinter un liquide grisâtre, d'odeur forte, et, en s'avançant vers les fesses, la peau présente des exulcérations nombreuses avec une sorte de desquammation eczémateuse. Les cuisses et les mollets sont couverts également de tubercules plats réunis souvent en groupes presque circulaires.

Notons que les muqueuses buccales, nasales et pharyngiennes paraissent saines. D'ailleurs, l'enfant tette suffisamment, et, bien qu'il ait parfois un peu de diarrhée, il est loin de se trouver dans le dépérissement.

Ajoutons enfin que ni le père, ni la mère, ni la nourrice ne nous donnent dans leur état de santé antérieure la cause originelle de cette maladie de l'enfant. Il y a là une cause inconnue qu'il ne nous appartient pas de dégager.

Le deuxième enfant est âgé de quatre mois; il est venu au monde bien portant, mais à la sixième semaine, commença sur son corps une éruption que vous pouvez voir aujourd'hui dans toutes les formes. C'est une syphilide papulo-pustuleuse qui se trouve répandue sur la face, les membres supérieurs et inférieurs, le tronc, et en particulier l'anus et les organes génitaux. L'anus est entièrement occupé par des plaques muqueuses suintantes formant un bourrelet qui s'étend jusque sur la face interne des fesses, dans toute l'étendue du contact de ces deux régions. Dans le pli de l'aine, on retrouve les mêmes particularités.

Notons ici que c'est un premier enfant, et que la mère s'est vue, quelque temps après son mariage, couverte de boutons et de croûtes répandus jusque dans les cheveux, qui sont tombés à la suite. Ce simple renseignement devra nous servir de lumière.

Le troisième enfin, pour ne pas nous offrir une éruption aussi multipliée, aussi confluente que les deux autres, ne manque pas pour cela d'intérêt. Il a dans le creux des mains une forme de syphilide qui est loin d'être commune chez les nouveau-nés. Ce sont des pertes de substance de l'épiderme, rondes, comme taillées, par places, à l'emporte-pièce, n'occupant que la paume des mains, et un peu la plante des pieds et le talon. Au niveau des points où l'épiderme s'est détaché du derme, celui-ci est d'un rouge cuivré. L'enfant ne paraît pas souffrir de cette éruption.

En interrogeant avec grand soin les parents, qui ont assisté au début, nous apprenons que jamais la chute de l'épiderme n'a été précédée de phlyctènes ni de bulles; que le creux des mains a toujours été sec et sans saillies. C'est donc là un véritable psoriasis palmaire syphilitique, tel qu'on le rencontre chez l'adulte, avec cette différence toutefois qu'il paraît moins nettement coupé à l'emporte-pièce et n'a pas, comme chez ce dernier, un aspect aussi caractéristique.

Cet enfant, qui a six semaines, est de plus couvert de macules cuivrées spécialement apparentes sur les bras et sur les cuisses. C'est le quatrième enfant du même lit. Les deux premiers sont venus au monde morts, à sept mois; le troisième, venu vivant, au septième mois, est mort sept mois après sa naissance, couvert de taches et de boutons. Il est bien avéré d'ailleurs que le père est entaché de syphilis.

Ces trois exemples résument d'une façon assez complète les divers accidents syphilitiques que nous pouvons rencontrer à cet âge, et dont vous trouverez la description dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. Je ne parle pas du chancre, puisque, s'il a existé chez le fœtus? où? comment, et selon quelle évolution? ce sont autant de questions qui sont loin encore d'avoir une solution quelconque. Je ne parle pas non plus des accidents tertiaires, ils s'offrent à nous bien plus souvent comme étude d'anatomie pathologique, que comme étude symptomatique; rappelons seulement les altérations si bien décrites par M. Gubler, dans le foie; par M. Depaul, dans le poumon; par M. P. Dubois, dans le thymus: altérations qui expliquent généralement la mort du fœtus *in utero*, et coïncident fréquemment avec des éruptions de pemphigus.

La syphilis héréditaire du nouveau-né se présente donc à nous habituellement sous forme d'accidents secondaires, caractérisés par des macules, des squames, des papules, ou pustules plates sur la peau et les muqueuses, spécialement aux commissures des orifices naturels. Quant au pemphigus, sur la nature duquel planent encore quelques incertitudes, mais qui, dans la majorité des cas, est un signe incontestable de syphilis, il peut exister à la naissance, ou se montrer comme les autres accidents, quelque temps après, c'est-à-dire vers la sixième semaine.

Joignez à cela des phénomènes généraux caractérisés au bout de quelque temps, rarement aussi à la naissance, par une anémie profonde avec décoloration des tissus, une véritable cachexie syphilitique.

Tel est le cas de notre troisième enfant. Son entérite est-elle la cause de son état cachectique, ou plutôt l'entérite elle-même, comme le croirait volontiers M. Cullerier, ne serait-elle pas, elle aussi, une manifestation de la syphilis? Nous devons regarder les deux choses comme possibles, car la science renferme des cas semblables où le traitement mercuriel a réussi. Mais comme la question pour nous n'est pas entièrement jugée, nous donnerons conjointement, mais à part, le mercure et le sous-nitrate de bismuth.

Il est facile de comprendre combien il serait déplorable de confondre des éruptions syphilitiques avec des manifestations de scrofule ou de dartre.

L'eczéma seul, comme éruption de scrofule, pourrait en imposer; mais d'abord, c'est une affection rare comme forme élémentaire, rarement bornée à l'anus et aux parties génitales. Il n'est point, d'ailleurs, caractérisé par une teinte rouge cuivrée, par des plaques lisses à gerçures radiées et terminées à la périphérie par un liseré d'épiderme en desquamation.

Il en serait de même pour l'eczéma et l'impétigo herpétiques.

Mais il est une affection avec laquelle une confusion serait beaucoup plus facile : c'est l'entéro-colite à sécrétion acide, sécrétion qui donne si souvent lieu chez l'enfant à un érythème des fesses, avec ulcérations étendues aux cuisses, aux jambes et aux malléoles; et chez les enfants cachectiques, ces ulcérations revêtent une coloration brunâtre qui pourrait en imposer pour une syphilis constitutionnelle.

Tel est le cas qui nous était présenté il y a huit jours à la consultation. La chose était embarrassante : le mot de syphilis avait été déjà prononcé en ville, et nous avions devant nous, un père, une mère et une nourrice à laquelle on s'apprêtait à faire un mauvais parti, si notre réponse eût été quelque peu affirmative. Et ce n'est qu'après un examen très-détaillé du petit malade, après avoir constaté qu'il n'avait rien au gosier, rien à la figure ni sur le reste du corps, que depuis longtemps enfin il avait la diarrhée, que nous nous sommes crus en droit

de repousser la syphilis. Et en effet, en huit jours, le sous-nitrate de bismuth, *intus et extra*, l'a presque entièrement guéri. La pratique est pleine d'exemples de ce genre, et j'en choisis un entre mille.

En résumé quand, six semaines ou deux mois après la naissance, on voit survenir chez un enfant, d'ailleurs bien portant, des bulles aux extrémités, des pustules plates à l'anus et sur les muqueuses, et une éruption générale d'un rouge cuivré, couleur de jambon fumé, on est en droit de croire à une syphilis constitutionnelle.

Joignez à cela les antécédents, quand vous serez assez heureux pour les découvrir, sans risquer de nuire en rien aux parties intéressées. Car il est de notre devoir de ne point jeter le trouble là où règnent souvent l'illusion et la paix, et songez que le nourrisson en serait encore la première victime.

Là ne s'arrêtent pas toujours les effets de la syphilis : témoin ce premier enfant sur lequel je vous faisais remarquer le retard dans le développement de tout le système osseux. Il n'a pas de dents à neuf mois. La tête a encore toutes ses sutures et ses fontanelles ouvertes ; les extrémités spongieuses des os longs sont noueuses, ainsi que les symphyses chondro-costales. C'est là un rachitisme tenant à la syphilis, comme peut en produire toute maladie chronique : rachitisme acquis, que quelques auteurs ne veulent pas admettre, mais qui doit, selon nous, trouver place à côté du rachitisme congénital, qui est héréditaire. N'est-il pas facile de comprendre, en effet, qu'une affection constitutionnelle, qui agit sur cet enfant depuis sept mois, ait arrêté chez lui la nutrition des os ?

Mais poursuivons. Quelle a été ici, quelle est dans tous les cas, l'origine réelle de la syphilis du nouveau-né ? — Cette question, grosse d'obscurités, et quelquefois d'orages, ainsi que nous le disions tout à l'heure, a trouvé enfin une solution complète. Trois sources peuvent infecter le nourrisson ; cela est aujourd'hui surabondamment démontré : le père, la mère, la nourrice. Le père et la mère, par une influence que j'appellerai directe, le sperme ou le sang maternel ; la nourrice indirectement, par transmission des accidents secondaires.

Chez notre premier malade, la mère n'accuse ni leucorrhée, ni clous aux parties, ni éruption sur le corps ; le mari, dit-on, est d'une santé parfaite. Quant à la nourrice, elle est saine comme la mère. Qu'il nous suffise donc de constater une éruption syphilitique par ses caractères, syphilitique aussi par son mode d'apparition chez un enfant bien portant d'ailleurs, au deuxième mois, bien que je me souvienne toujours d'avoir vu naître à la Pitié, dans le service de M. Michon, un enfant portant un pemphigus aux extrémités, et des onyxis syphilitiques à tous les doigts et à tous les orteils.

Chez notre deuxième enfant, la maladie paraît venir de la mère. Nous n'en voulons pour preuve, en dehors de l'éruption qu'elle accuse, que ces fausses couches répétées, comme cela se voit si souvent en ville, fausses couches qui ont lieu pendant plusieurs années, si l'on n'y porte point remède, et font ainsi, que beaucoup de femmes sont incapables d'amener à terme un enfant vivant et bien portant. On accuse tout, mais en vain, et en dernier ressort le médecin incrimine la syphilis. Aussi, que de femmes, après plusieurs fausses couches, soumises, même pendant une grossesse, à un traitement mercuriel, sous une forme plus ou moins déguisée, finissent par donner le jour, à terme, à des enfants bien portants.

Aujourd'hui, en effet, il est admis que la mère peut donner naissance à des enfants syphilitiques, non-seulement quand elle est prise de syphilis durant sa grossesse, de telle sorte que l'enfant puise sur un chancre, au passage, l'origine du mal qui fait explosion six semaines après, mais encore pendant une période variable et difficile à préciser, de plusieurs années.

Notre troisième enfant paraît tenir la syphilis de son père. Or, il n'y a pas longtemps qu'on accorde au père le triste pouvoir de transmettre la syphilis directement à l'enfant qu'il procrée. Cette doctrine gênait trop les partisans du chancre ; mais, il faut le dire, à l'époque où nous vivons, les idées ont totalement changé de face ; on est plutôt porté à exagérer le rôle du père dans cette transmission.

Il est donc démontré que le sperme jouit de propriétés syphilitiques ; et pourquoi n'en serait-il pas ainsi, quand nous voyons tous les jours, sans mieux nous en rendre compte, se transmettre par le sperme, l'*épilepsie*, la *scrofule*, le *caractère*, etc., en un mot, toutes les ressemblances physiques et morales ?

Il y a plus, non-seulement le sperme donne au germe la syphilis, mais encore le germe peut donner à la mère la syphilis ; cela résulte de l'imprégnation de la femme par l'homme. La femme est en effet dominée par l'homme ; une veuve qui se remarie donne le jour à un enfant qui a tous les traits du premier mari ; et la physiologie comparée nous fait voir un zèbre donnant avec une jument un zèbre mulet, et la même jument donner ensuite avec un cheval un nouveau zèbre mulet.

Si le père et la mère peuvent transmettre la syphilis au germe, le germe transmettra à la mère la syphilis qu'il tient du père ; la mère a un autre germe sain, la syphilis qu'elle tient d'un premier mari par imprégnation ; l'enfant peut également la donner à sa nourrice, et celle-ci à d'autres nourrissons.

L'enfant, disons-nous, peut infecter sa nourrice. Il y a vingt ans, on méconnaissait habituellement les faits de cette nature, et les syphiliographes les rejetaient, parce que, selon eux, point de chancre, point de transmission syphilitique possible. Je suis le premier qui aie tenté de réformer cette opinion trop exclusive dans un travail inséré dans la *Gazette médicale*, et maintenant on admet généralement que la syphilis peut se transmettre du nourrisson à la nourrice, sans chancre.

L'importance pratique d'une telle manière de voir ressort d'elle-même. On ne confiera plus, comme autrefois à une nourrice, n'importe quel enfant, sans quoi on courra le risque de donner la syphilis à la nourrice, et il est facile d'en prévoir les conséquences au point de vue des tribunaux.

Ce n'est pas tout, une nourrice, prise sans le savoir de syphilis, peut transmettre à son tour, comme elle l'a reçue, la syphilis à d'autres nourrissons. Comme on le sait, les vrais accidents syphilitiques (plaques muqueuses, pléiades axillaires, etc.) ne sont point douloureux ; de telle sorte que des nourrices, ne se préoccupant pas d'un mal en apparence si bénin, croient pouvoir sans danger prendre d'autres nourrissons. Il est un fait que j'ai vu à la direction des nourrices, rue Sainte-Apolline, et qui ne sortira jamais de ma mémoire. C'est celui d'une femme qui, en dix ans, a infecté, par trois de ses enfants, trois nourrices de l'administration municipale. Au moment de leur arrivée, à l'âge de deux ou trois jours, lorsqu'on les présentait à la visite du médecin, les enfants paraissaient bien portants ; ce qui était attesté par un certificat, et on les confiait à une nourrice saine qui les emportait chez elle en province. Or, deux mois après, en nourrice, loin du bureau, les accidents syphilitiques se déclaraient, et la mère d'emprunt était prise de syphilis, qu'elle transmettait, pour comble de malheur, à son propre enfant.

Ce n'est qu'à la troisième fois que l'administration s'aperçut de ce qui arrivait en raison des dommages et intérêts qu'elle était obligé de payer aux nourrices infectées, et, le même nom ayant attiré son attention, elle dut refuser un enfant que la mère, ignorante de son état, lui apportait de nouveau.

Un tel exemple porte avec lui son enseignement ; je ne m'y arrêterai pas davantage.

Quel est maintenant l'accident initial par lequel une nourrice prend un chancre d'un nourrisson ? On a dit que le mamelon mâchonné s'ulcérait et devenait le siége d'un chancre. La pléiade axillaire en serait le retentissement ; mais la majorité ne reconnaît au mamelon, dans ce cas, que des plaques muqueuses. Que faire enfin contre cette syphilis héréditaire ? Le traitement est préventif et curatif.

Préventif, quand, avant une nouvelle conception, en raison même de fausses couches antérieures, on soumet la mère à une forme quelconque de traitement antisyphilitique. Préventif encore, quand, pour le même motif, on institue pour la mère, durant une nouvelle grossesse, un traitement semblable qui, pour être efficace et non dangereux pour le fœtus, a besoin d'une attention extrême ; car, on le sait, le mercure tue facilement tout produit de conception. On aura pour guide, à peu près sûr dans ce cas, la tolérance plus ou moins grande du tube digestif de la mère.

Curatif, enfin, et alors direct ou indirect. Direct, en donnant à l'enfant lui-même une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten par jour, en le plongeant tous les jours dans une baignoire de bois contenant la solution suivante :

Sublimé	2 grammes.
Alcool	10 —
Eau	Q. S.

et, dans l'intervalle, en faisant des frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles et au pli de l'aine. S'il était impossible de donner la médication interne, on voit de suite quels avantages on aurait déjà par la médication externe.

En tout cas, les gencives seront explorées avec le plus grand soin, bien que, en l'absence de dents, la salivation soit un phénomène rare.

Je ne suis pas partisan du traitement indirect seul ; je le trouve excellent pour la mère, en raison surtout de ses grossesses futures, mais non de l'enfant qu'elle allaite ; car, est-on bien sûr que le lait charrie du mercure en quantité suffisante pour le nourrisson ? Le lait, en effet, contient de l'albumine qui pourrait bien former, avec le mercure même très-divisé, un mélange incompatible.

Quoi qu'il en soit, il faut que l'on se garde de donner à une nourrice, sans la prévenir des dangers qui la menacent, un enfant né dans de telles conditions, fût-il, à sa naissance, le plus bel enfant du monde. Que l'on paye une nourrice qui veut bien s'en charger en connaissance de cause, ou mieux que la mère allaite son enfant ; mais qu'on n'aille pas mettre au biberon un enfant déjà cachectique, ce serait le mener presque sûrement au tombeau.

HOTEL-DIEU D'AVIGNON. — M. MONIER.

Avortement consécutif à une fièvre éruptive, variole chez la mère et chez l'enfant.

Le 2 octobre 1864, entrait à l'hôpital d'Avignon, la nommée Louise-Jean, domestique, âgée de 25 ans. Cette fille, née de parents bien portants, jouissait elle-même habituellement d'une bonne santé. Elle avait été vaccinée, elle l'affirmait, et d'ailleurs elle portait sur les bras des cicatrices caractéristiques. Réglée à 11 ans, la menstruation s'était toujours effectuée avec régularité jusqu'à l'âge de 16 ans. A cette époque, à la suite d'une émotion morale, ses règles se suspendirent et donnèrent lieu à des accidents que, d'après le récit de la malade, on doit attribuer à la chlorose. Quatre mois après, les menstrues reprenaient leur cours. A 17 ans, elle avait eu la rougeole. Depuis lors, jusqu'au jour de son entrée, elle n'avait plus été malade.

Admise dans la salle des femmes fiévreuses, elle nous raconte qu'elle souffre depuis quatre jours. Elle a été prise d'abord d'un frisson violent suivi bientôt de chaleur à la peau, et de frissons partiels alternant avec des bouffées de chaleur ; avec cela une céphalalgie frontale vive, des douleurs contusives dans les membres, un état de malaise général, des douleurs dans la région lombaire, de l'anorexie, la bouche mauvaise, la langue couverte d'un enduit légèrement saburral ; elle nous avertit, en outre, qu'elle est enceinte de six mois. Ses règles ont paru pour la dernière fois dans les premiers jours du mois d'avril. Prescription : bouillon et tilleul.

A la contre visite du 2 nous trouvons la malade dans l'état suivant : Décubitus dorsal, face rouge vultueuse, peau chaude et sèche, yeux brillants, céphalalgie sus-orbitaire, nausées, langue saburrale, lumbago, pouls fréquent, souple, 110, 115, cet état persiste dans la journée du 3, et le 4 nous constatons à la face et au cou des taches rouges, papuleuses, au centre desquelles apparaissait bientôt une vésicule. Ces taches envahirent successivement les membres supérieurs, la poitrine et les membres inférieurs. L'éruption avait mis trois jours à se faire. Depuis ce moment, jusqu'au 16, la variole a suivi sa marche régulière, et le 16, la dessication des boutons était presque complète. Le 17, la malade mangeait deux portions jusqu'au 20, et quatre portions du 20 au 23.

Le 23, la fièvre a reparu avec une grande intensité, par suite d'écarts de régime. La peau est sèche et brûlante, et le pouls marque 150 pulsations. L'examen de la poitrine et celui du ventre ne révélaient aucune phlegmasie. Prescription : diète et tilleul.

Même état le 24.

Le 25, le corps était couvert de taches analogues à celles de l'urticaire, qui cessaient le 27.

Le 27, à quatre heures du soir, la malade se plaint de douleurs dont la direction et la siége rappellent les contractions utérines. Interrogée à plusieurs reprises, les jours précédents, si elle ne perdait pas de sang, elle nous avait répondu que non. En ce moment, un suintement sanguin, suivi bientôt d'un écoulement assez abondant, se fit jour par le vagin, en même temps que les douleurs devenaient plus vives. L'auscultation ne révélait pas l'existence des battements du cœur du fœtus. A sept heures, l'orifice du col était large comme une pièce de un franc, le ballotement était très-facile à constater. A dix heures, comme une pièce de cent sous, la poche des eaux formait une saillie considérable, elle était arrondie. A dix heures et demie, la dilatation était complète et la rupture des membranes laissait écouler une grande quantité de liquide amniotique, suivie presque immédiatement de la sortie d'un enfant mort, en position sacro-iliaque gauche (présentation du siége), le placenta suivit de près l'expulsion du fœtus.

Cet enfant, du sexe masculin, était petit, maigre. En certains endroits, sur les membres par exemple, l'épiderme se détachait facilement et par larges plaques. Au-dessous, le derme offrait une coloration lie de vin. La mort paraissait remonter à plusieurs jours. D'ailleurs, la mère ne sentait plus les mouvements actifs depuis quatre jours. Sur le dos, on comptait une quarantaine de taches grisâtres, arrondies de 6 à 8 millimètres de diamètre. En détachant l'épiderme dans ces points, on trouvait au-dessous le derme rouge et légèrement saillant. Dans quelques taches, le derme présentait une petite dépression centrale. Dans quelques-unes, il était d'une couleur jaunâtre.

Le 29, la malade présentait tous les signes de la fièvre de lait, seins durs, douloureux, laissant écouler par la pression une certaine quantité de lait assez crémeux ; peau chaude, pouls 84 pulsations, et actuellement elle est en parfaite santé.

Cette observation, qui confirme parfaitement le fait signalé par les auteurs, à savoir : l'influence des fièvres éruptives comme cause d'avortement, et la possibilité de la transmission de la maladie de la mère à l'enfant m'a paru digne d'intérêt. Il est, je crois, bon de noter que le travail utérin n'a commencé qu'après la disparition complète des phénomènes de l'éruption variolique chez la mère, et que l'état des taches chez l'enfant (taches que nous n'avons pas hésité à considérer comme une variole), annonçait que l'éruption chez celui-ci avait pu suivre sa marche régulière dans le sein maternel.

MÉTHODE EXPÉRIMENTALE

pour introduire les gargarismes dans la cavité du larynx,

Par le docteur GUINIER (de Montpellier).

Des expériences relatives à la déglutition et aux gargarismes que j'ai récemment fait connaître, il résulte que le liquide d'un gargarisme pénètre, chez moi, très-facilement jusque sur mes cordes vocales et baigne par conséquent les parties les plus profondes de mon larynx, et cela sans que j'en avale une goutte.

Or, ce que je fais moi-même, chacun peut le réaliser avec un peu d'exercice, tout aussi facilement que moi, ainsi que cela résulte de l'expérience en grand qui se renouvelle chaque jour actuellement dans la grande salle de gargarisation de La Raillère à Cauterets, où de nombreux baigneurs se gargarisent, à mon exemple, pour la plus grande utilité de leur muqueuse laryngée.

Reste à savoir comment il faut s'y prendre.

Je vois beaucoup de personnes se cambrer péniblement en arrière et renverser la tête de la manière la plus fatigante ; d'autres s'efforcent de produire, avec le voile du palais et la luette flottant sur la base de la langue relevée, un bruit de glou-glou aussi peu harmonieux qu'inutile ; d'autres, enfin, respirent tranquillement pendant leur gargarisation.

Aucun de ceux-là ne gargarise utilement, ni pour son pharynx, ni surtout pour son larynx.

Pour gargariser de la manière la plus convenable, il faut simplement :

1° Relever légèrement la tête ;

2° Ouvrir modérément la bouche ;

3° Avancer le menton et la mâchoire inférieure ;

4° Émettre ou avoir l'intention d'émettre le son de la double voyelle æ.

La simultanéité et la concordance de ces quatre mouvements

ouvrent largement l'arrière-bouche, relèvent le voile du palais et la luette, éloignent la base de la langue de la paroi postérieure, et permettent au liquide de s'introduire en vertu de son propre poids jusque dans la cavité du larynx.

La gargarisation dure ainsi tout le temps d'une longue expiration, et l'inspiration est impossible.

Les plus habiles parviennent à faire revenir l'eau par les fosses nasales (comme on le fait avec la fumée du tabac), baignant ainsi de la manière la plus complète toutes les muqueuses intéressées. Mais, dans ce cas, il faut tenir compte d'une conformation plus ou moins favorable, selon l'étendue du voile du palais et la longueur de la luette.

La preuve expérimentale de la pénétration du gargarisme, dans le larynx, c'est l'impossibilité de respirer.

Quiconque respire, en gargarisant, opère mal; quiconque ne peut respirer opère bien.

Un très-court exercice est nécessaire quelquefois pour apprendre à gargariser ainsi, sans avaler une goutte de liquide; moins on relève la tête, moins on éprouve le besoin d'avaler, et l'on peut de la sorte l'annihiler tout à fait; plus, au contraire, on relève la tête en arrière, moins on est maître de sa déglutition, et l'on avale inévitablement quelque partie du gargarisme.

UN ÉPISODE MÉDICAL EN ALGÉRIE (1),

Par M. le docteur LANOAILLE DE LACHÈSE, médecin aide-major.

II.

J'ai dit qu'il ne s'était pas offert à mon observation d'affection épidémique bien tranchée. Néanmoins, un grand nombre de mes malades ont présenté des symptômes typhoïdes assez marqués.

Voici ce que j'écrivais à ce propos à M. le médecin en chef de la division d'Alger, dans mon rapport sur la situation de l'ambulance durant le mois de décembre 1864. Il me serait peut-être difficile aujourd'hui de me résumer avec autant d'exactitude que j'ai pu le faire au moment où je me trouvais sous l'impression immédiate de ce qui se passait autour de moi.

« Les affections prédominantes dans la catégorie des fiévreux ont été la bronchite, la diarrhée, la dyssenterie et la fièvre rémittente à forme typhoïde.

« Dans la plupart des cas de fièvre rémittente, la bronchite et la diarrhée, qui ont atteint un haut degré de gravité, se sont montrées, avec le délire, comme étant les symptômes les plus alarmants.

« Le sulfate de quinine, dont j'ai fait la base de mon traitement et que j'ai largement employé, ne m'a pas toujours semblé produire des effets bien appréciables. Le pouls, que j'ai constamment noté trois fois par jour, à la visite, à la contre-visite et à neuf heures du soir, ne m'a pas toujours permis de constater non plus une rémittence bien sensible dans les symptômes fébriles.

« C'est que, chez presque tous mes malades, les conditions dans lesquelles se développe la fièvre typhoïde et les caractères propres à cette maladie étaient des plus marqués. Presque tous étaient de jeunes soldats de dix-huit à vingt-deux ans (plusieurs engagés volontaires), arrivés de France depuis moins de six mois et n'ayant jamais eu de fièvre typhoïde; presque tous ont eu des épistaxis au début, des douleurs très-marquées dans la fosse iliaque droite, du ballonnement de l'abdomen, des taches rosées, des selles diarrhéiques parfois noirâtres et très-fétides, des sudamina, des eschares en divers points du corps; tous ont eu des bronchites intenses.

« Je ne veux pas dire cependant que j'ai exclusivement eu sous les yeux des entérites folliculeuses, car j'ai pu presque toujours constater des accès de fièvre intermittente assez marqués, soit au début, soit à la fin de l'affection, mais la fièvre intermittente a dû déterminer l'explosion des symptômes typhoïdes, qui ont ensuite dominé le cours de la maladie. Toutefois, dans un cas, la nature exclusive de la dothinentérie ne me laisse pas l'ombre d'un doute. »

L'insistance que je mets à parler de fièvres typhoïdes observées à quatre-vingt lieues, au sud d'Alger, peut étonner qui ne sait pas que bon nombre de praticiens expérimentés, ayant longtemps pratiqué en Algérie, ne croient pas à l'existence de l'entérite folliculeuse dans notre colonie. Ma conviction à ce sujet est profonde, au contraire, bien que, pour des raisons qu'il serait inutile de détailler ici, je me sois trouvé dans l'impossibilité de faire les autopsies qui se sont offertes. Mon ami, M. le docteur Phelippon, que j'ai vu depuis à Lagouat, notre dernier poste, à trente lieues plus au sud encore que Djelfa, m'a affirmé n'avoir jamais vu en France de plaques de Peyer plus fortement ulcérées que celles qu'il a observées vers la fin de l'année dernière sur des sujets qui avaient présenté tous les symptômes de la fièvre typhoïde pendant la vie.

Toutefois je n'ai trouvé cette affection franchement développée que chez des individus débarqués en Algérie depuis moins de six mois. Chez les autres, les symptômes typhoïdes étaient plus ou moins marqués suivant la durée du séjour en Afrique, mais toujours incomplets et arrivant comme complication d'une autre maladie; ainsi, par exemple, chez Dufour, qui était en Algérie depuis plus de deux ans et chez qui l'élément typhoïde s'est greffé sur un état palustre manifeste. Dans aucun cas il n'y avait eu de fièvre typhoïde antérieure.

La fièvre typhoïde paraît être de plus en plus rare à mesure qu'on se rapproche de l'équateur. Elle ne se montre guère dans les climats chauds que sur des Européens récemment arrivés, et le temps pendant lequel elle peut apparaître encore devient d'autant plus court qu'on se rapproche davantage des régions centrales des zones torrides. M. Dutrouleau, qui a tant et si bien observé, ne l'a rencontrée, durant quatre années qu'il a passées à la Basse-Terre, que sur des personnes chez qui elle s'était déclarée en France ou pendant la traversée. « Rien, dit-il, n'est frappant comme la différence que présente cette maladie de provenance étrangère d'avec celle qui naît sur place et que l'on trouve quelquefois à côté d'elle, dans les mêmes salles.

«..... Du reste, l'autopsie ne laisse voir que des plaques elliptiques assez rares vers la fin de l'iléon, plutôt grises et molles que rouges et dures, pointillées et érodées plutôt qu'ulcérées..... »

Les désordres intestinaux que l'on rencontre sur des individus arrivés en Algérie, depuis un ou deux ans et plus, sont aussi peu marqués que ceux indiqués par M. Dutrouleau, et c'est ce qui fait que beaucoup de praticiens nient encore l'existence de la fièvre typhoïde au sud de la Méditerranée. « La maladie que vous avez sous les yeux, disent-ils, simule assez bien l'entérite folliculeuse, mais l'autopsie a déjà prouvé, dans nombre de cas analogues, que la lésion anatomique caractéristique fait absolument défaut. On ne découvre tout au plus, dans l'iléon, qu'un léger pointillé, et il serait difficile d'attacher une importance sérieuse à l'existence de cette lésion banale qui se retrouve dans une foule d'autres affections parfaitement caractérisées d'ailleurs. » Cela est vrai; mais, je le répète, il est aussi vrai que la fièvre typhoïde se montre fréquemment, avec tous ses symptômes et ses lésions anatomiques les plus éclatantes, dans les conditions que j'ai déjà indiquées.

En dehors de ces conditions, pourquoi la fièvre typhoïde est-elle si rare dans les pays chauds?

Il est peut-être bien difficile de donner une réponse satisfaisante à cette question. M. Dutrouleau pense, avec M. Laure, découvrir la cause d'une telle rareté « dans les influences hygiéniques qui résultent de la disposition des habitations dans les pays chauds, » disposition qui favorise la libre circulation de l'air. Mais, précisément, ceux de mes malades chez qui j'ai observé la fièvre typhoïde se trouvaient en colonne depuis un, deux, trois et quatre mois, lorsqu'ils ont été atteints par la maladie. Ils étaient constamment en route. A peine, de temps à autre, leur tente restait-elle dressée deux ou trois jours de suite, au plus, à la même place. Ce n'est donc pas le grand air qui leur a manqué. Toutefois, il y a là un fait particulier pouvant sans doute trouver une explication particulière qui n'infirmerait en rien l'explication d'un fait général. Seulement, en Algérie, les casernes et les habitations des européens sont les mêmes qu'en France; et alors l'interprétation de M. Dutrouleau, qui peut être vraie, en apparence du moins, pour celles de nos colonies lointaines qu'il a parcourues, n'a plus aucune raison d'être applicable ici.

Il faut donc chercher ailleurs.

Sans entrer dans aucune discussion sur la nature de la fièvre typhoïde, et quelle que soit l'opinion qu'on se soit formée à ce sujet, il me semble difficile de nier que, dans cette maladie, il y a, à un moment donné, une inflammation locale qui se traduit par des désordres, si connus aujourd'hui, de l'intestin grêle. Cette inflammation admise, pourquoi ne pas admettre aussi qu'elle peut se comporter comme d'autres inflammations, telles que la pneumonie, par exemple, si commune en France, beaucoup plus rare en Algérie, plus rare encore dans les zones intertropicales? Comme cause de la pneumonie, on n'invoque guère la viciation de l'air et toutes les causes occasionnelles réunies, qui sont à peu de chose près les mêmes dans les divers climats, entrent à peine pour un quart dans sa production; car, le plus souvent, suivant M. Grisolle, dont la compétence est particulièrement si grande en pareille matière, l'inflammation du parenchyme pulmonaire « survient sans le concours d'aucune cause excitante appréciable; c'est-à-dire que la maladie est alors, selon toute apparence, spontanée. » Seulement, accepter une spontanéité qui ne serait pas la même pour les divers points du globe équivaudrait à un refus d'admettre l'existence d'une cause manifeste, mais dont la nature est encore à trouver.

Chaque climat possède ses inflammations spéciales en quelque sorte; nous avons la méningite, la pneumonie et l'entérite folliculeuse par exemple, tandis que les climats chauds ont l'hépatite et la dyssenterie.

C'est, je crois, sur ce terrain collectif que le problème trouvera tôt ou tard sa solution, si tant est qu'elle ne soit déjà indiquée par la raison que M. Dutrouleau lui-même donne : la rareté des maladies de l'encéphale dans les pays chauds, l'appauvrissement du sang par le climat. Cette explication me semble, en effet, très-applicable encore à la rareté de la pneumonie et de l'entérite folliculeuse dans les mêmes régions. Et la fréquence de l'hépatite et de la dyssenterie, malgré cet appauvrissement, trouverait peut-être sa cause (sans préjudice de l'existence d'une foule d'autres, bien entendu, telles que miasme, genre d'alimentation, etc.) dans la congestion et la surexcitation fonctionnelle qu'une température élevée provoque particulièrement dans les organes qui sont le siége de ces affections.

III.

Lorsqu'on arrive près d'un malade atteint d'une fièvre intense et de désordres graves du côté de l'encéphale, il est parfois très-difficile de bien arrêter son diagnostic; mais on a entre les mains un réactif dont on doit toujours, à mon avis, se servir sans la moindre hésitation. Dans la grande majorité des cas, on peut être sûr que l'élément paludéen est la cause première de tous ces accidents, et l'emploi du sulfate de quinine ne doit pas être différé un seul instant. Au demeurant, jamais cette substance n'a d'inconvénient sérieux. L'action irritante, qu'on lui a prêtée gratuitement peut-être, n'arrête plus aucun praticien aujourd'hui, quels que soient les symptômes observés du côté du tube digestif. Quant à moi, je suis bien convaincu de son innocuité sous ce rapport, et le fait suivant me paraît une bonne garantie de plus pour la manière dont il agit sur les muqueuses en général.

Je suis appelé un soir près d'un malade atteint d'un accès pernicieux. Ses mâchoires sont fortement serrées l'une contre l'autre. La solution de sulfate de quinine, que je verse entre ses lèvres comme entonnoir, est violemment repoussée au dehors par l'expiration. Alors, retirant le traversin et rejetant la tête en arrière, je verse la solution dans le nez cuillerée par cuillerée. Il n'en revient pas une seule goutte; mais une toux violente, survenant à chaque nouvelle cuillerée, m'indique qu'il pénètre dans les bronches une partie du médicament. Les mouvements désordonnés du malade font qu'à plusieurs reprises il en coule dans les yeux une certaine quantité. Je m'attendais à voir le lendemain quelque lésion du côté du poumon et à la conjonctive. Il n'en a rien été, et le malade se trouvait en état de répondre très-sensément aux questions qu'on lui adressait à la visite.

L'aggravation vraie ou supposée des symptômes cérébraux que produirait la quinine ne peut pas être mise non plus en balance avec la réalité de l'heureuse influence de cette substance sur un accès pernicieux, qu'en définitive on doit sans cesse redouter.

Quant à la saignée, elle est à peu près complétement abandonnée dans la thérapeutique algérienne, et les funestes exemples rapportés par M. Dutrouleau ne sont pas faits pour en légitimer l'emploi dans les pays chauds en général.

Les évacuants ont en petit les inconvénients des émissions sanguines. Ils débilitent dans un climat où on est déjà beaucoup trop débilité par la chaleur. Néanmoins ils sont assez généralement employés aujourd'hui par les praticiens de l'Algérie au début du traitement des fièvres intermittentes. Ceux-ci se servent des purgatifs et les donnent dans tous les cas non pernicieux qui se présentent; ceux-là préfèrent les vomitifs, qu'ils administrent avec la même persévérance. J'ai essayé des uns et des autres, et je pense, avec M. Maillot, que « le plus souvent ils n'ont d'autre effet que de retarder l'usage du quinquina, auquel il faut enfin arriver. » Seulement ils trouvent assez souvent leur indication dans des maladies autres que la fièvre palustre, tandis que, d'une façon absolue, la saignée est rarement nécessaire.

Je crois donc que la saignée, les vomitifs et les purgatifs doivent en principe être rayés du traitement de la fièvre intermittente. Il faut que le traitement auxiliaire de cette maladie trouve ailleurs ses moyens d'action. Dans la grande majorité des cas sérieux, les affusions froides sur le front et au besoin la moutarde aux jambes donneront des résultats immédiats très-satisfaisants, sans avoir aucune conséquence fâcheuse sur le cours de l'affection.

Ainsi, toujours il faut commencer par le sulfate de quinine. Dans les cas graves, on le fait prendre immédiatement, tout en employant les moyens auxiliaires que réclament les circonstances. Si le cas est léger, on peut dans la pratique choisir le moment et le mode de l'administration; mais dans les hôpitaux il est prudent de faire prendre la quinine devant soi, à quelque période de l'accès, de la rémittence ou de l'apyrexie que l'on arrive, car beaucoup de malades cherchent à s'en dispenser par tous les moyens possibles, non pas tant à cause de l'amertume de la substance qu'en vertu de leurs vues médicales particulières. Ils attribuent à la quinine toutes les manifestations organiques de la cachexie palustre.

Cette cachexie, comme la période aiguë de l'affection, a ses indications spéciales. Une nourriture substantielle et une bonne hygiène doivent former la base de son traitement. La bonne hygiène résulte de l'ensemble des soins que l'on donne aux malades. Mais il n'est pas démontré que la bonne nourriture soit toujours facilement applicable; ainsi, par exemple, quand il y a un délire presque continuel, comme chez Dufour. Toutefois, en cette circonstance, le résultat est bien fait pour justifier les moyens employés.

Il est nécessaire de se servir encore de temps à autre du sulfate de quinine. Il ne combat peut-être pas directement les désordres organiques et la fièvre hectique qui en est le résultat, mais il conjure d'autres accès, qui viennent le plus souvent avec une persistance désespérante donner de nouveaux coups de fouet à la cachexie en affaiblissant encore les malades et en augmentant la congestion des organes abdominaux.

L'hypertrophie du foie et de la rate et l'anémie croissante sont deux causes réunies qui déterminent l'anasarque et la développent rapidement.

IV.

Les bronchites se sont montrées en nombre assez considérable. Je les ai rencontrées le plus souvent sur des sujets atteints de fièvre intermittente simple, de fièvre rémittente typhoïde et de fièvre typhoïde. Dans presque tous les cas, elles sont parvenues à un haut degré de gravité : des râles sibilants, ronflants et muqueux s'entendaient en abondance dans toute l'étendue des deux poumons. Le sulfate de quinine n'avait aucune prise contre elles. Il faisait disparaître les accès paludéens dans les cas où ils existaient en même temps, mais les bronchites n'étaient en rien modifiées. Je leur ai d'abord opposé le kermès à la dose de 3 décigrammes, dans une potion laudanisée à 15 gouttes, à prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures, sans obtenir le moindre résultat. L'émétique, au contraire, employé de la même manière, mais à la dose de 1 décigramme seulement et en faisant éloigner les prises si le malade sentait la moindre nausée, a réussi au-dessus de toutes mes espérances. Des bronchites intenses, qui traînaient depuis longtemps, ont disparu complétement en trois ou quatre jours au plus par ce moyen-là. C'est au point que j'en étais arrivé à me servir du tartre stibié avec la confiance que l'on accorde à un spécifique bien avéré.

J'ai eu dans une convalescence de fièvre typhoïde une pneumonie du premier degré, dans toute l'étendue de la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche, qui a disparu avec la même facilité que les bronchites par l'émétique donné de la même manière et à la même dose. Loin de saigner dans ce cas, c'est à peine si j'ai légèrement diminué le régime alimentaire du malade, qui n'a guère ressenti d'autre incommodité que celle qui résultait de la vivacité de la douleur au début, et de l'obligation de se coucher du côté affecté. Il semble que la pneumonie, tout en étant plus rare en Algérie qu'en France, a aussi une gravité moindre lorsqu'elle se présente dans notre colonie, et cela se conçoit sans peine si ce que j'ai dit plus haut, à propos de l'entérite folliculeuse sur l'action hyposthénisante du climat, est juste.

V.

Comme mes observations ont porté sur des sujets placés dans des conditions d'épuisement toutes particulières, il serait sans nul doute téméraire d'en généraliser les conclusions outre mesure. Il est vrai, les faits que les circonstances m'ont montrés en bloc à l'ambulance de Djelfa ne diffèrent pas, autrement que par leur nombre, de cas analogues qu'on rencontre isolément, plus souvent qu'on ne pourrait le croire, dans les hôpitaux de l'Algérie; mais encore j'aime mieux restreindre à de justes limites les conséquences qui découlent de mon sujet, que de m'exposer à dépasser les bornes de la vérité.

Aussi mon intention est-elle de donner en quelques lignes l'abrégé de ce qui précède plutôt que de formuler de véritables conclusions.

En résumé donc :

La fièvre typhoïde se montre en Algérie chez des Européens débarqués depuis moins de six mois.

Passé ce temps, la fièvre typhoïde peut encore se manifester, mais elle a d'autant moins de chance d'apparaître et diffère d'autant plus de ce qu'elle est en France que l'arrivée dans la colonie date de plus longtemps.

Parfois alors elle survient comme complication de la fièvre paludéenne.

---

(1) Fin. — Voir le numéro 36, du 22 juillet 1865.

Dans tous les cas, modifiés ou non, que j'ai observés, j'ai constaté que le malade n'avait pas eu de fièvre typhoïde antérieure.

La fièvre paludéenne a souvent un début qui simule parfaitement la fièvre typhoïde, et, en pareille circonstance, le malade est rarement en état de fournir des réponses qui puissent éclairer le diagnostic. Mais, dans l'immense majorité des cas, c'est à la fièvre intermittente qu'on a affaire. Il faut donc sans hésiter employer le sulfate de quinine.

L'aggravation momentanée que la quinine peut apporter dans les désordres cérébraux ne doit pas être mise en balance avec ses immenses avantages contre l'accès pernicieux, que l'on doit toujours redouter.

La saignée a une influence désastreuse sur les fièvres des pays chauds.

Elle doit n'être employée que rarement et avec une extrême circonspection dans le traitement des affections inflammatoires. La contre-indication naît surtout de l'action débilitante du climat, action qui enjoint même de nourrir plus ou moins presque tous les malades, là où en Europe on devrait être sévère pour le régime. Les malades atteints de fièvre typhoïde *modifiée* ne font pas exception à cette règle.

Des antiphlogistiques moins énergiques que la saignée suffisent dans presque tous les cas où elle pourrait sembler indiquée.

Les vomitifs et les purgatifs n'ont pas d'indication sérieuse dans le traitement de la fièvre intermittente, et ils peuvent avoir de graves inconvénients soit en affaiblissant les malades, soit en retardant par trop l'emploi du sulfate de quinine.

Le tartre stibié m'a donné des résultats extrêmement heureux dans le traitement de toutes les inflammations des bronches et du parenchyme pulmonaire où je l'ai employé. Je n'ai jamais eu recours en pareils cas ni à la saignée ni aux révulsifs internes ou externes.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 juillet 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. DEMARQUAY lit une *Note sur l'action physiologique de l'acide carbonique.*

Il est peu de substances dont l'action physiologique ait été plus controversée que celle de l'acide carbonique. Considéré dans les premiers temps qui ont suivi sa découverte comme relativement inoffensif et comme jouissant même de propriétés thérapeutiques manifestes quand on l'injecte dans le rectum ou la vessie, quand on le fait absorber par l'estomac, en solution dans l'eau, et aussi quand on le fait respirer, mais mélangé à une certaine quantité d'air, il a été plus tard, après qu'on en a eu connu sa composition chimique exacte, regardé comme plus ou moins toxique, parce qu'on mettait sur son compte l'action de composés qui accompagnent souvent sa production, tels que l'oxyde de carbone et les vapeurs alcooliques, et également l'action de matières plus complexes dont l'analyse même la plus délicate ne saurait encore justement apprécier la dose et l'importance, comme les miasmes et les exhalaisons de toute sorte qui se produisent dans la respiration pulmonaire et cutanée.

Les expériences de Collard (de Martigny), si souvent reproduites pour prouver l'action toxique de l'acide carbonique et si peu discutées, nous ont paru entachées d'erreur; celles de Rolando, de Séguin et autres auteurs ne nous ont pas semblé plus probantes. Aussi avons-nous jugé utile de reprendre cette question, de la soumettre à un nouvel examen et d'en faire une étude critique et expérimentale. En cela, du reste, nous étions encouragé par les recherches de MM. Regnault et Reiset et de M. Claude Bernard, mais surtout par l'utilité thérapeutique de l'emploi de ce gaz dont il importait par suite de montrer l'innocuité relative.

Nous avons donc fait de nombreuses expériences sur les animaux, sur nous-même, ainsi que sur plusieurs de nos élèves, en vue d'étudier les phénomènes physiologiques produits par l'acide carbonique, pour déterminer plus spécialement quelle quantité de ce gaz peut renfermer une atmosphère artificielle sans être irrespirable et encore moins toxique, et enfin examiner le degré d'anesthésie qu'on peut obtenir à l'aide de ce moyen.

Toutes ces questions sont développées avec les détails qu'elles comportent dans notre *Essai de pneumatologie*, qui doit paraître incessamment; mais nous avons cru utile de présenter ici les conclusions de notre travail :

1° L'acide carbonique exerce sur la surface du corps une action excitante d'autant plus marquée que la peau est plus fine et douée de plus de sensibilité. Les régions pénienne et périnéale sont plus spécialement le siége de cette action;

2° L'analgésie de la peau, quand on l'obtient, ne se produit que sous l'influence d'un jet continu de gaz sur une partie très-limitée du corps;

3° L'action sur les organes des sens participe de l'influence générale exercée sur le tégument externe : par conséquent, excitation vive, exaltation sensorielle ou perturbation nerveuse, tous phénomènes ordinairement assez fugaces;

4° Sur les voies digestives, action stimulante qui entraîne avec elle une légère excitation névro-vasculaire;

5° Injecté dans les veines, il est absorbé en grande quantité et éliminé rapidement, si l'opération est conduite avec les précautions convenables; ou bien il agit mécaniquement en produisant une distension considérable des cavités cardiaques, et par suite la mort;

5° Introduit dans l'organisme par les voies respiratoires, l'acide carbonique ne produit pas les accidents toxiques qu'on lui a si souvent attribués : en effet, d'abord à la dose d'un cinquième, ou même d'un quart, pour quatre cinquièmes ou trois quarts d'air atmosphérique ou d'oxygène, les mammifères peuvent le respirer longtemps sans paraître sérieusement incommodés; chez l'homme, il ne survient quelques troubles, assez légers du reste, qu'au bout d'un temps variable suivant le degré de susceptibilité des individus, mais généralement assez long pour qu'un effet thérapeutique ait la latitude de se produire, si l'emploi du gaz est indiqué; ensuite les lésions après la mort dans ce gaz, tant chez l'homme que chez les animaux, ne ressemblent pas à celles que cause un agent toxique avec lequel il a été souvent confondu, l'oxyde de carbone;

7° La plupart des accidents produits par la vapeur de charbon, l'air confiné, la vapeur des cuves en fermentation, mis à tort sur le compte de l'acide carbonique, doivent en grande partie être imputés soit à l'oxyde de carbone, à l'hydrogène sulfuré, aux vapeurs alcooliques, ou bien à d'autres gaz mal connus qui prennent naissance dans ces cas;

8° L'acide carbonique est simplement irrespirable. Il ne l'est pas à la manière de l'azote ou de l'hydrogène, sans être pour cela plus nuisible que ces deux gaz. La respiration consistant essentiellement en un échange de gaz entre le sang et l'air, et cet échange ne pouvant se faire, comme le prouvent les lois physiques, qu'entre des gaz de nature différente, il est parfaitement évident que l'acide carbonique respiré pur met un obstacle matériel à la fonction pulmonaire, et par suite détermine l'asphyxie. L'azote et l'hydrogène, quoique impropres à jouer le rôle d'agent vital dans l'hématose, quoique irrespirables en un mot, le sont moins cependant que l'acide carbonique, parce que, différant par leur nature du gaz qui doit être éliminé, l'échange peut se faire pendant quelques instants;

9° Les phénomènes très-réels d'anesthésie, obtenus à l'aide de ce gaz chez plusieurs espèces d'animaux, ne nous paraissent pas pouvoir être provoqués chez l'homme sans danger d'asphyxie, d'après ce que nous venons d'établir et aussi d'après le résultat de nos expériences sur nous-même. Nous croyons donc que ce serait commettre une grave imprudence que de vouloir, sur la foi d'une théorie d'ailleurs discutable, essayer de produire l'anesthésie chirurgicale chez l'homme à l'aide de ce gaz. Nous ferons remarquer d'ailleurs qu'en supposant que l'anesthésie ainsi produite fût assez complète, elle serait trop fugace pour être utilisée dans la pratique des opérations. (Commissaires : MM. Cl. Bernard, Longet.)

Physiologie comparée. — M. CH. ROBIN lit une note sur la démonstration expérimentale de la production de l'électricité par un appareil propre aux poissons du genre des raies.

— **M. CH. OZANAM** a adressé à l'Académie un travail intitulé : *Polypes multiples et repullulants du larynx guéris par la laryngotomie et la cautérisation par l'acide chromique.* (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet.)

— **M. MÉGNIN** adresse pour le concours des prix de Médecine et de Chirurgie deux opuscules, l'un sur la teigne du cheval, et l'autre sur le crapaud, maladie du pied du même animal. (Commission des prix de Médecine et de Chirurgie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Un concours pour les emplois de pharmacien-élève à l'École impériale du service de santé militaire de Strasbourg aura lieu à Strasbourg, le 10 septembre 1865; à Lyon, le 15 septembre; à Montpellier, le 18 septembre; à Toulouse, le 21 septembre; à Bordeaux, le 24 septembre, et à Paris, le 27 septembre.

— M. de Sylva (Antoine), ancien chirurgien-major, est décédé, le 26 juin 1865, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Cet honorable praticien a laissé d'unanimes regrets dans la ville de La Réole, où il exerçait depuis longues années.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Lallemand (de Metz), praticien estimé et regretté de ses compatriotes.

— La Société de médecine pratique tiendra sa séance prochaine le 3 août 1865.

Voici son ordre du jour :

Communication de M. Coursserant sur un nouveau procédé opératoire pour la cataracte adhérente.

Discussion sur la thoracentèse.

Recherches chimiques et physiologiques sur la fève du Calabar, par le docteur VÉE. In-8° de 34 pages. Prix : 1 fr. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AOUT 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Velpeau a tenu ce qu'il avait promis, il a fourni la preuve que Dupuytren avait eu l'idée du principe de la canule de Reybard. Nous avons reproduit plus loin la page citée par M. Velpeau, et le lecteur verra que la réclamation est juste.

Il s'agissait, dans la conception de Dupuytren, d'un tube à parois flexibles annexé à la canule. Le principe de l'appareil de Reybard était évidemment contenu dans la proposition de la thèse dont a parlé M. Velpeau.

Ce souvenir est invoqué à l'Académie pour la seconde fois. Au moment de la discussion sur la méthode sous-cutanée, en 1857, M. Velpeau l'a incidemment rappelé. Cela amoindrira-t-il le mérite de l'invention de Reybard? Nous ne le pensons pas. Nous verrons seulement dans l'histoire de la thoracentèse, comme dans l'histoire de toutes les sciences et de tous les arts, une application de cette loi universelle en vertu de laquelle les découvertes sont déjà dans l'air avant qu'un esprit pratique les formule ou les exécute, et que les bonnes inventions peuvent être jugées à leur vraie valeur en les considérant dans leurs rapports avec les tentatives antérieures.

Les découvertes, d'ordinaire, ne prennent pas au dépourvu l'esprit des hommes, et on ne s'isole pas de l'expérience de ses devanciers. Certes il ne serait pas difficile de prouver que, en médecine surtout, les propositions qui n'étaient pas le corollaire de faits acquis ont été choses périssables.

Tirons encore un autre enseignement de ce qu'a dit à l'Académie M. Velpeau : le culte des grands morts. Dupuytren est une de nos gloires chirurgicales dont bien des livres étrangers ont pris le reflet; beaucoup des maîtres de notre temps ont puisé près de lui leurs meilleures qualités, et on se souvient encore de la richesse de ses inspirations.

Nulle bouche, disons-le aussi, mieux que celle de M. Velpeau ne pouvait parler pour Dupuytren, car le chirurgien de la Charité, lui aussi, a semé pour les générations à venir.

Le lecteur verra, du reste, dans la suite de la discussion sur la thoracentèse, que M. Velpeau redoute l'introduction de l'air dans les cavités pleurales, sans lui attribuer autant de dangers qu'en ont signalé les orateurs qui l'ont précédé à la tribune. Enfin, en dehors de ce qui avait trait à la question historique, il a reconnu à la canule de Reybard une supériorité incontestable dans la pratique.

M. Poggiale a fourni ensuite matière à contradiction. Assimilant la poitrine à un vase à expérience chimique, il a admis qu'en principe le renouvellement de l'air était moins nuisible que le séjour d'une quantité restreinte de ce gaz dans une cavité presque close. C'était vanter l'ouverture large de la poitrine. Sur ce point, M. Poggiale était en complet désaccord avec M. Bouley, qui a immédiatement demandé la parole.

Au commencement de la séance, M. Devergie a terminé la lecture d'un rapport sur la viabilité spéciale des nouveau-nés, objet d'étude important et que les livres de physiologie n'ont pas encore approfondi, du moins pour l'espèce humaine. Des faits se présentent qui semblent démontrer que, en dehors de tous ou presque tous les attributs de la vie, des enfants ont pu végéter, pour ainsi dire, vivre d'une vie latente pendant plusieurs heures et être ensuite appelés à la vie par des soins. Discuter la valeur de ces faits, tel est le sujet d'une discussion qui s'engagera immédiatement après celle qui occupe actuellement l'Académie. — Dr Armand Desprès.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Cancer du testicule. — Castration par le procédé en valve ou en coquille.

(Leçon recueillie par M. ROZÉ.)

Dans une des leçons précédentes, M. Jobert (de Lamballe) a appelé l'attention des élèves sur un malade affecté d'un cancer du testicule, et à ce propos est entré dans des considérations intéressantes au double point de vue de la clinique et de la médecine opératoire.

L'homme dont il s'agit est couché au n° 33 de la salle Saint-Côme; il est âgé de trente-cinq ans, cultivateur, et a toujours habité la campagne. Depuis deux mois seulement il est à Paris. Son père est mort à soixante-huit ans, sa mère à cinquante-cinq; tous les deux paraissent avoir succombé à des affections de poitrine. Ajoutons enfin qu'il est fils unique. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, il s'est toujours bien porté. A cette époque, il eut une fluxion de poitrine; trois ans plus tard, il en eut une seconde; toutes les deux ont été très-bien guéries. Jamais il n'a été affecté d'aucune maladie des organes génito-urinaires.

Le 10 octobre dernier, après plusieurs jours de coliques accompagnées de diarrhée, il ressentit pour la première fois, dans le testicule droit, une douleur vive, qui cependant se calma promptement, et à laquelle il ne fit pas davantage attention; mais elle reparut trois mois après, et cette fois notre malade s'aperçut que le testicule était plus volumineux que celui du côté opposé. Le médecin qu'il consulta lui prescrivit seulement de soutenir les bourses au moyen d'un suspensoir, ce qui n'empêcha pas la tumeur d'augmenter de volume et d'être le siége de douleurs continues; ce fut alors que le malade se décida à venir à Paris.

Admis à l'Hôtel-Dieu, M. Jobert put constater que le scrotum est formé par une tumeur du testicule ayant une forme ovoïde; sa longueur est de 11 centimètres et sa circonférence médiane en mesure 22. Elle est rénitente, élastique, pleine. Son poids est considérable relativement à son volume. Son sommet se prolonge dans l'intérieur de l'anneau, mais là l'altération s'arrête brusquement. La peau qui la recouvre est lisse et ne présente aucune altération; les veines sous-tégumentaires sont dilatées; on ne sent aucun engorgement ganglionnaire dans le bassin. L'état général est parfait, et il n'existe aucun trouble fonctionnel.

Après cet examen minutieux de l'affection, M. Jobert n'hésita pas à reconnaître un cancer du testicule; cependant, désirant donner au diagnostic un plus grand degré de certitude, il pratiqua une ponction exploratrice.

Quelques jours après, il survint dans le point correspondant un petit abcès superficiel qui fut immédiatement ouvert. Cette inflammation, quelque peu importante qu'elle soit, n'en constitue pas moins une complication, qui, ainsi que l'a fait remarquer M. Jobert, mérite de fixer l'attention du chirurgien, surtout si on l'envisage au point de vue du manuel opératoire. C'est ce que nous aurons l'occasion de voir plus tard. Mais auparavant, M. Jobert, après avoir démontré que la tumeur ne pouvait être confondue ni avec une hydrocèle ni avec des kystes du testicule, s'est appliqué à rechercher quelle pouvait être la nature véritable de la production morbide, et par voie d'exclusion est arrivé à établir qu'elle était de nature encéphaloïde, c'est-à-dire qu'elle ne pouvait être ni squirrheuse, ni tuberculeuse, ni syphilitique.

Ce dernier point clinique était d'autant plus important que le savant professeur a appelé l'attention de ses auditeurs sur un malade qui habitait le quartier du Marais, et chez lequel le scrotum était en quelque sorte percé en arrosoir; par chacune de ces ouvertures fistuleuses, il s'écoulait une matière crétacée sur la nature tuberculeuse de laquelle on ne pouvait conserver le moindre doute. Cet homme a été parfaitement guéri par des injections iodées et un traitement général approprié, et il a conservé ses deux testicules dont les fonctions n'ont subi aucune détérioration. Ce que je viens de dire peut également s'appliquer au testicule syphilitique : ici, à la vérité, le diagnostic est éclairé par les antécédents du malade; malgré cela, l'erreur est possible, et il faut apporter d'autant plus de soin pour l'éviter que cette affection guérit admirablement par le traitement mercuriel, et en particulier par l'emploi des pilules de Sédillot.

La nature encéphaloïde de la tumeur une fois reconnue et établie, restait à débattre la question du traitement. Tout d'abord, M. Jobert écarte le traitement médical comme inutile et même dangereux, en ce sens que, par son inefficacité évidente et absolue, il permettait à la maladie de prendre un développement qui pouvait devenir compromettant même pour la réussite du traitement chirurgical, le seul auquel on dût avoir recours dans une circonstance pareille. Bien qu'aujourd'hui les chirurgiens soient d'accord pour reconnaître que le meilleur traitement chirurgical consiste dans l'ablation de la tumeur ou la castration, il faut bien reconnaître qu'il n'en a pas toujours été de même : c'est ainsi que M. Maunoir (de Genève) a conseillé de pratiquer la ligature de l'artère spermatique dans le but d'obtenir la chute de la tumeur par gangrène. Amussat a également préconisé cette opération; deux fois M. Jobert l'a pratiquée, et dans les deux cas il a échoué; il n'a donc pas été tenté de recommencer, et a été dès lors parfaitement fixé sur la valeur de ce mode opératoire.

D'autres chirurgiens ont conseillé de lier le canal déférent, et pourquoi faire? puisque ce n'est pas par lui que sont apportés les sucs nutritifs à la tumeur. Il est difficile de comprendre à quelle idée scientifique ils ont obéi en proposant une semblable opération.

Reste donc la castration. C'est à cette opération que M. Jobert aura recours; c'est d'elle dont nous devons par conséquent nous occuper. C'est une opération qui a donné lieu à bien des discussions, et plusieurs procédés opératoires ont été imaginés par les chirurgiens qui se sont occupés de cette question. Tous ces procédés ont au moins cela de commun qu'ils comportent deux temps principaux : le premier est employé à la dissection de la tumeur, le second à la section du cordon des vaisseaux spermatiques.

Dans une discussion approfondie, M. Jobert a repoussé l'incision faite en avant de la tumeur par la raison, qu'après l'ablation de cette dernière, il demeure un vaste puits où le pus s'accumule en quantité considérable et empêche la cicatrisation de la plaie. Il a également condamné le procédé de M. Aumont qui, dans le but d'éviter la stagnation du pus et de cacher la cicatrice, a proposé de pratiquer l'incision longitudinale à la partie postérieure de la tumeur. Ce procédé présente, en effet, de grands inconvénients et a été souvent suivi d'accidents inflammatoires très-graves. Ce qui s'explique facilement quand on réfléchit que, par sa position même, la plaie est exposée à une compression toujours douloureuse, et que le pansement ne peut en être fait qu'en relevant les bourses et par conséquent en produisant des tiraillements qui, dans certains cas, peuvent devenir la cause déterminante des accidents dont je viens de parler. Pour éviter tous ces inconvénients, M. Jobert a imaginé un procédé nouveau qui consiste à faire l'incision sur les côtés; elle part du point le plus élevé de la tumeur en dehors, et, après avoir contourné sa partie la plus déclive, elle se prolonge jusqu'à la racine de la verge en dedans. De cette façon, on a deux lambeaux; l'un antérieur, l'autre postérieur, tous les deux faciles à disséquer; et, lorsque la tumeur est enlevée, ils se placent naturellement l'un contre l'autre à la manière des deux valves d'une huître; ils peuvent être maintenus dans cette position, en quelque sorte naturelle, par un nombre suffisant de points de suture entrecoupée ou entortillée, et réunis par première intention ce qui est toujours un avantage. Dans tous les cas, on comprend que, s'il y a de la suppuration, le pus s'écoulera avec d'autant plus de facilité qu'il glissera sur le lambeau postérieur comme sur un plan incliné. Cette manière d'opérer a, de plus, l'avantage de rendre la dissection plus facile et par conséquent plus prompte surtout s'il n'existe pas d'adhérence du scrotum avec la tumeur; il est évident que, dans ce dernier cas, la dissection sera plus pénible et exigera plus d'attention et plus de temps; c'est ce qui est arrivé sur le malade, qui fait le sujet de cette leçon et chez lequel, on ne l'a pas oublié, il s'était developpé un petit abcès superficiel au niveau duquel il devait nécessairement se rencontrer des adhérences; mais, même en pareille circonstance et toutes choses étant égales d'ailleurs, la dissection est plus facile par le procédé en valve que par tout autre.

Le second temps, comme le premier, a été le sujet de controverses; certains chirurgiens, dominés par cette idée qu'après sa section le cordon se rétractait fortement et pouvait donner lieu à un épanchement de sang dans le ventre, ont conseillé d'en faire tout d'abord la ligature en masse. Malheureusement cette ligature est extrêmement douloureuse et peut être suivie du tétanos et de la mort, ainsi que l'a observé un célèbre chirurgien militaire, le docteur Bégin; en outre, elle a l'inconvénient de demeurer en place un temps quelquefois très-long, M. Jobert l'a vu tomber seulement le soixantième jour. Durant tout ce temps, elle constitue un véritable corps étranger irritant, qui entretient la suppuration et s'oppose à la cicatrisation de la plaie. Par toutes ces raisons, notre savant maître préfère opérer la section du cordon successivement par de petits coups de bistouri, qui ouvrent les vaisseaux les uns après les autres, ce qui facilite et assure leur ligature; de telle sorte qu'après la section du canal déférent, en admettant même, ce qui n'est pas et ce que M. Jobert n'a jamais vu, qu'il y ait rétraction du cordon, il ne pourrait se faire aucun écoulement de sang dans la cavité abdominale, tout en conservant le grand avantage de voir toutes ces ligatures tombées dès le huitième jour, et la plaie marcher vers une prompte cicatrisation.

Le malade dont nous avons parlé en commençant a été

opéré ainsi que nous venons de le dire, et aujourd'hui il est complétement guéri, et on peut résumer ainsi les avantages du procédé de M. Jobert :

1° La dissection de la tumeur est plus facile et plus prompte;

2° La plaie est plus facile à panser que par le procédé de M. Aumont, et cela sans que la cicatrice placée sur les côtés soit plus visible;

3° Le lambeau postérieur forme un plan incliné sur lequel le pus glisse et est facilement porté au dehors;

4° Les lambeaux peuvent être facilement mis en contact et réunis par première intention;

5° Enfin la ligature des artères, séparément et avant la section du canal déférent, offre l'avantage de prévenir toute espèce d'hémorrhagie, tout en évitant les douleurs atroces résultant de la ligature du cordon en masse. De plus, la chute de ces ligatures fait que la plaie peut se cicatriser beaucoup plus promptement.

COURS DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE. — M. Tony Moilin.

Paralysies vasculaires.

Dans la précédente leçon, je vous ai dit qu'il y avait dans les tissus trois sortes de vaisseaux ayant chacun des fonctions distinctes, les artérioles ralentissant la circulation capillaire, les veinules activant cette même circulation, et enfin les lymphatiques accélérant le cours des humeurs interstitielles dans la trame des tissus. Dans cette séance, je vais examiner quels sont les phénomènes morbides produits par la paralysie de ces trois sortes de vaisseaux.

1° Paralysie des artérioles. La paralysie des artérioles produit des effets opposés à leur excitation; elle accélère la circulation capillaire. On le comprend sans peine. Les artères paralysées, n'ayant plus leurs parois contractées, se laissent dilater par la pression sanguine. Elles offrent ainsi à la circulation des voies plus larges où le sang se précipite en plus grande quantité que de coutume. Ce fait est du reste confirmé par l'expérience. Si l'on coupe sur un animal le nerf d'une artère, on observe immédiatement une accélération de la circulation capillaire dans tous les tissus recevant leur sang de l'artère paralysée. Ces tissus sont plus rouges, plus chauds, plus sensibles, plus turgides qu'à l'état normal, ce qui provient évidemment de ce qu'ils sont traversés par une plus grande masse de sang qu'auparavant.

Cette accélération de la circulation capillaire consécutive à la paralysie des artérioles est la congestion. C'est un phénomène essentiellement morbide et qui est toujours lié à la perte d'une des propriétés vitales des artères, leur contractilité. Par sa nature, la congestion diffère radicalement de l'hyperémie, qui est due à la contraction des veinules et indique ainsi un accroissement des propriétés vitales de ces vaisseaux. La congestion est une paralysie, c'est une maladie; l'hyperémie est une excitation, c'est un acte physiologique. Ces deux états sont donc tout l'opposé l'un de l'autre. Cependant le plus souvent on les confond, et aujourd'hui il est peu de médecins qui ne considèrent les mots congestion et hyperémie comme parfaitement synonymes. Cette confusion, je l'avoue, est facile à faire, parce que dans ces deux états, pourtant si différents, les tissus présentent la même accélération de leur circulation capillaire et offrent la même rougeur, la même élévation de température, le même accroissement de sensibilité, la même turgescence, et enfin la même augmentation des humeurs exsudées. Cependant il est de la plus haute importance de distinguer les deux états, et on y parviendra le plus souvent à l'aide des considérations suivantes.

L'hyperémie et la congestion ne sont pas produites par les mêmes causes. La première est la conséquence de phénomènes normaux et d'excitations physiologiques. C'est un acte de la santé. La seconde, au contraire, est extra-physiologique; elle est provoquée par des agents irritants qui attaquent les propriétés vitales des tissus, et sont à ce titre de véritables poisons. Cependant, quand on a sous les yeux une accélération de la circulation capillaire, il n'est pas toujours possible d'en connaître la cause. Aussi serait-il bien souvent difficile de distinguer la congestion de l'hyperémie si l'on n'avait point d'autres caractères plus pratiques empruntés à la durée, à la marche et à la gravité différentes de ces deux états.

L'hyperémie a toujours une durée assez courte, qui ne dépasse pas quelques heures. En effet, comme elle est produite par la contraction exagérée des veinules, il est clair qu'elle ne saurait se prolonger indéfiniment. Au bout d'un certain temps d'activité, les fibres musculaires des veinules sont fatiguées, il faut qu'elles se reposent et réparent leurs forces perdues, et naturellement ce repos fait disparaître l'hyperémie. Dans la congestion, rien de semblable. Là, les vaisseaux sont paralysés, inertes; ne dépensant absolument rien, ils n'ont rien à réparer, et peuvent persister indéfiniment dans leur état de paralysie. Aussi voit-on souvent les congestions se prolonger pendant des mois et des années, et, ce qu'il faut admirer, ce n'est pas qu'elles durent parfois si longtemps, mais c'est qu'elles ne persistent pas toujours indéfiniment.

Ainsi donc, un premier caractère qui distingue l'hyperémie de la congestion, c'est que la première dure toujours très-peu de temps, tandis que la seconde a une durée beaucoup plus prolongée.

Autre caractère : l'hyperémie, étant produite par la contraction des veinules, varie d'un instant à l'autre dans son intensité comme cette contraction elle-même. Comme tous les phénomènes vitaux, elle présente des exagérations et des dépressions subites, des caprices si l'on ose s'exprimer ainsi. Au contraire, la congestion n'offre aucune variation dans ses symptômes. Les vaisseaux sont paralysés, inertes; tant que dure cette paralysie, le sang les traverse avec la même vitesse sans que rien vienne accélérer son cours ou le modérer. Voilà donc un nouveau caractère distinctif de l'hyperémie et de la congestion, à savoir, que la première offre des variations et des inégalités dans sa marche, tandis que la seconde n'en présente point.

Enfin le dernier caractère séparant l'hyperémie de la congestion est tiré de leur nocuité bien différente. Et c'est même là, on peut le dire, ce qui distingue profondément ces deux états si semblables cependant sous bien des rapports. Dans les deux cas, l'exagération de la circulation capillaire est exactement la même; mais, dans l'hyperémie, elle ne se prolonge pas assez longtemps pour altérer les tissus et troubler la nutrition, tandis que dans la congestion elle a tout le loisir nécessaire pour attaquer les organes et y produire des désordres graves. Oui, dans l'hyperémie et dans la congestion, l'accélération du cours du sang est identique, et, si elle produit dans chaque cas des effets si différents, c'est que sa durée a été différente. Elle est comme l'eau chaude qui brûle la main qu'on y laisse tremper quelque temps, et échauffe à peine la main qu'on en retire de suite. Ce dernier caractère distinctif de l'hyperémie et de la congestion est sans contredit le plus important de tous; car c'est celui qui donne à ces deux états leur véritable signification, et fait du premier un acte essentiellement physiologique, et du second un acte essentiellement morbide.

2° Paralysie des veinules. Elle produit des phénomènes contraires de ceux obtenus par l'excitation des veines; elle ralentit la circulation veineuse; elle détermine une accumulation et une stagnation du sang dans les capillaires, en un mot elle produit l'*engorgement*. L'*engorgement* diffère complétement de la *congestion*. Dans celle-ci, non-seulement les organes malades contiennent plus de sang que de coutume, mais ce sang est animé d'une plus grande rapidité. Il circule en même temps en plus grande abondance et avec plus de vitesse. Dans l'engorgement, au contraire, les tissus affectés contiennent, il est vrai, beaucoup de sang, mais ce sang stagne, il ne circule que lentement ou même est complétement arrêté. La congestion, c'est un fleuve rapide et puissant; l'engorgement, c'est un marécage où l'eau abonde mais n'a pas d'écoulement.

L'engorgement diffère encore davantage de l'anémie locale produite par l'excitation des artérioles. Dans cette anémie, la circulation est ralentie, il est vrai, mais c'est parce que les tissus ne reçoivent plus de sang en quantité suffisante. Dans l'engorgement, les organes reçoivent du sang en abondance, mais ils ne peuvent s'en débarrasser assez vite et ils le laissent stagner dans les capillaires. Si l'on compare la congestion à une rivière et l'engorgement à un marais, l'anémie, elle, ressemblera à une terre desséchée, maigrement arrosée par des ruisseaux à moitié taris.

L'engorgement, suivant qu'il est plus ou moins prononcé, s'accompagne de phénomènes morbides différents. Sous ce rapport, il se divise très-nettement en trois périodes distinctes ou degrés.

Premier degré, c'est l'*engorgement* proprement dit. Dans cet état la circulation capillaire est ralentie, il est vrai, mais non arrêtée. Les tissus gorgés de sang veineux présentent une teinte rouge foncée, lie de vin, et offrent un léger empâtement dû à un commencement d'œdème; enfin leur température s'abaisse et ils sont notablement moins sensibles qu'à l'état normal.

Dans le deuxième degré de l'engorgement, la circulation capillaire n'est plus seulement ralentie, elle est complétement arrêtée. Il y a *stase* et le sang, restant immobile dans les vaisseaux, ne tarde pas à noircir et à se coaguler. Par suite de cette stagnation du sang les tissus se refroidissent, ils perdent leur sensibilité et enfin ils présentent une coloration livide tout à fait caractéristique.

Enfin, dans le troisième degré de l'engorgement, on observe de nouveaux phénomènes. Le sang qui stagne dans les vaisseaux étant privé d'oxygène et restant en contact avec son acide carbonique, se décompose. L'hématine des globules se dissout dans le sérum, elle s'échappe des vaisseaux et vient colorer les tissus. En même temps le sang se putréfie, il donne naissance à des liquides septiques qui attaquent les éléments histologiques, les tuent, puis les désagrégent et ont bientôt transformé les tissus malades en une bouillie putride. En un mot, pour parler le langage ordinaire, il y a *ulcération et gangrène* moléculaires.

Tels sont les trois degrés de l'engorgement, caractérisés chacun par un état particulier du sang. Le premier, c'est l'*engorgement* proprement dit, ou, si l'on aime mieux, l'*empâtement*. Il est le signe d'un simple ralentissement de la circulation capillaire. Le deuxième degré, c'est la *stase;* elle est due à l'arrêt et bientôt à la coagulation du sang dans les vaisseaux malades. Enfin, le troisième degré est l'*ulcération;* elle est la conséquence directe de la putréfaction du sang et de la macération des éléments histologiques au sein de liqueurs septiques.

Il est inutile d'ajouter que toutes ces conséquences de la paralysie des veinules peuvent être obtenues directement par l'expérience. Si, par exemple, sur un animal, on coupe les nerfs qui animent les veines de l'œil, on observe d'abord un engorgement de la conjonctive, puis bientôt l'ulcération et la perforation de la cornée. En liant la veine principale d'un membre, on y produit de même les trois degrés de l'engorgement, mais, il est vrai, par un autre mécanisme. D'abord c'est un empâtement général du membre, puis c'est la coagulation du sang dans les troncs veineux qui prennent l'aspect de cordons pleins; enfin c'est l'ulcération et la gangrène humide des tissus engorgés.

3° Paralysie des vaisseaux lymphatiques. Cette paralysie produit un effet facile à prévoir; elle ralentit la circulation interstitielle et détermine une accumulation de sérosité dans la trame des tissus, en un mot elle produit l'œdème. Cependant, on doit le dire, l'œdème est dû fréquemment à d'autres causes que la paralysie des lymphatiques. Tantôt il provient d'un embarras de la circulation veineuse et de la pression exagérée à laquelle le sang se trouve soumis dans l'intérieur des capillaires. D'autres fois il est dû à une altération du sang qui est devenu plus aqueux et dont la partie liquide transsude plus aisément à travers les porosités des vaisseaux. D'autres fois enfin, sa cause réside dans la grande laxité du tissu conjonctif qui n'offre aucune résistance à l'accumulation de la sérosité. C'est ce qui a lieu, par exemple, pour les paupières et le scrotum; mais cela n'empêche pas que l'œdème ne soit dû dans certains cas à la paralysie des lymphatiques; tel est notamment celui qui succède souvent à l'absorption des venins et des matières septiques, et qui s'accompagne d'un gonflement des ganglions lymphatiques; l'altération des ganglions prouvant évidemment celle des vaisseaux lymphatiques.

En résumé, la paralysie des trois sortes de vaisseaux existant dans les tissus amène pour chaque vaisseau des phénomènes morbides différents. La paralysie des artérioles produit la congestion. La paralysie des veinules donne naissance à l'engorgement, enfin la paralysie des lymphatiques s'accompagne de l'œdème. Aucun de ces phénomènes morbides considéré isolément n'est l'inflammation. Ainsi la congestion seule n'est pas une inflammation, c'est une congestion. L'engorgement seul n'est pas une inflammation, c'est un engorgement. Enfin l'œdème seul n'est pas une inflammation, c'est un œdème. L'inflammation est un état plus complexe, c'est un mélange, une combinaison de trois éléments morbides : la congestion, l'engorgement, l'œdème. Ce n'est point une paralysie, ou des artérioles, ou des veinules, ou des lymphatiques, mais c'est la paralysie simultanée de ces trois sortes de vaisseaux.

Sans doute, la congestion, l'engorgement, l'œdème peuvent se rencontrer chacun à l'état pur. Mais cela est rare, et le plus souvent ils sont mélangés de manière à constituer l'inflammation. La raison en est simple. Les artérioles, les veinules, les lymphatiques existent côte à côte dans les tissus; ils sont composés des mêmes éléments histologiques, et se trouvent exposés aux mêmes influences morbides; il n'y a donc rien d'étonnant à les voir pour ainsi dire toujours tomber malades en même temps. Ce qui est plus remarquable, c'est qu'ils puissent parfois être paralysés isolément.

Ainsi donc, l'inflammation est un état complexe : c'est un mélange de congestion, d'engorgement et d'œdème. Mais ces trois éléments morbides ne se trouvent pas toujours combinés entre eux dans la même proportion. Il arrive souvent que l'un d'eux est prépondérant et communique sa physionomie propre à l'inflammation.

Tantôt c'est l'élément congestif qui l'emporte. Les tissus enflammés présentent alors tous les phénomènes de la congestion; ils sont chauds, douloureux, colorés en rose vif, et n'ont aucune tendance à l'ulcération. Cet état est l'inflammation congestive, ou encore la congestion engorgée.

D'autres fois, c'est l'engorgement qui prédomine sur les autres éléments inflammatoires. Les tissus malades sont alors médiocrement chauds, médiocrement sensibles, et ils présentent une coloration propre plus ou moins foncée. Cet état est l'inflammation engorgée, ou encore l'engorgement congestif.

D'autres fois enfin c'est l'œdème qui est prépondérant et qui caractérise l'inflammation. Celle-ci s'appelant alors inflammation œdémateuse ou œdème inflammatoire.

Toutes ces considérations sur les paralysies vasculaires ne sont pas de simples vues théoriques, comme vous pourriez le croire. Elles sont au contraire essentiellement pratiques, et tous les jours vous en trouverez l'application dans l'étude des maladies.

Ainsi, la congestion pure s'observe dans les névralgies dites congestives, notamment dans la névralgie susorbitaire et oculaire, que jamais personne ne confondra avec une ophthalmie. Elle existe encore dans le rhumatisme articulaire aigu que tous les bons esprits ont toujours distingué des arthrites inflammatoires.

L'engorgement pur se montre dans la rate et le foie. Il y constitue des lésions qui caractérisent les fièvres intermittentes, qu'on n'a jamais confondues avec l'hépatite ou la splénite.

L'inflammation congestive n'est autre chose que l'inflammation franche, l'inflammation inflammatoire, si j'ose m'exprimer ainsi, et qui sert de type à toutes les autres.

Enfin, vous retrouverez l'inflammation engorgée dans toutes les inflammations de nature scrofuleuse, inflammations si nettement caractérisées par la coloration livide des tissus, par l'absence de douleur et de chaleur, et enfin par une funeste tendance à l'ulcération.

HOSPICE SAINT-JACQUES DE BESANÇON. — M. Coutenot.

Alcoolisme; diagnostic différentiel d'une forme de cette affection et de la fièvre typhoïde.

(Observation recueillie par M. Aubry, interne du service).

Le nommé P... (Antoine), âgé de quarante-sept ans, voiturier de profession, d'une constitution forte, d'un tempérament nervoso-san-

guin, entre dans le service le 17 février 1864. Depuis quatre jours, racontent ses parents, il a été obligé de s'aliter; et le médecin appelé, croyant avoir affaire à une fièvre typhoïde au début, lui a administré un éméto-cathartique, suivi d'un purgatif salin. Nous le trouvons avec un facies altéré, l'œil éteint, les pommettes rouges, la bouche béante et sans expression. La peau est sèche, un peu plus chaude qu'à l'état normal. Le pouls est petit, dépressible, fréquent, (98); les battements du cœur ont peu d'énergie; les dimensions de l'organe, mesurées par la percussion, sont normales. La respiration est fréquente, entrecoupée de temps à autre par un accès de toux. L'auscultation ne fait reconnaître que des râles à grosses bulles dans l'arbre bronchique. La percussion fournit dans toutes les parties du poumon une sonorité normale. La langue est rouge, sèche, pointue, tremblottante, la soif est vive, l'inappétence complète. Pas de diarrhée ni de constipation. La palpation de la fosse iliaque droite permet de reconnaître quelques gargouillements. La sensibilité et la motilité sont conservées jusqu'à un certain point : il n'y a pas de tremblements, mais un certain degré de résolution musculaire. L'intelligence, sans être profondément troublée, est néanmoins altérée; le malade répond avec quelque peine et avec lenteur aux questions qu'on lui adresse.

Le 18 février, même état; la nuit, il y a du subdélirium. Boissons délayantes, expectation.

Le 19, des symptômes congestifs apparaissent du côté des centres nerveux; la face est rouge et vultueuse. Sangsues aux apophyses mastoïdes; sinapismes aux extrémités.

Le 20, les symptômes extérieurs de la congestion semblent avoir disparu; cependant le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Il y a de la carphologie. Le pouls, qui la veille avait repris de la force, redevient petit et filant. La respiration est toujours plus fréquente qu'à l'état normal; la toux a diminué. Le facies n'a cependant pas ce cachet de stupeur caractéristique. Deux vésicatoires aux cuisses; sinapismes aux jambes.

Le 21, même état pendant la journée. Le soir, les symptômes de congestion cérébrale reviennent; le pouls reprend de la force, le malade délire. Nouvelle application de sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 22, une amélioration notable se fait remarquer : l'injection de la face, le délire ont cessé, le pouls est toujours petit et fréquent; le malade, plongé dans un état semi-comateux, répond avec quelque peine aux questions qu'on lui adresse.

Quelques renseignements fournis sur les habitudes d'intempérance du malade, l'absence du caractère typhique de la face, les symptômes congestifs observés, font diagnostiquer une intoxication alcoolique.

Le 23, l'état semi-comateux se continue; et, à la visite du matin, on remarque l'apparition de petites taches rosées, de la grosseur d'un demi-grain de millet, répandues en nombre très-considérable sur la face antérieure comme sur la face postérieure du corps. A un examen superficiel, elles pourraient être confondues avec les taches lenticulaires de l'affection typhoïde; elles en diffèrent, en ce que celles-ci, constituées par une variété d'exanthème, s'effacent à la pression, tandis que celles qu'on observe, véritables ecchymoses, n'offrent point ce caractère. On leur diagnostique une cause analogue à celle qui produit le purpura, c'est-à-dire une altération cachectique du sang. Le ventre est dur, un peu tendu; cataplasme sur le ventre. Lavement émollient.

Le 24, l'état du malade ne s'améliore pas. Toujours de la résolution musculaire, de la somnolence, et l'absence complète du besoin d'aliments. On constate une rougeur érysipélateuse dans la région sacro-coccygienne, indice d'une escharre prochaine. Lavement émollient; application de collodion élastique au sacrum.

Le 25, le pouls est à peine perceptible, la respiration de plus en plus fréquente; en outre, évacuation involontaire des matières fécales. Bouillon, potion vineuse, un bol de thériaque, tisane vineuse.

Le 26, sous l'influence du vin, le pouls reprend de la force, l'état général offre une légère amélioration; l'évacuation involontaire des matières fécales et de l'urine continue. Même traitement que la veille.

Le 27, l'amélioration se continue; les déjections sont contenues, l'appétit revient un peu, la langue est moins rouge. Une escharre s'est formée au sacrum. Potion vineuse.

Le 28, l'escharre tend à s'éliminer; l'appétit reprend; le pouls a de la force et de l'ampleur, la respiration est normale. L'intelligence demeure cependant encore paresseuse, le sommeil est troublé par des cauchemars. Potion vineuse, tisane vineuse; alimentation azotée.

Peu à peu, sous l'influence de ce traitement, les accidents divers se calment; plus de symptômes inquiétants. L'escharre du sacrum s'est éliminée, et la plaie marche vers une guérison assez rapide. Cependant, les troubles du côté de l'innervation persistent, quoique à un plus faible degré.

Vers le 8 mars, le malade ne peut encore se lever; il offre encore une légère hébétude. Enfin, deux petites escharres se sont encore formées à la région scapulaire gauche. La convalescence dure jusqu'au milieu d'avril, époque à laquelle le malade sort et peut reprendre son état de charretier.

Cette observation présente une particularité remarquable, c'est la relation curieuse de la plupart des symptômes observés avec ceux de l'affection typhoïde. Fièvre continue avec mollesse et petitesse du pouls; bronchite légère, résolution musculaire, état comateux, éruption lenticulaire, si facile à confondre avec celle de la fièvre typhoïde, gargouillement de la fosse iliaque droite, escharres au sacrum. Elle nous montre, en outre, une des formes si variées de l'intoxication alcoolique. Doit-on conclure de la similitude des symptômes observés, la possibilité de quelque analogie entre l'élément septique qui donne la fièvre typhoïde et l'alcool? Je ne le crois pas. La coïncidence remarquée est due probablement à l'effet fortuit de quelques lésions anatomiques, résultant d'un empoisonnement aigu par l'alcool et d'un état cachectique dû à la même cause.

SUR UN CAS DE SPASME FACIAL DOUBLE,

Par M. de Graefe.

M. de Graefe a présenté à la Société de médecine de Berlin une femme atteinte d'un tic convulsif double de la face, dans lequel l'origine des phénomènes convulsifs est surtout très-digne d'intérêt. Le spasme était tellement violent et si continu, que depuis quatre mois cette femme ne pouvait plus marcher seule dans la rue, en raison de l'occlusion presque incessante de ses yeux. On pensa qu'il s'agissait d'un spasme réflexe; mais l'exploration des points ordinairement intéressés en pareil cas ne donnait qu'un résultat négatif. On reconnut, par contre, qu'en exerçant une pression sur le pilier antérieur du voile du palais, de manière à le serrer contre la mâchoire, les spasmes les plus violents s'arrêtaient instantanément. Un examen plus attentif fit voir qu'il existait à ce niveau une petite ulcération, à aspect légèrement gangréneux, qui était évidemment le point de départ des spasmes de la face. Des soins de propreté, aidés de gargarismes légèrement chlorurés, amenèrent assez rapidement la cicatrisation de cet ulcère. A mesure qu'il se réparait, les spasmes diminuèrent d'intensité et de fréquence, et ils disparurent complétement quand la cicatrisation fut achevée. (*Deutsche Klinik*, n° 22.)

DU TRAITEMENT DES SUEURS COLLIQUATIVES EN GÉNÉRAL, et de celles des phthisiques en particulier.

L'action des substances réputées propres à supprimer les *sueurs colliquatives* est, tout le monde en a fait l'expérience, extrêmement incertaine, et souvent, après en avoir parcouru la série, on reste désarmé en présence de ce symptôme, qui est si pénible pour la plupart des malades.

Une formule ajoutée à celles qui sont en usage n'est donc pas une superfétation; quand toutes les ressources sont infidèles, un moyen qui réussit quelquefois n'est pas à dédaigner. C'est à ce titre uniquement que nous reproduisons la prescription suivante, recommandée notamment pour les sueurs colliquatives des phthisiques par M. Rodolfo Rodolfi, médecin en chef de l'hôpital Majeur de Brescia :

Bicarbonate de soude.	0gr,50
Fleur de soufre.	} ââ 0gr,14
Sous-nitrate de bismuth. . . .	}
Mêlez.	

On fait prendre un paquet ainsi composé toutes les deux heures. Lorsque cette médication est suivie avec une exactitude scrupuleuse, elle supprime ou diminue notablement, suivant M. Rodolfi, les sueurs colliquatives au bout de quatre ou cinq jours, et les phthisiques, chez lesquels on l'emploie pendant quinze à vingt jours, éprouvent presque tous une amélioration marquée; l'expectoration est moins abondante, plus facile, etc. L'emploi de ces poudres fait presque toujours disparaître le muguet. Enfin, M. Rodolfi ne les juge contre-indiquées que chez les sujets qui ont l'estomac très-délicat et qui sont affectés de diarrhée colliquative.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er août 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Jaquolot sur une série de quatre faits d'érysipèle qui semblent plaider en faveur de la contagion. (Commissaire : M. Gosselin.)

2° Une note de M. le docteur Burdel (de Vierzon) sur un fœtus monstrueux, monocle, mort-né.

3° Un exposé d'une méthode expérimentale pour introduire les gargarismes dans la cavité du larynx, par M. le docteur Guinier. (Commissaires : MM. Cl. Bernard et Béclard.)

4° Une note extraite d'un Mémoire sur le choléra-morbus, par M. Aronssohn. (Commission du choléra.)

5° Une réclamation de M. le docteur Mouchet (d'Agen), qui rappelle un Mémoire de 1851 où il parlait de l'action tonique de la médication arsenicale. (Renvoyé à M. Gibert.)

6° Une réclamation, à l'occasion du livre de Réveil sur les médicaments nouveaux, de M. le docteur Barin du Buisson pour la priorité de la cautérisation des plaies par morsure au moyen du perchlorure de fer. (Commission de la rage.)

7° Une note de M. le docteur Josat sur la conservation de la vie chez les nouveau-nés dans un milieu privé d'air respirable. (Renvoyé à M. Devergie.)

Fig. 2 Fig. 1 Fig. 4 Fig. 3

8° M. Charrière présente à l'Académie un nouvel instrument qu'il a fabriqué sur les indications de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), et auquel l'auteur a donné le nom d'emporte-pièce histologique.

Cet instrument est destiné à aller chercher isolément dans la profondeur des tissus un petit fragment que l'on veut soumettre à l'examen microscopique; ce que l'on ne peut faire aussi sûrement avec le harpon de M. Mideldorff.

Il se compose d'une tige cylindrique, *a b c*, fig. 1, divisée en deux moitiés, dont l'une *b* est fixée sur un manche C par la vis B, et dont l'autre *a* est mise en mouvement sur la première *b* en poussant le bouton quadrillé A.

On fait pénétrer l'emporte-pièce fermé, fig. 2, puis on l'ouvre comme la fig. 1. Le petit fragment de tissu s'étant engagé au-dessous du crochet de la pointe *c*, est divisé par les bords tranchants de ce même crochet *c*, et par l'extrémité libre de la moitié *a*. Il se trouve ainsi enfermé dans la cavité A, fig. 3. On retire alors l'emporte-pièce sans accrocher les tissus à travers lesquels il a pénétré.

La fig. 4 représente, grossie trois fois, la cavité qui reçoit les tissus que l'on veut examiner.

— M. Tardieu fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un ouvrage sur l'ataxie locomotrice de M. le docteur Carre (d'Avignon);

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Gevrey sur une épidémie d'angine qui a régné dans l'arrondissement de Vesoul et dans la commune de Ney-sur-Saône (Commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Haime sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné depuis le mois d'avril dans la commune de Neury-le-Roi (Indre-et-Loire) [Commission des épidémies];

3° Deux rapports de M. le docteur Jacquot (de Saint-Dié) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a été observée dans le grand séminaire de Saint-Dié (Vosges) [Commission des épidémies];

4° Un rapport de M. le docteur Patezon sur le service médical des eaux minérales de Vittel (Vosges) [Commission des eaux minérales].

ÉLECTION.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national.

La Commission présente :

En première ligne, M. Fonssagrives;

En deuxième ligne, M. Tholozan;

En troisième ligne, M. Thore.

Sur 55 votants :

M. Fonssagrives obtient.	29	suffrages.
M. Tholozan.	18	»
M. Thore.	7	»
Voix nulle.	1	»

M. Fonssagrives, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre correspondant national.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. Roger, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont mises aux voix et adoptées.

Viabilité des enfants. — M. Devergie achève la lecture d'un rapport sur un travail de M. Bardinet ayant trait à des faits de viabilité prolongée en dehors des conditions nécessaires à la vie.

M. Devergie rappelle qu'il existe un Mémoire en allemand de Marschka (de Prague) où il y a des faits constatant que des enfants nouveau-nés considérés comme morts ont pu vivre d'une vie rudimentaire pendant longtemps. L'auteur, dit le rapporteur, a signalé un cas où la vie a été entretenue pendant sept heures, et il ne s'explique pas davantage; il a cité un autre fait où on a constaté des battements du cœur vingt-trois heures après que l'on avait jugé l'enfant mort. Il concluait qu'il était peut-être possible que les enfants nouveau-nés vécussent sans respirer pendant un temps indéterminé, que la circulation pouvait être limitée et ne se faire que dans les gros vaisseaux, ce qui aurait expliqué pourquoi dans un cas on avait constaté des battements du cœur.

M. Devergie discute la valeur de ces assertions, et il dit que, si l'on peut mettre en doute les observations de Marschka, il faut compter avec celles de M. Bardinet. Il pose la question et ne prétend pas la juger en dernier ressort.

Des hypothèses, dit-il, peuvent être émises aujourd'hui; on peut attribuer les phénomènes singuliers, qui ont été observés, à la permanence de la circulation fœtale et à la possibilité qu'elle aurait eu d'entretenir une vie ébauchée. On peut songer qu'il y a eu, dans tous les cas, une respiration insensible; enfin que les deux conditions, qui viennent d'être dites, ont pu se trouver réunies.

Ici, M. Devergie applique la théorie aux faits présentés par M. Bardinet; il remarque, en passant, que la température élevée du mois d'août (époque à laquelle M. Bardinet a observé les cas qu'il a présentés à l'Académie) a bien pu entrer pour quelque chose dans la conservation d'un reste de vie chez deux enfants enterrés.

Voici les conclusions de M. Devergie :

L'on doit reporter, à M. le docteur Marschka, le mérite d'avoir, le premier, appelé l'attention sur la possibilité de la prolongation de la vie des enfants nouveau-nés, sans respiration, c'est-à-dire au-delà des limites qui, jusqu'alors, avaient été assignées par la généralité des médecins qui se livrent à la pratique des accouchements ou à celle de la médecine légale. Mais nous nous hâtons d'ajouter que les faits publiés à Prague n'ont pas eu de retentissement en France, que le travail de M. Bardinet, dont le titre et la substance semblent copiés sur celui de M. Marschka, a le mérite d'appeler l'attention du monde savant sur le même sujet; et, quoique les faits qu'il a fait connaître ne soient pas tous concluants, ils auront cependant un double intérêt : 1° celui d'appeler toute l'attention des physiologistes sur les questions de doctrine qui peuvent s'y rattacher : 2° au point de vue de la pratique médicale de n'abandonner un nouveau-né, qui n'a pas les apparences de la vie, qu'après s'être assuré de la mort par les manifestations des caractères certains de la cessation de la vie.

A ce double point de vue, le travail de M. Bardinet est plein d'intérêt, aussi votre Commission propose-t-elle : 1° d'adresser une lettre de remerciments à l'auteur, en l'invitant à poursuivre ses recherches; 2° de déposer honorablement son mémoire dans les archives. (Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées; la discussion du rapport est renvoyée à la suite de la discussion actuelle.)

Discussion sur la thoracentèse.

M. Velpeau. Je suis monté à la tribune pour rendre à Dupuytren une idée qui me semble lui appartenir, j'invoque pour preuve un écrit publié en 1814.

Dans une thèse de la faculté de Paris, M. Boyron s'exprimait ainsi : « Presque tous les praticiens pensent qu'on sauverait plus souvent les malades si on pouvait évacuer le pus sans laisser pénétrer l'air dans la cavité de la plèvre..... Il semble qu'on y parviendrait en usant d'un appareil que j'ai entendu décrire dans les cours particuliers de chirurgie de M. Dupuytren..... Ce célèbre professeur a imaginé d'introduire dans la plaie une petite canule dont l'extrémité placée à l'extérieur sera un peu renflée, afin d'y adapter un tube de quelques pouces de longueur, fait avec une substance très-souple et

très-flexible (comme par exemple la vessie de quelques animaux domestiques). D'abord, cet appareil permettrait au pus de couler continuellement, goutte à goutte, dans un réservoir de gomme élastique adapté à l'extrémité libre du tube qu'on fixerait sur le côté malade, puis il s'opposerait à l'entrée de l'air dans la poitrine; car, aussitôt que le pus aurait traversé la partie du tube la plus rapprochée de la canule, l'air en comprimerait les parois, et, les mettant parfaitement en contact l'une avec l'autre, il se fermerait à lui-même toute espèce d'accès.» (Boyron, *thèse de Paris*, 1814, n° 77, p. 24.)

Je ne veux pas dire, ajoute M. Velpeau, que la canule de Reybard ne soit point une bonne chose, seulement je trouve qu'il a mis en pratique une idée émise avant lui, et je suis prêt à accorder que la canule du chirurgien de Lyon est un perfectionnement de la canule de Dupuytren, comme ce que vous a proposé M. Barth est un perfectionnement de la canule de Reybard. D'un autre côté, je dirai aussi que la pompe de M. J. Guérin est un perfectionnement de la seringue de Pelletan; mais, comme ceux qui m'ont précédé à cette tribune, je reconnaîtrai hautement que la canule de Reybard est de tous les instruments le plus pratique et par conséquent le meilleur, et je parle non-seulement au point de vue de mes collègues, mais encore d'après ma propre expérience.

M. Velpeau entre ensuite dans la discussion des effets de l'air sur les cavités closes. Il se range de l'avis de ceux qui ne craignent que médiocrement l'influence de ce gaz sur les tissus; reprenant quelques points discutés en 1857, au moment de la dernière discussion sur la méthode sous-cutanée, il dit :

J'ai vu souvent l'air s'introduire dans les cavités closes sans accident. Dans un hydrocèle, l'air s'introduit quelquefois, et la guérison n'en a pas moins lieu. J'ai même injecté de l'air pour guérir ces hydropisies de la tunique vaginale. Lorsque j'ai injecté de l'iode dans les articulations avant ou en même temps que Bonnet (de Lyon), j'ai introduit de l'air dans les séreuses articulaires, et je n'ai pas vu d'accident.

En entendant M. Bouley parler de l'innocuité de l'air introduit dans le péritoine et dans les parties voisines des grandes articulations, j'ai été heureux de voir confirmer une de mes opinions, à savoir que dans les emphysèmes traumatiques l'air ne cause pas de dommage sérieux, parce qu'il s'est introduit sous la peau, et que, comme je l'ai constaté avec M. Soubeiran, l'air se décompose et ne contient plus que de l'azote, et n'est plus nuisible. Du reste, on le sait, ce fait a été mieux précisé par les recherches de MM. Demarquay et Lecomte.

Cependant, je ne crois pas que l'air soit absolument innocent, et à mon sens il est dangereux, parce qu'il altère les liquides et donne naissance à des produits putrides qui causent les accidents.

On en est aujourd'hui, ajoute M. Velpeau, à peu près où on en était en 1836 et en 1857, sur la question de l'action de l'entrée de l'air dans les plaies.

La méthode sous-cutanée est encore en jeu, je le sais, et à cet égard je fais une réserve. M. J. Guérin a dit, qu'il se réservait de faire connaître la véritable méthode sous-cutanée. Quand M. Guérin aura donné suite à ses intentions, nous verrons à discuter.

M. J. GUÉRIN. J'ai parlé de la méthode sous-cutanée appliquée au traitement de la thoracentèse.

M. POGGIALE ne veut traiter que la partie chimique de la question. L'action de l'air sur les matières animales, sa tendance à les faire fermenter seront l'objet de son discours. Il cite les expressions de M. Bouley. Que l'air est un agent de destruction, qu'il fait fermenter, et que toutefois l'air reste inoffensif lorsqu'il ne se renouvelle pas.

En suivant ce raisonnement, on arrive, dit l'orateur, à conclure que c'est par l'oxygène qu'il contient que l'air a une action.

Les anciens chimistes disaient, et Gay-Lussac entre autres, que les matières organiques fermentent sous l'influence de l'air et de l'eau. Logiquement donc, pour empêcher la fermentation, il faut détruire l'influence de l'air.

L'orateur cite ensuite les expériences de Liebig qui approuvent cette proposition, et qui montrent que, lorsque l'air a commencé à agir sur des matières organiques, et les a fait fermenter, la fermentation continue même en l'absence du contact de l'air.

Mais en dehors de ces chimistes, d'autres expériences ont été faites, il y a vingt ou vingt-cinq ans, et elles montrent que l'air pur ne cause pas la putréfaction. En effet, si l'on met dans un ballon une infusion de viande, si l'on y fait passer de l'air préalablement chauffé à 300°, puis refroidi, il n'y a pas de fermentation. Ces expériences ont été reprises par M. Pasteur et ont renversé la théorie de Gay-Lussac.

Ici l'orateur entre dans les détails des expériences, et il conclut que les matières fermentescibles se conservent dans l'air rendu pur de tous germes par la chaleur et refroidi ensuite, que si l'air conserve une propriété, c'est une propriété oxydante simple, comme la propriété oxydante exercée sur l'alcool pour le changer en acide acétique; et enfin que cela prouve bien comment l'action de l'air sur la fermentation n'est pas une oxydation.

En application dit M. Poggiale, il résulterait alors de la théorie, que l'air chauffé et purifié, introduit dans les organes, serait inoffensif.

Je ne veux pas entrer dans la discussion des procédés opératoires pour savoir s'il est bon de faire une grande ou une petite ouverture, je veux raisonner seulement au point de vue de la chimie, et je dirai en conséquence, qu'une large ouverture qui permet à l'air de circuler est préférable à une petite ouverture. Nous savons que nous obtenons bien plus facilement la fermentation dans les ballons fermés que dans les vases ouverts, où nous avons toujours de la peine à faire développer vite les infusoires qui vivent sur les matières en fermentation, et cela montre que le renouvellement de l'air est une condition qui arrête la décomposition des tissus et l'infection qui en est la conséquence.

M. BOULEY. La poitrine n'est pas un ballon à expérience.

M. POGGIALE. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi de cette cavité? Mais une grande ouverture ne permet-elle pas d'ailleurs de laver la poitrine des matières putrides qu'elle contient?

Quoi qu'il en soit pourtant, messieurs, je crois qu'il vaut mieux qu'il n'entre pas d'air dans le thorax. Mais est-ce toujours possible? est-ce que les procédés dont a parlé M. Barth sont absolument incapables de laisser entrer de l'air dans la poitrine? et même quand il serait certain qu'on n'a pas introduit de l'air dans les cavités pleurales, est-on sûr que le liquide qu'on injecte ne contient pas d'air dissous?

En terminant, M. Poggiale appelle l'attention des médecins, pour éclairer la question de la thoracentèse et les effets de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, sur cette loi de la fermentation, qu'un peu d'air suffit à solliciter la fermentation des liquides organiques, et que celle-ci, une fois commencée, elle ne s'arrête plus.

M. BOULEY. Si j'ai commis une erreur en chimie, je me suis trompé en compagnie de Gay-Lussac que je n'ai pas mentionné et de Spallanzani que j'ai cité. On a changé depuis eux; soit : la chimie du laboratoire nous donne tort. Je remercie M. Poggiale des explications qu'il nous a fournies; il nous a instruit; mais j'espère, dans la prochaine séance, montrer que si nous ne nous sommes pas appuyé sur des expériences chimiques, les faits ne nous donnent pas tort.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par divers décrets ont été nommés présidents :

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Épinal, M. Garnier, docteur en médecine, président actuel;

De la Société de secours mutuels des médecins du département, à Auxerre, M. Rolland, docteur en médecine, président actuel.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Sevestre, qui depuis 1808 exerçait la médecine à Paris.

— M. Karl Pagenstecher, chirurgien oculiste très-distingué dans le Grand-duché de Bade, vient de mourir.

— M. R. Ferguson, médecin et accoucheur de la reine Victoria, vient de mourir à Londres dans un âge avancé.

— L'établissement hydrothérapique de Chaillot, précédemment situé rue des Batailles, vient d'être transféré, après expropriation pour cause d'utilité publique, rue du Dôme, près l'arc de Triomphe de l'Étoile. Agrandissement de l'établissement, grand jardin, eau de source, salon de conversation.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 4 août.

Voici son ordre du jour :

1° M. le docteur de Soyre : Études sur les périodes diverses de l'accès de l'éclampsie;

2° M. Simoneau, rapport sur l'ouvrage du docteur Decieux : De l'influence de l'état moral de la société sur la santé publique.

— M. le maire de la commune de Juzennecourt (Haute-Marne) demande un médecin. La commune s'engage à donner 500 fr. pendant cinq ans.

La station de Maranville est éloignée de 5 kilomètres; Chaumont est éloigné de 17 kilomètres.

Le maire de la commune déciderait les maires des communes environnantes à donner aussi une subvention.

Recherches sur le vitiligo, monographie accompagnée de trois planches, et précédée de considérations générales sur la fonction chromatogène de la peau de l'homme, par le docteur D.-M. Lévi, grand in-8° de 55 pages. Prix : 3 fr. Paris, chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées, par le docteur Jousset (de Bellesme). 1 vol. in-8° avec figures intercalées. Prix : 3 fr. 50, *franco* dans toute la France. Paris à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

De la pulvérisation appliquée aux ophthalmies chroniques, in-8°, 1865, par le docteur E. Tillot. Prix : 75 c. Paris, à la librairie Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Esquisse des effets physiologiques et thérapeutiques de l'eau, par le docteur Ch. de Vauréal. Mémoire, in-8°. Prix : 1 fr. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 92. — SAMEDI 5 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 5 AOUT 1865. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des ruptures de l'aorte.

Les ruptures de l'aorte sont plus fréquentes que l'on ne serait, au premier abord, disposé à le croire ; en effet, les traités classiques les mentionnent à peine, et il n'y a guère qu'un seul travail sérieux fait à ce sujet, et il remonte à quinze années : nous voulons parler d'un rapport de M. Broca publié dans les bulletins de la Société anatomique, année 1850. Des observations plus récentes résumées et discutées dans un mémoire du docteur Chauvel (*Gazette médicale*, 8 et 15 juillet 1865) infirment en plusieurs points les résultats statistiques donnés par M. Broca.

I. Les ruptures de l'aorte sont incontestablement plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. C'est ainsi qu'en consultant les faits recueillis par M. Chauvel, nous trouvons sur 12 malades 10 hommes.

Pour ce qui est de l'âge, contrairement à l'opinion formulée par M. Broca, les ruptures de l'aorte seraient d'après les résultats statistiques du docteur Chauvel plus fréquentes dans la vieillesse que dans l'âge mûr.

II. Le siége le plus fréquent de cette lésion est la portion péricardique du vaisseau : quant au point précis où se fait la rupture, c'est le plus souvent très-près de l'origine de l'aorte.

La déchirure est le plus souvent transversale : quant à ses dimensions, elle peut être presque invisible et d'autres fois s'étendre à toute la largeur du vaisseau. Il est arrivé dans un cas qu'il y a eu déchirure des tuniques internes en deux points à la fois. (Obs. du docteur Barker : *Méd. Chir. Transactions*, T. XLIII. 1860.)

III. Dans le plus grand nombre des cas (neuf fois sur douze), le docteur Chauvel a constaté une lésion (athérome avec dilatation, etc.), qui rend facilement compte de la rupture sous l'influence d'un effort plus ou moins violent.

Violences extérieures, efforts divers, tels sont en somme les seules causes manifestes, les seules aussi dont on puisse comprendre et expliquer la manière d'agir.

Lorsque la poitrine a été violemment comprimée, comme cela a eu lieu dans les observations rapportées par M. Gaujot, il arrive ceci : qu'au moment de la compression, l'aorte fixée et distendue par le sang transmet le choc à ses parois qui, trop faibles pour résister, cèdent et se rompent; ainsi que l'a fait très-justement remarquer M. Gaujot, la rupture se fait le plus souvent près des valvules sygmoïdes et en arrière, parce qu'à l'état normal, l'aorte a moins d'épaisseur à son origine et à sa face postérieure.

Lorsque la lésion s'est produite, non plus sous l'influence d'une violence extérieure, d'un choc direct, mais par suite d'un effort plus ou moins violent, on peut l'expliquer facilement par une exagération des actes fonctionnels qui caractérisent l'effort violent : 1° compression de l'aorte lombaire par la contraction des muscles abdominaux, d'où gêne du passage du sang, accroissement de la pression intérieure dans l'aorte thoracique ; 2° réaction du cœur contre l'obstacle, d'où contractions plus violentes déterminant la rupture vasculaire. Cette explication donnée par M. Broca, est très-satisfaisante et rend parfaitement compte des faits observés.

IV. Dans les douze cas relatés par M. Chauvel, huit fois la mort a été immédiate; mais dans les quatre autres cas, la mort n'a eu lieu que de seize heures à quinze jours après l'apparition des premiers accidents. Nous croyons cette limite trop considérable et nous serions plutôt porté à croire que les accidents prétendus initiaux, et que l'on fait remonter à plusieurs jours, ne sont pas nécessairement l'indice d'une rupture.

En résumé, la mort est presque toujours foudroyante. Lorsque la rupture se fait en dehors du péricarde, la mort a lieu par hémorrhagie; si, au contraire, le sang vient à s'épancher dans le péricarde, la mort a lieu par syncope : il y a asystolie; le cœur, comprimé par le sang qui s'épanche lentement tout autour de lui, s'arrête et cesse de battre.

La mort étant le plus souvent instantanée, on comprend aisément qu'il n'y a guère à traiter de la symptomatologie des ruptures aortiques : rien, en effet, ne peut, dans ces cas, faire prévoir l'imminence de ce terrible accident. Cependant, dans les cas où la mort n'est pas foudroyante, on a noté l'existence d'une douleur très-violente à la partie inférieure de la région sternale, douleur survenant d'une façon subite; M. Chauvel qui, le premier, a appelé l'attention sur la constance d'apparition de cette douleur, est loin de la regarder comme constante, tout en lui accordant, suivant nous, une valeur trop grande comme accident de début, puisqu'il ne l'a notée que dans un cas. « Cette douleur, dit M. Chauvel à la fin de la première partie de son mémoire, nous a frappé par son intensité, par sa violence dans *le seul cas* que nous ayons eu occasion d'observer : elle nous a frappé surtout par l'absence d'autres signes qui pussent nous indiquer quelle lésion nous avions sous les yeux. »

Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dyssenterie.

Il est très-difficile de préciser des indications, aussi bien pour les sels de mercure que pour la plupart des médicaments, et c'est là cependant la partie essentielle de la thérapeutique. La lecture du mémoire de M. Pécholier sur cette question montre bien quelle est la voie qu'il faut suivre et dans quel esprit d'observation rigoureuse, de saine et judicieuse critique doivent être conçues et exécutées les recherches de thérapeutique expérimentale.

I. Il faut savoir d'abord de quelle espèce de dyssenteries il s'agissait dans les observations rapportées par M. Pécholier : ce sont, suivant cet auteur, des dyssenteries bilieuses ou catarrhales; dans ces dyssenteries catarrhales la fièvre est légère, le pouls dépressible; le malade a des frissons, un violent tenesme, de vives douleurs, des évacuations très-fréquentes et peu copieuses (quelques gouttes d'une sanie sanguinolente). Dans la dyssenterie bilieuse il y a apyrexie, bouche fade, nauséeuse, nausées et vomissements; région du foie un peu endolorie; coliques et tenesme moins intense; évacuations sanglantes et un peu bilieuses.

Dans quelques-uns des cas observés par M. Pécholier, on en trouve plusieurs où l'élément catarrhal et l'élément bilieux étaient associés et compliqués l'un par l'autre; ce qui augmentait encore les difficultés du traitement.

II. En y réfléchissant bien, on ne pouvait guère dans ces cas donner des évacuants, puisqu'il y avait irritation catarrhale; tout d'abord l'état du pouls, petit, dépressible, indiquait qu'il fallait peu insister sur les évacuations sanguines.

Il fallait trouver un médicament qui put amener des évacuations sans irriter l'intestin et qui put en même temps faire tomber le léger éréthisme sanguin inséparable de l'état catarrhal.

C'est alors que M. Pécholier songea à employer le calomel; mais voyons auparavant, d'après ce que nous savons de l'action physiologique du calomel, jusqu'à quel point il était capable de remplir cette indication.

Le calomel doit être rangé parmi les purgatifs doux; il agit sans produire de colique et en excitant modérément la muqueuse intestinale, excitation suffisante pour produire une légère hypersécrétion des follicules de l'intestin.

Les évacuations qu'amène après lui l'emploi du calomel sont tardives, mais elles sont d'ordinaire assez copieuses et se prolongent pendant longtemps; de plus les évacuations sont de couleur bilieuse; il est bien évident que le calomel est, pour employer un mot de l'ancienne médecine, un purgatif chologogue.

Il est vrai que certains auteurs (Forget, etc.) ont prétendu que la coloration verte des selles était produite non point par la matière colorante biliaire, mais par un polysulfure de mercure résultant de la décomposition du calomel, mais des recherches plus récentes (Michéa) ont démontré qu'il n'en était rien.

Des faits précédents résultent évidemment les indications du calomel pour provoquer des évacuations légèrement séreuses, dans le cas de tenesme dyssentérique; son action sur le foie, presque élective, explique son emploi, suivi de succès dans les dyssenteries bilieuses.

Le calomel est quelquefois impuissant, et il a encore dans la pratique un autre inconvénient, il produit la stomatite. Pour ce qui est des inconvénients de la stomatite, ils sont réels; mais ils peuvent être empêchés ou modifiés avec un peu de chlorate de potasse, et dans quelques cas la dérivation salivaire peut avoir son indication déterminée.

Il est vrai aussi que le calomel est quelquefois sans effet, mais cela a lieu surtout quand il est administré en une seule dose, même lorsque cette dose est élevée. Quand la dose est fractionnée, comme dans la méthode dite de Law, l'action purgative manque très-rarement.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la granulie, ou *maladie granuleuse*, par le docteur G.-S EMPIS. (1)

Sous ce titre, M. Empis vient de publier une monographie que nous avons lue, non-seulement avec le plus vif plaisir, mais avec un intérêt soutenu et un très-grand profit. Ce livre produira assurément la même impression sur tous ceux qui le liront, et ne doutons pas qu'ils ne soient très-nombreux. Au lieu de ces ouvrages mal digérés et mal écrits, de ces compilations sans érudition et sans critique, de ces traités faits avec d'autres traités, où les descriptions se ressemblent toujours et vont se répétant comme les éditions successives et de plus en plus fades d'un même livre, nous avons enfin eu la satisfaction de rencontrer un de ces ouvrages originaux qui marquent dans la science, qui y demeurent et s'y font une place honorable et distinguée.

On voit, dès les premières pages, que l'auteur a longtemps étudié son sujet, qu'il l'a envisagé sous tous ses aspects et qu'il ne s'est décidé à livrer ses idées au public médical qu'après les avoir fait passer au crible de la critique la plus sévère et de la discussion la plus approfondie. Rien d'inutile, aucune longueur dans ce travail, où les propositions se tiennent et s'enchaînent avec autant de lucidité que de vigueur.

On est tout surpris de trouver tant d'attrait à la lecture de ce *traité* extrêmement sérieux et qui touche aux questions les plus graves et les plus importantes. A peine a-t-on ouvert le volume et lu la première page qu'on est entraîné malgré soi et qu'on veut continuer une lecture qu'on n'abandonne qu'avec regret. Pour me servir d'une expression triviale, mais qui tend à passer dans notre langue, ce livre vous *empoigne* et il vous tient. On y sent tant d'observation, tant de science et aussi tant de bonne foi qu'on se prend, du même coup, à aimer le livre et son auteur. On ne se méfie pas un seul instant, on s'abandonne, bien certain que celui qui vous guide ne saurait avoir l'intention de tromper. M. Empis se fut-il trompé (supposition toute gratuite) que nul ne pourrait douter, même un seul instant, de son extrême bonne foi et de sa probité scientifique.

Disons enfin, pour expliquer ce que quelques lecteurs vont appeler notre enthousiasme (bien sincère, en tout cas), que le livre de M. Empis est écrit de main de maître, dans ce style élégant, mâle et sobre, qui va si bien aux ouvrages de science. On voit que notre confrère a appris sa langue à bonne école.

Essayons maintenant d'analyser le *traité de la granulie;* notre analyse sera bien sèche et fournira difficilement une idée complète de l'ouvrage; mais notre principal but est de donner l'envie de le lire.

Il s'ouvre par un chapitre intitulé : *Idée générale de la granulie.* Le mot seul est à peine nouveau; la maladie, ainsi que le dit l'auteur, n'est pas une maladie nouvelle, on la trouve partout, mais sous les appellations les plus diverses : *phthisie granuleuse, phthisie aiguë, fièvre cérébrale, méningite granuleuse, pleurésie granuleuse, péritonite,* etc. « Toutes ces maladies relèvent d'un même état général, en vertu duquel une inflammation spécifique se développe, soit isolément, soit simultanément, vers les organes contenus dans les trois cavités. » C'est partout la même maladie, le produit de la même diathèse, ce sont les mêmes lésions anatomiques; seulement les troubles fonctionnels, les symptômes, varient selon le point affecté.

Voici comment M. Empis caractérise cette inflammation. « Cette inflammation spécifique, indépendamment de tous les caractères qui lui sont propres, présente celui-ci de très-particulier, de donner lieu à un exsudat spécial qui, dans certaines circonstances, revêt l'état granuleux et se dépose à la surface ou dans l'intérieur des organes atteints par l'inflammation; c'est ce produit qu'on appelle vulgairement, depuis les travaux de Bayle et de Laënnec, les *granulations grises*, les *granulations tuberculeuses.* »

Pour la plupart des auteurs, ce serait les granulations qui deviendraient la cause de l'inflammation qui les accompagne; M. Empis démontre que c'est là une erreur, que c'est, au contraire, l'inflammation qui précède les granulations, que celles-ci ne sont pas nécessaires et qu'elles sont d'autant plus rares et plus petites que le malade est mort plus rapidement.

Pour Laënnec, les granulations n'étaient qu'une des phases, la première évolution du tubercule; c'est encore là une erreur, car ces granulations sont susceptibles de vivre et de s'organiser, ce qui n'est jamais le fait du tubercule; seulement les diathèses granuleuse et tuberculeuse s'observent souvent ensemble chez le même sujet, et c'est là ce qui a donné lieu à la confusion faite par Laënnec. Mais, depuis les travaux modernes, ceux entre autres de M. le docteur Leudet, depuis que l'on a mieux étudié la phthisie galopante, celle surtout à forme typhoïde, les idées ont dû se modifier. M. Empis, qui a largement profité des travaux antérieurs et qui en fait la critique la plus bienveillante et la plus fondée, a pu, tout en rendant justice à ses

(1) Un volume in-8°. Prix : 6 fr. Chez P. Asselin, 1865.

Il faut voir maintenant si le calomel possède une action sédative qui puisse faire tomber l'éréthisme sanguin, dans les cas où le pouls est trop dépressible pour que l'on puisse songer à faire une saignée.

En cherchant à rejeter les expériences d'Aunesley, M. Pécholier est arrivé à des résultats formellement en désaccord avec ceux de l'auteur anglais; voici quelles sont, à cet égard, les conclusions des recherches du professeur de Montpellier (*Montp. méd.*, février, mars et mai 1865).

Donné à doses fractionnées, le calomel est un irritant modéré et plutôt même un excitant de la membrane muqueuse de l'intestin grêle. Cette excitation, qui se montre aussi, mais d'une manière beaucoup moins sensible, à l'estomac, cesse vers la fin de l'intestin grêle et est tout à fait nulle dans le gros intestin. Quant au foie, qui *condense* dans son parenchyme, le mercure apporté par la veine porte, s'il est violemment congestionné par des doses toxiques de mercure, il l'est encore, quoique à un moindre degré, par des doses médicamenteuses fractionnées.

Notons enfin que l'état général des animaux soumis à nos expériences nous a montré une diminution dans l'énergie de la circulation, de la respiration et de la température animale; bref un abaissement des forces agissantes et une légère controstimulation.

L'action purgative et l'action sédative du calomel sont les seules qui nous intéressent ici. L'action spécifique et l'action altérante, qui sont la conséquence, non d'une ou deux doses du composé mercuriel, mais de doses longtemps continuées, n'a aucun rapport avec le sujet qui nous occupe ici, c'est-à-dire avec les indications toutes spéciales du calomel dans le traitement de la dyssenterie.

Cinq cas de trépanation du crâne à Liverpool Southern-Hospital, pendant l'année 1865.

Le *Medical times and Gazette* rapporte cinq observations de trépanation du crâne :

I. Un Irlandais âgé de vingt-huit ans était tombé au mois de janvier du cinquième étage d'un magasin, et le sommet de sa tête avait porté sur le sol. Au moment de l'entrée à l'hôpital, dans la salle de M. Higginson, le malade était dans la résolution complète; les pupilles étaient dilatées et la respiration était stertoreuse. Il y avait une large plaie contuse sur la région correspondant au pariétal gauche, et l'on voyait au fond de cette plaie une fracture en étoile et une dépression des fragments osseux du côté du cerveau. Comme il n'était pas possible de relever les fragments, une couronne de trépan a été appliquée à l'aide de la tréphine, et toutes les pièces osseuses détachées du reste du crâne ont été enlevées. La dure-mère était saine.

Le malade a repris sa connaissance au bout de quelques heures. A l'exception d'un érysipèle tout se passa bien et le malade était guéri au mois de mars.

On avait administré au malade de petites doses de calomel et des boissons salines, et au moment où l'érysipèle était apparu, les boissons salines avaient été remplacées par le muriate de fer en potions.

II. Un garçon de vingt-huit ans a été admis au mois de mai dans le service du docteur Nottingham; il avait été blessé au crâne par la pointe d'un instrument dont se servent les menuisiers, un valet (*dog*), et il s'était rendu seul à l'hôpital.

A la visite, le chirurgien a trouvé une plaie au-dessus de l'oreille droite et en introduisant le doigt dans la plaie à travers le muscle temporal, il a senti une ouverture arrondie qui conduisait sur l'os à nu. Le malade se plaignait seulement d'étourdissements et il s'exprimait assez clairement sur la difficulté qu'il avait eue à se rendre à l'hôpital. Le malade a été couché et des lotions froides ont été faites sur la tête; au bout d'une demi-heure des convulsions violentes ont apparu et occupaient avec un peu plus d'intensité la moitié droite du corps.

M. Nottingham a jugé l'application d'une couronne de trépan nécessaire. La plaie des téguments a été élargie, la tréphine a été appliquée, et trois petites pièces de l'os ont pu être enlevées; la dure-mère était déchirée.

Vingt-cinq centigrammes de calomel ont été administrés, et la plaie a été pansée à l'eau froide; sous l'influence de ce traitement les accidents ne s'aggravaient pas, mais le cinquième jour le malade est mort après des convulsions.

A l'autopsie, on a trouvé la dure-mère déchirée, le cerveau contus dans une étendue de trois centimètres, les membranes étaient enflammées.

III. Un garçon de treize ans était tombé dans la cale d'un bâtiment de fer d'une hauteur de dix mètres environ au mois de mars dernier.

Admis à l'hôpital, l'enfant se plaignait seulement du genou, où il y avait une contusion étendue. Une petite plaie existait sur le vertex; elle pouvait admettre le bout du doigt et conduisait sur une fracture étendue et comminutive du pariétal. A l'aide d'une couronne de tréphine, une assez grande quantité d'os a été enlevée; et pour faire cette opération, le malade a dû être chloroformé; il n'y avait pas d'insensibilité. La dure-mère était intacte.

Le quatrième jour après l'opération, un érysipèle envahit le cuir chevelu. Au bout de quatre semaines néanmoins, l'enfant était guéri.

IV. Un garçon de seize ans a été admis au mois d'avril dans le service du docteur Higginson pour une fracture du frontal intéressant le bord supérieur de l'orbite. L'enfant présentait à un très-haut degré les signes de la contusion cérébrale. La plaie a été élargie, et, avec l'aide d'une petite tréphine, les pièces d'os dénudées ont été enlevées; une des pièces enlevées était un morceau de la voûte orbitaire, et on vit la matière cérébrale sortir par le vide que laissait cette portion d'os. Il y avait une ouverture de la dure-mère, et, entre cette membrane et le crâne, il y avait du sang épanché.

Une partie de la plaie a été réunie par suture et le reste de la plaie a été pansé à l'eau froide.

Le traitement a consisté en diète absolue et calomel à petites doses; aucun mauvais symptôme n'est apparu, et en trois semaines la guérison a été obtenue; et il n'y a pas de disposition à l'encéphalocèle.

V. Une femme, âgée de trente-six ans, qui avait reçu à la tête un plat, est entrée dans le service de M. Nottingham. Elle n'avait pas perdu connaissance, et elle était venue à l'hôpital à pied.

La malade avait une plaie au-dessus de l'oreille gauche conduisant sur une fracture du temporal avec dépression. Il y avait une portion de cet os qui s'engageait sous le pariétal et comprimait le cerveau. Dans l'impossibilité d'introduire un élévatoire, le chirurgien a enlevé une petite portion d'os avec une tréphine, ce qui a permis de replacer les fragments d'os à leur place. Pour mener l'opération à bonne fin, il a fallu diviser dans toute son étendue le muscle temporal.

La dure-mère était intacte, seulement il y avait beaucoup de sang épanché sur sa face externe. Aucun pansement n'a été fait pendant quelque temps pour que le pus pût être facilement évacué.

Plus tard, le pansement à l'eau froide a été appliqué; des lavements avec la térébenthine et l'huile de ricin ont été donnés.

Après quarante heures la malade a été prise de douleurs de tête, les yeux étaient rouges et hagards, le pouls était à 120; il y avait du délire, des engourdissements dans les membres du côté droit. Il n'y avait pas de contractures ni de vomissements, la plaie pendant ce temps suppurait bien.

Le calomel, un purgatif avec la coloquinte, ont amélioré l'état de la blessée, et de l'onguent mercuriel a été placé sur la plaie. Aussitôt que la salivation est apparue, la malade a commencé à aller mieux, et la convalescence n'a pas tardé à commencer.

Le lecteur voit par ces cinq observations ce qu'est la pratique anglaise dans les plaies de tête avec fractures du crâne.

Il ressort de ces faits que le trépan par lui-même n'est pas une cause de mort; le malade qui fait l'objet de la deuxième observation serait certainement mort s'il ne lui avait pas été appliqué la tréphine. Est-ce à dire pourtant que la trépanation était indiquée dans tous les cas, nous ne voudrions pas le déclarer. L'enfant qu'on a été obligé de chloroformer pour faire l'opération (obs. 3) n'avait aucun symptôme rationnel ni physique de compression du cerveau, et, pour notre part, nous nous serions abstenu de pratiquer l'opération. Une réflexion se présentera sans doute cependant à nos lecteurs; on sait, en France, combien sont graves les fractures du crâne, et on peut se demander si l'opération du trépan, faite avec prodigalité par les Anglais, n'est pas une condition de leurs succès. A cette supposition nous en ajoutons une autre, les plaies du crâne ont été régularisées, et là peut-être il y a une condition qui prévient les inflammations profondes en empêchant la stagnation du pus.

Les cinq observations anglaises ont, à un autre égard, un intérêt. Des voyageurs ont dit que les érysipèles étaient à Londres plus rares qu'à Paris, nous ferons observer que deux érysipèles, sur cinq cas de plaies de tête graves, constituent une proportion qui n'est pas surpassée par la proportion des érysipèles que nous voyons dans des circonstances analogues.

HERNIE OMBILICALE. — CURE RADICALE PAR LA LIGATURE.

Par le Dr Stainthorpe.

W. H..., âgé de neuf mois, fut confié à mes soins au mois de juin 1862 pour une hernie ombilicale. La mère de l'enfant disait que, au moment de la naissance, la hernie avait été observée, qu'elle avait toujours été en augmentant et qu'elle avait atteint peu à peu le volume d'un œuf de poule. Je tentai d'abord de replacer les viscères dans l'abdomen par les moyens habituels, par les bandages de tous genres; mais ce fut sans succès que je poursuivais leur application. A la fin j'eus la pensée de pratiquer la ligature avec l'aide du docteur Pearson, médecin adjoint de l'asile de Colney-Hatch. Je tentai cette opération; je réduisis d'abord par des manipulations mesurées les intestins herniés et je les fis rentrer complètement dans l'abdomen. Le docteur Pearson appliqua une ligature qui entoura la peau et les parties molles qui formaient l'enveloppe de la hernie.

L'enfant souffrit peu et beaucoup moins que je ne l'avais présumé. Au bout de quelques jours, la ligature est tombée avec les tissus serrés. La plaie a guéri sans aucun accident.

M. Stainthorpe ajoute que trois ans après l'opération le résultat était très-bon et que la hernie était guérie radicalement.

(*Med. Times and Gaz.*)

HYDROCÈLE DU CANAL DE NUCK.

Une femme de quarante-six ans entra, le 18 janvier, à l'hôpital Adélaïde, de Dublin, atteinte d'un cancer du sein, qui la fit mourir. En découvrant l'aine droite, on y avait observé une tumeur occupant l'anneau extérieur du canal inguinal. La malade disait ne l'avoir remarquée que depuis une semaine. Cette tumeur, du volume et de la forme d'un petit œuf, donnait une sensation distincte de fluctuation; elle était irréductible et ne subissait aucune impression des efforts de toux. M. Walsh la ponctionna, et en évacua ainsi 60 grammes environ d'un liquide albumineux, semblable à celui que contient l'hydrocèle de la tunique vaginale. La tumeur s'était entièrement vidée. Mais elle se remplit de nouveau dans l'espace de huit jours.

A l'autopsie, on constata qu'elle remplissait complétement l'anneau inguinal externe, s'étendant dans le canal même. Les piliers de l'anneau étaient bien séparés de la tumeur; une sonde pouvait passer entre elle et ces piliers. Le sac se terminait profondément par une extrémité renflée, se prolongeant le long de la paroi postérieure du canal, et adhérant au ligament rond, de telle manière qu'une traction exercée sur ce ligament se communiquait à la tumeur.

L'auteur remarque que ce fait, extrêmement rare, correspond exactement à la troisième classe décrite par Regnoli des hydrocèles du ligament rond.

(*Dublin medical press.*)

---

devanciers, établir d'une manière certaine et définitive sa façon de voir contre les opinions généralement reçues.

Le point réellement important et nouveau du livre que nous analysons, c'est que l'auteur a, par des signes précis, établi le diagnostic de la granulation dans les cas où jusqu'alors elle était complétement méconnue, c'est-à-dire dans ceux où elle est curable et ne se termine pas fatalement par la mort.

Dans l'impossibilité où nous sommes de parler de tout ce que l'ouvrage de M. Empis renferme d'important, nous nous bornerons à la symptomatologie et au diagnostic différentiel de la granulie.

La maladie ne revêt pas une marche toujours uniforme; elle attaque tantôt un organe, tantôt un autre, et peut successivement ou presque simultanément se porter sur plusieurs; thoracique ou abdominale au début, elle peut devenir rapidement cérébrale ou typhoïde; sans périodes tranchées, différant ainsi des fièvres éruptives proprement dites. La maladie débute sans prodrômes; les symptômes dits *prodromiques* appartiennent à la tuberculisation, quand les deux affections coexistent sur le même sujet. *La maladie s'empare de l'individu avec calme, sans secousses violentes;* la santé s'altère peu à peu, les malades sont tristes, indolents, irritables, inquiets; le sommeil les abandonne, ils perdent l'apppétit; enfin « après quelques jours de ce malaise, et quelquefois presque simultanément, apparaissent des symptômes plus directement en rapport avec le siége des altérations anatomiques. »

Du côté du cerveau, on notera de la lourdeur et de la douleur de tête, des troubles divers et singuliers de l'audition, de la vue, de l'olfaction, du goût; des épistaxis fréquentes, mais peu abondantes: — du côté des organes respiratoires, peu ou point de toux, de la dyspnée, un peu d'épanchement plus abondant d'un côté que de l'autre, *mais la pleurésie est toujours double;* du côté du péritoine, de la nausée, des vomissements, de la douleur, du ballonnement. « On perçoit parfois, en déprimant les parois du ventre avec la main, une sorte de frottement péritonéal, qui rappelle la sensation que produit une masse d'amidon que l'on comprime entre les doigts. »

L'état général inflammatoire est peu marqué, la fièvre peu intense. Enfin, dans quelques cas, survient un état typhoïde, qui domine tous les symptômes et donne à la maladie une véritable apparence de fièvre typhoïde. Cet état pathologique peut durer quelques jours, quelques semaines, rarement plus d'un mois; puis, les symptômes s'amendent, le malade paraît retrouver sa santé, ou bien ils s'aggravent, et le malade est rapidement emporté avec tous les signes de la méningite, de la phthisie galopante ou de la fièvre typhoïde, etc.

Comme l'observe très-bien M. le docteur Empis, il faut, pour se faire une idée complète de la *maladie* granuleuse, l'étudier en détail dans toutes ses manifestations et sur tous les organes qu'elle peut affecter; ne pouvant le suivre dans tous les développements qu'il donne à cette partie si intéressante et si importante de son remarquable travail, nous nous bornerons à dire quelques mots du *diagnostic*.

M. Empis distingue très-attentivement la granulie de ce que l'on a appelé *phthisie aiguë*, et cette distinction est vraiment capitale. Dans la granulie, il y a des signes spéciaux du côté du poumon et de la plèvre; mais les signes que l'on donne ordinairement, tels que la fréquence de la toux, l'expectoration, la gêne si marquée de la respiration, appartiennent en propre à la tuberculisation aiguë et ne se montrent avec la granulie que dans les cas où les deux maladies existent simultanément chez le même sujet.

Le diagnostic entre la granulie et la fièvre typhoïde était d'une importance capitale, et notre auteur y a longuement insisté. Ce diagnostic est vraiment établi de main de maître, et tel qu'un clinicien consommé dans son art pouvait seul l'exposer avec une lucidité et une précision pareilles. M. Empis montre comment des symptômes presque semblables peuvent être distingués cependant, si l'on tient compte de ces mille circonstances, souvent très-délicates, qui établissent des différences entre des affections analogues au premier aspect; comment les caractères du pouls, la chaleur de la peau, l'état des forces, le ballonnement du ventre, etc., tous les signes enfin, soit par leur apparition à des époques diverses, soit par leur présence ou leur absence, soit par leur intensité, etc., peuvent permettre d'établir un diagnostic précis. — Enfin, M. Empis donne comme un symptôme différentiel capital l'*hyperesthésie cutanée*, qui n'existe qu'exceptionnellement dans la fièvre typhoïde, et qui se montre constamment dans la granulie dès qu'apparaît l'état typhoïde.

Le reste de ce chapitre consacré au diagnostic de la granulie avec la méningite tuberculeuse, la pleurésie simple et tuburculeuse, la péritonite, etc., est aussi complet, aussi net que le paragraphe précédent; et il est vraiment fâcheux de ne pouvoir qu'indiquer ces belles pages.

On voudrait tout signaler dans le livre de M. Empis; malheureusement, la place manque, et je suis forcé de passer sous silence un des chapitres les plus importants de l'ouvrage, celui qui traite de *la nature et de l'étiologie de la granulie*, où l'auteur établit à nouveau et complètement les différences qui existent entre les tubercules et la maladie granuleuse; quoiqu'il reconnaisse que « les individus qui sont sous l'influence de la diathèse tuberculeuse sont plus prédisposés à la granulie que ceux qui ne le sont pas; mais ils ne sont

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 juillet 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal :

M. VERNEUIL, revenant sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance du speculum laryngien du docteur Delabordette, dit que M. le docteur Fauvel lui a fait voir dans l'ouvrage de Mackensie la figure d'un instrument imaginé par Babington, en 1829, et qui rappelle complétement celui de M. Delabordette. Seulement la faiblesse de l'instrument représenté par Mackensie lui paraît le rendre moins propre à atteindre le but qu'on se propose : combattre énergiquement les mouvements de la langue pendant les opérations faites sur le larynx. M. Delabordette ignorait complétement, ainsi que moi-même, ajoute M. Verneuil, l'existence de cet instrument; c'est dans la seule intention de bien établir les droits de priorité que je m'empresse d'en parler aujourd'hui.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. TRÉLAT met sous les yeux de la Société les aiguilles dont il s'est servi pour pratiquer les opérations de staphyloraphie exposées dans la dernière séance.

LECTURE.

M. LIÉGEOIS, chirurgien du Bureau central, lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'influence des exercices vocaux sur les résultats des opérations de staphylorapie.*

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Trélat, Marjolin et Houël.

Réparation de la paupière inférieure.

M. RICHET présente un homme sur lequel il a pu faire avec succès cette réparation dans les conditions suivantes :

Ablation de la paupière inférieure pour une ulcération cancéreuse. — Blépharoplastie. — Présentation du malade sept ans après l'opération.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est opéré depuis déjà sept ans, et je crois qu'il y a toujours un grand intérêt à montrer ses opérés après un aussi long laps de temps; c'est ainsi seulement qu'on peut décider de la valeur réelle des procédés opératoires.

Tout le monde sait que Martinet (de la Creuse) avait émis l'opinion que, pour s'opposer à la récidive du cancer et particulièrement de celui de la face, le meilleur moyen était l'anaplastie faite immédiatement après l'opération. Blandin était enthousiaste de cette méthode, et ne manquait jamais d'y soumettre ses opérés. Quant à moi, je n'y ai qu'une confiance très-limitée; néanmoins, toutes les fois que cela est possible, je n'ai garde d'y manquer, mais pour cette raison plus décisive encore qu'on corrige ainsi immédiatement la difformité.

Le malade que vous allez voir est un exemple qui plaide en faveur de ces idées. Cet homme était atteint d'un cancroïde qui avait détruit la presque totalité de la paupière inférieure gauche depuis et y compris la commissure jusqu'à deux ou trois millimètres en dehors du point lacrymal. Non-seulement tout le bord libre avait été détruit dans cette étendue, mais encore toute la hauteur de la paupière et la plus grande partie de son épaisseur. Il fallut donc l'enlever en totalité. Après l'opération, il existait là un vide affreux, et l'œil demeurait exposé à une fonte rapide par suite de la perte de ce que Haller a si bien nommé les *tutamina oculi.*

Pour combler cette horrible perte de substance, voici le procédé auquel, après mûre réflexion, je m'arrêtai :

Je taillai sur le front, et parallèlement au sourcil, un lambeau ayant la forme et dépassant de beaucoup les dimensions de la plaie à combler. Ce lambeau avait son pédicule à la région temporale, *un peu au-dessus* de la commissure palpébrale externe. Je fixe sur cette dernière particularité l'attention de mes collègues, c'est là un des points importants de ma communication.

Mon lambeau taillé, je le fis pivoter et le greffai, avec des fils de soie très-fins, sur la place occupée par la paupière inférieure. J'avais eu un instant l'idée d'aviver le bord libre de la paupière supérieure et de faire la blépharorophie afin de maintenir mon lambeau parfaitement étalé; mais deux choses m'en détournèrent : d'abord la crainte de voir la face saignante de ce lambeau contracter des adhérences avec la surface oculaire dénudée, puis celle de voir échouer à peu près certainement la suture à cause de l'accumulation des liquides derrière le lambeau.

Les résultats immédiats et consécutifs ont été des plus heureux. Aucun accident ne vint entraver la marche de la cicatrisation; dès le lendemain je pus retirer une partie des fils, et quarante-huit heures après il n'en restait plus un seul. Le lambeau qui jusqu'alors s'était maintenu, par le fait de son boursouflement, accolé à la paupière supérieure, commença dès le cinquième jour à subir une sorte de retrait par suite duquel la portion qui formait le bord libre de la paupière avait une certaine tendance à se rouler en dedans; il prenait en même temps cette forme que Blandin désignait sous le nom de *gibbosité*. Pour y remédier, je fis construire par M. Charrière un petit appareil qui avait pour but de l'applatir.

Quelques jours après, le malade sortit et reprit son service d'employé au chemin de fer de Lyon; mais il fut obligé de renoncer de suite à son appareil, l'administration ayant prétendu que cette sorte de bandeau pourrait effrayer les voyageurs auxquels il ouvrait la portière des wagons.

Depuis cette époque, j'avais à peu près perdu de vue ce malade, quoi qu'il fût venu une ou deux fois me voir à la consultation de l'hôpital pour une kérato-conjonctivite de l'œil du côté opposé, lorsqu'il revint au mois de juin dernier me demander à entrer à la Pitié pour une nouvelle kératite, cette fois plus grave, de ce même œil. Il est aujourd'hui guéri de cette kératite, et il est très-remarquable que c'est précisément l'œil que j'ai protégé à l'aide d'une paupière empruntée au front qui est le moins sujet à ces inflammations réitérées du globe oculaire. C'est qu'en effet, ainsi que vous pouvez le remarquer, l'œil gauche est parfaitement recouvert, la paupière rapportée est même très-mobile, elle vient parfaitement au contact de la supérieure, et quoique dépourvue de cils, elle ne remplit pas moins bien son rôle de *tutamen oculi.*

D'autre part, et par suite de la traction exercée par le lambeau qui, comme de coutume, tend sans cesse à porter vers son point d'attache, c'est-à-dire vers son pédicule, les parties avec lesquelles il a été greffé, le point lacrymal inférieur est déplacé et tiré assez fortement en dehors; il est transporté pour ainsi dire vers le tiers interne du bord palpébral, et néanmoins il n'y a aucun épiphora, le malade ne se plaint même pas du plus léger larmoiement, alors même qu'il va au grand air.

Voilà donc une paupière qui remplit toutes les conditions physiologiques requises; en est-il de même eu égard à la beauté des formes, de l'esthétique? vous pouvez en juger; à mon avis, le résultat, même à ce point de vue, est fort satisfaisant; on dirait qu'il y a un peu d'œdème de cette paupière inférieure, disposition d'autant moins choquante qu'elle existe du côté opposé, et qu'elle est d'ailleurs commune à beaucoup de personnes, ainsi qu'on sait.

Je disais précédemment que cette observation venait à l'appui de l'opinion de Martinet (de la Creuse) relativement à l'influence de la transplantation des lambeaux sur la non-récidive du cancer. C'est qu'en effet voici *sept ans* que le malade a été guéri, et il n'y a pas trace de repullulation. On peut donc le considérer comme définitivement guéri de l'affection pour laquelle il a subi cette double opération; mais est-ce bien à la transplantation du lambeau qu'il doit cette immunité? pour résoudre cette question, il faudrait des faits nombreux. Je ne veux pas entrer non plus dans la question de savoir si la théorie de Martinet sur les modifications qu'apporte dans la nutrition des parties qui avoisinent le mal, cette transplantation d'un lambeau emprunté à une région voisine et saine, est ou non fondée. Je me contente pour le moment de constater le fait.

C'est que pour moi le point important de cette communication est autre; il s'agit de mettre en relief les raisons qui m'ont fait prendre au front plutôt qu'à la joue, au nez ou à la tempe, ainsi qu'on a l'habitude de le faire, le lambeau avec lequel j'ai reconstitué la paupière inférieure.

Quant on veut pratiquer la blépharoplastie, il faut nettement distinguer deux cas; celui dans lequel le bord libre de la paupière subsistant, on n'a à restituer que le corps de cette paupière, si je puis ainsi dire; et celui dans lequel ce bord libre fait défaut. Le premier est incomparablement plus favorable que le second parce que d'abord les cils sont conservés, mais surtout la conjonctive, ce qui permet de faire la *blépharoraphie*, sans crainte de voir la face saignante du lambeau se souder au globe oculaire; dans le second cas, au contraire, le bord supérieur du lambeau, celui qui doit constituer le bord libre de la nouvelle paupière, ne pouvant être maintenu par la suture, conserve une tendance incessante à se rétracter et à se rouler en dedans du côté de l'œil par suite de la formation inévitable à la face profonde du lambeau, du tissu inodulaire ou cicatriciel.

Enfin, et c'est là un inconvénient commun aux deux cas, quand on prend le lambeau à la joue ou partout ailleurs, mais dans une région où le pédicule est situé *au-dessous de l'ouverture palpébrale*, la paupière artificielle tend toujours à se rétracter vers son pédicule, c'est-à-dire à s'abaisser, ce qui entraîne le renversement plus ou moins considérable du lambeau.

C'est pour remédier à ce renversement qu'on fait la blépharorophie, laquelle est loin de réussir toujours; mais quand cette suture des deux paupières est impossible, comme quand le bord palpébral naturel fait défaut, alors il devient illusoire de chercher à reconstituer la paupière par les procédés jusqu'ici employés. C'est au moins l'opinion de M. le professeur Denonvillers qui, ainsi que tout le monde sait, a acquis une si grande autorité en anaplastie; aussi m'avait-il détourné de toute tentative de blépharoplastie.

Le procédé que j'ai mis en usage a surtout pour but de remédier à cette impossibilité de maintenir le bord libre de la nouvelle paupière à une hauteur suffisante pour qu'il puisse recouvrir le globe oculaire et venir facilement au contact de la paupière supérieure. Pour cela il suffit de maintenir le pédicule du lambeau *un peu au-dessus de la fente palpébrale*. Par ce seul artifice, on remédie à tous les inconvénients signalés précédemment. En effet, la tendance incessante du lambeau à se rétracter vers son pédicule, situé plus haut que la fente palpébrale, c'est-à-dire un peu au-dessus de la commissure externe, fait que cette rétractilité, au lieu de tendre à abaisser la totalité de la paupière, comme quand on a pris le ou les lambeaux sur la joue, la tempe ou le nez, l'élève et la tire en haut et en dehors. Il suit de là que le bord palpébral inférieur, au lieu de se rouler en dedans, se développe et vient se mettre naturellement et sans effort au contact de la paupière supérieure. C'est ce dont tout le monde peut s'assurer sur le malade que voici; il y a même ceci de curieux à signaler : c'est que la nouvelle paupière est animée de mouvements très-manifestes dûs sans doute aux fibres musculaires de l'orbiculaire palpébral que j'avais effectivement comprises dans ce but dans mon lambeau frontal ou sus-sourcilier

On comprend d'ailleurs que ce même procédé mais inversé pourrait être appliqué à la réfection de la paupière supérieure.

De la staphylorapie. — Discussion.

M. VERNEUIL fait remarquer qu'il y a des perforations du voile du palais dans lesquelles il n'est pas possible de remonter à une cause spécifique, syphilis ou scrofule, il serait tenté de les appeler *spontanées*. Il a, en ce moment, dans son service à l'hôpital Lariboisière, un cas de ce genre; l'iodure de potassium, la cautérisation avec la teinture d'iode n'y ont rien fait; les ulcérations ont continué de s'agrandir. Au contraire, quelques centigrammes d'arséniate de soude en ont arrêté la marche envahissante.

Il faut, d'ailleurs, ajoute M. Verneuil, distinguer les cas où la prothèse est supérieure et doit être préférée à l'anaplastie sanglante, réparatrice. C'est à bien distinguer ces cas qu'on doit, je crois, s'appliquer aujourd'hui.

Si les idées soutenues par MM. Passavant et Gustave Simon sont vraies, il faudrait pour que la phonation et la déglutition conservassent leur intégrité que le bord inférieur du voile du palais pût s'appliquer exactement contre la paroi pharyngienne postérieure. Quelle que soit la cause qui gêne cette application exacte, la phonation et la déglutition sont troublées, et dès qu'on parvient artificiellement, comme avec une spatule, par exemple, à rétablir cette application, on redonne à la voix sa netteté, à la déglutition son intégrité complète.

Deux faits que j'ai observés récemment à l'hôpital semblent confirmer cette théorie physiologique. Dans l'un il s'agit d'un individu qui, à la suite d'une angine, ne pouvait prendre aucune boisson ni aucun aliment liquide ou demi-liquide sans les voir passer dans les fosses nasales. Après l'avoir examiné à plusieurs reprises, je finis par m'apercevoir qu'il existait une contracture des muscles glosso - staphylins qui, raidissant le voile du palais, mettait obstacle à l'application de son bord inférieur sur la paroi pharyngienne postérieure. Je fis la section de ces muscles contracturés dans une étendue de 4 à 5 millimètres; et, dès le lendemain, le malade a pu manger sans que les aliments revinssent par les fosses nasales. Je dois dire qu'il continuait à nasonner.

Dans le second fait, c'est une jeune femme atteinte d'une syphilis grave, avec ulcération des deux amygdales, échancrure des piliers et ulcération du voile du palais. Un traitement spécifique, ayant obtenu la réparation de toutes ces parties, la voix qui d'abord était presque inintelligible, redevint nette, grâce à ce que le bord inférieur du voile put, de nouveau, s'appliquer exactement contre la paroi pharyngienne.

---

pas pour cela voués à cette affection, comme ils le sont presque toujours à la tuberculisation. »

Quand on fait la critique d'un ouvrage, on poursuit un but, celui de lui rendre sincèrement la justice qui lui est due; mais on caresse aussi un violent désir, celui de trouver quelque chose à reprendre, à relever, à *critiquer* enfin. Il est si agréable et si doux de prouver que, sur quoi que ce soit, on en sait plus que le meilleur auteur, qu'on possède une science plus profonde et un goût plus développé! Ce désir a été déçu cette fois, et je dois déclarer, en finissant, que je n'ai pas trouvé un côté faible dans l'ouvrage de M. Empis. Il n'est pas jusqu'à l'imprimeur et à l'éditeur qui ne semblent s'être entendus avec l'auteur pour me forcer à une louange perpétuelle.

Par ce temps de vilains livres qui court, quand on ne voit à l'étalage des libraires que d'énormes in-octavos de mille ou douze cents pages, ou d'horribles in-douze de sept à huit cents pages, compactes, serrés, sans marges, incommodes à lire, impossibles à tenir et encore plus à porter; on est vraiment trop heureux de manier et de lire un bel in-octavo de quatre cents pages, parfaitement imprimé sur un beau papier bien blanc, fort et résistant sous les doigts, avec de belles marges, etc., etc. MM. Asselin et Goupy se sont réunis pour composer ce joli livre, et nous les en félicitons. Si M. Asselin voulait nous permettre de l'engager bien amicalement à rester dans cette voie...

Parmi les nombreux lecteurs de la *Gazette* il y a certainement beaucoup de bibliophiles, et ils seront de notre avis : *Après un bon livre, il n'y a rien de préférable à un beau livre.* L'ouvrage de M. Empis, et cela est bien rare aujourd'hui, réunit les deux conditions. — *O Fortunatus nimium!*

Dr H. MONTANIER.

Anatomie et physiologie comparées du bassin des mammifères. — Mémoire sur le bassin considéré dans les races humaines, par le docteur JOULIN, professeur agrégé à la faculté de médecine.

Ces deux mémoires n'en font qu'un, pour ainsi dire, ou plutôt l'un est la suite de l'autre. Le premier nous a paru moins important pour le médecin. bien que l'auteur se livre à des considérations intéressantes sur ce caractère d'animalité que Vrolick voulait à toute force trouver dans le bassin de la négresse, caractère qui n'existe pas. Le bassin des mammifères diffère tellement de celui de l'homme qu'on ne saurait trouver scientifiquement une transition de l'un à l'autre.

Depuis le travail de Vrolick, publié en 1826, les auteurs n'avaient ajouté aucun document à ses *considérations sur la diversité du bassin des différentes races humaines.* Il était reçu qu'on devait les copier sans prendre la peine de les contrôler, aussi le travail de Vrolick subsiste-t-il dans son entier dans les traités spéciaux publiés jusqu'à ce jour.

Rien ne troublait donc l'autorité du savant Hollandais, chaque auteur spécial venait l'accroître de la sanction de sa plume; elle s'affermissait d'année en année et paraissait devoir recevoir la consécration du temps lorsque M. Joulin s'avisa d'en vérifier les détails.

A son grand étonnement, il ne tomba pas d'accord avec son illustre devancier, qui n'avait d'ailleurs apporté l'observation que d'un nombre de faits fort insuffisant, à supposer même qu'elle fut exacte.

Mais encore que Vrolick, en ne formulant pas nettement et à part ses conclusions, ne paraissait regarder son travail que comme un premier jalon planté sur le chemin de la science, les auteurs qui l'ont pris pour modèle ont-ils dépassé ses intentions en donnant comme rigoureux ce qu'il ne regardait que comme probable.

L'idée, qui paraissait dominer dans son travail, est que les trois races humaines présentent des différences aussi notables dans le bassin que dans le crâne lui-même. Il prit des mesures, alligna des chiffres, dressa des tableaux, puis il oublia de s'en servir, les chiffres même de son tableau donnant tort à ses conclusions. Et les auteurs qui l'ont suivi, découragés par l'ennui de vérifier une mesure qui ne leur était pas familière, ont laissé passer les tableaux pour sourire aux conclusions.

Ce n'est pas ainsi qu'il fallait procéder. Loin de se rebuter par l'aridité du travail, il ne fallait pas craindre d'employer un long temps à une analyse et à une vérification minutieuse, quelque peu de résultats qu'on en dût d'ailleurs attendre.

Voilà ce que les auteurs, qui suivirent Vrolick, auraient dû faire, et c'est ce que fit M. Joulin. Et il arriva à un résultat fort inattendu et capital, après avoir refait tout le travail de Vrolick, et après avoir vérifié, sur un bien plus grand nombre des sujets composant la riche collection anthropologique du muséum d'histoire naturelle. On peut voir, par ce court exposé, que le travail de M. Joulin ne manque ni de discussion ni de contrôle; il apporte la même sévérité à l'examen des faits qui lui sont propres, aussi nous croyons-nous en mesure de pouvoir déclarer que l'autorité accordée autrefois aux travaux de Vrolick et de Weber, a passé en d'autres mains.

Dr PRAT.

Je suis tellement porté à croire justes les idées de MM. Passavant et Simon que, sur une troisième malade, actuellement dans mon service, j'ai refusé toute opération réparatrice parce que je ne pourrais pas donner au voile assez d'étendue pour que son bord inférieur touche la face postérieure du pharynx.

M. Verneuil termine en demandant à M. Liégeois si, chez ses deux opérées, la disposition du voile du palais semble donner gain de cause à la théorie de M. Passavant. M. Liégeois déclare que chez toutes deux le voile du palais arrive au contact de la paroi postérieure du pharynx, mais que celle qui parle le mieux est celle dont le voile est le plus court.

M. PANAS. Relativement au mode de débridement employé par M. Trélat, je dirai seulement que la section comprenant la muqueuse et le muscle me paraît préférable; elle me semble exposer moins que la section sous-muqueuse à laisser échapper quelques fibres musculaires.

Quant à la question soulevée par M. Verneuil, je la crois très-importante et je partage son opinion sur la nécessité du contact entre le voile et la paroi postérieure du pharynx. Je me rappelle avoir vu dans le service de M. Nélaton un homme chez lequel la disposition des organes venait à l'appui de la théorie rappelée par M. Verneuil. En effet, chez ce malade, malgré une division complète et très-étendue du voile du palais, la déglutition et la phonation s'opéraient très-bien grâce à une hypertrophie considérable du muscle constricteur supérieur du pharynx, lequel muscle, par une saillie très-prononcée, venait à la rencontre du voile incomplet et divisait ainsi le pharynx en deux parties, une supérieure ou nasale, une inférieure ou buccale. Cela peut faire comprendre comment, dans certains cas, malgré un voile du palais très-court, la voix et la déglutition peuvent conserver leur intégrité. Beaucoup d'individus doivent à l'action exagérée du constricteur supérieur de pouvoir avaler et parler assez bien malgré des divisions ou des perforations du voile du palais.

Chez certains animaux, comme le porc, il n'existe pas de voile du palais; celui-ci est remplacé par un diaphragme complet percé d'une fente; comme cela s'observe quelquefois chez des individus dont le voile du palais a contracté des adhérences avec le pharynx.

Par les exercices de phonation et de déglutition, on n'exerce pas seulement les muscles du voile du palais, mais aussi ceux de toutes les parties qui concourent à ces deux actes physiologiques. La staphyloraphie peut, dans certains cas, ne rien gagner pour la phonation et obtenir quelque amélioration dans la manière dont se fait la déglutition.

M. Panas ne pense pas que les muscles du voile du palais aient, pour le succès de la staphyloraphie, une importance aussi grande que celle que leur supposent quelques auteurs; il en trouve la preuve dans l'heureux effet d'un simple appareil en caoutchouc, pourvu qu'il soit suffisamment étendu et que le contact du bord inférieur avec le pharynx puisse avoir lieu.

M. TRÉLAT fait observer en commençant que la dénomination de *perforations spontanées*, appliquée à certaines perforations palatines dont il n'est pas toujours possible de découvrir la cause, ne lui paraît pas juste. Dans une de ses observations, que M. Verneuil a paru faire rentrer dans cette catégorie, la cause de la perforation était très-nettement appréciable, la perte de substance avait succédé à une série d'abcès glandulaires, ouverts spontanément.

M. Trélat répond ensuite à M. Panas qu'évidemment il vaudrait mieux inciser de part en part si on n'avait rien pour se guider dans l'autre manière de faire. Mais, d'un côté, la saillie du muscle contracturé; de l'autre son craquement pendant la section, et enfin la chute du voile et son assouplissement prouvent qu'on a fait une incision suffisante. Or, en agissant comme je l'ai indiqué, on évite peut-être plus facilement des hémorrhagies abondantes. Quant au procédé opératoire, je préfère la section sur la face inférieure, parce qu'on a sous les yeux les parties sur lesquelles on opère, et que, s'il se produit une hémorrhagie, il est plus facile de l'arrêter. Quant aux recherches de M. Passavant, elles sont certainement fort intéressantes; mais il serait injuste de ne pas rappeler que Gerdy avait déjà insisté sur les plus importants de ces faits. Par quelques expériences faites sur lui-même, M. Trélat cherche à prouver que certaines voyelles peuvent se prononcer très-nettement sans que le voile du palais touche la face postérieure du pharynx, ce qui paraît contraire à la théorie de M. Passavant.

Je partage complétement, dit en terminant M. Trélat, l'avis de M. Verneuil sur les indications et les contre-indications de la staphyloraphie. Quand on a affaire à des voiles qui manquent d'une grande partie de leur portion musculaire, il ne faut pas opérer, mieux vaut faire porter un appareil prothétique. Dans les conditions opposées, la staphyloraphie peut donner des résultats très-satisfaisants.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. **BLOT.**

Nos lecteurs nous permettront de leur signaler une grande infortune. Un de nos confrères est en proie à la plus profonde détresse, il faudrait un secours immédiat. Nous avons appris qu'après avoir épuisé toutes ses ressources, ce malheureux père, qui vient de perdre un fils dans l'expédition de Cochinchine, n'avait même pas un morceau de pain à donner à sa fille qui lui reste. Devant ces détails navrants, on ne saurait hésiter.

La *Gazette des Hôpitaux* ouvre une souscription; les plus modestes offrandes seront reçues avec la plus vive reconnaissance.

Nous publierons la liste des souscriptions reçues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel, en date du 29 juillet, M. le docteur E. Chairou, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin-adjoint à l'asile impérial du Vésinet.

— La place de chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Lyon est vacante par suite de la démission de M. Foltz.

Les candidats sont invités à se présenter au secrétariat de l'École pour y déposer leur demande et pour prendre connaissance des dispositions du règlement concernant cette place.

— Le lundi 25 octobre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination de treize élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon.

Les élèves internes titulaires sont logés et nourris dans l'hospice auquel ils sont attachés. Ils reçoivent, en outre, à titre de traitement annuel, savoir : les internes de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital de la Croix-Rousse, de la Charité et de l'Antiquaille, 250 fr.; ceux du Perron, 400 fr.

Les internes suppléants jouissent du traitement et des avantages réservés aux internes titulaires dont ils feront le service.

Le prix de la fondation Amédée Bonnet (une trousse d'honneur) sera décerné en séance publique au candidat qui obtiendra le premier rang sur la liste des internes nommés à la suite du concours.

— Voici un renseignement qui n'est pas inutile pour juger la valeur des mariages consanguins :

En 1849, mourait à Wildah (royaume du Dahomey) un traitant portugais, nommé Da Souza. Personnage important dans le pays qu'il habitait depuis de longues années, Da Souza avait acquis une grande fortune par la traite des nègres. A sa mort, il laissait après lui une centaine d'enfants issus de 400 femmes renfermées dans son harem. La politique ombrageuse des rois du Dahomey, hostile à l'établissement d'une race métisse, a parqué cette nombreuse progéniture dans une enceinte particulière (Salam), sous l'autorité d'un des fils de Da Souza. Mal vus dans le pays, surveillés par les agents du roi, le plus despotique de tous les monarques de la terre, ces métis ne peuvent s'unir qu'entre eux, ou, pour mieux dire, ils vivent dans la plus honteuse promiscuité. En 1863, on comptait des enfants de la troisième génération; la couleur de leur peau revenait rapidement au noir foncé, tout en conservant quelques-uns des traits de l'Européen, leur ancêtre. Nous avons pu constater par nous-mêmes que, parmi tous ces descendants de Da Souza, formant entre eux des unions aux degrés de parenté les plus proches et les plus monstrueux même, il n'y avait ni sourds-muets, ni aveugles, ni crétins, ni infirmes de naissance; en revanche, ce troupeau humain *va en décroissant, et il est menacé d'une extinction prochaine.*

(*Archives médicales de la marine.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Vaccine et Variole, nouvelle étude expérimentale sur la question de l'identité de ces deux affections, étude faite, au nom de la Société des sciences médicales de Lyon, par une commission composée de MM. Bonnet, Delore, Chauveau, Dupuis, Gailleton, Horaud, Lortet, P. Meynet et Viennois. Rapport par MM. Chauveau, Viennois et Meynet. 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50, *franco* dans toute la France. Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Physiologie appliquée. — Les formes du corps humain corrigées, et par suite les facultés intellectuelles perfectionnées par l'hygiène, par F. Dancel, docteur-médecin. Br. in-8° de 120 pages. Prix : 3 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

De l'uréthrotomie dans les rétrécissements de l'urèthre; indications et contre-indications, par le docteur Beyran. (*Extrait de ses Leçons sur les maladies des voies urinaires.*) A la librairie de Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 93. — MARDI 8 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 8 AOUT 1865. — N° 93.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 AOUT 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Ouvrir ses fenêtres en été pendant les chaleurs excessives est souvent un moyen imparfait de ventiler les appartements, et la chaleur accablante, qu'il faisait pendant le mois de juillet, l'a prouvé à plus d'un de nos lecteurs en France. L'air chaud, qui entrait dans les appartements, occasionnait un malaise et une gêne qui faisaient aspirer au retour de l'hiver. M. le général Morin a étudié la question, et il a proposé diverses pratiques hygiéniques, propres à assurer la ventilation au moyen d'air refroidi. Plusieurs procédés ont été imaginés et expérimentés par le professeur du Conservatoire des Arts et Métiers, et le meilleur, de l'avis même de l'honorable académicien, est celui qui se rapproche le plus des effets de la nature.

On sait quel bien-être apporte l'apparition d'une petite pluie au moment des grandes chaleurs, l'air est refroidi par la vaporisation de l'eau qui lui enlève du calorique; les habitations sont moins échauffées, et l'on respire plus à l'aise. L'on conçoit dès lors comment l'arrosage des maisons, des toitures, des fenêtres et des jalousies, peut être d'une grande utilité, et c'est là le moyen que M. Morin considère comme le plus efficace.

M. Ed. Robin a envoyé une addition à une note sur la possibilité de ralentir l'activité de la respiration, sans rendre plus faible la quantité d'air qui pénètre dans la circulation. Dans cette note, l'auteur étudie les effets purgatifs qui s'observent chez l'homme dans leur relation avec la respiration, et il arrive à cette conclusion, que les maladies où il y a purgation sont peut-être dues au ralentissement des phénomènes de combustion.

— Le lecteur trouvera plus loin un décret qui organise sur de meilleures bases le corps médical de la marine. Nous voyons avec satisfaction dans les nouvelles mesures prises, l'institution du concours être appliqué à l'avancement, au moins dans les grades secondaires. Le concours restera toujours une grande école d'où sont sorti des hommes forts que n'auraient pu mettre en lumière ni la faveur ni la popularité. Dr Armand Després.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par M. le Dr Raynaud.)

Des divers modes de développement de l'anémie.

Pour que le sang maintienne sa composition, il faut trois conditions dont la suppression entraîne autant d'anémies distinctes.

I. Les déperditions des éléments du sang que nécessitent les sécrétions, les exhalations et les fonctions en général doivent rester dans des limites déterminées par les forces de l'individu; si les principes du sang sont soustraits en totalité par des hémorrhagies artificielles, naturelles ou morbides, ou bien si les pertes d'humeurs sont excessives, ou bien enfin si le fonctionnement du système nerveux et musculaire va jusqu'à l'épuisement, il en résulte un trouble profond dans les échanges moléculaires, par conséquent dans la composition même du sang, de là une première série d'anémies que je désignerai sous le nom d'*anémies consomptives*, et qui comprend :

1° Les anémies d'origine hémorrhagique;
2° Les anémies d'origine sécrétoire;
3° Les anémies par fatigue nervo-musculaire.

II. Les pertes subies par l'organisme se réparent par deux moyens, l'oxygène respiratoire et l'alimentation; si l'un ou l'autre de ces principes régénérateurs devient insuffisant, l'équilibre est rompu entre les dépenses de forces et les recettes, et ne saurait se rétablir que par des conditions hygiéniques nouvelles, après des dommages réels portés à la constitution du sang sous le nom d'anémies *nutritives* et *respiratoires*.

III. La troisième condition de l'état normal du sang, c'est l'intégrité de ses organes formateurs, c'est-à-dire des glandes lymphatiques et lymphoïdes.

Les poisons, les virus, les miasmes, en pénétrant dans l'organisme, peuvent bien altérer directement les éléments histochimiques du fluide sanguin, mais le plus souvent ils atteignent d'abord les glandes lymphatiques, qu'ils troublent dans leur structure et leurs fonctions; de là des anémies *lymphoïdes* d'origine toxique.

Les diathèses, et surtout la scrofule, la tuberculose, le cancer, agissent de la même manière sur le système lymphatique.

Le rhumatisme et la goutte ont une action plus complexe.

(1) Voir les numéros des 2, 4, 27, 30 mai et 1er juin.

Anémies. Tableau synoptique des diverses espèces étiologiques.

PREMIÈRE CLASSE. — *Anémies d'origine consomptive.*

1° Anémies d'origine hémorrhagique;
2° — sécrétoire;
3° — nervo-musculaire.

DEUXIÈME CLASSE. — *Anémies d'origine nutritive et respiratoire.*

TROISIÈME CLASSE. — *Anémies lymphoïdes.*

1° Suites de lésions des organes lymphoïdes;
2° Diathésiques;
3° Toxiques.

CHIMIE DES DIVERSES ANÉMIES.

Étude expérimentale du sang.

Au point de vue des altérations du sang, et abstraction faite de ses causes efficientes, l'anémie présente quatre types, selon qu'il y a diminution de la masse du sang, perte des globules rouges, dilution du plasma dans un excès d'eau, ou appauvrissement du sérum en principes albumineux, et l'anémie sera considérée comme oligaimique, globulaire, hydrémique, albumineuse. Tous ces états peuvent être reproduits par l'expérimentation.

Des divers types chimiques de l'anémie.

PREMIER TYPE. — OLIGAIMIE.

La saignée détermine évidemment une oligaimie, mais qui ne saurait être que transitoire; il en est de même dans les anémies d'origine hémorrhagique, que l'hémorrhagie soit physiologique ou morbide; dans l'un et l'autre cas, comme la pression diminue, l'équilibre entre le sang et les liquides nourriciers est rompu, et il en résulte une résorption de ces liquides; par conséquent le sang augmente de quantité, tout en devenant plus aqueux que dans l'état normal.

L'origine de ces liquides est surtout dans la lymphe, dans les tissus, dans les parenchymes; l'absorption s'exerce aussi dans les organes sécréteurs ou excréteurs, qui sont destinés à entraîner au dehors les éléments regressifs de la nutrition, et même les principes aqueux, sous forme de liquide urinaire, de transpiration cutanée, pulmonaire, de bile, etc. Si en même temps l'absorption des liquides est augmentée, ce qui a lieu ordinairement par la soif qui accompagne les saignées ou les hémorrhagies, le sang ne tarde pas à s'assimiler l'eau introduite dans l'économie, et la masse du sang en circulation tend vers la normale (Prévost et Dumas). M. Piorry a pratiqué à un chien une saignée énorme malgré la diète, et le lendemain il a pu retirer encore 12 onces de sang.

L'activité de l'absorption après les saignées a été prouvée par Magendie, Wedemeyer, Gunther, Veit; les poisons pénètrent alors d'une manière plus rapide; il est vrai que ces expériences sont complexes, et ont même été controversées dans ces derniers temps; mais pour ce qui est de l'absorption des liquides, elle est manifestement augmentée dès que la tension diminue dans les vaisseaux, ainsi qu'on l'observe après la saignée.

DEUXIÈME TYPE. — ANÉMIE GLOBULAIRE.

Si l'anémie totale est rare et en tous les cas transitoire, l'anémie globulaire, caractérisée par la diminution des globules, est, au contraire, la forme la plus fréquente de toutes les anémies; c'est le type le mieux tracé, et depuis les belles recherches de MM. Andral et Gavarret, de Becquerel et Rodier, on a peu à peu identifié d'une manière absolue l'anémie et l'aglobulie; il est bien vrai que l'abaissement du chiffre des globules suffit pour constituer le point de départ d'une série d'accidents morbides nettement définis, et, si l'aglobulie n'était pas habituellement le résultat d'une déperdition ou d'une dénutrition, on pourrait dire que cette lésion suffit à elle seule pour créer une entité morbide; il est vrai encore que l'aglobulie vient s'ajouter ordinairement aux autres types de l'anémie, c'est-à-dire à l'oligaimie, aussi bien qu'à l'hydrémie et à l'hypo-albuminose; mais lorsque le sang est altéré dans tous ses éléments, lorsque l'albumine et la fibrine sont atteintes, il en résulte toute une série de désordres nouveaux qui ne sauraient s'expliquer par le seul fait de l'aglobulie. Dès lors, nous sommes autorisés à maintenir les distinctions que nous avons établies, tout en considérant l'aglobulie comme l'anémie la mieux caractérisée, la plus constante.

Chez l'homme, le chiffre normal des globules a été diversement apprécié, et les résultats définitifs présentent des différences énormes selon les méthodes d'analyses; il est encore une autre cause de difficultés, ce sont les variations individuelles, les oscillations considérables qu'on trouve non-seulement d'un individu à l'autre, mais chez le même individu selon les circonstances physiologiques; les moyennes n'expriment par conséquent qu'un chiffre fictif; c'est un simple point de repère pour apprécier les déviations extrêmes; or de tous ces points de repère les chiffres classiques de 127 à 130 pour mille, indiqués par M. Lecanu, puis par MM. Andral et Gavarret, sont encore, malgré les objections faites à l'analyse indirecte des globules par voie de dessiccation, ceux qui se rapprochent le plus de la vérité; car, en le multipliant par 4 comme le veut Schmidt, ou par 3 1/2 comme le propose Sackarin dans ses recherches récentes, on arrive par cette multiplication à représenter la partie liquide contenue dans les globules, et à retrouver les chiffres de 450 à 520 pour mille que fournit le pesage des globules à l'état humide.

On peut donc, avec Andral et Gavarret, prendre les chiffres 110 comme minimum et 140 comme maximum de l'état normal; mais Scherer et Figuier considèrent ces nombres comme exagérés, et leurs observations donnent des résultats inférieurs. Quoi qu'il en soit, le sang des anémies succédant aux saignées réalise très-nettement le type des anémies d'origine hémorrhagique, qui commencent toutes par une aglobulie. C'est là le premier effet de toute hémorrhagie, et souvent c'est même la seule lésion que le sang subisse (MM. Andral et Gavarret); j'ajoute que cette lésion est la plus persistante, car de tous les éléments du sang ce sont les globules qui se réparent le plus difficilement.

Au point de vue de la reconstitution du sang après les hémorrhagies, on peut établir une sorte de hiérarchie entre les divers éléments : aux deux extrémités de la série se trouvent les corpuscules, d'une part, et, d'une autre part, l'eau que le sang récupère pour ainsi dire instantanément.

En même temps que la quantité d'eau augmente et que le nombre des globules s'abaisse, les globules présentent des altérations physiques; ils tendent à s'agglomérer plus facilement, et cette circonstance remarquable favorise singulièrement la formation de ce qu'on appelle la couenne.

Les globules perdent, en outre, de leur globuline, mais en même temps deviennent relativement plus riches en hématine (C. Schmidt); or, ce phénomène est en opposition formelle avec certaines théories, qui considèrent les ferrugineux dans l'anémie comme un moyen immédiat de réparation de l'hématine des globules.

Le nombre des globules blancs augmente après les saignées (Nasse, Remak); c'est la préface de la leucocythémie, qui peut succéder aux grandes hémorrhagies.

Ce sont là les altérations histologiques les plus habituelles du sang des saignées répétées.

HOPITAL MILITAIRE DE BOGHAR. — M. Paul DAUVÉ.

Amputation sous-astragalienne sur un Arabe atteint de congélation du pied gauche (1).

Le 2 décembre 1864, le nommé M'Ahmed ben Daatman, du 1er régiment de tirailleurs, entre à l'hôpital de Boghar atteint de congélation des deux pieds. Ce jeune indigène est très-affaibli par un séjour de deux années en Cochinchine et par les dernières fatigues de l'expédition du Sud.

Les gelûres datent de quinze jours. Les orteils du pied droit sont tuméfiés et offrent une coloration brune très-foncée; la gangrène a déjà tracé son sillon sur le pied gauche au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne.

Le 10 décembre, M. le docteur Goinard, médecin en chef de l'hôpital, se dispose à faire l'amputation sous-astragalienne, quand au dernier moment le malade refuse toute opération sanglante, et préfère attendre des seules forces de la nature la réparation des parties mortifiées.

Le 28 du même mois, je prends le service comme médecin en chef de l'hôpital, et cette fois, sur la demande du malade, je réunis les médecins de la garnison pour discuter l'opération à faire et le mode opératoire à choisir.

A la face dorsale du pied, le sillon de séparation formé par la gangrène correspond aux articulations tarso-métatarsiennes. Le sillon est

(1) Société de chirurgie, séance du 28 juin 1865.

formé de bourgeons charnus saignants et mollasses, et la peau n'est saine qu'à 2 ou 3 millimètres plus haut. A la face plantaire, la gangrène remonte plus en arrière. Le sillon représente une courbe à convexité supérieure, dont l'extrémité interne correspond à l'articulation du premier métatarsien avec le premier cunéiforme, le sommet à la partie postérieure de l'articulation du cuboïde avec le calcanéum, et l'extrémité externe à l'apophyse du cinquième métatarsien.

En arrière, les parties molles sont saines : il n'y a ni engorgement ni douleur à la pression ; tout fait croire que la lésion s'arrête aux os de la deuxième rangée du tarse.

Toutes les premières articulations des orteils du pied droit semblent mortifiées ; mais les sillons de séparation ne sont pas encore nettement tracés, et, comme le malade en souffre peu, il me supplie de ne pas toucher à ce pied.

Notre indigène maigrit sensiblement, il ne dort plus et demande avec instance à être débarrassé du pied gauche.

La lésion remonte trop en arrière pour permettre l'opération de Lisfranc; il ne reste plus à choisir qu'entre l'amputation de Chopart et la sous-astragalienne. La désarticulation médio-tarsienne n'est classiquement possible que par la méthode ordinaire à grand lambeau plantaire, et, par la méthode de M. Sédillot, à lambeau interne; ici ces deux espèces de lambeaux nous manquent, et il faudrait compter pour la guérison sur une cicatrice de toutes pièces formée par les bourgeons charnus nés des surfaces articulaires. La longue durée d'un semblable travail cicatriciel, la possibilité du renversement du moignon en arrière, et dans ce cas la présence du tissu de cicatrice dans la base de sustentation, nous font rejeter cette opération, et nous nous arrêtons à la sous-astragalienne.

Les livres classiques ne citent guère que les procédés à deux lambeaux latéraux de Lignerolles, à lambeau dorsal de Lisfranc, et enfin à lambeau interne de M. Malgaigne. Cependant depuis 1852 M. Verneuil a indiqué un autre procédé dans ses leçons de l'École pratique (1), et M. Nélaton (2) s'est servi plusieurs fois de ce procédé en le modifiant légèrement. MM. Dolbeau et Richard l'ont aussi employé avec succès. Cette méthode à lambeau interne et talonnier diffère peu de celle imaginée par M. J. Roux (de Toulon) pour l'amputation tibio-tarsienne (3) ; mais M. Verneuil a eu l'honneur de l'appliquer à la sous-astragalienne ; il a de plus indiqué la section du ligament interosseux par le côté externe de l'articulation. Dans ce procédé, l'incision plantaire est légèrement oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors; elle est transversale dans celui de M. Nélaton. Le chirurgien de la Clinique recommande de faire en avant de la malléole interne un petit angle ouvert en avant pour éviter le froncement de la peau dans l'angle de réunion. Tous ces procédés et ces diverses modifications sont rapportés avec détail et discutés longuement dans l'excellente thèse de M. Vaquez (4).

Dans le procédé de M. Malgaigne, on coupe d'un seul coup toutes les parties molles situées en arrière de l'articulation tibio-tarsienne. L'opération y gagne en rapidité, mais l'attache du lambeau est trop étroite, et ce lambeau manque parfois d'amplitude ; dans la méthode ovalaire de M. Verneuil toute la peau du talon est conservée et l'attache du lambeau mesure à peu près 12 centimètres. Dans cette méthode, le temps difficile est la section du tendon d'Achille. Cette section se fait par différents procédés. M. Verneuil coupe avec la pointe du couteau le tendon au niveau du bord supérieur du calcanéum ; M. le professeur Nélaton ne coupe que les attaches calcanéennes, et ménage la toile fibreuse que M. J. Roux a décrite à la partie postérieure de ce tendon (5). On se sert encore de ciseaux pour cette section, et M. Legouest a enfin proposé la ténotomie préalable par la méthode sous-cutanée (6). Toutes ces modifications peuvent se diviser en deux groupes : celles qui conservent les attaches fibreuses du tendon d'Achille à la peau du talon, et celles qui ne conservent que la peau de cette région. Pour les dernières, les ciseaux, le couteau, la ténotomie ne sont qu'une affaire de commodité individuelle; pour les premières, la dissection en rasant l'os est indispensable, et c'est là un temps extrêmement difficile, qui double la durée de l'opération, et dont la difficulté ne me semble pas assez compensée par les avantages qu'on en tire.

M. Roux décrit une toile fibreuse qui vient du faisceau postérieur du tendon d'Achille. Je n'ai bien vu ni ce faisceau ni cette toile; mais j'ai remarqué que toutes les fibres tendineuses ne s'attachaient pas sur le calcanéum, et que les postérieures, au niveau seulement de l'insertion osseuse, s'enfonçaient dans le tissu graisseux de la partie inférieure du talon pour se rendre au derme voisin. Ces fibres retiennent le tendon à la peau du talon, quand les attaches calcanéennes sont rompues. C'est là un moyen de soutien pour le lambeau après l'opération sous-astragalienne; mais n'est-ce pas aussi un moyen de rétraction et de renversement du lambeau en arrière? car, par son propre poids et surtout à cause de la position ordinaire du moignon, ce lambeau tend naturellement à glisser en arrière et un peu en dehors, et à découvrir ou à faire basculer en bas la tête de l'astragale. Quand l'opération est faite suivant les règles prescrites, quand la cicatrice se trouve à la partie la plus élevée de la région antéro-externe, il est sans doute hors de crainte que le renversement en arrière soit assez considérable pour que la cicatrice fasse partie de la base de sustentation ; mais quand un procédé de nécessité doit être employé et que cette cicatrice doit occuper la partie inférieure de la région antéro-externe du moignon, je crois dangereux de conserver les attaches du tendon d'Achille à la peau du talon. Telles sont les raisons qui dans l'opération que je vais décrire m'ont empêché de conserver l'insertion cutanée du tendon d'Achille.

L'opération est faite le 4 janvier à midi.

M. Verrier, pharmacien en chef de l'hôpital, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, est chargé de l'administration du chloroforme ; M. le docteur Porte, aide-major à l'hôpital, comprime la fémorale au pli de l'aine et surveille l'application du compresseur ; enfin, M. Delahousse, médecin aide-major au 34e de ligne, doit relever le lambeau, me donner les instruments et faire les ligatures. Cinq minutes suffisent pour obtenir le sommeil le plus profond.

La main droite armée d'un petit couteau à lame forte et étroite, et la pointe enfoncée sur le côté externe de l'insertion du tendon d'Achille, je pratique à partir de ce point une incision légèrement convexe en bas et en avant, qui passe à 2 centimètres au-dessous de la malléole péronière, sur la tubérosité antérieure du calcanéum, à 2 centimètres en arrière de l'apophyse du cinquième métatarsien; arrivée sur le dos du pied, l'incision devient plus convexe en bas et suit une ligne qui couperait en deux parties égales le cuboïde et les trois cunéiformes; c'est, du reste, à peu près toute la peau saine du pied à la région antérieure.

L'incision convexe s'arrête sur la partie moyenne du premier cunéiforme. La jambe est alors portée dans la rotation en dehors et le pied suffisamment élevé pour rendre accessible la face plantaire. Un petit angle ouvert en avant est fait au point où s'arrête la première incision. Le couteau coupe ensuite verticalement les téguments du bord interne du pied, et fait la section des parties molles de la plante en suivant une ligne qui, de la partie moyenne du premier cunéiforme, irait aboutir à la tubérosité externe du calcanéum (la partie médiane de cette ligne plantaire passe au milieu du sillon gangréneux). L'incision plantaire rejoint en arrière le point de départ de l'incision dorsale.

Je fais alors rétracter en dedans la peau qui recouvre le tendon d'Achille, et j'introduis en arrière du tendon le bistouri courbe de Cooper, et je le détache d'un seul coup de ses insertions à l'os et à la peau.

Prenant alors un fort bistouri, je dissèque le lambeau en commençant par la partie externe et inférieure; je dissèque le côté externe de la grosse tubérosité du calcanéum, toute la partie inférieure de cet os jusqu'au niveau de la gouttière calcanéo-astragalienne et le plus loin possible en arrière. Je fais ensuite rétracter la peau de la face dorsale du pied jusqu'au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne que j'ouvre par une incision convexe en bas. Tous les tendons musculaires ont été coupés par le premier coup de couteau. Reporté à la face externe, le bistouri coupe le ligament latéral externe tout à fait au-dessous de la pointe malléolaire, pénètre dans la fosse qui sépare le calcanéum de l'astragale, puis, la pointe dirigée de dehors en dedans, et la lame poussée presque transversalement d'avant en arrière, divise tout le ligament interosseux. Le pied est alors luxé et l'articulation largement ouverte. Je dissèque, en rasant les os, toutes les parties molles qui recouvrent la petite facette articulaire astragalo-calcanéenne, la gouttière du même nom et la partie postérieure de la grosse tubérosité du calcanénm.

J'obtiens ainsi un large lambeau arrondi tenant au membre par une surface de onze centimètres. Je coupe, d'un coup de ciseaux, les tendons musculaires qui dépassent un peu la surface de la plaie. La double compression a été si bien faite que le malade a perdu à peine quelques gouttes de sang. Je lie trois artères : la pédieuse et les deux plantaires. Les vaisseaux n'ont été coupés qu'au niveau de la peau. La partie antérieure du lambeau présente une encoche qui n'est remplie que par une surface bourgeonnante; à cette encoche correspond la convexité du lambeau supérieur que j'ai fait un peu plus long que d'habitude. J'affronte les bords de la plaie par quatre points de suture, en ayant soin de laisser une large ouverture en arrière. Je remarque alors que tout le lambeau s'applique bien sur la face inférieure de l'astragale, mais qu'il existe à la partie postérieure une grande cavité dont les bords doivent être longs à se réunir. Pour éviter la stagnation du pus dans cette cavité, et pour remédier en même temps à un froncement de l'angle postérieur de la plaie, je fais à la peau du tendon d'Achille, plus mince que la peau voisine, une petite incision d'un centimètre oblique en bas et en arrière. Je soutiens le lambeau par quatre bandelettes de diachylum assujetties par une cinquième circulaire. Un petit linge cératé recouvre les parties saignantes. Un plumasseau de charpie imbibé d'alcool camphré, une feuille de ouate et un triangle de Mayor, complètent le pansement.

Un peu de fièvre traumatique se déclare le soir même ; le malade a des frissons, il ne dort pas. Le lendemain, il vomit ses aliments, et la fièvre revient vers les cinq heures du soir. Un purgatif et quelques doses de sulfate de quinine ont bientôt raison de la fièvre, et le 8 janvier, quatre jours après l'opération, tout est rentré dans l'ordre ; notre opéré dort et mange la demie.

Le lendemain de l'opération, je lève le pansement pour débarrasser le moignon des caillots qui l'enveloppent. Les pansements à l'alcool camphré sont changés tous les deux jours. Le 8, les ligatures tombent d'elles-mêmes; la suppuration est peu abondante et le pus de bonne nature.

Le 20 janvier, la cicatrisation est presque complète, le moignon tient bien, et il ne s'écoule plus que quelques gouttes de pus par l'angle postérieur de la cicatrice. La cavité dont j'ai parlé plus haut n'est pas complétement remplie, et le pus qui s'en écoule est parfois mélangé de sérosité transparente.

Les orteils du pied droit tardent à se détacher, et, le 26 janvier, je suis assez heureux pour persuader au malade, déjà fatigué d'un long séjour à l'hôpital, que la nature tardera longtemps encore à séparer les parties sphacelées; je le décide à se laisser opérer.

J'ampute la deuxième phalange du gros orteil, et les troisièmes et deuxièmes phalanges des trois orteils suivants. Pour recouvrir plus facilement les têtes phalangiennes, j'emploie la méthode ovalaire ou plutôt en raquette, méthode qui me permet de conserver toute la peau saine et de n'enlever que l'os nécrosé à l'extrémité duquel restent attachées les parties molles sphacelées. Dans ce cas, cette méthode par énucléation est rapide et facile.

Sans cette nouvelle opération, dont la guérison doit se faire attendre quelque temps encore, notre malade aurait pu se lever un mois après l'amputation.

Le 15 février, il s'écoule encore chaque jour une ou deux gouttes de pus ou plutôt de liquide séreux par l'angle postérieur de la cicatrice. Le liquide sort par la pression des parties supercielles; il ne vient pas des os, et je pense qu'il est fourni par la persistance d'une portion de la membrane séreuse qui tapisse la bourse séreuse située à l'état sain sous le tendon d'Achille.

Aujourd'hui, 22 février, la suppuration a cessé, et la cicatrisation du pied droit étant presque complète, notre indigène s'est levé, et a pu, avec le secours de deux béquilles, s'appuyer sur son moignon sans la moindre douleur. Le malade n'attend plus pour marcher que la cicatrisation complète des orteils du pied droit et la confection d'une bottine qui corrige le raccourcissement du membre.

Dans cette opération, je n'ai pas cru devoir reséquer le nerf tibial postérieur, comme le recommande M. Verneuil dans les amputations sus-malléolaires. Dans ce cas, il eût fallu couper le nerf au niveau de la malléole interne, car dans tout autre endroit le renflement olivaire se serait trouvé au milieu de la surface de sustentation. Je préfère que ce renflement, s'il se produit, se développe au niveau de la cicatrice, en un point où la pression est nulle ou très-faible. J'ai commencé par l'incision dorsale, mais je me suis aperçu qu'il valait mieux pour le pied gauche commencer par l'incision plantaire, et faire le contraire pour le pied droit.

Notre indigène est d'une constitution sèche; aujourd'hui, sa maigreur est extrême, et la saillie du mollet a presque entièrement disparu. La partie inférieure de la jambe offre 18 centimètres de tour, la grande circonférence horizontale du moignon mesure 28 centimètres. La ligne postéro-antérieure de la surface de sustentation a huit centimètres de longueur; elle est presque perpendiculaire à l'axe de la jambe; son obliquité d'arrière en avant et de haut en bas ne dépasse pas cinq millimètres. Au lieu d'être horizontale et parallèle au plan de sustentation, comme dans le procédé de M. Nélaton, la cicatrice exagère un peu la forme sinueuse donnée par le procédé de M. Verneuil. Cette forme en S italique est due au petit lambeau dorsal qui s'est moulé sur l'excavation du sillon plantaire.

Le raccourcissement du membre opéré est de 1 centimètre. L'épaisseur du lambeau est considérable à la plante du pied ; on ne sent la saillie de l'astragale qu'en avant, et les mouvements de flexion et d'extension de cet os sont très-bornés.

Les dessins et le moule en plâtre du moignon compléteront, je l'espère, les parties obscures de cette description.

En attendant que l'administration militaire veuille bien accorder à notre opéré une bottine Charrière, un ouvrier du fort lui confectionne une botte semblable à celle que portait le forçat amputé du pied par M. J. Roux. Après l'usage prolongé de ce moyen de prothèse, je me ferai un devoir de compléter cette observation, en décrivant les modifications du moignon, et en annonçant le résultat obtenu.

Je ne terminerai pas ce travail sans remercier M. Delahousse de l'intelligente habileté qu'il a mise à me présenter le pied et à relever le lambeau. Grâce au procédé de M. Verneuil, aux modifications exigées par la nature de la lésion, et surtout à l'intelligence de mes aides, la désarticulation n'a pas demandé plus d'une minute.

État de l'amputé trois mois après l'opération.

Aujourd'hui, 7 avril, notre amputé sort de l'hôpital pour aller réclamer à Blidah la pension de retraite à laquelle lui donne droit ses services et son infirmité.

Opéré depuis 93 jours, il marche depuis 44; je ne l'ai laissé sortir qu'après avoir pris un second moule de la cicatrice au moment du départ. Cette pièce ne diffère pas sensiblement de la première. La grande circonférence du moignon ne mesure que 27 centimètres au lieu de 28 ; la partie sus-malléolaire a aussi diminué d'un centimètre; mais si le moignon a légèrement maigri, le mollet a sensiblement grossi, grâce à l'embonpoint renaissant du malade.

La cicatrice est située dans le même plan; elle est moins large et plus solide. Les saillies osseuses de l'astragale sont à peine sensibles, et les inégalités de la face inférieure ne sont pas plus appréciables aujourd'hui qu'un mois après l'opération. Il ne faut donc pas craindre, comme M. Sédillot paraissait le faire en 1853 (1) que ces inégalités fatiguent les parties molles sous-jacentes, et s'opposent aux pressions répétées qu'exige la marche.

La face plantaire du lambeau est toujours aussi épaisse et aussi régulière. Quand on prend le moignon à pleine main, et qu'on essaie de communiquer des mouvements de flexion et d'extension à l'astragale, on trouve que ces mouvements sont possibles ; mais ils sont loin d'être aussi étendus et de présenter une mobilité aussi grande que semblait le craindre M. A. Guérin dans sa *Chirurgie opératoire* (2).

La surface de sustentation présente une courbe presque plane dans les deux tiers antérieurs, et dont la concavité dirigée en haut est plus prononcée dans le tiers postérieur du moignon. La corde qui soustend cet arc n'a pas plus d'un centimètre d'obliquité au-dessus de l'horizontale. Cette obliquité a peu changé depuis que le malade marche. Si elle a légèrement augmenté en arrière, il faut en accuser le tassement du panicule graisseux plus épais en ce point. Il ne faut donc pas craindre de voir la cicatrice descendre sur un plan plus inférieur, ce qui n'aurait pas manqué d'arriver, si j'avais conservé les attaches fibreuses du tendon d'Achille à la peau du talon. J'aurais eu alors à redouter la tension de la peau en avant, et l'excoriation des téguments ou la déchirure de la cicatrice, accidents qui chez le malade de M. Leroy, présenté par M. le baron Larrey, étaient dus à l'ankylose de l'astragale dans l'extension (3).

J'ai fait faire à mon amputé par un ouvrier du fort une bottine. La semelle de cette chaussure a la forme d'un ovale à grosse extrémité postérieure. Elle a 3 centimètres d'élévation en arrière, 2 centimètres et demi en avant. (La semelle de la chaussure du pied droit n'a qu'un centimètre et demi d'épaisseur.) Le coussin intérieur est aussi un peu plus élevé en arrière qu'en avant; il remonte en avant au-dessus de la cicatrice. Un contrefort très-épais enveloppe tout le moignon, et une tige forte de 13 centimètres de hauteur se lace autour de la jambe jusqu'à la naissance du mollet.

A l'aide de cette bottine, le malade marche sans claudication. La marche a été longtemps difficile et incertaine, à cause de la faiblesse extrême du sujet, et de l'état maladif des deux pieds; mais jamais elle n'a été douloureuse. Cette chaussure remplit toutes les conditions d'une bonne prothèse; elle est fixe, ne tourne pas autour du moignon, et s'applique bien sur le sol par toute sa base.

Notre indigène est excessivement impressionnable à l'action du froid; l'hiver de cette année étant très-rigoureux à Boghar, je ne puis qu'avec peine l'arracher de son lit, et lui faire prendre un exercice indispensable.

Longtemps il s'est appuyé sur deux béquilles, mais aujourd'hui il marche assez facilement avec le secours d'un bâton, et n'éprouve pas la moindre douleur en appuyant le moignon sur le sol.

---

(1) Bourdette, thèse de Paris, 1852.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1852, p. 237.
(3) J. Roux, broch., 1848.
(4) A. Vaquez, *Mémoire sur l'amputation de Malgaigne*; Paris, 1859.
(5) J. Roux, ouvr. cité, p. 15.
(6) *Mémoires de médecine militaire*, t. XVII, p. 342.

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. IV, 1853.
(2) *Chirurgie opératoire*, p. 169, 2e éd. 1858.
(3) *Bulletin de la Société de Chirurgie*.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Wecker.

De l'énucléation de l'œil comme moyen préservatif des ophthalmies sympathiques.

(Leçon recueillie par M. H. Delacroix.)

Je prendrai texte de quelques faits parvenus, dans ces derniers temps, à notre observation, pour vous entretenir aujourd'hui d'un sujet sur lequel on ne saurait appeler trop souvent, ni avec trop d'insistance, l'attention des praticiens, je veux parler des inflammations de l'œil comprises sous le nom d'ophthalmie sympathique et des moyens de les prévenir. Tous les auteurs, vous le savez, s'accordent à admettre, et les plus prudents sans l'interpréter, cette influence pernicieuse qu'un œil exerce sur son congénère dans certaines conditions déterminées. Tous aussi regardent, et avec raison, la phlogose qui naît de cette influence comme une des plus insidieuses et souvent des plus opiniâtres que l'on puisse avoir à combattre. Enfin, l'on reconnaît généralement qu'il suffit, pour conjurer les effets de cette funeste sympathie, de délivrer l'œil sain, par l'énucléation de l'œil malade, du voisinage qui le met en péril.

L'origine et la marche de l'ophthalmie sympathique ne m'arrêteront pas, les commémoratifs fournissant d'ailleurs au diagnostic ses principaux éléments; je voudrais concentrer tout l'intérêt que cette question mérite de vous inspirer sur la prophylaxie d'un mal au terme duquel est si souvent la cécité. Dans le cas le plus ordinaire, l'ophthalmie sympathique se développe dans les mêmes conditions et avec les mêmes symptômes que chez le jeune garçon que je vous présente.

Il en offre un type malheureusement pour lui très-complet, mais bien propre à vous éclairer sur la gravité de la maladie et la nécessité pressante de la prévenir par une intervention hâtive. Louis S..., actuellement âgé de seize ans, reçut, au mois de mars 1862, un éclat de capsule dans l'œil gauche. Cet accident détermina des phénomènes inflammatoires intenses à la suite desquels l'œil blessé, devenu pour jamais, dans l'espace de quinze jours, impropre à la vision, resta le siége de douleurs presque continues et qui duraient encore, il y a trois mois, à l'époque où nous vîmes le malade pour la première fois. La persistance et les exacerbations, si facilement provoquées, de ces douleurs, dans un œil manifestement atrophié et dur au toucher, auraient suffi pour nous faire supposer, avec une forte présomption de certitude, que le corps vulnérant séjournait encore, au moins en partie, dans la coque oculaire rétractée. L'examen de l'œil droit et le récit des phases par lesquelles il avait passé me permirent d'affirmer ce que j'avançais alors, et que j'ai pu, depuis, vérifier directement. L'enfant me raconta qu'environ deux mois après le malheur qui lui était arrivé, des douleurs vagues et de légers troubles s'étaient manifestés dans son œil sain, que ces douleurs et ces troubles avaient augmenté peu à peu, en s'accompagnant souvent de migraine, et qu'enfin, au bout de trois mois, ses parents avaient remarqué que sa prunelle prenait une teinte d'un blanc grisâtre. Les fonctions de l'œil droit s'altérèrent ainsi progressivement jusqu'au mois de mai 1864, époque à laquelle il n'en restait plus qu'une perception lumineuse insuffisante pour permettre au malade de se passer de guide. Au mois d'octobre de la même année, lorsque le jeune S... vint réclamer mes secours, son œil droit présentait encore de la sensibilité au toucher. La cornée, bien transparente, laissait voir l'iris uniformément décoloré, et la pupille, un peu excentrique, oblitérée par un exsudat grisâtre. Avec cet œil, l'enfant distinguait encore le jour de l'obscurité, mais il ne pouvait plus se conduire. Vous avez reconnu, Messieurs, le lien fatal qui rattachait, dans ce cas, l'état de l'œil droit à celui de l'œil gauche et la succession des phénomènes par laquelle cette fâcheuse solidarité a coutume de se révéler. Selon toute apparence, le mal avait débuté, comme il arrive le plus souvent, par une iritis ou une irido-choroïdite séreuse, bientôt transformée en une irido-choroïdite plastique. Puis les troubles survenus dans l'état des membranes profondes avaient retenti sur la nutrition du cristallin, et cet organe devait perdre sa transparence. Enfin les exsudats plastiques fournis par l'iris avaient envahi le champ pupillaire et caché la cataracte observée auparavant par les parents et par le médecin du jeune malade. Mon premier soin fut, Messieurs, d'énucléer l'œil gauche, toujours douloureux, d'où venaient ces désordres. A l'ouverture j'y trouvai, dans l'infundibulum formé par la rétine décollée, un petit éclat de capsule de chasse. Comme je m'y attendais, la plaie se cicatrisa par première intention, et, quatre jours après l'opération, le malade pouvait se passer de pansement. Le moignon, que formaient dans l'orbite les muscles droits et obliques et la capsule de Tenon, soigneusement détachés au niveau précis de leur insertion oculaire, conservait une mobilité suffisante qu'il eût, au besoin, pu communiquer à une pièce d'émail. Enfin, Messieurs, l'hémicranie gauche dont ce jeune garçon souffrait, à des intervalles très-rapprochés, n'a pas une seule fois reparu dans l'espace de trois mois, qui s'est écoulé depuis l'énucléation.

Malheureusement, dans le cas qui nous occupe, cette opération venait beaucoup trop tard pour exercer sur l'œil droit son action bienfaisante et préservatrice, et, quand bien même la désorganisation de cet organe eût été moins avancée, l'expérience m'aurait défendu de compter, pour l'enrayer, sur l'énucléation de l'œil gauche. Cette méthode est sûre, et c'est la seule infaillible; mais, à la condition de l'employer avant l'apparition des premiers signes de l'inflammation sympathique. Vous l'avez vue, il y a quelques semaines, réussir ici même, avec une rapidité surprenante, dans un cas d'ophthalmie sympathique au début; mais, de l'avis de tous les auteurs compétents, ce succès est exceptionnel, et presque toujours la phlegmasie, une fois déclarée, poursuit sa marche malgré l'ablation de l'organe où elle a pris son origine. Dans le fait que je viens de mentionner, l'ophthalmie sympathique se présentait, sous la forme d'une iritis séreuse, chez un homme de cinquante-neuf ans dont l'œil gauche, atteint trois ans auparavant par un éclat d'acier, s'était rapidement atrophié en conservant une sensibilité que le toucher réveillait encore après ce long intervalle de temps. Une ablation partielle de cet œil, pratiquée, trois mois et demi après l'accident, par un de nos confrères, n'avait eu d'autre effet que celui de déterminer dans le moignon une inflammation suppurative longue et douloureuse. A droite, la pupille n'était, lors de l'arrivée du malade, ni déformée ni encombrée de produits d'exsudation plastique. Une faible décoloration de l'iris, affaibli dans sa contractilité, une injection moyenne des vaisseaux périkératiques, des douleurs ciliaires modérées, et enfin une amblyopie qui l'emportait un peu en intensité sur les autres symptômes; tout cela constituait, vous le voyez, un ensemble de phénomènes peu grave en soi. Et néanmoins ces accidents empruntaient aux antécédents accusés par le malade et à l'insuccès des moyens rationnels employés jusqu'à cette époque un caractère si inquiétant, que je me décidai, sans beaucoup tarder, à énucléer l'œil atrophié que je considérais comme la source de cette inflammation. L'opération fut bientôt légitimée par ses résultats plus satisfaisants, je l'avoue, que je ne l'espérais. Dès ce jour même, la maladie, stationnaire depuis quelques semaines, s'achemina rapidement, sous l'emploi des moyens ordinaires, vers une guérison complète. Tout ce que je vous engage, Messieurs, à conclure de cet heureux exemple, c'est que, si dans la règle, l'énucléation d'un œil dont l'influence sympathique s'est déjà révélée sur l'autre, par des symptômes nettement caractérisés, ne mérite de votre part qu'une confiance très-limitée dans les résultats qu'elle doit produire; il n'en faut pas, pour cela, désespérer absolument et porter sur les suites de la maladie un pronostic nécessairement fâcheux. Et, si je n'insiste pas davantage sur les chances de réussite que l'opération peut vous offrir encore, dans cette situation déjà si compromise, c'est que l'énucléation doit, avant tout, se présenter ici à vos esprits comme une opération prophylactique; c'est-à-dire dont l'opportunité n'existe déjà plus à l'apparition des premiers phénomènes morbides contre lesquels elle est instituée.

Quand donc faut-il opérer et dans quelles circonstances, pour que l'opération réponde pleinement à l'attente du chirurgien qui la fait? J'y répondrai sans hésiter : « L'énucléation est urgente toutes les fois qu'un œil, atteint violemment par un « corps étranger qui l'enflamme et y détruit toute perception « de la lumière, reste, après la perte de ses fonctions, dur au « toucher et spontanément douloureux, signes presque certains que le corps vulnérant séjourne encore dans l'organe « blessé. » Il y a plus : « L'énucléation doit encore être pratiquée « toutes les fois qu'un œil, blessé ou non et perdu pour la vue, « devient à charge à celui qui le porte, en restant le siége de « douleurs continues ou rémittentes d'une certaine intensité. » Non-seulement, en pareil cas, on prévient, de cette manière, l'inflammation sympathique dont ces douleurs seront peut-être le point de départ; mais encore on rend au malade la paix et le repos dont il est quelquefois privé depuis plusieurs années. C'est ainsi, Messieurs, que j'ai été amené à énucléer, dans le cours de décembre dernier, l'œil gauche d'une femme de trente-sept ans qui, ayant perdu dans son enfance l'usage de cet organe, à la suite d'une irido-choroïdite, était, à chaque instant, interrompue dans son travail par les douleurs qui s'y déclaraient et se propageaient, de là, dans la moitié gauche de la tête et de la face. L'opération réussit à souhait, et ses douleurs n'ont pas reparu. Je me crois donc autorisé à formuler, comme je l'ai fait plus haut, les indications de l'énucléation; elles sont telles que les comprennent nos confrères anglais, et la sécurité, qu'ils obtiennent en suivant toujours cette règle de conduite, n'a jamais été, que je sache, suivie par le regret de s'y être conformé. Et, en effet, pourquoi temporiser lorsqu'on peut conjurer, par une méthode inoffensive, un irréparable malheur? Serait-ce en vue d'épargner au sujet les souffrances de l'opération et la difformité qui succède à l'ablation de l'œil? Ces considérations n'ont pas de force contre celles qui sollicitent le chirurgien d'intervenir activement; celui-ci, d'ailleurs, dispose toujours du chloroforme et des ressources de la prothèse, et peut ainsi triompher des seules répugnances que son malade ait à lui opposer. L'énucléation est, avons-nous dit, une opération sans danger; les faits le prouvent, et ceux dont vous avez été, ici même, témoins, ne laisseront dans vos esprits, je l'espère, aucun doute à cet égard; quatre fois, depuis quelques semaines, j'ai pratiqué sous vos yeux l'énucléation. Dans chacun de ces cas, la guérison s'effectua avec une rapidité surprenante; l'écoulement du sang fut presque nul pendant l'opération, et cinq jours après, en moyenne, à la levée définitive du bandeau compressif, tout suintement de sérosité avait cessé dans la plaie. Bien exécutée, l'énucléation d'un œil, dont les annexes intra-orbitaires sont exemptes d'altérations morbides, est ainsi suivie, en règle générale, de réunion immédiate, et cela n'a rien de surprenant si l'on remarque combien les lésions produites sont insignifiantes et combien peu vasculaires sont les tissus que l'instrument a divisés. Quelques-uns préfèrent, à l'énucléation de l'œil, l'ablation de la partie antérieure de cet organe, et ils motivent cette préférence par le désir de ménager un moignon convexe très-mobile, très-apte par conséquent à recevoir un œil artificiel. J'y consentirais, s'il était prouvé que les deux procédés se valent pour l'effet prophylactique, avant tout recherché par l'opérateur; mais, outre que ce point n'est pas encore démontré, trop souvent l'ablation partielle d'un œil détermine dans le moignon une inflammation suppurative très-pénible pour le malade. J'ajouterai que presque toujours j'ai obtenu, après les énucléations que j'ai pratiquées, une sorte de moignon plan auquel les muscles droits et obliques, tout rétractés qu'ils étaient, imprimaient encore des excursions assez étendues pour qu'il communiquât ses mouvements à l'œil d'émail que j'y faisais adapter.

En résumé, Messieurs, cette méthode est la seule qui mette incontestablement les malades à l'abri des ophthalmies sympathiques. De toutes les opérations proposées dans le même but, c'est la plus sûre, la plus facile et la moins dangereuse dans les suites. Tant d'avantages réunis ne sauraient vous échapper; mais, pour vous mieux convaincre encore de l'importance que j'attache à l'énucléation préservatrice exécutée en temps opportun, laissez-moi vous dire, en finissant, que j'aimerais mieux l'avoir pratiquée dix fois, sans absolue nécessité, que négligée une seule dans un cas d'urgence méconnue.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 juillet 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Hygiène. — M. Morin lit une note sur les moyens à employer pour rafraîchir l'air à introduire dans les lieux ventilés régulièrement, et pour s'opposer à une élévation excessive de la température dans les parties supérieures des édifices publics et privés; il expose les avantages que l'hygiène gagnerait à une ventilation au moyen d'air refroidi, et il propose d'avoir recours à des procédés de ventilation de cette sorte, pour les moments de chaleur excessive. Voici les conclusions du travail :

Les expériences exécutées au Conservatoire des Arts et Métiers, et dont nous avons exposé les résultats à l'Académie, ont porté sur quatre moyens différents et nous ont conduit à des conclusions que nous résumons ainsi qu'il suit :

Par le premier procédé nous avons cherché à rafraîchir l'air nouveau aspiré par la cheminé de ventilation, en le faisant passer avant son introduction à travers un jet d'eau divisée à l'état pulvérulent. Ce procédé n'a produit dans cet air qu'un abaissement de température d'un peu plus de deux degrés. Il exige l'emploi d'un volume d'eau assez considérable et celui d'une force motrice que l'on a rarement à sa disposition, et dont l'effet serait disproportionné à la dépense s'il fallait l'établir exprès pour cet usage. Il ne peut donc être regardé que comme une ressource exceptionnelle.

Le second moyen consiste à faire passer l'air contre les parois d'enveloppes ou de réservoirs métalliques dans l'intérieur desquels circule de l'eau plus ou moins froide. Fondé sur des principes exacts de physique, ce procédé est efficace, mais il exige l'emploi de surfaces d'un développement très-considérable par rapport au volume d'air rafraîchi, même quand l'eau employée est préalablement refroidie à l'aide d'un mélange de glace dont le poids en kilogrammes doit être à peu près égal au nombre de mètres cubes d'air rafraîchi. Il doit être considéré comme généralement inacceptable dans la pratique.

Le troisième et le quatrième, plus directement empruntés aux phénomènes ordinaires de la nature, paraissent seuls applicables dans tous les cas et suffisants pour les besoins ordinaires.

L'un, qui consiste à assurer, par l'ouverture d'orifices nombreux et largement proportionnés, l'admission et l'évacuation de l'air n'exige que des dispositions faciles à réaliser partout et peu dispendieuses. Les proportions des orifices d'évacuation devront être calculées de manière que l'air soit renouvelé au moins deux fois par heure, et l'on ne devra compter en général que sur une vitesse d'écoulement de 0m,40 à 0m,50 en une seconde. Les cheminées d'évacuation devront être en tôle à leur partie extérieure, afin que l'action du soleil, en les échauffant, en active le tirage. On leur donnera 3 mètres et plus de hauteur au-dessus des toits.

Les orifices d'admission de l'air seront aussi nombreux que possible et ouverts, s'il se peut, sur les côtés qui ne reçoivent pas l'action du soleil. On devra déterminer leurs dimensions par la condition que l'air ne les traverse pas avec une vitesse de plus de 0m,30 à 0m,40 en une seconde, et que le volume d'air introduit suffise, comme celui de l'air évacué, à un renouvellement total répété au moins deux fois par heure.

Les fenêtres exposées à l'action des rayons solaires seront munies de persiennes fermées ou seront masquées par des stores extérieurs, à moins qu'elles ne soient en forme de châssis à tabatière, auquel cas elles seront soumises à l'arrosage, qui constitue le quatrième procédé, et recouvertes de toiles.

Pour les ateliers et les autres locaux éclairés au gaz, on devra toujours assurer l'évacuation des produits de la combustion, soit directement à l'extérieur, soit, quand on le pourra, dans les cheminées de ventilation, dont ils activeront la marche.

Il est d'ailleurs évident que ces cheminées devront être pourvues de registres pour en modérer l'action selon le temps et les saisons.

Le quatrième procédé, qui bientôt, lorsque la nouvelle distribution d'eau de la ville de Paris sera organisée, pourra être appliqué à peu près directement à la plupart des édifices et des habitations, n'est que la simple imitation des effets naturels de la pluie, mais il est très-efficace. Il n'exige qu'environ 1mc,320 d'eau par heure pour mouiller suffisamment 100 mètres carrés de toiture et les mettre à l'abri de l'échauffement produit par la radiation solaire. Appliqué dès le matin et continué tant que le soleil agit, il s'oppose non-seulement à l'échauffement des toitures, mais, pour peu que l'eau soit à une température inférieure à celle de l'atmosphère, il peut maintenir les parois intérieures à une température notablement inférieure à cette dernière et rafraîchir l'air qui pénètre dans les combles. Ce service d'arrosage étant accidentel et ne devant jamais s'appliquer à plus de soixante jours par an, il est facile de voir que même pour une gare immense, comme celle d'Orléans, qui a 188 mètres de longueur sur 28 mètres de large, la dépense annuelle ne s'élèverait pas à 1,000 fr.

Les deux derniers moyens que nous venons d'indiquer pour dimi-

nuer l'élévation parfois excessive de la température dans les logements ou les ateliers situés sous les combles, dans les gares de chemins de fer, dans les cirques et autres lieux de grandes réunions, sont : l'un, celui de l'aération continue, qui est toujours applicable, et le dernier, celui de l'arrosage, que l'on peut presque toujours réaliser dans les grandes villes.

Leur emploi, qui permettrait d'assurer en toute saison la ventilation intérieure des lieux de réunion, nous paraît constituer pour la salubrité publique une amélioration facile à réaliser et assez importante pour mériter l'attention de l'administration.

M. REGNAULT rappelle à cette occasion ce qu'il avait conçu comme pouvant être utile à la ventilation du bâtiment de l'exposition universelle, c'est-à-dire une toiture double avec cheminées de tirage prenant de l'air au niveau du sol des salles.

M. MORIN croit que ce procédé exige de grandes dépenses de construction, et il dit :

« Quant au mode d'introduction de l'air nouveau, je crois devoir faire remarquer que, même dans des locaux livrés à la circulation publique, l'arrivée de l'air par des orifices ménagés dans le sol présente des inconvénients graves, et que la plupart du temps il ne serait pas possible d'en multiplier assez le nombre pour que la vitesse d'arrivée restât dans des limites convenables. »

Physiologie. — M. ED. ROBIN lit une nouvelle note concernant la possibilité de ralentir l'activité respiratoire, les besoins de la respiration, sans être obligé de rendre plus faible la quantité d'air qui pénètre dans la circulation.

Huitième application. — Manière de prévoir quels agents sont diurétiques, purgatifs, vomitifs.

Les purgatifs et les vomitifs n'agissent pas, comme on l'a dit, par une action locale sur le tube intestinal; leur action est générale. La considération de l'ensemble des faits conduit à penser que toute cause propre à faire diminuer suffisamment les phénomènes de combustion qui s'opèrent dans le sang peut, à une certaine période et quand elle est produite d'une certaine manière, entraîner la purgation et le vomissement.

C'est ainsi :

Qu'on trouve doués du pouvoir purgatif les antiputrides faibles, actifs seulement par soustraction de l'eau et diminution dans la solubilité de l'oxygène;

Que les antiputrides plus actifs, qui agissent par combinaison avec les matières animales, deviennent vomitifs sans cesser de pouvoir être purgatifs;

Que les antiputrides qui, sans contracter combinaison avec les matières organisées, paralysent le pouvoir comburant de l'oxygène, peuvent aussi amener la purgation et le vomissement;

Que toute cause asphyxiante directe, ou pouvant agir par diminution dans la proportion d'oxygène, arrive à déterminer tantôt la purgation, tantôt le vomissement;

Enfin, que la frayeur, de vives angoisses, quand elles ralentissent vivement les phénomènes de combustion, peuvent elles-mêmes entraîner des effets purgatifs.

La purgation et le vomissement étant deux des nombreux effets qui peuvent résulter du ralentissement des phénomènes de combustion effectués dans le sang, il sera désormais facile de prévoir quels agents, quelles influences sont capables de les déterminer, comme aussi de rendre compte de leur apparition dans une multitude de circonstances où leur cause ne pouvait être comprise.

Depuis plus de quatorze ans je possède les faits particuliers qui m'ont conduit à cette grande généralisation; je les donnerai plus tard avec leur explication. Aujourd'hui, j'ai voulu seulement prendre date.

Quant à la diurèse, suppléant à la transpiration pulmonaire, elle correspond tout naturellement à un degré de diminution modéré dans la combustion, la calorification, la circulation, la respiration et la tonicité : les reins éliminent l'eau qui se perd en moins dans une respiration devenue moins active.

La généralisation, la théorie qui précède, me paraît devoir jeter un grand jour sur divers états de l'économie vivante. En effet, si un ralentissement convenable des phénomènes de combustion, survenu dans les conditions normales, suffit pour entraîner la purgation et le vomissement, ne sera-t-il pas rationnel d'admettre que plusieurs des maladies caractérisées par ces deux symptômes ou par l'un d'eux (le choléra, la fièvre jaune) doivent être regardées comme dues à la modification organique qui peut résulter d'un ralentissement de combustion propre à déterminer ces mêmes symptômes? Cette vue aussi sera développée plus tard. (Commissaires : MM. Milne Edwards, Cl. Bernard, Roulin.)

Effets de la foudre. — M. GOUYON, dans une lettre adressée à M. le président, rapporte un fait qu'il a eu occasion d'observer en 1858 et qu'il regarde comme venant à l'appui des deux observations présentées récemment par M. Bourdin sur l'effet foudroyant des objets foudroyés. Cette lettre est renvoyée à l'examen de M. Pouillet.

Choléra. — M. BONNAFONT adresse à M. le président une lettre relative aux causes probables du choléra. A cette lettre est joint un opuscule ayant pour titre : « Mémoire sur la nécessité d'opérer un assainissement général des contrées marécageuses, et surtout de celles arrosées par le Delta du Gange, comme seul moyen prophylactique à opposer aux diverses invasions de l'épidémie cholérique. »

Hydropisies. — M. GRIMAUD (d'Angers) adresse à M. le président une lettre relative au Mémoire sur les hydropisies qu'il a présenté pour le concours du prix Barbier et dans laquelle il demande la nomination d'une Commission devant laquelle il prouvera l'efficacité des moyens qu'il propose. (Commission du prix Barbier.)

Le *Moniteur* du dimanche 6 août contient un rapport à l'Empereur sur la réorganisation du corps des officiers de santé de la marine. Suit un décret dont la longueur nous empêche de donner le texte en entier. Voici un extrait du décret :

TITRE Ier. — *Composition du corps de santé de la marine.*

Art. 1er. Le cadre du personnel du corps de santé de la marine est fixé comme suit :

Inspecteur général. 1

Service médical.

Directeurs du service de santé.			3
Inspecteur adjoint.			1
Médecins en chef.			10
Médecins professeurs..	12	6 de 1re classe.	
		6 de 2e classe.	
Médecins principaux..	32	16 de 1re classe.	
		16 de 2e classe.	
Médecins de 1re classe.			125
Médecins de 2e classe.			200
Aides-médecins.			120

Service pharmaceutique.

Inspecteur-adjoint.			1
Pharmaciens en chef.			3
Pharmaciens professeurs. .	6	3 de 1re classe.	
		3 de 2e classe.	
Pharmaciens principaux. .	2	1 de 1re classe.	
		1 de 2e classe.	
Pharmaciens de 1re classe.			9
Pharmaciens de 2e classe.			18
Aides-pharmaciens.			15

Art. 2. Les nominations à ces grades sont faites par Nous.

Les officiers du corps de santé demeurent placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers.

Le passage de la 2e à la 1re classe du grade de médecin ou pharmacien professeur, et de médecin ou pharmacien principal, a lieu à l'ancienneté, par décision ministérielle.

Art. 3. Les emplois du service de santé aux colonies sont remplis par des médecins et par des pharmaciens de la marine. Le nombre de ces emplois est fixé par des décisions spéciales.

TITRE II. — *Solde et accessoires de solde.*

Art. 4. La solde des médecins et des pharmaciens de la marine est fixée comme suit :

Inspecteur général du service de santé.	12,000
Directeurs, 1re classe.	10,000
Directeurs, 2e classe.	8,000
Inspecteurs adjoints.	8,000
Médecins et pharmaciens en chef.	5,000
Médecins et pharmaciens professeurs, et médecins principaux :	
De 1re classe.	4,000
De 2e classe.	3,500
Médecins et pharmaciens de 1re classe.	3,000
Médecins et pharmaciens de 2e classe.	2,000
Aides-médecins et aides-pharmaciens.	1,200

Les médecins embarqués, les médecins attachés aux divisions des équipages et les médecins attachés aux divers établissements hors des ports, continuent à recevoir les suppléments déterminés par les tarifs en vigueur et afférents à ces différentes positions.

TITRE III. — *De l'admission et de l'avancement.*

Art. 5. Les aide-médecins, les médecins de deuxième classe et les médecins-professeurs de deuxième classe sont nommés, au concours, suivant l'ordre de classement établi par les jurys médicaux.

Les médecins de première classe sont nommés au concours et au choix. Les nominations au choix ne peuvent avoir lieu que pour moitié seulement des vacances.

Les médecins principaux sont nommés moitié à l'ancienneté et moitié au choix.

Les médecins en chef sont nommés au choix.

Les médecins principaux et les médecins en chef sont choisis sur un tableau d'avancement, dressé par le conseil d'amirauté.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 94. — JEUDI 10 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 10 AOUT 1865. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 AOUT 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Guérard a lu la première partie d'un travail sur l'état typhoïde dans les maladies. Le point capital de cette lecture est qu'il y a dans les maladies diverses un état spécial, qui se comporte comme les maladies du sang, septicémies ou fièvres, et que l'on connaît sous le nom de fièvre rémittente ou de fièvre pernicieuse. Ce que M. Guérard décrit peut se traduire par un mot, *infection*. Infection ayant sa cause dans les miasmes qui entourent le malade, dans les matières putrides qu'il fournit lui-même et qui passent dans son sang, et se développant chez des individus dans un état de santé défectueux au moment où apparaît la maladie qui va se compliquer d'un état typhoïde.

M. Michon a lu un rapport sur une observation de M. Ollier, ayant trait à une opération bien conçue et bien exécutée. M. Ollier a reçu du rapporteur des éloges mérités. Grâce à ce chirurgien, l'École de médecine de Lyon continue à attirer l'attention du public savant. Nous ne sommes pas sans doute les premiers à le remarquer, et à dire que, quand une école secondaire a fourni une génération d'hommes comme Pouteau, Petit, Gensoul, et plus tard Bonnet et tant d'autres, quand elle nous envoie chaque année des élèves de premier ordre, elle a marqué sa place dans l'histoire et mérité d'être une faculté de médecine.

M. Michon a lu un second rapport sur la résection ou ablation de l'omoplate, objet d'un mémoire de M. Michaux (de Louvain). Tout en rendant justice à l'habileté de l'opérateur, l'honorable académicien n'a pas admis en principe et surtout en application l'opération proposée par le chirurgien belge.

La discussion sur la thoracentèse a continué; M. Gosselin a traité la question en général, et le but de son argumentation était de diminuer les appréhensions des praticiens à l'égard de l'introduction de l'air dans les cavités pleurales. Ce discours va sans doute soulever beaucoup d'objections, mais il restera néanmoins les résultats fournis par la clinique et qui ont été les arguments les plus puissants dont s'est servi l'orateur.

M. Gosselin a touché, en terminant, la question des épanchements purulents traités par l'incision dans un espace intercostal; il semble les déclarer tous graves et rebelles à la thérapeutique. Nous rappellerons à nos lecteurs le discours de M. Briquet, où ils ont lu un fait de guérison après ouverture large de la poitrine, et le fait que nous avons rappelé nous-même. Ils n'oublieront pas ce que renferment les livres depuis Hippocrate; ils savent qu'au moyen âge on plaçait, dans l'ouverture faite à la poitrine, une tente pour maintenir les lèvres de la plaie écartées, que Fabrice d'Aquapendente avait imaginé une canule toujours ouverte; enfin que l'on s'était servi, pendant longtemps, d'un instrument appelé *pyulcon* et mentionné par Galien pour aspirer le pus contenu dans les cavités pleurales par une ouverture large dans un espace intercostal.

Devant l'expérience séculaire, il y aurait donc à s'incliner, et, pour notre part, si ce n'était le danger qu'il y a à laisser un poumon rétracté et inutile à la respiration, nous n'hésiterions pas à déclarer que lorsqu'une ponction, avec la canule de Reybard, a donné issue à du *pus* et à des *fausses membranes*, et, lorsque le pus se reproduit, l'ouverture, dans un espace intercostal avec le bistouri, est la thoracentèse qu'il est le plus avantageux d'employer. — Dr Armand Després.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. GIRALDÈS.

Calcul vésical.

(Observation recueillie par M. LOUVET, interne des hôpitaux.)

Momal Alfred, âgé de neuf ans et demi, entre le 8 mai 1865 dans le service de M. Giraldès. Il est placé au n° 20 de la salle Saint-Côme.

Bonne constitution, pas de maladie antérieure grave; parents jouissant d'une santé excellente.

Le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital paraît remonter à un an environ. Vers cette époque, en voulant atteindre un nid, il fit une chute sur les pieds d'une hauteur d'à peu près quinze mètres. Le lendemain, il fut pris de quelques douleurs du côté de la vessie et remarqua que ses urines étaient fortement colorées en rouge. Le surlendemain, nouvelles douleurs et nouvelle hématurie, avec sensation de brûlure pendant la miction. A partir de cette époque apparurent un certain nombre de symptômes qui n'avaient pas existé avant l'accident ou qui avaient passé inaperçus.

Des douleurs spontanées se firent sentir du côté de la vessie; des picotements apparurent à l'extrémité de la verge, forçant le malade à y porter fréquemment la main. Envies fréquentes d'uriner, accompagnées de ténesme vésical et même rectal, le malade faisant souvent des efforts infructueux pour uriner ou pour aller à la garde-robe. Les urines ne sortaient chaque fois qu'en faible quantité, et leur passage déterminait une cuisson assez vive.

L'intensité des douleurs arrachait souvent des cris au malade, qui prenait les attitudes les plus variées; tantôt courbant le tronc en avant et pressant fortement sur son abdomen, tantôt se mettant à marcher rapidement ou même à courir, et prétendant que ces mouvements lui procuraient du soulagement. Parfois aussi, le jet commencé s'arrêtait brusquement, pour se reformer au bout de quelques instants.

Ajoutons que les efforts qu'il faisait pour aller à la garde-robe provoquèrent plusieurs fois la chute du rectum. Les selles, du reste, étaient rares, peu abondantes et très-dures.

En même temps, il existait une véritable incontinence d'urine, et, son linge étant constamment mouillé, il fut forcé de porter pendant quelque temps un urinoir dans ses vêtements.

Les parents remarquèrent, en outre, qu'à deux ou trois reprises, ses urines contenaient une matière glaireuse, allant au fond du vase et ayant nécessité des efforts d'expulsion considérables.

L'intensité croissante de ces symptômes déterminèrent les parents à le conduire à l'hôpital; mené d'abord à Sainte-Eugénie, où le calcul fut reconnu, il refusa d'y entrer à cause des douleurs provoquées par le cathétérisme. Quelque temps après, il venait à la consultation de M. Giraldès, qui l'admit dans son service. Mais, au bout de trois jours, redoutant et le cathétérisme et l'opération qu'on lui avait annoncée, il poussait des cris tels que ses parents furent obligés de le reprendre.

Enfin, il rentra définitivement le 8 mai, bien décidé à se laisser opérer. Le lendemain, M. Giraldès le soumit à un examen complet. Le malade ayant été chloroformé, le cathéter est introduit et, à peine arrivé dans la vessie, tombe immédiatement sur le calcul et donne lieu à un frottement sec et rugueux assez prononcé. Le calcul paraît, du reste, immobile, et ne fuit pas devant l'instrument, qui ne peut que difficilement le contourner. Il semble que la vessie soit appliquée exactement sur lui et empêche le cathéter d'avancer. Mais, en exerçant une pression un peu soutenue, on peut promener l'instrument dans diverses directions autour du calcul et constater qu'il est très-volumineux et occupe presque toute la cavité vésicale. Sa consistance paraît, du reste, assez considérable; car, dans tous les points, le frottement est sec et très-net; le choc est clair et sonore et peut être facilement perçu.

Le toucher rectal révèle également la présence d'un corps étranger dans la vessie. M. Giraldès, combinant ces deux modes d'exploration et saisissant le calcul entre le cathéter, d'une part, et le doigt placé dans le rectum, de l'autre, croit pouvoir affirmer que son volume est environ celui d'un œuf de poule.

Les urines, recueillies le premier jour, sont claires, limpides et de coloration normale; elles ne paraissent contenir que quelques sels et de légers flocons de mucus. Le lendemain, 10 mai, elles laissent déposer, sous l'influence de l'acide nitrique et de la chaleur, un précipité floconneux constitué évidemment par de l'albumine. Le 11 mai, au matin, elles n'en contiennent plus aucune trace. Du reste, pas la moindre apparence de pus ni de sang.

L'opération est fixée au jeudi 11 mai.

Avant de la pratiquer, M. Giraldès, après avoir énuméré rapidement les symptômes indiqués ci-dessus, fait remarquer que le diagnostic ne saurait être un instant douteux et qu'il est basé à la fois et sur les symptômes rationnels et surtout sur les résultats de l'exploration. De plus, l'absence de douleurs dans la région lombaire et l'état satisfaisant des urines laissent espérer qu'il n'existe aucune complication du côté de la vessie et des reins.

Le calcul bien reconnu, il faut évidemment, dit M. Giraldès, en débarrasser le malade. Il existe pour cela trois moyens principaux :

1° La lithotritie qui ne saurait être applicable ici, à cause du volume du calcul et de sa dureté, de l'irritabilité du sujet qui ne pourrait supporter plusieurs séances successives, de la petitesse du calibre de l'urèthre à cet âge, et enfin du peu de place qu'auraient, pour agir, des instruments volumineux manœuvrant dans une vessie aussi étroitement appliquée sur le calcul.

2° Quant à essayer de le dissoudre par un moyen quelconque, on ne saurait y penser; car, jusqu'ici, on n'a encore obtenu aucun succès bien positif. Néanmoins la question a été reprise récemment par MM. Bence Jones et Robert, en Angleterre, et peut-être est-il permis d'espérer que les recherches qu'ils font dans cette voie les conduiront à un résultat plus favorable.

3° Reste donc la taille, seule applicable dans le cas actuel, moyen prompt et peu dangereux, en général, chez les enfants. Mais, dans la circonstance présente, le volume du calcul pourra rendre l'opération très-laborieuse et très-difficile. Voici la marche que je me propose de suivre dans ce cas.

Le procédé employé sera celui connu sous le nom de taille périnéale latéralisée. Un cathéter cannelé, le plus volumineux possible, ayant été conduit jusque dans la vessie, une incision oblique, partant du raphé médian et dirigée en arrière et en dehors, sera pratiquée sur la partie latérale gauche du périnée, dont toutes les couches seront incisées successivement jusqu'à la rencontre de l'urèthre. Le canal sera alors ponctionné dans la cannelure du cathéter, puis incisé à son tour; puis le lithotome, arrêté à un centimètre et demi environ, sera introduit dans la vessie, ouvert et retiré en incisant le col de la vessie et la prostate. J'essaierai ensuite d'extraire le calcul à l'aide des tenettes simples, ordinaires, et, si je ne puis réussir, j'aurai recours à des tenettes courbées sur leur mors, ou même à des tenettes articulées très-solides. Si le calcul ne peut être extrait, je pratiquerai alors, à l'aide du bistouri boutonné, quelques mouchetures sur le pourtour de l'incision primitive, et je ferai de nouvelles tentatives. Si ce nouvel essai est suivi d'insuccès, l'incision sera prolongée du côté droit, de manière à transformer le premier procédé en taille bilatérale. Il faut espérer qu'alors l'ouverture sera suffisante pour laisser passer le calcul, sinon il ne me restera d'autre ressource que la taille hypogastrique.

Du reste, si les premières tentatives d'extraction sont infructueuses, je tenterai de broyer le calcul avec les tenettes; j'aurais voulu pouvoir me procurer des tenettes à écrasement, mais toutes sont faites à l'usage de l'adulte, et je n'ai pu en trouver qui fussent applicables dans le cas actuel.

Opération. Le malade est chloroformé et maintenu dans cet état pendant toute la durée de l'opération. L'incision de la peau, de l'urèthre et de la prostate, eut lieu sans obstacle; mais le calcul, saisi avec les tenettes ordinaires, ne put être extrait, et l'instrument lâcha prise, ramenant sur ses mors des débris calcaires enlevés à la surface du calcul. Quelques nouvelles tentatives faites avec les autres tenettes n'eurent pas plus de succès et ne réussirent qu'à ramener de nouvelles quantités de matière calcaire. Ce fut également en vain que M. Giraldès tenta l'écrasement. Il se décida alors, comme il l'avait annoncé, à pratiquer des mouchetures. Il en fit deux, l'une en avant, l'autre plus grande à droite.

Un premier essai d'extraction ne réussit pas; un second, accompagné d'une traction assez énergique, fut plus heureux et amena le calcul. Le doigt ayant été introduit dans la vessie pour voir s'il n'existait pas quelque fragment, une injection d'eau fraîche y fut faite, et, le malade reporté dans son lit et placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et soutenues par un coussin.

Du reste, pas de perte de sang notable durant l'opération; le malade soumis à l'influence du chloroforme n'a pas poussé un seul cri, pas fait un mouvement.

Examen du calcul. Sa forme est celle d'un ovoïde un peu aplati d'avant en arrière, à grand diamètre dirigé de haut en bas, à petit diamètre transversal. Sa grosse extrémité est dirigée en haut; sa petite extrémité, soumise seule à l'action des tenettes, présente des éraflures résultant de l'entraînement des parcelles dont nous avons parlé.

Son volume est celui d'un œuf de poule de petite dimension, son grand diamètre offre 5 centimètres, son petit diamètre 35 millimètres. L'épaisseur de la grosse extrémité est d'environ 20 millimètres, son poids est de 33 grammes. Sa consistance est assez prononcée, et il se laisse difficilement rayer par l'ongle. Bien qu'il soit un peu teint par le sang, il est facile de voir que sa couleur est d'un blanc assez pur, surtout au niveau des points entamés par les instruments. Sa surface est un peu rugueuse, mais sans présenter d'aspérités sensibles.

Sur une coupe pratiquée dans le sens de son plus grand diamètre, on remarque que le calcul est formé de couches concentriques superposées : les unes blanches, les autres plus ou moins colorées en gris fauve. Au centre, cette dernière coloration prédomine, et il en résulte un noyau bien marqué, qui tranche nettement sur les couches extérieures dont la couleur est parfaitement blanche pour la plupart. De chaque côté et à une faible distance du noyau, on trouve une fissure linéaire assez profonde; il semble que ce vide a été occupé autrefois par du mucus qui s'y serait desséché.

Ces caractères physiques, joints à quelques recherches chimiques un peu incomplètes, il est vrai, donnent lieu de croire que les couches d'un gris fauve sont composées d'acide urique, qui forment ainsi le noyau, tandis que les couches blanches périphériques seraient constituées par des phosphates et principalement par le phosphate ammoniaco-magnésien.

Le 12 mai, le malade a pris hier un peu de vin et de potage. Il a été parfaitement tranquille dans le cours de la journée; la nuit, il a peu dormi, mais n'a ressenti aucune douleur. Pas de réaction fébrile. Pas d'hémorrhagie. Les urines s'écoulent par la plaie. Bain d'une demi-heure. Cataplasme sur le ventre. Potage et vin coupé avec de l'eau de Vichy. Œuf.

Le 13, état général satisfaisant; pas de fièvre, tranquillité complète, sommeil prolongé la nuit. Les urines s'écoulent toujours par la plaie, mais une faible quantité est sortie par le canal. Même régime.

Le 14, rien de particulier; ni fièvre, ni douleur, nuit excellente. Ce matin, le malade a uriné un peu dans un bassin.

Le 15, le malade se plaint de quelques envies de vomir. Langue un peu sale. Quelques gouttes de laudanum dans de l'eau de Seltz.

Le 16, les envies de vomir ont cessé. État général excellent. Les bords de la plaie sont un peu grisâtres, et M. Giraldès en détache quelques petits lambeaux mortifiés, résultant sans doute de la contusion provoquée par le passage du calcul.

A partir de cette époque, le malade va de mieux en mieux; la plaie tend à se fermer, et l'écoulement des urines par le périnée diminue, mais sans jamais cesser complétement. Le malade ne souffre pas; son sommeil est excellent et l'appétit assez prononcé. Régime substantiel.

Vers le 20 mai, on commence à le lever et à l'asseoir d'abord auprès de son lit et plus tard dans la cour. Vers le 25 mai, on lui permet de marcher, et il ne ressent aucune douleur. La plaie qui est un peu pâle est cautérisée avec le nitrate d'argent.

Enfin le 1er juin, M. Giraldès cède à la demande du malade et de ses parents et signe la sortie. La plaie n'est pas encore complétement fermée, mais elle paraît être en voie de cicatrisation; la plus grande partie des urines sort par le canal de l'urèthre, et les linges sont beaucoup moins mouillés; en un mot, il est permis d'espérer que d'ici peu le trajet sera complétement fermé et le malade parfaitement guéri.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Nouvelles observations d'éjaculations ensanglantées,

Par M. L. DUBUISSON, élève des hôpitaux de Paris.

Depuis les quelques considérations que nous avons publiées sur les éjaculations ensanglantées, nous avons eu communication de deux nouveaux cas assez curieux.

Voici ce que nous a appris M. le docteur Mandl, à l'obligeance duquel nous devons cette observation :

Un de ses clients, âgé de quarante ans, n'ayant pas d'affection des organes génito-urinaires et affecté d'hémorrhoïdes qui fluaient chaque fois qu'il prenait du café, fit un voyage dans le Levant. Là il contracta l'habitude de fumer et de boire du café avec excès selon la coutume des habitants du pays. Non-seulement ses hémorrhoïdes fluèrent, mais encore il eut des éjaculations ensanglantées.

A son retour, il alla trouver M. le docteur Mandl, qui lui conseilla de renoncer au tabac et au café, et tous les accidents disparurent.

La seconde observation nous a été communiquée par M. H..., officier de santé de la marine, qui était alors à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay :

Il était âgé de vingt ans, et n'avait jamais eu d'affection des organes génito-urinaires, lorsque, vers le commencement de 1862, il fut envoyé à la Martinique.

Trois mois après son arrivée dans la colonie, en août de la même année, à la suite d'un accès de fièvre rémittente bilieuse, il remarqua pour la première fois que son sperme était mêlé de sang, surtout après les pollutions nocturnes, qui revenaient jusqu'à deux ou trois fois par nuit.

Pendant toute l'année 1863, le coït fut, aussi bien que les pollutions nocturnes, suivi d'éjaculations ensanglantées.

Au moment de l'orgasme, le canal de l'urèthre était le siége d'une douleur aiguë qui s'irradiait vers l'anus, et qui était encore plus vive après le coït qu'après une pollution, ce qui le força à s'abstenir de femmes.

A cette époque, il eut un nouvel accès de fièvre bilieuse, et, s'étant découvert pendant la nuit, il ressentit dans le testicule droit une douleur très-violente, à laquelle succéda la formation, dans la région hypogastrique du même côté, d'une tumeur sous-musculaire excessivement douloureuse, qui avait le volume d'un œuf de pigeon, et ne disparut que très-lentement. Toutes les éjaculations étaient sanglantes, et, vers le mois d'avril 1864, survinrent tous les symptômes d'une spermatorrhée, qui alla sans cesse s'aggravant. Il se traita par le bromure de potassium, ce qui ne lui rapporta qu'une gastralgie.

Voici comment il raconte lui même le séjour qu'il se décida à faire à l'hôpital maritime, où il entra le 2 janvier 1865 :

« Je fus traité par l'ergotine à l'intérieur à la dose de 2 à 4 grammes, et à l'extérieur par les bains froids et les frictions sur les reins avec la teinture de noix vomique. Ce traitement n'ayant amené aucun résultat satisfaisant, il me fut prescrit 1 centigramme d'extrait de belladone à prendre le jour et un julep camphré opiacé pour la nuit. La maladie résistant toujours après un long séjour à l'hôpital, ne voyant dans la colonie aucun espoir de guérison, la gravité de mon état étant méconnue par M. le chirurgien en chef, j'obtins, grâce aux instances réitérées de M. le médecin en chef, de partir pour la France vers la fin d'avril 1865. »

Pendant le voyage, le sang disparut complétement du sperme, mais tout resta par ailleurs dans le même état.

Le malade entre le 21 mai 1865 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

Au moment de son entrée, il est affecté de spermatorrhée; les digestions sont pénibles, le sommeil léger, la vue troublée; il a des absences de mémoire qu'il n'avait pas remarquées auparavant. Le cathétérisme de l'urèthre et le toucher rectal ne dénotent rien d'anormal dans les organes génito-urinaires. On passe matin et soir une sonde dans le canal pour l'habituer au contact d'un corps étranger, et le 10 juin M. Demarquay fait une cautérisation avec le porte-caustique de Lallemand.

Le malade a un peu de fièvre et une douleur assez vive en urinant pendant les deux premiers jours, mais il se trouve assez bien pour sortir le 16 juin 1865.

Dans le cas qui fait le sujet de la première observation, il se produisit probablement sous l'influence du café et peut-être aussi du climat une congestion liée, suivant l'opinion de M. le docteur Mandl, aux hémorrhoïdes de ce malade. Elle a disparu en même temps que les causes qui l'avaient fait naître. Quant au lieu où s'est produite l'hémorrhagie, nous pensons que c'est dans les vésicules séminales, dont les vaisseaux distendus par le sang se rompaient pendant l'orgasme.

C'est aussi à une congestion des vésicules séminales, accompagnée peut-être d'une légère inflammation, que nous rapportons la présence du sang dans le second cas. Cela est d'autant plus probable que plusieurs fois le malade a constaté que les premiers jets de sperme étaient normaux et ne contenaient pas de sang. Les vaisseaux ne se rompant pas instantanément, l'hémorrhagie ne pouvait avoir lieu qu'après un certain temps, alors que l'éjaculation était déjà commencée. Cette observation est aussi remarquable par la durée du symptôme, qui a été de trois ans environ.

Ce qui nous a surtout frappé chez ce malade, c'est que les éjaculations n'ont commencé à être ensanglantées que quelque temps après son arrivée dans la colonie, et ont cessé complétement de l'être pendant son voyage pour revenir en Europe. Nous avons aussitôt pensé à l'influence du climat, et nous nous sommes demandé s'il n'existait pas d'autres exemples d'éjaculations sanglantes qu'on pût rapporter à cette même cause. Nous trouvons dans la thèse de M. Juvenot (1) ces quelques mots, qui prouvent l'existence de plusieurs faits du même genre.

« Quoi qu'il en soit de la cause réelle; il est assez commun de voir les taches de sperme être aussi elles sanguinolentes, ou au moins entourées d'une espèce de cercle ou d'auréole rougeâtre. » Et cela dans les pays où l'hématurie est endémique.

Nous pensons donc que l'éjaculation ensanglantée est un symptôme probablement assez commun, mais peu remarqué, de cette congestion qui se produit vers les organes génito-urinaires, et qui paraît être la cause de l'hématurie endémique des pays chauds.

Nous ne publions ces observations qu'au point de vue pathologique, et nous réservons complétement ce qui touche au traitement, ne pouvant préjuger dès maintenant si le malade de M. Demarquay restera définitivement guéri.

(1) *Recherches sur l'hématurie endémique dans les climats chauds et sur la chylurie*; Paris, 1853.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. BŒCKEL,

Suppléant de M. le professeur Sédillot.

Cancer épithélial du dos de la main développé dans les glandes sudoripares (cancer de Verneuil). — Extirpation. — Guérison.

(Observation recueillie par M. SCHNELL, interne.)

Schmutz (Christine), journalière, âgée de soixante-seize ans, d'une constitution robuste, d'une santé toujours florissante, entre à la Clinique le 18 avril 1865 pour une tumeur du dos de la main droite.

L'affection a débuté, en juillet 1864, par une petite papule survenue sans cause évidente, et qui s'est accrue successivement en devenant le siége de douleurs lancinantes intenses, sans toutefois gêner les fonctions de la main.

Actuellement l'altération a une étendue de 5 centimètres sur 7; elle occupe tout le dos de la main depuis la région carpienne jusqu'aux têtes des métacarpiens et d'un bord à l'autre. Elle se présente sous forme de circonvolutions rouges, assez dures, larges de 1 centimètre à peu près, enchevêtrées les unes dans les autres et formant un relief de quelques millimètres sur la peau environnante. L'épiderme est aminci sur ces bourrelets, mais partout intact; le tissu pathologique siége évidemment dans le derme, dont il n'a pas dépassé les limites, car il glisse avec lui sur les tissus sous-jacents, et n'entrave nullement le jeu des tendons extenseurs; on ne trouve aucune altération dans les ganglions du coude ou de l'aisselle. La tumeur est indolente à la pression, mais les douleurs lancinantes spontanées ont tellement augmenté dans ces derniers temps que la malade désire en être débarrassée au plus vite, et est dans un véritable désespoir quand on lui annonce que l'opération sera remise jusqu'après les jours de Pâques.

M. Bœckel porte le diagnostic de cancer épithélial, quoique l'absence d'ulcération ne lui permette pas de vérifier ce diagnostic par le microscope. Il se décide à enlever la tumeur avec le bistouri pour être sûr d'emporter tout le mal sans entamer les tendons, et procède à l'extirpation le 24 avril.

La malade étant chloroformée, on circonscrit la tumeur par deux incisions demi-circulaires, qui restent partout à 1 centimètre des limites apparentes du mal. Quelques coups de bistouri achèvent la séparation des parties profondes. Il reste une large plaie arrondie, qui laisse voir tous les tendons du dos de la main, recouverts seulement par une mince couche de tissu cellulaire. Deux ou trois artérioles nécessitent la ligature, et la plaie est pansée à la charpie sèche.

Examen de la tumeur par M. Bœckel. — Sur une coupe transversale de la masse morbide, on reconnaît que le néoplasme est développé dans l'épaisseur même du derme. Il est d'un blanc sale, de consistance assez ferme, et est renfermé dans une série de loges de 5 à 6 millimètres de hauteur, séparées par des trabécules fibreux et qui correspondent aux bourrelets visibles à la surface. La ligne de l'épiderme reste distincte sur toute la longueur et ne se confond nulle part avec le tissu sous-jacent; l'aponévrose superficielle forme de même à la face profonde une lame distincte non altérée.

En puisant au centre des loges de petites parcelles, on reconnaît qu'elles sont formées par des amas de cellules épithéliales, disposées en couches concentriques et constituant ces globes épidermiques perlés caractéristiques du cancer épithélial. Des coupes d'ensemble, pratiquées vers les bords de la tumeur avec le rasoir, font voir des glandes sudoripares en grand nombre, et dont quelques-unes se présentent dans une certaine longueur avec leurs enroulements caractéristiques. Sur les limites de la tumeur, ces glandes paraissent normales, si ce n'est qu'elles sont plus développées, plus apparentes, et que leur canal est revêtu d'une couche de cellules doubles ou triples.

En se rapprochant du centre, on trouve de nombreux culs-de-sac glandulaires distendus par des globes épidermiques à couches concentriques. Tout à fait au centre, il n'y a plus qu'une masse cancéreuse sans vestiges de glandes. Répétés sur différents points, l'examen donne toujours les mêmes résultats.

Le 28 avril, à la levée du pansement, la plaie est déjà couverte d'une couche de bourgeons charnus, sous laquelle on devine encore le trajet des tendons, mais sans qu'aucun d'eux ne se soit nécrosé.

Les doigts sont maintenus dans la flexion pour allonger la cicatrice.

Le 4 mai, la malade veut absolument quitter l'hôpital sans attendre la cicatrisation complète. Elle se porte très-bien et a repris l'appétit et le sommeil.

Nous la renvoyons dans le courant de juillet; sur le dos de la main, il existe une cicatrice lisse, mais tendue, n'ayant guère que la moitié de la plaie primitive. Quand la main est en ligne droite avec l'avant-bras, les doigts peuvent être fermés complétement; mais il n'en est plus de même quand le poignet est fléchi. Ce mouvement est du reste limité par la tension de la cicatrice.

Cette observation est un nouvel exemple de cette forme particulière de cancer épithélial développé dans les glandes sudoripares. Le dos de la main et le cuir chevelu paraissent être le siége de prédilection de ces tumeurs qui ont été décrites pour la première fois par M. Verneuil. Dans notre cas, nous avons trouvé à l'œil nu et au microscope exactement les caractères indiqués par cet éminent chirurgien. Malheureusement aussi on connaît des exemples de récidive et de généralisation, qui ne laissent pas de doute sur la nature maligne de ces productions, malgré leur origine glandulaire.

RECHERCHES

Sur les troubles des nerfs périphériques, et surtout des nerfs vaso-moteurs, consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon,

Par M. E. LEUDET, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Rouen.

Ce travail repose sur quelques observations recueillies par M. Leudet lui-même et sur des faits qu'il a empruntés à des auteurs allemands, M. Baerensprung entre autres. L'auteur termine par les conclusions générales suivantes :

« L'asphyxie par la vapeur de charbon en combustion détermine, dans certains cas, des troubles dans les nerfs périphériques.

« Les nerfs moteurs, sensitifs ou vaso-moteurs, peuvent être affectés simultanément ou isolément.

« Ces troubles périphériques donnent lieu pendant la vie aux symptômes locaux de la névrite : douleur, tumeur, simulant un phlegmon ou causant même un abcès; dans les nerfs vaso-moteurs, à la rougeur et au développement d'éruptions bulleuses et herpétiques que l'observation moderne a rattachées cliniquement et anatomiquement à des lésions des nerfs vaso-moteurs.

« Les troubles nerveux périphériques peuvent apparaître immédiatement après l'asphyxie, se développer au bout de quelques jours, ou même récidiver, ce qui a lieu surtout pour les lésions des nerfs vaso-moteurs.

« L'anatomie pathologique a démontré une lésion dans un nerf atteint.

« Les lésions des nerfs vaso-moteurs ont peu de durée; celles des nerfs moteurs ou sensitifs ont une durée plus longue, peuvent être incurables et s'étendre du centre à la périphérie, de la périphérie au centre, et enfin causer la paralysie ascendante aiguë.

« Quelques faits permettent de soupçonner que l'asphyxie par la vapeur de charbon peut donner lieu à certaines névroses. » (*Archives générales*, mai.)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PHLÉBITE.

M. H. Lee, pour justifier la proposition d'un traitement chirurgical, commence par établir que la substance (lymphe plastique, pus, dépôt fibrineux) qu'on trouve à l'intérieur des veines enflammées, n'est pas une sécrétion morbide de la paroi du vaisseau, mais bien une transformation du sang que celui-ci contenait. Aussi, ce dépôt étant mobile, il faut, avant tout, s'opposer à sa migration du côté du cœur, migration qui pourrait entraîner des accidents sérieux.

Dans ce but, et suivant du reste en cela les vues et la pratique de Hunter, l'auteur a, dans quatre cas de phlébite, arrêté la circulation dans le vaisseau, entre le point enflammé et le cœur; et il a réalisé son indication : une fois avec une pelotte maintenue au-dessus de la veine basilique; deux fois avec une aiguille placée sous la veine et un fil jeté en 8 de chiffre, comprenant l'aiguille et le vaisseau; deux fois enfin en divisant par une section sous-cutanée, au-dessus du siége de l'inflammation, la veine dont les deux extrémités furent ensuite fermées au moyen de l'acupressure.

C'est ce dernier procédé que M. H. Lee préfère et recommande. En l'employant, l'oblitération du vaisseau est solide, et il n'y a pas à craindre de suppuration. On peut retirer, en toute sécurité, les aiguilles au bout de trois ou quatre jours. (*Royal medical and surgical Society of London*, 9 mai 1865.)

TRAITEMENT DES ASCARIDES.

M. le docteur W.-A. Smith recommande l'emploi d'un lavement fait avec 8 grammes d'éther sulfurique et environ 125 grammes d'eau. Ce remède, que M. Smith a employé avec suc-

cès dans un grand nombre de cas, non-seulement détruit les ascarides, mais encore calme l'irritation réflexe produite par la présence des parasites dans le rectum. — M. Samuel Fowel administre 18 centigrammes de santonine trois soirs de suite, et chaque matin une petite dose de poudre de jalap composée (jalap, crème de tartre et gingembre), et enfin 12 centigrammes de citrate de fer et de quinine, deux ou trois fois par jour. M. le docteur M'Cormac purge d'abord avec parties égales d'huile de castor et d'essence de térébenthine, les doses variant avec l'âge et le sexe. Chaque matin un lavement avec 8 grammes de sel de cuisine dans 230 grammes d'eau froide. Si ces moyens ne suffisent pas, M. M'Cormac donne un lavement avec 4 grammes de teinture de fer muriatée dans 250 grammes d'eau froide et administre par gouttes par la bouche la même quantité de teinture en plusieurs fois dans la journée. (*The Lancet*, avril, 29.)

CORPS ÉTRANGER DANS L'ŒIL,

Par M. Coursserant.

(Lu à la Société de médecine pratique dans la séance du 1er juin.)

Le 15 septembre 1864, Ch..., âgé de quatorze ans, est atteint, à la région fronto-orbitaire, par un coup de pistolet chargé de petits plombs de chasse et tiré à cinq ou six pas de distance de lui. Une quantité considérable de ces petits projectiles se loge sous les téguments où il est facile de constater leur présence, par la vue et par le toucher, plusieurs jours après l'accident, quoique, plus tard, un grand nombre d'entre eux aient spontanément disparu de la région qu'ils occupaient primitivement.

Trois de ces grains de plomb pénètrent dans l'œil gauche, lésant la cornée, le cristallin et l'iris sur lequel ils laissent, vers le bord pupillaire, comme traces irrécusables de leur passage, trois déchiquetures ou perte de substance; un quatrième grain, pénétrant dans l'œil droit, en haut, à la réunion de la cornée et de la sclérotique, va se perdre dans cet organe sans blesser le cristallin, effleurant à peine l'iris à son attache ciliaire.

Une cataracte se produit à gauche et se résorbe plus tard à droite, l'examen ophthalmoscopique est impossible par suite de l'épanchement sanguin qui s'est produit dans la chambre postérieure. Des deux côtés, pendant six semaines environ, une décoloration profonde de l'iris révèle toute la gravité d'un processus morbide qui menace de désorganisation les membranes internes, alors même que les douleurs accusées par le malade sont à peine sensibles. Enfin, huit mois après l'accident, le blessé voit de l'œil gauche suffisamment pour se conduire; de l'œil droit, la vision est beaucoup plus faible, et ce fait s'explique par un large décollement de la rétine en haut, en dehors et en bas. Plus tard, l'épanchement sous-rétinien se résorbe; la rétine reprend sa place fixe, et la vision s'améliore dans des proportions notables. Néanmoins, il y a deux mois, la faculté visuelle a baissé considérablement à droite et à gauche, un large décollement de la rétine s'étant produit dans les deux yeux. Cette observation, ajoute M. Coursserant, présente quelque intérêt au double point de vue du pronostic et au besoin de la médecine légale.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 août 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Carrière (de Saint-Dié) sur une épidémie de fièvre typhoïde (Commission des épidémies);

2° Une deuxième note de M. le docteur Delagrié (du Grand-Fougeray) sur le traitement du rhumatisme et des névralgies (Commission des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle comprend :

1° Un travail intitulé : *Quelques opérations de thoracentèse pratiquées dans le département de la Creuse*, par M. le docteur Bontemps, de Saint-Sulpice-les-Champs (Commission nommée);

2° Une lettre de M. le docteur Pons (de Bèze, près le Vigan) sur les lois de la vie;

3° Une note de M. le docteur Poggioli relative au traitement du choléra par l'électricité (Commission du choléra);

4° Une deuxième note de M. J. Aronssohn sur les causes et le traitement du choléra (même Commission);

5° Une lettre de M. Belin, fabricant d'instruments de chirurgie, qui déclare avoir fabriqué depuis 1862, pour plusieurs chirurgiens, des bougies olivaires en gomme avec tige métallique à l'intérieur, analogues à celles que M. Mercier a données comme nouvelles et de son invention dans la séance du 27 juin 1865 (Commissaire : M. Ségalas).

— **M. Larrey** dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, une note manuscrite en italien de M. le docteur Tigri (de Sienne) sur la pénétration de l'air dans la thoracentèse.

Il offre à l'Académie, au nom de l'auteur, un compte-rendu du travail de M. le docteur Chenu sur la statistique du service médical pendant la guerre de Crimée, par M. le docteur Garraud.

— **M. Depaul** fait, au nom de l'auteur, hommage à l'Académie du *Traité des affections génériques de la peau*, par M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Ce livre, dit le présentateur, dont l'auteur n'a pas besoin d'éloges, est conçu d'après un plan nouveau et est destiné à devenir un ouvrage classique pour les élèves et un traité pratique pour les médecins.

— **M. Bouchardat** annonce que, à cause de la fête du 15 août, la séance de l'Académie est remise au mercredi 16 août, à l'heure habituelle.

RAPPORTS.

Paralysie consécutive à une fracture.

M. Michon, au nom d'une Commission composée de MM. Malgaigne, Velpeau et Michon, lit un rapport sur une observation de nerf radial comprimé dans un canal osseux accidentel à la suite d'une fracture de l'humérus, dégagement du nerf par une opération chirurgicale, guérison de la paralysie.

M. Michon dit que c'est là une opération nouvelle qui a été bien exécutée, bien conçue et appuyée sur un diagnostic précis que M. Ollier avait posé en s'appuyant sur toutes les lumières de la pathologie et de la physiologie.

Le rapporteur ajoute que M. Ollier, obéissant sans doute aux suggestions de ses travaux antérieurs, a dénudé l'os avant de le réséquer pour éviter la reproduction du canal osseux qui emprisonnait le nerf et que cette précaution ne lui paraît pas indispensable.

Il propose d'adresser des félicitations à M. Ollier et de renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Résection de l'omoplate.

M. Michon, au nom d'une Commission composée de MM. Velpeau et Michon, lit un rapport sur un travail de M. Michaux (de Louvain) ayant trait à la résection de l'omoplate en conservant le reste du membre supérieur.

Ce travail, dit le rapporteur, riche d'érudition, renferme les faits ayant trait aux opérations de résection de l'omoplate pratiquées à l'étranger, et d'où il ressort cette piquante observation que pour certaines hardiesses plus manuelles que chirurgicales l'Allemagne ne le cède en rien à l'Amérique. Pour ma part, je cherche plus à justifier ces opérations qu'à les louer, et je distingue ces résections pratiquées à la suite de lésions traumatiques, où le chirurgien ne fait guère que panser hardiment la plaie en supprimant les tissus que la lésion a fait corps étrangers, et ces mêmes opérations pratiquées pour des lésions organiques et dans lesquelles le chirurgien veut couper la route à un mal qui a déjà franchi les limites de l'art.

M. Michon regrette que M. Michaux n'ait pas donné le résultat définitif pour le malade dans plusieurs cas de résection. Le rapporteur ajoute que, parmi les quatre exemples qu'à cités M. Michaux, il y a des cas où le résultat a été mauvais. Dans trois cas, le mal a récidivé. Dans le cas favorable, il ne s'agissait que d'une résection de la cavité glénoïde.

C'est, il me semble, une règle qui serait, s'il en était besoin, confirmée par tous les chirurgiens qui siégent dans cette Académie, que l'ablation des tumeurs de mauvaise nature ne doit être tentée que lorsqu'on a la presque certitude d'enlever la totalité du mal. J'aurais voulu que M. Michaux jugeât plus sévèrement ces mutilations que la chirurgie française proscrit de sa pratique.

M. Michaux a beaucoup appris par sa propre expérience, et sur la question même il semble que sa pratique se soit chargée de lui apprendre qu'il y a des affections au-dessus des ressources de la main la plus habile, puisque la sienne n'a pas pu sauver le malade; c'est du moins la pensée que suggère l'observation qu'il rapporte d'un sujet de quinze ans auquel il a enlevé la totalité du scapulum envahi par un encéphaloïde.

Deux mois après, la récidive du mal dans les ganglions sus-claviculaires lui fit entreprendre une seconde opération probablement encore inutile. Et M. Michaux, en effet, a dit lui-même : « Il est bien à craindre qu'une nouvelle récidive, soit sur place, soit dans l'un des viscères et surtout dans les poumons, n'enlève plus ou moins rapidement le malade. »

Voici le procédé opératoire de M. Michaux : tailler un lambeau en V qui a la forme du scapulum, disséquer les angles inférieur et supérieurs de l'omoplate et son bord spinal; désarticuler l'omoplate et dégager l'apophyse coracoïde; ligature des vaisseaux, placer une mèche dans l'axe de la plaie, fixer le bras au tronc par le bandage de M. Velpeau pour les fractures de la clavicule.

Et M. Michon pense que, pour exécuter ce procédé, il faut des connaissances d'anatomie chirurgicale approfondies.

La Commission propose d'adresser des remercîments à M. Michaux (de Louvain), et d'inscrire son nom sur la liste des candidats à la place d'associé étranger. (Adopté.)

LECTURE.

Fièvre typhoïde et état typhoïde.

M. Guérard lit la première partie d'un travail qui a pour titre : « Recherches sur l'état et les symptômes typhoïdes. »

Ce mémoire a pour point de départ une maladie dont l'honorable académicien a été atteint en 1847, maladie qu'il jugea être une fièvre intermittente pernicieuse et pour laquelle il prit du sulfate de quinine à haute dose. Gillette, qui lui donna des soins, diagnostiqua une pneumonie centrale et le traita par les antiphlogistiques. M. Barth, qui vit aussi M. Guérard, lui administra des laxatifs et des calmants. Les symptômes devinrent très-alarmants, enfin le malade maigrit subitement, eut une diaphorèse et une diurèse abondantes. La convalescence commença et la guérison se confirma lentement, grâce à une alimentation réparatrice.

M. Guérard pense que le sulfate de quinine pris au début a atténué la gravité du mal, et il se demande si l'ensemble des symptômes typhoïdes qui constitue la forme grave ou maligne de la maladie ne serait pas dû à une fièvre de nature et d'origine miasmatiques qui viendrait compliquer ces maladies et dont on pourrait triompher par l'administration, en temps opportun et à dose convenable, des antipériodiques et en particulier du sulfate de quinine.

Je crois donc, dit M. Guérard, être autorisé à formuler les propositions suivantes :

1° Les symptômes qualifiés de graves, malins, ataxiques, adynamiques, putrides, typhoïdes, etc., appartiennent à une maladie spéciale dont la marche et le développement peuvent, comme cela a lieu pour les fièvres paludéennes, être enrayés par l'emploi du sulfate de quinine;

2° Cette maladie peut exister seule et indépendamment de toute localisation;

3° Elle peut au contraire donner lieu à des congestions viscérales; le plus ordinairement le poumon, le foie, le cerveau, la rate, sont le siége de ces congestions;

4° Cette maladie apparaît souvent dans le cours d'autres affections aiguës ou chroniques dont elle modifie la marche, change la physionomie et augmente la gravité;

5° Dans ce dernier cas, le sulfate de quinine, convenablement administré, neutralise les effets de cette complication, en enraye les progrès et ramène l'autre maladie à son premier état de simplicité;

6° Quand cette maladie est à son plus haut degré d'intensité, elle peut, étant abandonnée à elle-même, amener la mort avant de s'être localisée et ne laisser d'autres traces de son passage que la liquéfaction du sang et des congestions passives dans les principaux viscères;

7° Mais lorsque les localisations viscérales ont eu le temps de se produire, elles arrivent très-rapidement à la suppuration;

8° L'administration tardive du sel fébrifuge peut amener une amélioration apparente et de courte durée, mais les accidents ne tardent pas à reparaître et amènent bientôt la mort;

9° Dans les cas légers de l'affection dont nous nous occupons, la guérison peut avoir lieu sans qu'on ait recours au sulfate de quinine;

10° Dans ces cas, les évacuants, qui sont d'ailleurs indiqués par le trouble des fonctions digestives, concourent puissamment au rétablissement de la santé.

Enfin, l'orateur pense que la maladie à laquelle il fait allusion se rapproche de la fièvre rémittente simple dans les cas bénins et de la fièvre intermittente pernicieuse dans les cas graves, et qu'elle peut avoir son origine dans l'introduction au sein de l'économie d'une sorte de ferment, miasme, émanation putride, dont les foyers sont multiples autour de l'homme.

L'auteur se propose prochainement d'énumérer les principales maladies où s'observent les symptômes indiqués dans ses conclusions.

Discussion sur la thoracentèse.

M. Gosselin. Jusqu'ici, dit l'orateur, l'opinion qui a prévalu devant l'Académie est que l'introduction de l'air dans les plèvres est dangereuse; je viens combattre cette opinion; il y a un malentendu. Examinons la question au point de vue des faits cliniques. Occupons-nous d'abord de la thoracentèse dans les épanchements séreux.

Il y a des épanchements séreux que l'on traite par incision; l'expérience apprend que la suppuration des plèvres suit quelquefois la reproduction successive des épanchements, elle est quelquefois la conséquence de l'inflammation de la plaie non réunie, qui suppure, et l'inflammation gagne les plèvres; dans d'autres cas la plaie, sans suppurer, laisse écouler de la sanie qui, en coulant dans les plèvres, y cause une inflammation; mais je n'insiste pas, la thoracentèse par incision n'est plus employée pour les épanchements séreux; au contraire, lorsqu'on traite cette lésion par la ponction, on n'a pas d'accidents; s'il y a récidive, cela peut tenir à la maladie qui cause la pleurésie, et il n'y a pas d'accidents causés par l'opération elle-même. A quoi cela tient-il? A une cause vulgaire et que l'on n'a pas suffisamment invoquée, à ce que l'on ne fait qu'une piqûre. Une piqûre se réunit facilement et le danger est écarté, et lorsqu'on fait une piqûre oblique, outre les avantages de la simple piqûre, on a encore ceux d'une plaie oblique dont les divers plans ne sont pas dans un parallélisme parfait, de sorte que si un point suppure, il n'est pas nécessaire que le pus tombe dans les cavités pleurales. M. J. Guérin, qui a vulgarisé la méthode sous-cutanée, a assez insisté sur ces faits. Ajoutons encore que le mode de pansement de la plaie par occlusion, suivant la méthode de M. Chassaignac, est encore une condition favorable à la guérison rapide de la piqûre; on ferme la plaie avec des bandes de linge enduites de collodion, comme l'a fait M. J. Guérin.

On a dit de toutes ces pratiques qu'elles avaient pour but d'empêcher l'introduction de l'air dans les cavités pleurales. Cette préoccupation d'un danger qu'il faut éviter à tout prix est-elle légitime?

Dans les faits connus, on a vu l'air entrer dans la poitrine, et les malades ont guéri malgré cette complication. Morand, Duverney, Bégin, Boyer ont vu de l'air entrer dans la poitrine après des thoracentèses, il n'y a pas eu d'accidents. M. Bergeret a publié dans la *Gazette des Hôpitaux*, en 1863 et en 1864, des faits de thoracentèse avec introduction de l'air dans la poitrine. On sait que le pneumothorax symptomatique et le pneumothorax essentiel ne causent pas d'accidents plus graves qui s'ajoutent à la maladie primitive. Que dis-je? on a vu le poumon, piqué par le trocart pendant la thoracentèse, verser de l'air dans les cavités pleurales sans accidents. M. Voillez a cité un cas emprunté à la pratique de M. Leyroux. En présence de tous ces souvenirs, je demande s'il y a réellement, au point de vue clinique, un danger à ce que l'air s'introduise dans la poitrine.

Par contre, nous voyons des accidents, sans que l'air ait pénétré à travers l'ouverture de la poitrine. M. Chauffard a établi la possibilité de la transformation de la pleurésie séreuse en pleurésie purulente. Il insinue que le traumatisme peut être une cause de cette transformation, et il a rappelé un cas où la théorie était vérifiée, il n'y avait pas eu une bulle d'air introduite dans le thorax. Donc, il y a des cas graves sans qu'il y ait eu pénétration de l'air dans la poitrine.

Voyons maintenant, si le raisonnement prouve les dangers de la pénétration de l'air. La physique enseigne que le poumon doit s'affaisser tant que la pression intra-pleurale de l'air n'est pas moins forte que la pression intra bronchique. Si cela arrive au point que le poumon soit refoulé sur le côté de la colonne vertébrale, est-ce un grand danger? On a un gaz à la place d'un liquide, soit; mais même cette concession est inutile, car lorsque l'on a fait une ponction, il n'entre jamais assez d'air pour que l'affaissement du poumon se produise. On a dit que des effets dynamico-pathologiques pouvaient causer des troubles de circulation de la plèvre et une inflammation consécutive; c'est là une hypothèse. D'un autre côté, on a invoqué l'action de l'air sur les liquides, mais on sait que l'air ne reste pas de l'air, ainsi que l'ont montré, il n'y a pas longtemps, MM. Demarquay et Lecomte, et que cet air ne cause pas de grandes décompositions.

Il y a confusion encore ici, l'air n'agit pas sur la sérosité; d'abord, lorsqu'on a pratiqué la thoracentèse, il ne reste plus assez de sérosité, et si celle-ci se reproduit, c'est déjà au moment où l'air est résorbé. Puis, la sérosité n'est pas facilement décomposable, elle est presque vivante, elle se résorbe. Du reste, rappellerai-je que dans les faits il y a eu impunément introduction de l'air après des thoracentèses pour les épanchements séreux?

En résumé, pour les épanchements séreux, l'introduction de l'air n'est pas dangereuse; si c'est un inconvénient, il est léger, et j'ai voulu ici prendre la parole pour rassurer tous ceux qui n'ont pas entre les mains les moyens infaillibles de faire la thoracentèse sans laisser l'air entrer dans le thorax.

Il n'y a pas lieu d'appliquer ici la loi générale de la méthode sous-cutanée pour prévenir l'entrée de l'air dans les cavités closes. Trop de documents sont contraires à la loi, et M. Velpeau a cité de nombreux exemples. L'air n'est pas la première cause qui rend les plaies graves, et on prévient les conséquences d'une ouverture d'une grande

cavité en refermant immédiatement la plaie, qu'il y ait eu, ou non, introduction de l'air, ce qui, à mon avis, est de peu d'importance, ou au moins d'une importance moins grande que ne le pensent les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune.

Voyons maintenant ce qui se passe dans les épanchements purulents. Après une ponction on a vu, le pus une fois sorti, l'air s'introduire dans la cavité pleurale; la marche de la maladie n'a pas été plus grave que s'il ne se fût pas introduit d'air. Le pus évacué se reproduit, une fistule se forme, le pus devient fétide, et la mort arrive.

Si l'on fait une incision, l'air entre dans la poitrine, s'y renouvelle, le pus se produit sans cesse, il y a fistule pleurale. A la longue, le pus se décompose, la constitution du malade s'altère, il y a quelquefois résorption purulente, et la mort est presque toujours la terminaison du mal. La ponction dans ces cas cependant vaudrait peut-être mieux, et c'est dans ces cas que, comme le propose M. Chassaignac, on pourrait peut-être passer dans la poitrine un tube à drainage; mais que dans ces cas il y ait de l'air dans les cavités pleurales, ou qu'il n'y en ait pas, le résultat est le même.

Enfin, et c'est par là que je termine, songer trop à l'introduction de l'air, c'est éloigner les praticiens d'une opération qui a moins de danger que la maladie pour laquelle elle est la seule ressource.

M. BOULEY, qui est inscrit pour prendre la parole, demande à remettre son discours à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 mai 1865. — Présidence de M. FORGET.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le sénateur préfet de la Seine, qui invite la Société à examiner plusieurs employés pour être admis à la retraite ;

2° Plusieurs brochures sur l'hydrothérapie, par M. le docteur Delmas (de Bordeaux) ;

Rapporteur, M. Sales-Girons.

3° Une brochure sur le climat de Venise, par M. le docteur Cazenave de La Roche.

COMMUNICATION.

M. BRIERRE DE BOISMONT. Depuis quelques années la séquestration des aliénés a été l'objet de vives et nombreuses attaques. On a accusé le système détentif d'être une cause d'aggravation pour les troubles intellectuels, et on a réclamé avec insistance la mise en liberté de malades retenus dans les maisons d'aliénés.

Tout récemment, sur le rapport d'un magistrat, une dame atteinte de manie suicide et maintenue dans un établissement était rendue à la liberté; le lendemain même, elle tente de se jeter par une croisée.

Dans un Mémoire publié, il y a peu de jours, par le médecin en chef de l'asile des aliénés de Constantinople, est rapporté un fait analogue. Il s'agissait d'une femme atteinte de manie suicide. Ayant répondu dans des termes raisonnables aux questions d'un magistrat, elle fut mise en liberté. Quarante-huit heures après, elle se donnait la mort.

Rien n'est plus fréquent, en effet, que de rencontrer chez les maniaques enfermés dans les asiles des moments de lucidité propres à donner le change à un observateur superficiel ou incompétent.

Le cas suivant en est un exemple. Un homme, lors de son arrivée à l'établissement, présente toutes les apparences du calme de l'esprit et de la rectitude du jugement. Peu de jours après, il tombe dans un état de manie extatique. Il a des accès de catalepsie, reste dans un mutisme absolu, puis articule d'une manière incessante des phrases inintelligibles.

Peu à peu, ces troubles s'amendent, le calme renaît; la raison semble avoir repris son empire sur les actes du malade.

Une année presque entière se passa dans un état satisfaisant. Soudain le malade contemple un foyer en partie consumé, saisit un charbon et s'en va dessiner sur le mur voisin des figures burlesques.

A deux heures de distance, il écrit à sa famille une lettre parfaitement sensée, dans laquelle il émet l'espérance de voir bientôt le traitement qu'il suit couronné d'un plein succès, et où l'expression de la pensée ne le cède pas en modération à la justesse des termes qu'il emploie. M. Brierre de Boismont donne lecture de cette lettre.

Pourtant, avec la nuit, le délire revint; l'incohérence des actes fut aussi complète que celle des idées. Ce qui n'empêcha pas que, dès le lendemain, le malade, l'esprit aussi tranquille que jamais, ne portât sur sa situation et sur les circonstances qui l'entouraient des déductions d'une logique parfaite.

Tel est le caractère insidieux de ces rémissions si souvent observées dans les manifestations de la manie qu'il faut, pour ne pas se tromper, avoir surveillé longtemps l'aliéné dans l'accomplissement de ses actes. Tel est le péril d'un élargissement précipité ou intempestif qu'il expose, comme dans les deux premiers exemples relatés, les malades aux conséquences des impulsions les plus funestes.

M. DELASIAUVE appuie les conclusions portées par M. Brierre de Boismont. Il fait remarquer que les dispositions les plus scrupuleuses sont prises contre une séquestration qui serait arbitraire, et insiste sur les dangers dont la société serait menacée par une liberté d'action excessive laissée aux aliénés.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Les candidats au titre d'officier de santé et de pharmacien, d'herboriste, de sage-femme de 2e classe, pour l'un des départements du Rhône, de l'Ain, de la Loire, de Saône-et-Loire et de la Haute-Savoie, sont prévenus qu'en exécution du règlement du 23 décembre 1854, ils doivent se faire inscrire au secrétariat de l'École de médecine de Lyon du 5 au 20 août, jour de la clôture du registre.

— On aurait besoin, à Bordeaux, d'officiers de santé pour embarquer en qualité de médecins sur des navires devant faire une campagne d'un an environ.

— Un chirurgien de Lees, M. Barrett, a récemment succombé aux effets de l'opium qu'il avait pris en excès pour calmer les douleurs d'une névralgie.

— La ville de Toulouse vient de s'enrichir d'un musée d'histoire naturelle.

Il renferme de belles collections de géologie et de zoologie. Deux galeries ont été affectées, l'une aux préparations anatomiques et à tout ce qui concerne la médecine, l'autre aux objets curieux et très-variés découverts dans les fouilles pratiquées dans les principales grottes du midi.

La fondation de ce beau musée est due à la persévérance et aux soins intelligents du savant professeur M. Filhol.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

La *Gazette des Hôpitaux*.	50 fr.
MM. Husson, directeur de l'Assistance publique.	100
Ricord.	50
Le docteur A. D.	5
Un anonyme qui n'est pas médecin.	5
Un médecin.	3
Favre, fabricant d'instruments de chirurgie.	5
Un anonyme.	5
Handvogel, à Paris.	5
Anonyme.	2
Joseph et Jacques Blanche.	40
Anonyme de Versailles.	25
Vergne, à Paris.	5
E. M., abonné.	10
Paul Landry.	5
H. O.	5
Ed. Vautier.	5
Capette, à Chauny.	3
Valadié, à Savigné-l'Évêque.	5
Ed. Marx, à Bordeaux.	5
Carret, chir. à l'Hôtel-Dieu de Chambéry.	10
Alf. Vy, à Elbeuf.	10
Girouard, à Dreux.	20
Legrand du Saulle.	10
Total.	388 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notices sur la chirurgie des enfants, par M. P. GUERSANT, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. — Trois fascicules ont paru. — Quatrième fascicule, contenant : De la Vulvite chez les petites filles. — Moyens prompts et inoffensifs pour extraire les corps étrangers du conduit auditif externe. — De la Cataracte. — Des Hernies abdominales. — De la Leucorrhée. — Du Torticolis. — Des vices de conformation des doigts et des orteils. — De la Carie vertébrale. — In-8°. Prix : 4 fr. rendu *franco* dans toute la France. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dyssenterie, par le docteur G. PÉCHOLIER, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°. Prix : 2 fr., *franco* dans toute la France. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête du 15 août, le Journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Il était extrêmement intéressant de connaître l'état sanitaire des hôpitaux de Paris par suite de divers bruits, heureusement sans fondement sérieux, qu'avait fait naître l'apparition de quelques cas de choléra. Le rapport de M. Gallard sur les *maladies régnantes*, pendant le mois de juin, nous montre que les alarmes étaient tout au moins prématurées. Les quelques cas de choléra qui peuvent se présenter à l'état sporadique pendant les grandes chaleurs n'ont rien de commun avec le choléra épidémique qui sévit actuellement à Alexandrie, au Caire, à Constantinople. M. Gallard insiste avec raison sur la nécessité de familiariser les populations avec le nom de cette maladie qui n'est effrayante qu'autant qu'elle est épidémique. Or, dans le mois de juin, il n'a été observé que 7 cas, dont 1 seul mortel, tandis que l'année dernière on comptait jusqu'à 18 à 21 cas par mois, avec une mortalité de 2 à 3 pour le même laps de temps. De ces 7 cas, 5 seulement (à savoir : 3 chez M. Laboulbène, à Sainte-Périne; 1 à l'Hôtel-Dieu, chez M. Grisolle, et 1 chez M. Béhier, à la Charité) ont présenté réellement de la gravité. Les autres étaient plutôt des cas de cholérine.

Les affections gastro-intestinales ont été les plus nombreuses. Elles ont consisté en embarras gastriques, diarrhées, rarement accompagnées de fièvre, et ont facilement cédé aux vomitifs et aux purgatifs.

Les dysenteries ont été rares et bénignes. C'est à peine si on en a compté une quinzaine dans l'ensemble des hôpitaux.

Il n'en a pas été de même de la fièvre typhoïde, qui a offert une plus grande fréquence que les mois précédents. Le relevé administratif ne signale cependant que 16 décès pour tous les hôpitaux. Dans plusieurs cas, la mort eut lieu au milieu de l'adynamie et avec des complications pulmonaires.

Les affections intestinales n'ont pourtant pas tellement prédominé qu'elles n'aient laissé une place assez importante aux rhumatismes articulaires aigus, aux bronchites, aux angines et même aux pneumonies ramenées par le froid.

Le relevé des cas d'intoxication saturnine a donné 42 sorties et 1 décès pour tous les hôpitaux, moins l'hôpital Beaujon. Or on sait que cet établissement, par suite du voisinage de Clichy, reçoit le plus grand nombre des individus atteints d'intoxication saturnine. Il y a donc eu véritable augmentatien sur les autres mois de l'année. Cela tient-il directement, comme le fait observer M. Gallard, à l'élévation de la température, ou bien cette cause n'agit-elle qu'indirectement en excitant les ouvriers à boire plus que d'habitude de ces vins acides qui peuvent favoriser l'absorption du plomb? C'est là une question qui est encore à l'étude. Cependant il est un fait intéressant à signaler, c'est que le malade qui a succombé aux suites de l'intoxication saturnine à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. S. Guyot, a eu en même temps du délirium tremens.

En somme, l'état sanitaire du mois de juin a été satisfaisant; beaucoup de lits sont restés vacants dans divers services. En outre, aucune maladie aiguë n'a prédominé, car les renseignements venus de tous les hôpitaux n'indiquaient guère, pour chaque maladie, que des cas isolés.

De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées.

La méthode hypodermique consiste essentiellement à introduire sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, certains médicaments solubles, très-actifs sous un petit volume, et qui sont ainsi plus sûrement et plus facilement absorbés que s'ils étaient ingérés à l'état de potions, pilules, bols, etc.

Cette manière d'administrer un médicament est de date toute récente, et c'est dans ces dernières années qu'elle s'est étendue et pour ainsi dire généralisée : il est donc important, au point de vue clinique, d'en préciser les indications et de rechercher quelles substances ont pu et peuvent être données par voie d'injection hypodermique. Ce travail nous sera rendu facile par la publication toute récente d'un ouvrage du docteur Jousset, de Bellesmes, sur cette même question des injections sous-cutanées. Cette monographie très-importante envisage la question sous toutes ses faces, analyse, rend compte des travaux étrangers, et présente fidèlement l'état de la science à ce sujet.

I. Le tissu cellulaire sous-cutané, grâce à la richesse de son réseau capillaire, absorbe rapidement les liquides qui y sont injectés : les physiologistes ont donc tout avantage, au lieu de faire ingérer à un animal un poison que le plus souvent il rejette et vomit quelques instants après, à le lui introduire en solution concentrée sous la peau. Aussi a-t-on été graduellement conduit à cette pratique dans les opérations de laboratoire : on a ainsi remarqué qu'en se plaçant dans des conditions identiques on obtient la plus grande régularité et la plus grande constance dans les résultats de l'injection sous-cutanée, à tel point qu'on peut être à peu près sûr avec une dose déterminée de produire un effet constant, et cela dans un espace de temps très-court.

C'est là, en peu de mots, la raison d'être des injections sous-cutanées dans leurs applications à la thérapeutique.

II. Pour qu'une substance toxique ou médicamenteuse puisse être donnée en injection, il faut : 1° que cette substance active soit plus ou moins soluble, sans qu'il soit nécessaire d'employer un dissolvant acide irritant; 2° que cette substance ne soit point par elle-même irritante ou corrosive; 3° et enfin, il est un point de détail sur lequel on n'a pas insisté autant qu'on aurait dû le faire : il ne faut jamais injecter sous la peau une substance soluble qui puisse être précipitée soit par les chlorures alcalins, soit par les matières albuminoïdes : car la sérosité albumineuse, exhalée dans les mailles du tissu cellulaire, amènerait cette double précipitation dès les premières gouttes injectées et s'opposerait à toute action.

III. Nous ne dirons rien ici de la pratique des injections : il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de faire ou de voir faire, sous ses yeux, de nombreuses injections. Quant à la fixation des doses, *elles doivent être toujours moindres* que si le médicament était ingéré en potions ou en pilules; la raison d'être en est très-simple. L'absorption sous-cutanée étant plus sûre et plus rapide, il y a plus de substance active réellement introduite, réellement agissante : il faut donc une moindre dose que si on donnait le médicament en potion : car, dans ce dernier cas, une partie du médicament échappe à l'absorption et est rendue avec les excrétions.

IV. Nous avons dit combien cette méthode physiologique, aussi simple que rationnelle, s'était étendue et généralisée dans ces temps derniers : nous nous contenterons de donner la liste déjà très-longue des médicaments injectés sous la peau; cela suffira pour montrer quelle est la partie et l'avenir des injections sous-cutanées : elles sont destinées à devenir le seul mode d'administration de ces substances toxiques si actives, si puissantes sur l'organisme, les meilleures et les plus sûres armes dont la thérapeutique puisse disposer.

Mais avant d'entrer plus avant dans cette étude, il convient de rappeler que c'est au professeur Béhier que nous devons d'avoir, le premier, fait connaître en France la méthode hypodermique; c'est, d'après son exemple, que beaucoup de praticiens, dès l'abord défiants, ont peu à peu introduit dans leur pratique l'habitude des injections sous-cutanées. Si donc cette méthode a donné de précieux résultats, c'est en partie à ses efforts persévérants et couronnés de succès que ces résultats sont dus.

V. 1° *Atropine*. Dose de 0,001 à 0,005, pour éviter des accidents d'intoxication (Béhier, Gubler, Moutard-Martin).

Solution normale au 100e — 0,30 de sulfate d'atropine pour 30 grammes d'eau.

2° *Morphine*. Les sels employés sont : le chlorhydrate et le sulfate. On peut commencer par administrer le chlorhydrate à la dose de 5 à 10 centigrammes jusqu'à 50 centigrammes, et même au delà, suivant le degré de tolérance.

3° *Narcéine*. La dose de chlorhydrate de narcéine peut être portée sans danger de 0,10 à 0,40 centigr. (Debout, Béhier).

Les solutions au 10e, au 5e, etc., conviennent très-bien pour cette substance.

La *Codéine* n'a pas encore été employée chez l'homme en injections sous-cutanées : il y aurait intérêt à en essayer l'emploi.

4° *Strychnine*. Il convient de commencer avec prudence et de procéder par doses progressives : de 2 à 3 milligrammes jusqu'à 0,01, mais *graduellement, progressivement*. Pour ce qui est du lieu d'élection, le but qu'on se propose répond à cette question : si l'on veut produire une action générale, il n'y a point de règle à ce sujet; mais il est évident que si l'on veut traiter une paralysie locale, il convient de faire l'injection directement sur le trajet du nerf paralysé.

5° *Aconitine*. Elle agit énergiquement à la dose de 1/2 à 2 milligrammes; il ne serait pas prudent de dépasser cette dose (Gubler).

6° *Curare*. La dose ne peut être précisée qu'après expérience faite sur un animal (un lapin, un jeune chien), pour apprécier le degré d'activité, d'énergie du curare que l'on a pu se procurer : agir autrement serait dangereux, car rien n'est moins variable que la nature et l'énergie de ce poison; elles dépendent essentiellement de sa *provenance*.

La solution au 10e est très-commode, bien que déjà un peu épaisse.

7° *Sulfate de quinine*. De 10 à 15 centigrammes (Schachaud, Pihan-Dufeilhay). La solution acide jusqu'ici employée (sulfate dans l'eau acidulée par quelques gouttes d'acide sulfurique) a de sérieux inconvénients; la question des doses a été mal posée; le sujet demande de nouvelles recherches.

8° *Vératrine*. Nitrate de vératrine injecté à la dose de 1/2 à 1 milligramme (Bois). Médicament infidèle, dangereux et jusqu'ici imparfaitement étudié.

9° *Colchicine*. Essayée, une fois seulement, sur un goutteux, et à la dose de 2 milligrammes, elle amena de très-vives douleurs sans modification utile; on dut y renoncer.

10° *Daturine*. 6 à 15 gouttes d'une solution ainsi formulée : 0,05 de daturine pour 4 grammes d'eau distillée (Lorenz).

11° *Conine*. Employée par Lorenz (de Brême) pour faire tomber le pouls dans les maladies inflammatoires (?). Doses de 1 à 6 et 7 milligrammes.

12° *Nicotine*. Employée avec succès par Erlenmeyer à la dose suivante : 4 gouttes de solution de 25 milligrammes de nicotine dans 7 grammes d'eau.

13° *Acide cyanhydrique*. Injection de 2 à 6 gouttes dans un cas d'éclampsie. (M'Leod. *Med. Times*, mars 1863.)

14° *Digitaline*. Dose de 1 à 3 milligrammes; à peine employée. (Voir deux observations dans l'ouvrage déjà cité du docteur Jousset, p. 85.)

15° *Ergotine*. Essayée par Eulenburg, sans succès, dans un cas de toux convulsive, opiniâtre, chez un enfant de trois ans. (Voir *Centralblatt f. d. med.*, 1864.) 3 à 6 milligrammes par jour en solution dans un mélange d'alcool et de glycérine.

16° *Caféine*. Injections à la dose de 1 à 2 centigrammes, au point douloureux dans la migraine. (Erlenmeyer, Eulenberg.)

17° *Teinture de haschisch*. 30 à 60 centigrammes d'un mélange, en parties égales de teinture de haschisch et d'eau distillée. (Thamhayn.)

Des injections ont été essayées avec l'*émétine*, le tartre stibié, l'huile de croton, le chloroforme, etc.; elles sont irritantes, amènent de l'inflammation, des abcès, et doivent être entièrement bannies de la pratique.

Telles sont, avec l'indication des doses et des solutions, les substances toxiques ou médicamenteuses essayées en injections hypodermiques; elles sont nombreuses et variées; pour le plus grand nombre d'entre elles, les effets physiologiques ont été à peine déterminés et les résultats thérapeutiques se ressentent du peu que l'on sait sur ces effets.

On ne saurait donc trop engager les observateurs, non point à ajouter, à cette liste déjà trop longue, une ou plusieurs substances nouvelles, mais bien plutôt à étudier mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici l'effet utile des injections faites avec des substances telles que le sulfate de quinine, la digitaline et quelques autres qui se prêtent merveilleusement à ce mode d'absorption.

De l'arthrite dans le rhumatisme.

M. Guyot, médecin des hôpitaux, a lu à la Société anatomique, cette année, un travail sur la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration. A notre sens, il s'agit d'arthrites développées sur une articulation atteinte de rhumatisme.

Après avoir examiné tous les faits connus et ceux qu'il a empruntés à sa pratique, M. Guyot a conclu qu'il est des cas, sur le diagnostic desquels on ne saurait élever aucun doute, dans lesquels un certain nombre d'altérations bien dessinées, indépendantes de l'intensité et de la durée des accidents locaux du rhumatisme, sont caractérisées par un état inflammatoire de la membrane synoviale, et, de plus, par la présence du pus.

J'ai cherché, ajoute M. Guyot, quelles étaient les conditions qui avaient favorisé la formation du pus. Mes recherches ont été vaines et m'obligent à admettre que l'idiosyncrasie joue dans cette fatale terminaison le rôle le plus important. Il n'y a au-

cun signe qui permette de reconnaître cette prédisposition.

Si, renversant la proposition, nous cherchons à nous rendre compte de la rareté de la terminaison par suppuration, nous ne pouvons l'attribuer qu'à la nature même du rhumatisme. La nature des tissus affectés, invoquée par M. Hardy, la mobilité qui, au dire de M. Marotte, empêcherait la maladie de parcourir toutes ses phases et d'arriver à la période de suppuration, sont des hypothèses qui ne peuvent satisfaire en présence des faits publiés. Je ne saurai davantage admettre, avec M. Malgaigne, que, tant que l'élément rhumastimale domine, on ne voit pas, ou l'on ne voit que bien rarement, la terminaison par suppuration. Mais que si le rhumatisme a à peu près disparu, laissant l'inflammation triompher seule sur une articulation unique, c'est là une terminaison qui n'est pas absolument rare.

Cette loi de balancement paraît à M. Guyot une vue ingénieuse et rien de plus, et il pense qu'une tumeur blanche, succédant à un rhumatisme devenu mono-articulaire, doit être souvent mise sur le compte d'une diathèse scrofuleuse.

Nous avons dit, en commençant cet article, qu'il s'agissait d'arthrites dans le rhumatisme; sans vouloir faire de théorie absolue, il nous paraît que l'on doit envisager la suppuration dans le rhumatisme articulaire comme la pneumonie après la congestion pulmonaire de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire comme une maladie, s'ajoutant à une autre sous des influences extérieures peut-être et indéterminées.

NOTE

sur quelques cas de toux spasmodique observés dans la tuberculisation bronchique chez les enfants.

Par M. le Dr J. Verliac, ancien interne des hôpitaux.

(Lue à la Société médicale d'observation de Paris.)

Parmi les phénomènes morbides qui se rattachent aux tumeurs formées par les ganglions bronchiques, il est un groupe d'accidents nerveux ou spasmodiques dont la connaissance a singulièrement éclairé le diagnostic de la maladie, surtout dans l'enfance où il suffit d'établir l'existence de la tumeur pour pouvoir presque à coup sûr affirmer qu'elle est tuberculeuse. Ces accidents sont variables. C'est tantôt une dyspnée continue ou intermittente, des accès de suffocation analogues à ceux de l'asthme ou de l'œdème de la glotte, tantôt une altération du timbre de la voix, ou des quintes de toux ressemblant à celles de la coqueluche. Ces symptômes se rencontrent soit isolés, soit réunis, dans les observations recueillies par les auteurs.

Nous ne voulons point ici rechercher par le moyen de l'anatomie pathologique, si, dans l'état actuel de la science, on peut légitimement rapporter le mode de production de chacun d'eux à une lésion particulière, et si notamment la dyspnée et la suffocation doivent être attribuées plutôt à la compression des bronches qu'à celle des nerfs. Mais, à notre point de vue spécial, nous rappellerons que MM. Barthez et Rilliet, à qui nous devons d'avoir si nettement étudié et classé les symptômes de la tuberculisation ganglionnaire bronchique, ont positivement établi, d'après les faits, une relation étiologique entre la compression du nerf pneumo-gastrique ou laryngée, et la raucité de la voix ou la toux quinteuse spasmodique.

Pendant notre internat dans le service de M. Barthez, nous avons observé ces quintes de toux dans plusieurs cas où elles ont été d'une persistance et d'une netteté remarquable. Nous avons pu, par l'étude attentive des symptômes, établir pendant la vie le diagnostic de la lésion ganglionnaire, et distinguer ainsi cette affection de la coqueluche véritable qui lui ressemble beaucoup, mais de laquelle nous pensons qu'elle doit être séparée. C'est le résumé de cinq de ces observations que nous donnons ici.

Obs. I. — Eugène M..., âgé de trois ans, est apporté dans le service de M. Barthez, le 25 février 1864. Il tousse depuis trois ou quatre mois, s'affaiblit et maigrit, et depuis un mois la toux est devenue quinteuse. C'est un enfant chétif, légèrement rachitique, maigre, à chairs flasques et molles, portant au cou de nombreux ganglions engorgés. Il a un peu de fièvre, quelques râles humides disséminés, plus abondants à droite. De ce même côté et tout près de la colonne vertébrale, au niveau de l'épine de l'omoplate et un peu au-dessous, on entend une respiration bronchique assez intense qui se transmet faiblement à gauche. A ce niveau existe une légère diminution de la sonorité. En avant et sur les côtés quelques râles. Le malade a de fréquentes quintes de toux dont nous avons été souvent témoins et qui consistent en une série d'expirations rapprochées comme dans la coqueluche, mais sans reprise, bruyante, avec des vomissements alimentaires lorsqu'elles surviennent peu après l'ingestion des aliments ou des boissons. Il vomit aussi parfois sans tousser. Le nombre des quintes varie de cinq à quinze par jour. Au dire des parents elles ont toujours été sans reprise, et ils ont remarqué plusieurs fois du sang parmi les matières vomies.

Le timbre de la voix n'est pas altéré. Dans l'intervalle des quintes, l'enfant est pris de temps en temps d'une toux ordinaire peu intense. Nous avons pu croire d'abord à une coqueluche; mais après quelques jours d'observation, considérant l'absence d'inspiration bruyante à la fin de chaque série d'expirations spasmodiques, la constitution évidemment strumeuse de l'enfant et les phénomènes stéthoscopiques perçus à la racine du poumon droit, nous avons abandonné notre premier diagnostic pour admettre une tuberculisatien bronchique avec compression des nerfs et bronchite intercurrente. Au bout de quinze jours la fièvre avait disparu ainsi que les râles, mais les quintes de toux se présentaient toujours avec les mêmes caractères, ainsi que la respiration bronchique observée dès le début au niveau de l'épine de l'omoplate et près de la colonne vertébrale.

Le 9 mars, après quinze jours d'habitation dans la salle, notre malade prit une rougeole qui, s'accompagnant de broncho-pneumonie et de diarrhée, l'emporta le 27 mars, non sans avoir augmenté le nombre et l'intensité des quintes qui persistèrent jusqu'à ce que, dans les deux ou trois jours qui précédèrent la mort, l'enfant n'eut plus la force de tousser.

Autopsie. — Ganglions mésentériques formant des tumeurs remplies de matière tuberculeuse jaune, rougeur de la muqueuse de l'intestin, surtout du grêle. Broncho-pneumonie des deux bases, plus intense à droite, pas de tubercules pulmonaires.

Les ganglions bronchiques forment à droite une masse considérable dont une partie passe en arrière de la bronche et fait suite à une masse de même nature qui entoure la racine du poumon jusqu'à six centimètres en dehors de la ligne médiane, ce qui nous rend compte du souffle bronchique constamment perçu à ce niveau. Le calibre des bronches n'est pas diminué; au-dessous de la bifurcation de la trachée, l'œsophage adhère intimement à un gros ganglion dont il ne reste plus que la coque indurée et dont le contenu s'est vidé dans l'œsophage par une ouverture circulaire, à bords légèrement frangés, de deux millimètres de diamètre environ.

Le pneumogastrique, après avoir donné le récurrent qui n'est pas comprimé, chemine sur de gros ganglions tuberculeux auxquels il adhère faiblement. Mais, arrivés sur la coque de la caverne ganglionnaire, ses nombreuses branches qui s'étalent pour fournir le plexus pulmonaire, et son tronc reconstitué au-dessous, sont tellement unis à cette coque que, pour les disséquer, il faut comme les sculpter dans ce tissu induré. A gauche, les ganglions sont tuberculeux, mais d'un petit volume.

Le larynx est sain.

Le cœur flasque, anémié.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Obs. II. — Le 20 septembre 1864, H. Oswald, âgé de trois ans et demi, à la suite d'une rougeole, fut pris, il y a deux mois, de toux qui est devenue quinteuse. Il a la face bouffie, un peu d'œdème aux membres inférieurs, sans albuminurie, et présente les signes d'une débilitation profonde; des râles humides assez abondants des deux côtés de la poitrine; dans l'espace interscapulaire et surtout à gauche, près de la colonne vertébrale, une respiration bronchique intense sans râles, diminuant à mesure qu'on s'éloigne de la ligne médiane. En avant des râles humides, sans matité anomale au niveau du sternum et du cœur dont les bruits sont un peu sourds.

Ganglions strumeux au cou.

Les quintes de toux, dont le début n'est pas nettement indiqué, sont caractérisées par une série d'expirations courtes, rapprochées, convulsives, comme dans la coqueluche la mieux établie. Elles sont très-violentes, prolongées, accompagnées parfois d'un peu de suffocation. Mais, jamais, elles ne se terminent par l'inspiration bruyante caractéristique des quintes de coqueluche, pas plus qu'elles ne sont suivies de vomissements ou de rejet de matières filantes. Elles se répètent de dix à vingt fois par jour.

Peu à peu l'œdème fait des progrès, les quintes deviennent plus violentes et s'accompagnent d'accès de suffocation. Le timbre de la voix n'est pas altéré. La respiration bronchique persiste au même niveau et gagne la moitié inférieure des deux côtés de la poitrine en arrière où la percussion donne en même temps une matité absolue. Enfin le malade meurt après quarante jours de séjour dans la salle.

L'autopsie révèle un épanchement séreux dans les plèvres et le péricarde, une tuberculisation des poumons, des plèvres, du péricarde, des ganglions mésentériques et bronchiques. Ces derniers, qui nous intéressent surtout, forment une masse bosselée grosse comme le poing d'un enfant de quinze ans; cette masse occupe la partie médiane du médiastin proémine fortement à gauche et très-peu à droite. Les gros vaisseaux sont entourés et un peu refoulés, mais sans présenter, au moins sur le cadavre, aucun rétrécissement notable. Il en est de même du calibre des bronches; leur muqueuse est rouge, celle du larynx est saine. Le nerf pneumogastrique gauche, entouré par les ganglions au milieu desquels il se perd, leur adhère intimement au moyen d'une gangue de tissu lardacé dont il est impossible de le séparer sans violence. Le névrilème à ce niveau présente un épaississement et une induration très-marqués. Le récurrent se dégage de la partie inférieure de la tumeur et remonte à sa surface sans adhérences morbides.

Obs. III. — Le 20 mai, D. Victorine, deux ans, rachitique, scrofuleuse, peu développée, tousse depuis deux mois et dépérit; depuis quinze jours elle a de la fièvre et de la diarrhée. Elle a une toux très-fréquente et souvent par quintes simulant la coqueluche, sauf la reprise bruyante qui n'existe pas plus que les vomissements, ces quintes sont très-violentes. En même temps, il existe du retentissement du cri aux deux sommets en arrière, et toute la poitrine est généralement peu sonore et remplie de râles fins. Six jours après son entrée, elle meurt, et l'on constate à l'autopsie une infiltration tuberculeuse des poumons avec une grosse masse formée par les ganglions bronchiques tuberculeux. Nous n'avons pas fait nous-même l'autopsie, et nous n'avons pas pu avoir de renseignements sur l'état des pneumogastriques.

Obs. IV. — 28 janvier 1864, Edouard, âgé de sept ans, est affecté depuis cinq mois de quintes de toux, présentant tous les caractères de la coqueluche, mais sans inspiration bruyante, ni vomissement, et revenant de deux à quinze fois par jour. L'auscultation révèle un souffle bronchique dans l'espace interscapulaire au niveau de l'épine de l'omoplate, plus marqué à droite, avec des râles sibilants et ronflants ordinaires. Pendant le cours d'une rougeole contractée dans les salles, ses quintes sont devenues très-violentes sans changer de caractère. Après trois mois de séjour à l'hôpital, l'enfant les conserve encore, ainsi que le souffle bronchique dont l'intensité est variable. La belladone a été employée sans succès, l'huile de foie de morue paraît avoir amélioré la constitution.

Bien que l'autopsie ne soit pas venue confirmer le diagnostic, nous n'avons pas hésité à rapprocher cette observation des précédentes. A cause de l'identité presque absolue des symptômes, de leur coïncidence avec les signes évidents d'une dégénérescence strumeuse des ganglions du cou, et avec ceux que les masses ganglionnaires bronchiques révèlent parfois à l'oreille. Telle a été, d'ailleurs, l'opinion de M. Barthez, et nous ne saurions nous en rapporter au diagnostic d'un observateur plus compétent.

C'est pour les mêmes motifs que nous terminerons par le fait suivant, que nous a présenté, outre les quintes de toux spasmodique, un autre phénomène, que la raucité de la voix, que la physiologie et quelques faits pathologiques semblent devoir rapporter plus spécialement à la lésion du laryngé inférieur.

Obs. V. — G... (Louis), entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, le 6 juin 1864. Il a eu trois semaines auparavant une rougeole et tousse depuis cette époque au dire des parents; à son entrée, il présente une éruption de varicelle qui date de trois jours. Il est affecté d'une toux fréquente, ordinaire, qui devient fréquemment quinteuse et ressemble alors à celle de la coqueluche.

Plusieurs séries d'expirations saccadées, rapprochées, s'accompagnant d'anxiété, de congestion de la face aux vomissements, sans reprise bruyante, constituent ces quintes qui se reproduisent de cinquante à quatre-vingts fois dans les vingt-quatre heures.

La poitrine est remplie de râles ronflants; au sommet droit existe une respiration bronchique très-marquée qui a son maximum d'intensité près de la colonne vertébrale, et qui diminue à mesure qu'on ausculte plus en dehors. L'enfant est pâle, maigre, présente au cou un grand nombre de ganglions engorgés d'un volume médiocre; bientôt on s'aperçoit que sa voix offre un timbre particulier d'une raucité, d'une sauvagerie qui contrastent singulièrement avec sa physionomie douce et son air souffrant. L'enfant a souvent un peu de fièvre le soir; bientôt les râles deviennent humides, disparaissent, puis reviennent, et ce n'est qu'après plus de deux mois et demi qu'une lente amélioration dans l'état général permet de faire sortir le malade de l'hôpital le 28 août; à cette époque la respiration est pure dans toute la poitrine, sauf le sommet droit où l'on retrouve toujours la même respiration bronchique plus ou moins forte suivant les moments. Les quintes de toux sont presque aussi fréquentes qu'au début et la voix a le même timbre. Le 8 octobre l'enfant revient à l'hôpital avec une pneumonie du sommet droit datant de trois jours, les mêmes quintes de toux qu'autrefois et la même voix. Après la résolution de la pneumonie, la respiration bronchique persiste près de la colonne vertébrale, à droite, et retentit légèrement à gauche, mais il n'existe aucun râle dans la poitrine. Pendant trois mois que l'enfant est encore resté à l'hôpital, il a repris de l'embonpoint, mais aucun changement n'est survenu dans les quintes de toux et dans le timbre de la voix. Nous avons employé, sans aucun succès, le sirop de belladone jusqu'à la dose de 30 et même 50 grammes.

Messieurs, dans cette étude nous avons écarté l'idée de la coqueluche pour rattacher ces quintes de toux à une lésion parfaitement déterminée, et démontrée dans deux cas par l'autopsie. La compression du nerf vague et l'altération de son névrilème. Mais les faits nous donnent-ils raison, et notre interprétation est-elle de tout point légitime? Quelques doutes peuvent s'élever, et je dois y répondre. La coqueluche est-elle tellement caractérisée par l'inspiration bruyante, que ce signe ne puisse pas manquer? Ne voit-on pas les quintes se modifier à la fin de la maladie, et n'existe-t-il pas des faits dans lesquels elles ont perdu peu à peu la reprise sifflante, pour persister ainsi incomplètes, parfois très-longtemps?

Ces faits existent en vérité; mais nous pensons que si les observateurs avaient bien cherché, ils auraient pu trouver dans une lésion semblable ou analogue à celles que nous avons notées, l'explication sinon de la modification des quintes, au moins de leur persistance. Du reste, dans ces cas, la véritable coqueluche a toujours précédé la fausse; tandis que dans ceux que nous rapportons, nous n'avons jamais pu constater à aucune période de la maladie une quinte de coqueluche complète. Le sujet de la première observation avait des quintes depuis un mois, celui de la cinquième, depuis trois semaines; ils étaient donc à leur entrée à l'hôpital dans la période où la coqueluche commence à déployer toute la splendeur de sa toux convulsive, et le sifflement n'a pas pu passer inaperçu. Nous sommes obligé de nous en rapporter au dire des parents pour l'enfant n° 4, et ils affirment que les quintes ont toujours été semblables à celles dont nous avons été si souvent témoin. Pour les deux autres nous n'avons pas pu nous renseigner sur le début des quintes, mais ils ne toussaient que depuis deux mois.

Si les quintes se modifient à la fin des coqueluches, c'est pour diminuer d'intensité et disparaître bientôt, remplacées ou non par une toux ordinaire. Ici, au contraire, dans les deux cas où la mort n'y a pas mis fin, les enfants les conservaient encore très-peu diminuées après un long séjour à l'hôpital, et malgré le traitement.

Ajoutons que des faits pareils ont été recueillis chez l'adulte (Longet, *Système nerveux*, t. II), et qu'il faudrait être singulièrement amateur des choses rares pour admettre à cet âge la coïncidence d'une coqueluche véritable avec une lésion du nerf vague, plutôt que de reconnaître une relation étiologique entre le symptôme et la lésion constatée à l'autopsie.

Quel que soit le rôle du pneumogastrique dans la coqueluche, il est clair que la toux spasmodique, que nous avons vue coexister avec l'altération de ce nerf, n'est pas plus la véritable coqueluche que les convulsions épileptiformes causées par les tumeurs cérébrales ne sont la véritable épilepsie. Mais, dût la question rester indécise au point de vue doctrinal, en pratique les deux choses ne doivent pas être confondues, car le pronostic et le traitement sont essentiellement différents. Aussi nous résumons ce travail par les conclusions suivantes.

Les enfants peuvent être affectés de quintes de toux spasmodique qui, au premier abord, ressemblent à celles de la coqueluche; mais elles s'en distinguent par l'absence de sifflement final, de rejet de matières filantes, et souvent, mais non toujours, par l'absence de vomissements.

Nos observations, d'accord avec les données physiologiques et les faits pathologiques déjà connus, tendent à rapporter en général ce symptôme à une altération du pneumogastrique; altération qui, d'après nos autopsies, consiste en une compression du nerf accompagnée d'induration et d'épaississement du névrilème.

Chez les enfants spécialement, lorsque ces phénomènes se

montrent d'emblée ou persistent longtemps après une coqueluche véritable, il y a lieu de soupçonner une compression du nerf par des ganglions bronchiques tuberculeux, et partant de fixer son attention sur ce point, pour diriger, au besoin, la thérapeutique contre la diathèse strumeuse et guérir le symptôme en modifiant la constitution.

THÉRAPEUTIQUE.

De la médication ferrugineuse.

Par M. le docteur Henrion.

Tout a été dit sur les bons effets de la médication martiale dans le grand nombre d'affections où le sang appauvri a perdu de sa plasticité et demande à être reconstitué.

Mais si les médecins sont d'accord aujourd'hui sur les indications thérapeutiques qui déterminent habituellement l'emploi du fer, en est-il ainsi quand il faut appliquer ses préparations si variées et faire un choix raisonné dans leur multitude qui s'accroît sans cesse? Sans vouloir limiter le champ de la science ni décourager l'esprit de recherche, nous parlerons avec franchise : parmi tant de préparations martiales, *toutes héroïques*, combien répondent aux besoins vrais de la pratique? Quels *desiderata* cliniques comblent-elles? Et la chimie, dont nous ne nions pas les services, n'a-t-elle pas trop souvent, sur des analogies de laboratoire, fait oublier aux médecins, en ce qui concerne les ferrugineux, les enseignements de la tradition et de la saine physiologie?

Un instant les préparations de fer dissoutes ont presque fait délaisser le fer métallique, que Sydenham avait employé avec tant de succès. Il était séduisant d'introduire, dans des estomacs fatigués ou trop excitables, une quantité donnée de fer liquide dont l'absorption serait plus rapide et plus complète, et dont l'effet serait plus sûr et plus durable.

Comment l'expérience a-t-elle répondu aux espérances de la théorie? Le contraire a été prouvé, et l'introduction dans la matière médicale du fer réduit par l'hydrogène a achevé son désarroi.

Le fer réduit par l'hydrogène est entré de plain-pied dans la pratique médicale : s'appuyant, non sur des idées *à priori*, comme certains inventeurs, mais sur des milliers d'expériences chimiques et physiologiques qu'il relata dans son mémoire, Quevenne présenta son fer à l'Académie de Médecine qui, sur le rapport de M. le professeur Bouchardat, l'approuva à l'unanimité (22 août 1854); enfin au mois de novembre de la même année, il fut inséré au recueil des remèdes officinaux en vertu d'un arrêté ministériel.

Le Fer Quevenne a subi victorieusement l'épreuve du temps; depuis cette époque, on l'a expérimenté chaque jour sur une vaste échelle, et l'on en est resté, quant à sa valeur thérapeutique, aux conclusions si favorables posées à l'origine par le savant professeur d'hygiène de la Faculté.

Il est encore vrai « que les diverses préparations ferrugineuses, « tout en offrant une grande analogie d'action dans ce que celle-ci « a de fondamental, ne sont pas également aptes à guérir;

« Que le fer pur, toutes choses égales, introduit dans le sang « plus de principes utiles qu'une de ses combinaisons, et que l'on « peut, sous ce point de vue, les classer par rapport à la proportion « de fer qu'elles renferment;

« Que ce n'est pas la quantité de fer ingérée et même dissous, qui « agit pour guérir les malades, comme pour les aliments, au rang « desquels il faut ranger le fer, c'est la quantité utilisée;

« Que le fer réduit de Quevenne étant la préparation qui à la « moindre dose (5 à 10 centig. au principal repas), sans dérange- « ment aucun pour l'appareil digestif, fournit la quantité de fer qui « peut être dissoute et utilisée, c'est à elle qu'il faut donner la préfé- « rence dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués. »

Nous avons expérimenté le Fer Quevenne pour prévenir ou combattre les effets ultimes des cachexies, dans les convalescences laborieuses, dans les fièvres intermittentes rebelles, dans les névroses asthéniques; pour certains tempéraments faibles ou affaiblis c'est un adjuvant nécessaire de l'alimentation réparatrice. Le Fer Quevenne, enfin, est le spécifique de la chlorose, soit qu'elle marche accompagnée de tous ses sympsômes (infiltrations, pertes blanches, maux d'estomac, palpitations, névroses fixes ou erratiques), soit qu'elle n'en présente que quelques-uns.

Nous disons le Fer Quevenne, et non pas le fer réduit par l'hydrogène : c'est que le fer, dès son apparition, a vu naître plusieurs congénères plus ou moins bienfaisants, plus ou moins semblables au type Quevenne.

Les fers réduits du commerce se sont multipliés, variant à l'infini de couleur, de densité et même de composition; ces produits hétérogènes ne peuvent être employés aux mêmes doses que le Fer Quevenne, et le remplacer par eux c'est préparer des déceptions journalières aux médecins et aux malades.

M. le professeur Bouchardat l'a dit avec une haute raison : « L'in- « troduction dans la science médicale du fer réduit par l'hydrogène « due à Quevenne et Miquelard est un fait qui semble très-simple, « mais de l'idée première à sa réalisation pratique combien de tâton- « nements, d'expériences ont été nécessaires, pour obtenir un fer « parfaitement pur!.. Quevenne a établi dans sa fabrique des appareils « admirablement combinés qui fournissent encore à son successeur « un produit réunissant toutes les nuances de la perfection, et c'est « de ce fer que j'ai dit que c'était la meilleure des préparations fer- « rugineuses, et je pourrais ajouter une des plus économiques, car un « flacon de 3 fr. 50 m'a toujours suffi pour un traitement. » (*Annuaire* 1857, p. 142.)

La fabrication du fer Quevenne, loin de péricliter entre les mains de M. Deubreuil, aide et successeur de Quevenne et Miquelard, a reçu de lui une impulsion nouvelle dans son beau laboratoire de Melun (Seine-et-Oise). L'élève, suivant la tradition du maître, a su, par un travail constant, opiniâtre, par le choix scrupuleux des matières, donner à son produit ce cachet de bonne et loyale préparation qui lui a valu une médaille de seconde classe à l'Exposition de 1855.

Préparé en grand, exempt de traces de soufre, complétement réduit, non pyrophorique, attaquable par le suc gastrique, on le reconnaît à sa couleur d'un gris ardoise, à sa division en poudre impalpable, à sa *légèreté*.

Ces caractères, joints à sa richesse nutritive et médicamenteuse, à l'absence de toute saveur, à la facilité avec laquelle on l'administre, à sa conservation indéfinie, à son action à petites doses et à l'économie qui en résulte, le distinguent suffisamment des autres fers réduits du commerce, la plupart lourds et noirâtres, peu ou pas susceptibles d'être attaqués par le suc gastrique et, partant, le plus souvent infidèles.

Un mot encore à nos honorés confrères : nous sommes aujourd'hui en pleine saison de villégiature; les malades, frappés de faiblesse originelle ou acquise, ou dont le sang a besoin d'être régénéré, ne peuvent tous, hélas! quitter leur domicile, leur famille, leurs affaires, pour se rendre soit aux bords de la mer, soit dans un établissement d'eaux minérales. L'usage méthodique du fer Quevenne en poudre ou en dragées, aidé d'une alimentation appropriée et d'un peu d'exercice au grand air, serait, pour la plupart d'entre eux, un moyen presque assuré de soulagement, sinon de guérison parfaite; et, plus d'une fois, nous avons eu à nous louer de cette prescription facile à suivre partout aujourd'hui, à Paris aussi bien qu'ailleurs.

PESTE DES BESTIAUX EN ANGLETERRE.

Ceux de nos lecteurs qui pratiquent l'art vétérinaire ne seront sans doute pas indifférents à une traduction d'un article du *Medical Times*, qui s'occupe d'une peste des bestiaux qui sévit en ce moment en Angleterre.

Voici ce que rapporte le journal anglais; ce sont des notes prises auprès du professeur Gamgee à Albert veterinary College.

Le rédacteur a assisté à l'autopsie d'une vache, et il s'exprime ainsi :

Parmi les lésions anatomiques observées, la plus importante était une lésion des intestins, dont la membrane muqueuse était rouge dans toute son étendue, et une coloration jaunâtre de l'intestin; puis une exsudation dans les plaques de Peyer, qui les faisait saillir à la surface de l'intestin, surtout sur son bord libre. Dans les points où existaient ces plaques, on trouvait l'intestin rempli d'un liquide chocolat. Il n'y avait pas d'ulcérations intestinales. Le hasard nous ayant fourni l'occasion de faire l'autopsie d'une petite fille morte de fièvre typhoïde pendant la première période, nous avons pu comparer les lésions intestinales dans l'espèce humaine et dans l'animal en observation : l'exsudation avait les mêmes caractères.

Depuis, ajoute l'auteur de l'article du *Medical Times*, nous avons examiné d'autres bœufs. Outre les lésions précédentes, nous avons trouvé des hémorrhagies intestinales interstitielles, de la rougeur et du gonflement de la muqueuse du gros intestin; puis une rougeur de la muqueuse des fosses nasales, avec des épanchements de matière plastique et de sang en des points où l'épithélium faisait défaut; et, enfin, des exulcérations de la membrane muqueuse du larynx et de la trachée.

Les vaches étaient amenées des pâturages quelquefois avec un emphysème sous-cutané généralisé, et presque toujours il y avait de l'emphysème autour des reins.

L'auteur de l'article que nous traduisons juge que la peste du bétail n'est pas identique à la fièvre typhoïde de l'homme, parce que chez les animaux les lésions des muqueuses sont plus générales. La maladie, dit-il, est certainement contagieuse.

Le professeur Gamgee pense que la contagion peut s'exercer par d'autres agents que les bestiaux. D'après lui, les choses se seraient ainsi passées dans un cas. Un propriétaire de quarante-cinq bœufs bien portants était allé au marché, où il avait vu quelques bestiaux atteints de la maladie. Il s'était approché d'eux à une petite distance. Une semaine après, il a vu quelques-uns de ses animaux tomber malades, et présenter les signes de la maladie dont il avait remarqué des exemples au marché aux bestiaux, et il s'est défait de ses vaches.

M. Gamgee croit que l'épidémie a pris naissance au marché de Londres, qui a lieu trois fois par semaine, d'où elle a été portée au loin grâce au renouvellement des bestiaux.

Le rédacteur du *Medical Times* ajoute que 2,000 bœufs environ ont été perdus pendant le mois de juillet dans le voisinage de Londres seulement; et il termine son article par un appel à des mesures de salubrité pour arrêter la contagion et empêcher le commerce des animaux morts. Et il dit en passant qu'on reconnaît que la viande de boucherie provient des animaux morts de la maladie épidémique à la coloration noire des os.

Le reste de l'article du journal anglais renferme l'expression d'une panique générale; on prévoit l'effet fâcheux que causera le manque de lait et de viande de boucherie, qui sont d'une cherté rare, et il est recommandé au personnel des paroisses et au Conseil des districts de surveiller eux-mêmes les bonnes conditions hygiéniques du bétail, et l'ensevelissement de tous les débris des animaux morts. A. D.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 2 août 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Autoplastie considérable de la face.

M. Denonvilliers présente à la Société une femme sur laquelle il a pratiqué, il y a une douzaine d'années, une des autoplasties les plus considérables qu'on ait jamais réalisées. Cette femme avait eu, à l'âge de sept ans, une fièvre typhoïde compliquée de gangrène de la bouche. Cette gangrène avait détruit la lèvre supérieure, la lèvre inférieure, la joue droite et une partie du nez. Il en était résulté une vaste ouverture circulaire, circonscrite par les deux mâchoires. Toutes les parties molles environnantes étaient rendues immobiles par un bourrelet cicatriciel. Ce qui restait de la lèvre inférieure était représenté par un simple tubercule voisin de la commissure gauche. Au milieu de ce vaste hiatus se montrait la langue entourée des arcades dentaires, dont les dents étaient projetées en dehors. Un écoulement incessant de salive se faisait par cette ouverture. Aussi la malheureuse enfant était-elle devenue un objet d'horreur et de pitié.

M. Denonvilliers hésita d'abord sur le parti qu'il prendrait devant une aussi grande perte de substance limitée par des tissus si résistants et en même temps complétement immobiles. Il se décida cependant à tenter quelque chose pour cette malheureuse que personne ne voulait recevoir.

Dans plusieurs opérations successives, séparées les unes des autres par plus de six mois, M. Denonvilliers parvint à fermer cette vaste ouverture.

Il refit d'abord une lèvre inférieure au moyen d'un grand lambeau mentonnier limité en haut par une incision faite à quelques millimètres du tissu de cicatrice, en bas par une autre incision, à peu près de même étendue, pratiquée au-dessous du menton.

Dans la deuxième opération, M. Denonvilliers construisit une lèvre supérieure au moyen de deux lambeaux dont les sommets libres partaient des parties latérales des ailes du nez, les pédicules correspondant aux parties de la face qui devaient plus tard former les commissures labiales. Ces lambeaux, d'abord obliques de haut en bas et de dedans en dehors, furent abaissés de manière à devenir horizontaux, et une suture médiane réunit les deux extrémités libres. Chacun d'eux servit donc à reconstituer la moitié de la lèvre supérieure.

Enfin, dans une troisième opération, le trou qui restait à la joue fut comblé par un lambeau pris sur la tempe droite. Ce lambeau, d'abord vertical, fut rendu horizontal et maintenu en place par une série de sutures.

Restait l'aile du nez qui était relevée en dehors et laissait voir une partie de l'intérieur des fosses nasales. Il fallait trouver un moyen de l'abaisser en conservant intact le bord du nez, qui, en général, est dur et très-mal disposé à contracter des adhérences avec des lambeaux, quels qu'ils soient. Pour obtenir cet abaissement de l'aile du nez, M. Denonvilliers la détacha avec une portion de peau située au-dessus d'elle, excepté au niveau de la partie dorsale de l'organe. Il l'abaissa et la fixa à sa nouvelle place. La perte de substance résultant de ce transport de l'aile du nez se trouvant répondre à la portion osseuse de cet organe, M. Denonvilliers espérait que la cicatrice aurait en ce point plus de peine à se rétracter, et produirait par conséquent plus difficilement les difformités qui sont ordinairement la conséquence de cette rétraction : l'événement confirma son espérance.

En résumé, cette femme a aujourd'hui une bouche; les dents, les mâchoires et la langue sont complétement cachées; la salive est retenue dans la cavité buccale dont la joue droite est complète. L'aile du nez a repris sa direction. Cette femme mange de tout, elle peut mâcher le pain et la viande. Sa santé générale est bonne. Elle a pu se marier et n'inspire probablement pas trop de répulsion à son mari, car elle porte dans ses bras son quatrième enfant, qu'elle allaite avec succès.

En terminant, M. Denonvilliers fait observer que dans ces cas de pertes de substances, consécutives à la gangrène de la face, il ne faut pas se hâter d'avoir recours à l'autoplastie. Si on ne laisse pas s'écouler un temps suffisamment long (plusieurs années), les lambeaux se gangrènent. Chez la femme qui fait le sujet de sa communication, ce n'est que douze ans après les désastres produits par la gangrène que la première opération autoplastique a été faite. Les résultats obtenus datent maintenant de dix années, et ils se sont parfaitement maintenus.

Polype volumineux de l'urèthre chez une petite fille de trois ans.

M. Giraldès présente une petite fille de trois ans qui porte à la vulve une tumeur du volume d'un marron d'Inde, qu'on pourrait croire, de prime abord, implantée sur la région vulvaire, mais qu'un examen plus attentif permet de voir naître sur la paroi supérieure de l'urèthre. Cette tumeur, de couleur rouge foncé, ne paraît pas douloureuse au frottement, elle est mollasse et gêne peu la sortie de l'urine qui s'opère au-dessous d'elle. On ne sait pas exactement depuis quand elle s'est développée, mais son volume considérable fait supposer à M. Giraldès qu'elle peut être congéniale. Quoi qu'il en soit, elle lui paraît formée par un véritable polype de la muqueuse uréthrale.

M. Guersant. J'ai eu l'occasion de voir, plusieurs fois, des tumeurs analogues à celle de cette enfant. Après les avoir excisées, j'ai pu me convaincre qu'elles étaient formées par le prolapsus de la muqueuse uréthrale.

M. Giraldès. M. Guersant peut avoir raison quant à la nature de cette tumeur; cependant si l'on tient compte de l'adhérence de la muqueuse uréthrale qui est infiniment plus grande que celle de la muqueuse rectale, on doit être peu disposé à croire à un prolapsus. L'examen anatomique pourra seul juger la question.

M. Blot. Le peu de sensibilité de la tumeur pourrait faire pencher vers l'opinion de M. Guersant. En effet, les polypes de l'urèthre sont, en général, plus douloureux. J'en ai même vu, si l'on peut appeler polypes ces sortes de *granulations*, qui étaient d'une sensibilité excessive. Le moindre contact d'un corps quelconque déterminait des douleurs cuisantes, presque intolérables. Ces granulations uréthrales, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, étaient d'un rouge vif, elles ressemblaient beaucoup aux granulations de la conjonctive dans certaines conjonctivites granuleuses. Je n'en ai observé que trois cas et toujours je les ai trouvées situées sur la partie la plus déclive de la paroi postérieure de l'urèthre. En sorte qu'en faisant bâiller le méat au moyen d'une pince à dissection ordinaire on les apercevait très-facilement. L'examen microscopique y démontre la structure papillaire. Elles déterminent des envies si fréquentes d'uriner que l'une de mes malades n'osait plus sortir de chez elle. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent a suffi pour les faire disparaître définitivement.

Je dois dire que ces granulations de l'urèthre chez la femme ne sont décrites nulle part, si ce n'est dans le *Traité des maladies des organes génitaux externes de la femme*, publié, il y a quelques années, par notre collègue et ami M. A. Guérin. On trouve dans cet ouvrage une observation très-complète de cette affection pour laquelle le chloroforme put à peine rendre l'examen possible, tant la douleur était vive.

M. Verneuil. J'ai très-positivement vu plusieurs fois de véritables prolapsus de la muqueuse uréthrale. J'ai vu également ces granulations dont vient de parler M. Blot. Ce sont évidemment des exemples d'hypertrophie papillaire. Je crois qu'on en trouverait la description dans les leçons de Dupuytren et dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris dans ces dernières années.

M. Giraldès. Ce que viennent de dire MM. Blot et Verneuil m'étonne, attendu que la muqueuse de l'urèthre ne renferme pas de papilles, si ce n'est tout à fait à sa partie inférieure.

Quant à l'insensibilité de la tumeur que porte notre petite malade, elle s'explique par l'étranglement qu'elle subit. Je la crois formée surtout par l'hyperplasie du tissu conjonctif.

M. GUÉRIN. Il faut distinguer deux espèces de polypes dans l'urèthre : ceux qu'a indiqués M. Blot, ils sont, en effet, rares et peu connus ; ceux dont M. Giraldès vient de montrer un exemple, ils sont plus fréquents et beaucoup moins douloureux. L'objection de M. Giraldès relative à l'absence de papilles dans la muqueuse de l'urèthre tombe devant ce fait que les petits polypes ou granulations dont parle M. Blot ne se montrent jamais ailleurs que près de l'orifice externe de l'urèthre. Je les crois donc, avec MM. Blot et Verneuil, des exemples d'hypertrophie papillaire.

M. BLOT. Je crois que toute confusion cesserait si on supprimait le nom de polype qui, par lui-même, ne donne aucune idée juste sur la nature et le point de départ de la maladie. On arriverait à quelque chose de beaucoup plus clair en parlant de prolapsus d'une part et d'hypertrophies papillaires de l'autre.

M. DEPAUL. J'ai vu un certain nombre de fois ces sortes d'hypertrophie de la muqueuse du méat. Les tumeurs ainsi formées varient beaucoup pour le volume. Parmi les polypes, les uns sont douloureux, d'autres ne le sont pas. J'ai vu aussi ces granulations qui peuvent prendre la forme polypeuse. J'ai dû, l'an dernier, en enlever un très-douloureux chez une jeune fille qui a parfaitement guéri.

M. BROCA. Jusqu'à présent, je ne vois pas qu'on ait réfuté l'opinion de M. Guersant, j'ajouterai que j'ai eu aussi l'occasion d'observer un cas de prolapsus de la muqueuse uréthrale, faisant une saillie du volume d'une cerise. Le déplissement de la tumeur permettait de voir très-facilement quelle était sa nature.

M. GUERSANT. J'ai vu ces prolapsus cinq ou six fois, et dans tous les cas je pouvais introduire une sonde dans le manchon formé par la muqueuse en procidence.

M. TRÉLAT demande si cette tumeur est réductible. Il pourrait y avoir tout à la fois hypertrophie et prolapsus. J'ai vu, chez une femme de soixante-quinze ans, vivant à la campagne, un exemple de petit polype de l'urèthre, du volume d'un grain de groseille et causant des douleurs intolérables. L'ablation fut suivie d'une guérison complète.

M. LARREY. Je me rappelle avoir vu, en 1840, un polype de l'urèthre qui n'était nullement douloureux.

Pour leur description, j'ajouterai, aux citations faites par M. Verneuil, celle de la monographie de Nicot et un travail de Gigon.

M. HERVEZ. Je me rappelle avoir vu aussi des fougosités uréthrales, les unes douloureuses, les autres indolores, c'est avec le fer rouge que je les ai combattues. Il suffit, pour appliquer le cautère actuel, de faire bâiller l'urèthre avec une pince à pansement.

M. VERNEUIL. Je pense, d'après ce que j'ai pu voir, pendant un long séjour de trois ans à l'hôpital de Lourcine, que toutes ces tumeurs uréthrales peuvent être rapportées à trois types : 1° les *hypertrophies papillaires*, qui sont très-douloureuses ; 2° l'*hypertrophie de la muqueuse tout entière* ; 3° le *prolapsus* de cette membrane, ces deux dernières espèces sont en général peu douloureuses.

Je ne crois pas qu'on puisse mettre en doute le prolapsus, et je me rappelle maintenant qu'un mémoire sur ce sujet a été publié dans les *Archives générales de médecine*. Ce travail contient la relation d'un cas dans lequel le prolapsus remontait jusqu'au col de la vessie.

M. BLOT. Je remercie mes honorables collègues des renseignements bibliographiques qu'ils ont bien voulu me donner ; je connais tous ces travaux, et c'est précisément parce que je les ai consultés que j'ai pu dire que le livre de M. Alphonse Guérin est le seul dans lequel j'aie trouvé quelque chose sur les granulations uréthrales formées par l'hypertrophie papillaire. Nicot et les autres ont, en effet, traité très-longuement des polypes de l'urèthre ; mais, nulle part, il n'est question dans leurs travaux des granulations en question.

M. TARNIER dit avoir eu, lui aussi, l'occasion de voir un cas de ces granulations très-douloureuses.

COMMUNICATION.

Brûlure de la muqueuse pulmonaire par un jet de vapeur.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques jours, un mode particulier de brûlure sur lequel il n'est peut-être pas inutile d'appeler l'attention. Dans une scierie à la mécanique, voisine de l'hôpital Saint-Antoine, le contre-maître et trois ouvriers travaillaient autour de la chaudière à vapeur quand, tout à coup, la vapeur fit irruption dans la chambre ; les quatre brûlés furent transportés à l'hôpital Saint-Antoine. Le contre-maître, qui avait pu se soustraire à temps à l'action de la vapeur brûlante, en a été quitte pour une brûlure de la peau au deuxième degré, brûlure très-étendue, il est vrai, mais qui, cependant, n'a pas été suivie d'accidents sérieux.

Quant aux trois ouvriers, ils étaient dans un état tellement grave, au moment de leur admission, qu'ils ne pouvaient évidemment survivre. Deux furent placés dans le service de M. Desprès, le troisième dans ma salle. Tous trois présentaient les symptômes d'une asphyxie très-avancée, ils succombèrent entre dix heures et midi. L'accident avait eu lieu entre six et sept heures du matin.

La mort avait été causée incontestablement par l'asphyxie. Il me parut que cette asphyxie ne pouvait dépendre que de la brûlure de la muqueuse pulmonaire. Les trois hommes, il est vrai, avaient une brûlure au deuxième degré de la presque totalité de la surface du corps, et l'on sait que la suppression des fonctions de la peau peut amener des troubles d'hématose, témoin les lapins que Magendie faisait raser et vernir, et qui succombaient à une asphyxie lente. Mais, chez nos malades, l'asphyxie avait marché avec une rapidité telle, qu'elle ne pouvait être attribuée à la suppression de la respiration cutanée. Je pensai donc que la vapeur brûlante, introduite par inspiration jusque dans les vésicules pulmonaires, y avait déterminé une véritable brûlure.

L'autopsie confirma pleinement cette opinion. J'ai pu, grâce à la complaisance de M. Desprès, faire l'ouverture des trois cadavres, et voici ce que nous avons trouvé : Les poumons étaient spléniéss, mais ils n'allaient pas au fond de l'eau. La membrane muqueuse des bronches et de la trachée était d'une couleur noire violacée. Sur les trois cadavres, le cœur et les gros vaisseaux ne renfermaient *aucun caillot*, comme cela s'observe dans les cas ordinaires d'asphyxie.

De ce fait malheureux, on peut, il me semble, tirer l'enseignement suivant : Quand on se trouve dans une chambre fermée où s'échappe, tout à coup, de la vapeur brûlante, il faut s'efforcer de ne pas respirer jusqu'à ce qu'on ait pu donner accès à l'air.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

École pratique.

MM. les étudiants sont informés que, par mesure transitoire, les concours d'admission auront lieu cette année encore au mois de novembre pour les trois sections de l'École pratique qui comprennent chacune vingt-cinq élèves.

Le concours d'admission dans la section de première année est ouvert à tout étudiant aspirant au doctorat qui aura subi avec succès dans la session actuelle le deuxième examen de fin d'année.

Les vacances qui existent dans les deux autres sections seront remplies à la suite d'un concours auquel seront admis, *pour la seconde année*, les étudiants aspirants au doctorat ayant subi avec succès dans la session actuelle le troisième examen de fin d'année, et, *pour la troisième*, les étudiants inscrits comme aspirants au doctorat ayant plus de trois années d'études.

A partir de l'année prochaine, il n'y aura plus d'admission directe dans cette troisième section, où les vacances survenues ne seront point comblées, et les concours d'admission dans les deux premières sections auront lieu au mois d'août immédiatement après la session des examens de fin d'année.

Les conférences, manipulations et exercices pratiques sur les diverses branches de l'enseignement médical, ont été inaugurés dans le cours de l'année qui s'achève pour la troisième section de l'École pratique. Ils seront étendus l'an prochain aux deux autres sections ; et, dès la rentrée, un pavillon distinct, placé sous la direction spéciale d'un prosecteur, sera affecté exclusivement aux élèves des trois sections de l'École pratique.

Enfin, à partir du mois de novembre prochain, des aides de clinique, au nombre de quatre pour chacune des cliniques médicales et pour la clinique d'accouchements de la Faculté, seront nommés par la Faculté sur la présentation de MM. les professeurs de clinique médicale et obstétricale qui les choisiront parmi les élèves des deux dernières années de l'École pratique. Les fonctions d'aides de clinique dureront deux ans (arrêté ministériel du 23 juin 1865).

Nos souscripteurs qui n'ont pas encore soldé le prix de leur abonnement sont prévenus que d'ici à quelques jours nous ferons traite sur eux. — Pour éviter des frais de recouvrement toujours désagréables à supporter, nous prions instamment nos confrères de vouloir bien prévenir l'envoi de notre traite, et de nous envoyer le montant de leur abonnement en un mandat sur la poste.

Éléments de pathologie interne et de thérapeutique, par M. NIEMEYER, professeur à l'Université de Tubingue ; traduction de l'allemand par MM. les docteurs L. Culmann et Ch. Sengel, de Forbach ; revue et annotée par M. le docteur V. Cornil ; précédée d'une introduction par M. le professeur Behier. Tome Ier, 1 vol. in-8° de 900 pages. Prix : 9 fr. — Paris, librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Essai sur les tumeurs fibro-plastiques des os, par M. le docteur M.-M. CARRERA. Broch. in-8°, 4 pl., 2 col. Prix : 3 fr. — Paris, Louis Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine.

De l'uréthrotomie dans les rétrécissements de l'urèthre ; indications et contre-indications, par le docteur BEYRAN. (*Extrait de ses Leçons sur les maladies des voies urinaires.*) A la librairie de Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 96. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 15 ET JEUDI 17 AOUT 1865. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 AOUT 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

Commençons ce compte rendu par les communications qui sortent de la voie commune.

Voici d'abord une note de M. Dancel sur la production du lait. Ce confrère fait jouer à l'eau un rôle dans cette production. On sait que M. Dancel professe des idées qui lui sont toutes particulières, et qui découlent de ses études sur l'obésité. Il est donc facile de comprendre que ces idées ne soient pas acceptées sans contrôle.

Un autre médecin dont le nom est lié à la métallothérapie, M. le docteur Burcq, est plein de foi dans une étude qu'il poursuit depuis bientôt quinze ans. Le choléra est à nos portes, M. Burcq entre de nouveau en campagne. Il vient de lire un mémoire sur l'action préservative du cuivre dans le choléra. Devant une conviction aussi profonde, on ne saurait taire un travail consciencieux. Nous mettrons nos lecteurs à même de juger cette question.

L'ouverture d'un paquet cacheté, déposé en 1852, attire l'attention sur un défaut de conformation des yeux. M. Goulier, auteur de cette note, rappelle que la distance de la vue distincte n'est pas la même chez certaines personnes pour des points espacés sur une ligne horizontale et pour des points espacés sur une ligne verticale. Ce défaut peut être corrigé par des verres à surfaces cylindriques. M. Goulier expose les deux procédés qu'il emploie.

M. Guinier continue ses recherches sur la déglutition. Il arrive à ces conclusions :

1° Dans le mouvement de la déglutition normale, l'épiglotte se renverse sur l'ouverture vestibulaire du larynx par suite de l'action musculaire seule, et ce renversement est indépendant de la présence ou de l'absence d'un bol alimentaire solide ou liquide.

2° Dans l'acte de la déglutition normale, le bol alimentaire traverse avec une grande rapidité la région épiglottique et laryngée par suite de l'aspiration qu'exerce sur lui l'œsophage entr'ouvert dans le vide par le mouvement ascensionnel du larynx, et agissant à la manière d'une ventouse.

Dr E. Le Sourd.

L'hôpital de la Charité vient de perdre le docteur Beau. Ce médecin d'élite vient de succomber à une courte maladie, emportant les regrets de tous ceux qui l'ont approché.

Le médecin de la Charité passe à la postérité sans avoir eu besoin que son mérite fut rehaussé de l'éclat d'une position officielle à l'École de Paris. C'était un de ces esprits chercheurs rempli d'originalité, plus satisfait du travail que des fruits qu'il porte, qui, tout en cotoyant le paradoxe, trouvait par des éclairs d'intelligence des vérités, comme savent en trouver les organisations puissantes.

Nos petis-fils reconnaîtront certainement en lui à côté des Cl. Bernard, des Bouillaud, une des grandes figures médicales qui soutiennent dignement aujourd'hui dans le monde savant l'honneur de la médecine française. Dr Armand Desprès.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. HÉRARD.

Paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main, survenue à la suite de la compression du nerf radial par une béquille.

Le malade que vous avez sous les yeux vous présente un bel exemple de paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main. C'est une affection que vous avez eu déjà l'occasion d'étudier plusieurs fois dans nos salles, et que vous rencontrerez assez fréquemment dans les hôpitaux. Ce qui me porte à appeler plus particulièrement aujourd'hui votre attention sur ce sujet, c'est que, chez notre malade, la cause de la paralysie est un peu différente de celles que vous êtes habitué à rencontrer, du moins dans les services de médecine, et qu'elle ne me paraît pas avoir été suffisamment signalée par les auteurs.

Établissons d'abord qu'il s'agit bien ici de la paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main.

Si je soulève le membre supérieur gauche, vous remarquez immédiatement que la main fortement en pronation ne peut être maintenue dans la direction de l'avant-bras. Le poignet tombe, et il est de toute impossibilité au malade, malgré les efforts de sa volonté, de parvenir à le redresser. Il y a paralysie des muscles extenseurs du poignet, c'est-à-dire des deux radiaux et du cubital postérieur. Vous constatez en même temps que les doigs sont entraînés dans la flexion et ne peuvent être étendus sur le métacarpe. Conséquemment la paralysie a simultanément atteint les muscles extenseurs communs des doigts, extenseur propre de l'index et du petit doigt, long abducteur, long et court extenseur du pouce. Remarquez, en passant, que le mouvement d'extension, impossible pour la première phalange, est au contraire conservé pour la phalangine et la phalangette que le malade, une fois la main relevée, étend, comme vous pouvez en juger, avec une grande facilité. Pourquoi cela? Messieurs, c'est que les muscles extenseurs des deux dernières phalanges, autrement dits les interosseux, ne sont pas animés par le même nerf que les muscles qui étendent la première phalange. Les premiers reçoivent leurs filets moteurs du nerf cubital, les seconds de la branche profonde du nerf radial. Ce fait intéressant de physiologie, si bien mis en relief par M. Duchenne (de Boulogne) vous explique l'indépendance d'action de ces muscles en même temps qu'il vous donne la clef de plusieurs états morbides des doigts, connus sous les noms de *griffe* (paralysie des interosseux), *contracture des extrémités* (contracture des interosseux), etc. Ainsi donc, les seuls muscles que vous trouvez ici paralysés sont les extenseurs de la première phalange des doigts et les extenseurs du poignet, auxquels on peut ajouter les supinateurs, tous muscles animés par la branche profonde du nerf radial. Aussi l'affection que présente notre malade s'appelle-t-elle indifféremment paralysie des extenseurs de l'avant-bras et de la main, ou paralysie du nerf radial.

Si nous recherchons les causes de cette paralysie, nous voyons qu'on peut les diviser en causes générales et en causes locales.

Aux premières appartiennent les diverses intoxications, et en particulier l'intoxication saturnine. Le plomb, comme vous le savez, est une cause fréquente de paralysie de l'avant-bras; cette paralysie est en général facile à reconnaître, et les malades sont les premiers à vous indiquer l'origine de leur affection. Mais il est des cas dans lesquels il est extrêmement difficile de remonter à la source des accidents. En pareil cas, vous avez à votre disposition deux moyens de diagnostic utiles à connaître. Je laisse de côté le liseré des gencives et les autres phénomènes de l'empoisonnement saturnin, je ne m'occupe que de la paralysie. Eh bien! vous avez d'abord l'électricité qui vous permet de constater l'état de la contractilité musculaire dans la paralysie saturnine; la contractilité électrique est nulle ou très-diminuée, tandis que nous verrons tout à l'heure qu'elle est conservée dans d'autres espèces de paralysie, la paralysie rhumatismale par exemple. Dans la paralysie saturnine, la contractilité électrique est abolie comme elle l'est dans toutes les lésions graves des nerfs et de la moelle, et en effet l'examen du nerf radial, dans quelques cas de paralysie saturnine, a démontré des altérations matérielles dans les fibres de ce nerf.

Un autre signe diagnostique vous est fourni par le long supinateur. Ce muscle, beaucoup plutôt fléchisseur que supinateur, est animé par le nerf radial comme les extenseurs de la main et du poignet, et se trouve le plus souvent paralysé en même temps qu'eux. Il y a toutefois une exception pour la paralysie de cause saturnine; dans cette paralysie, par un privilége inexpliqué, le long supinateur conserve toute son action, et, en faisant fléchir l'avant-bras sur le bras, on peut sentir au niveau du coude une sorte de corde dure qui n'existe pas dans les autres espèces de paralysie. C'est encore à M. Duchenne (de Boulogne), que la science est redevable de ce fait important.

Je me borne à vous signaler, en passant, quelques autres intoxications beaucoup plus rarement suivies de paralysie des extenseurs de la main et de l'avant-bras, telles que l'intoxication par la vapeur de charbon et l'intoxication par l'alcool. J'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu, pendant que j'avais l'honneur de remplacer M. le professeur Rostan, une femme qui a succombé aux atteintes graves d'un alcoolisme aigu, et chez laquelle tous les accidents de paralysie ont débuté par les extenseurs de la main et du poignet absolument comme dans les paralysies saturnine et rhumatismale. Mais, au bout d'un certain temps, la paralysie a envahi les fléchisseurs, et cette circonstance empêcherait, en pareil cas, de confondre la paralysie alcoolique avec la paralysie dont il est question en ce moment, et dans laquelle les muscles fléchisseurs conservent leur contractilité physiologique.

Une autre grande cause de paralysie du nerf radial, c'est le *refroidissement*. Cette paralysie, nommée encore paralysie *a frigore*, paralysie *rhumatismale*, survient habituellement chez des individus qui ont couché sur la terre humide, le bras appuyé sur le sol. Un courant d'air reçu sur le membre découvert, surtout lorsque la peau est en transpiration, suffit souvent aussi pour provoquer les symptômes paralytiques. L'affection est de la même nature que les diverses espèces de paralysie rhumatismale, si fréquemment observées, surtout à la face. Une petite différence mérite cependant d'être signalée dans l'expression phénoménale, et a rapport à l'action du courant électrique. Dans l'hémiplégie faciale produite par le froid, la contractilité électro-musculaire est le plus ordinairement diminuée, quelquefois même complétement abolie, tandis qu'elle est conservée dans la paralysie rhumatismale des extenseurs de la main et de l'avant-bras. D'où vient cette différence? On a cherché à l'expliquer par la compression qu'éprouverait le nerf facial enflammé dans son trajet à travers un canal osseux inextensible, et par l'altération des fibres nerveuses qui en est la conséquence. Le degré de diminution de la contractilité électrique donnerait dans ce cas la mesure du désordre matériel et permettrait d'annoncer à l'avance la durée de la maladie, sa curabilité ou son incurabilité.

Il est des cas de paralysie dite rhumatismale dans lesquels le refroidissement n'est pas parfaitement évident, ou plutôt il s'y joint une autre cause qui vient obscurcir la relation étiologique; cette cause c'est la *compression*.

Vous verrez le plus ordinairement que les individus qui se sont endormis, exposés à un courant d'air, avaient en même temps la tête plus ou moins fortement appuyée sur l'avant-bras. Dans ce cas, comme je vous le disais, la cause est complexe. Mais d'autres fois la compression agit seule et elle est des plus évidentes. M. Duchenne (de Boulogne) cite le fait d'un jeune garçon de dix-sept ans, d'une excellente santé antérieure, chez lequel une paralysie des extenseurs se manifesta brusquement dans les conditions suivantes : Étant au théâtre, il avait été obligé de rester pendant plusieurs heures dans une fausse position, les deux mains appuyées sur une rampe et le poids du corps portant sur les membres supérieurs, principalement le bras gauche. En sortant du théâtre, il s'aperçut que ses poignets tombaient sans qu'il pût les relever. La paralysie du côté droit ne dura que vingt-quatre heures, mais celle du côté gauche où la paralysie avait été plus marquée, persista pendant un mois.

Dans d'autres cas, la compression du nerf existe un peu plus haut, au bras. M. Bachon, médecin militaire, dans un fort intéressant mémoire publié dans la *France médicale*, a cité plusieurs observations de paralysie des extenseurs recueillies sur des porteurs d'eau de Rennes. L'eau est transportée dans les maisons de Rennes à l'aide d'énormes cruches, dites *buies*. Le ventre de ces vases est appuyé sur la partie antéro-latérale du thorax; le bras est engagé dans l'anse tournée en dehors et en embrasse la circonférence qu'il presse sur la poitrine. En même temps l'humérus est relevé en haut et en dehors pour donner à l'anse un solide point d'appui. Dans cette attitude, le nerf radial est comprimé à la partie externe du bras, et il en résulte quelquefois une paralysie de ce nerf.

Dans le cas que vous avez sous les yeux, la paralysie a été également déterminée par une compression du nerf radial, dans un point élevé de son parcours; seulement la cause a été un peu différente, et c'est en dedans du bras qu'elle s'est exercée.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade : à la fin de décembre 1864, cet homme fit une chute qui eut pour grave conséquence une fracture des os de la jambe à la partie inférieure et une luxation du pied; la consolidation fut lente à se faire et la rectitude complète du membre ne put jamais être obtenue. Au bout de deux mois, on lui permit de se lever; mais la marche étant très-difficile, le malade était obligé de s'appuyer fortement sur ses béquilles, principalement du côté où la fracture avait eu lieu. Un jour, après une course un peu plus longue que d'habitude, il sentit tout à coup un engourdissement des doigts, annulaire et médius, de la main gauche, suivi presque immédiatement d'impossibilité de les redresser; quelques heures après, les autres doigts et le poignet étaient atteints. Depuis lors, la paralysie a persisté, malgré le traitement mis en usage (électricité, frictions, strychnine à l'intérieur). La conservation de la contractilité électrique nous permet d'espérer une guérison complète, mais il faut que vous sachiez que cette guérison est souvent lente à se produire.

J'ai appelé, Messieurs, votre attention sur ce malade, parce qu'il vous montre une cause de paralysie des extenseurs relativement peu connue. Je ne doute pas cependant qu'elle n'ait été plus d'une fois observée dans les services de chirurgie. M. Bachon, dans le mémoire auquel je faisais tout à l'heure allusion, en cite un exemple, et M. Duchenne (de Boulogne) m'a dit en avoir rencontré quelques cas. Je devais saisir cette occasion de vous signaler un fait rare qui, indépendamment de l'intérêt scientifique qu'il présente, peut avoir une certaine utilité pratique.

HOPITAL MILITAIRE DE STRASBOURG.

M. E. Sonrier.

Sonde-bougie tombée dans la vessie. Extraction par le canal de l'urèthre. Guérison.

On pourrait écrire un volume tout entier rien qu'à énumérer les différentes espèces de corps étrangers qu'on a rencontrés dans la vessie. Les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, les dictionnaires de médecine, tous nos livres classiques, fourmillent d'observations de ce genre.

Les uns ont pénétré par les parois de l'organe, ce sont des débris d'instruments piquants, des parcelles acérées d'équipement, projectiles de guerre de toute nature, esquilles osseuses détachées à la suite de fracture du bassin, matières stercorales, substances non digérées introduites par une perforation préexistante ; instruments divers placés dans le vagin dans un but thérapeutique, et ayant détruit la cloison vésico-vaginale, tels que pessaire, débris d'irrigateurs, etc., etc.

D'autres, et ce sont les plus nombreux, ont été engagés dans le canal de l'urèthre ; ici se déroule la série des objets les plus bizarres qu'une honteuse dépravation ne craint pas d'employer, des aiguilles à cheveux, à tête d'ivoire, fragments de bougie, tuyaux de paille, etc.

Enfin, une troisième série se forme de toutes pièces dans le réservoir urinaire, ce sont les calculs ou bien des débris fibrineux résultant d'une hémorrhagie interne et servant de noyau à des concrétions calcaires.

L'observation suivante, d'une bougie tout entière tombée dans la vessie, pendant le cathétérisme, et extraite heureusement par le canal de l'urèthre, sans opération sanglante, nous a paru, à ce double titre, assez intéressante pour être livrée à la publication.

Le nommé Nury, 23 ans, assez forte constitution, canonnier au 6e d'artillerie, est entré à l'hôpital le 19 février dernier, pour incontinence d'urine ; n'a jamais eu d'uréthrite.

Pressé de questions, afin de savoir à quelle cause nous pouvons rattacher cette infirmité, il finit par nous avouer qu'étant à la manœuvre, le 28 décembre dernier, il éprouve un besoin impérieux d'uriner, après s'être abstenu pendant cinq heures ; mais comme il avait un instructeur par trop esclave du règlement militaire qui ne permet à personne de quitter les rangs pour quelque motif que ce soit, il dut, pendant trois quarts d'heure encore, faire des efforts inouïs pour se retenir, et il fut assez heureux, dit-il, pour échapper ainsi, au prix d'atroces douleurs, à une punition imméritée.

Mais cet excès de zèle à la discipline fut assez mal récompensé : En effet, dès le lendemain, il fut pris d'une douleur très-vive, dans les régions périnéale et hypogastrique, et, pendant toute la nuit, il ne put uriner ; ce n'est que plus tard, après quelques bains de siége, frictions avec liniment camphré opiacé, que la miction fut possible, mais alors il était atteint d'incontinence, il urinait vingt-trois fois pendant la nuit toujours en bavant avec un jet flasque et peu vigoureux.

Les jours suivants il a de la fièvre, avec insomnie, en même temps une tumeur douloureuse apparaît au-dessus du pubis et s'étend jusqu'à la racine de la verge qui devient œdémateuse.

A la suite d'un traitement à l'infirmerie, pendant quinze jours, et qui a consisté en bains de siége, frictions calmantes sur l'hypogastre, boissons diurétiques, application d'un vésicatoire au-dessus du pubis, une certaine amélioration est survenue, la tumeur disparaît en partie, mais l'incontinence, quoique peu impérieuse, persiste toujours, les urines sont troublées par des dépôts muco-purulents. C'est alors qu'il se décide à entrer à l'hôpital.

Si nous avons insisté sur ces antécédents morbides, c'est moins pour atténuer la part de responsabilité d'un accident qui ne nous incombe nullement, que pour expliquer cette pénétration insolite de la bougie, et surtout pour nous assurer, avant d'instituer un traitement, à quelle lésion nous avions affaire.

Le 2 mars, pendant la visite du matin, une sonde bougie en gomme élastique, d'un diamètre de six millimètres, est introduite, avec la plus grande facilité, jusqu'à la vessie. Comme notre intention est de la laisser à demeure, nous recommandons au malade de la maintenir, afin de s'opposer à son expulsion, ainsi que cela arrive d'habitude, pendant les efforts de la miction. Mais en se remettant au lit un peu d'urine s'écoule, il place brusquement le pouce sur l'orifice, et par un mouvement de pression mal calculé sur la résistance (il avait dit-il perdu la tête), il précipite l'instrument, qui malheureusement n'avait pas de rebord en cire, dans le méat urinaire.

Aussitôt nous cherchons à l'arrêter en le comprimant sous la symphyse pubienne, tandis qu'avec une pince à pansement nous essayons de le saisir dans l'intérieur de la fosse naviculaire ; manœuvres inutiles, tentatives infructueuses, le malade s'effraye, contractions spasmodiques de l'urèthre, ténesme vésical ; à chaque effort d'expulsion, la bougie, contrairement à ce qui a lieu, chemine vers la vessie qui semble l'attirer comme par aspiration, l'avaler en quelque sorte ; rien ne peut la fixer, une demi-heure après elle est déjà à quatre centimètres de profondeur. La pince de Hunter introduite n'est pas assez puissante pour vaincre à la fois cette propulsion de *vis à tergo*, et la contraction convulsive à laquelle elle est soumise sur une longueur de 14 à 15 centimètres.

Dans l'impossibilité absolue de la saisir dans le canal, il nous vient à l'idée de l'arrêter, à l'extérieur, au moyen d'une épingle, qui la traverserait de part en part, et nous permettrait d'essayer d'autres procédés d'extraction ; mais nous avons reculé devant cette opération qui ne nous offrait qu'un surcroît de douleurs inutiles, sans nous laisser, pour compensation, entrevoir un succès même douteux.

Cependant, dans ces conjectures, on se résout difficilement à ne rien tenter, l'esprit s'ingénie de toutes manières pour inventer un instrument imprévu. Nous avons bien pensé à introduire une tige terminée par un pas de vis, mouvement de vrille ; mais il a fallu un certain temps pour confectionner cet instrument, et quand nous avons revu notre malade, la bougie était dans la portion membraneuse, c'est-à-dire à 14 centimètres. A cette profondeur, il nous a paru aussi difficile que dangereux d'aller à sa recherche, aussi nous sommes-nous abstenus. A 3 heures du soir le canal est libre, la bougie roulée en spirale est toute entière dans la vessie : notre canonnier urine bien et ne souffre plus. C'est alors que nous allons demander des conseils à M. l'inspecteur Sédillot.

Comme il y a tout avantage à attendre, afin de permettre à la bougie de se ramollir et de se laisser plus facilement comprimer, l'opération est remise à demain.

Le 3. Insomnie, inquiétude, pas de fièvre.

M. le professeur Sédillot, après avoir examiné le malade, pense qu'il y a deux indications à remplir : 1° Saisir la bougie avec le litholabe à cuillères de M. Heurteloup et essayer de lui faire franchir l'urèthre, si son ramollissement et l'extensibilité du canal le permettent ; 2° dans l'impossibilité d'y parvenir, l'amener seulement jusqu'à la portion membraneuse dilatable, puis pratiquer, sur ce conducteur, l'opération de la boutonnière et l'extraire par cette voie. Cette restriction faite prouve assez qu'il pouvait arriver que la première indication ne put être remplie ; en effet, la plupart des chirurgiens ont considéré comme impossible l'extraction d'une bougie par l'urèthre, lorsqu'elle est saisie par le milieu (Nélaton, tome V, page 172). Car, au volume de la pince elle-même, il faut ajouter la plicature de la bougie, qui constitue alors un diamètre supérieur à celui d'un urèthre de dimension ordinaire, quoiqu'il soit cependant dilatable jusqu'à un centimètre. Quant à espérer la saisir par l'une de ses extrémités, on n'y comptait guère, et les instruments que les chirurgiens se sont ingénié à inventer pour atteindre ce but, sont loin de répondre, en pratique, aux espérances que la théorie avait fait concevoir ; nous n'avions pas, au surplus, ces instruments.

Le malade, plongé dans l'anesthésie, est placé dans l'attitude de la taille ; par un coup de bistouri, M. Sédillot agrandit le méat urinaire qui permet l'introduction facile du litholabe jusqu'à la cavité vésicale. Promené dans tous les sens, alternativement ouvert et fermé, l'instrument ne rencontre rien d'abord, mais comme la sonde est sans doute ramollie et facilement dépressible, il peut très-bien se faire que déjà elle ait été saisie, sans que sa présence, entre les mors de la pince, soit constatée au dehors par un peu d'écartement des branches. Ce temps de l'opération est donc assez délicat, et peut même être dangereux, en ce sens qu'on pourrait très-bien saisir la muqueuse devenue insensible par l'action du chloroforme. Cependant, après quelques tractions prudentes et modérées, l'opérateur sent, à une certaine résistance, qu'un corps s'engage dans le col de la vessie, puis dans la portion membraneuse. Alors, par des mouvements lents en différents sens, comme pour le dégager, il l'amène au niveau du bulbe où il éprouve une plus grande résistance ; arrivé au méat, il cesse de marcher malgré des efforts assez considérables ; un coup de bistouri tranche l'obstacle, et nous voyons apparaître, à la satisfaction générale, au bout de la verge la bougie pliée en deux, saisie à l'union du tiers moyen externe, et rabattue sur les côtés des cuillères. Elle est très-molle. Aucun accident à signaler.

Le 4. Insomnie, vomissements à une heure du matin ; pouls à 90 développé, inappétence, soif vive, un peu d'hématurie à la fin de la miction ; sentiment de brûlure en urinant déterminée sans doute par quelques éraillures de la muqueuse uréthrale. Prescription : un bouillon maigre. Limonade purgative, un bain de siége, friction, liniment camphré opiacé.

Le 5. Léger sommeil, amélioration, un peu de fièvre, langue saburrale, vomissements, hématurie moindre, urine assez bien, mais le jet est peu vigoureux ; même prescription, sulfate de quinine 0,5.

Le 6. Sommeil meilleur, pas de fièvre, pas de vomissements ni hématurie, douleur toujours vive au périnée. Prescription : cinq sangsues à cette région, bain de siége, injection huileuse dans l'urèthre, frictions avec liniment camphré opiacé.

Le 7. Amélioration, pouls à 70, bon sommeil, pas de fièvre, encore cinq sangsues au périnée, sulfate de quinine 0,5, liniment.

Le 9. L'amélioration se soutient, cinq sangsues ; on suspend le sulfate de quinine.

Pendant le mois de mars, avril et mai, l'amélioration progresse vers la guérison, cependant il éprouve toujours un sentiment de douleur à l'hypogastre et au périnée ; dans le courant d'avril, il s'écoule par le canal de l'urèthre une matière semi-purulente peu abondante (blennorrhagie traumatique), le besoin d'uriner (deux ou trois fois par nuit), se fait moins sentir, mais le jet est toujours flasque et peu étendu.

Le 8 juin. État très-satisfaisant, les urines sont limpides, pas d'odeur ammoniacale, sommeil excellent, bon appétit, les forces sont revenues et les douleurs de son ancienne cystite disparaissent un peu chaque jour.

De cette curieuse observation on peut tirer quelques déductions pratiques intéressantes.

Nous voyons d'abord qu'une rétention d'urine volontaire, forcée, a suffi pour produire une cystite par dilacération de la muqueuse, avec incontinence consécutive et paralysie du sphincter.

Comment expliquer ce fait pathologique ?

Il est permis d'admettre que l'accumulation de l'urine dans son réservoir, au delà des limites physiologiques de résistance normale, a produit d'abord une distension considérable de l'organe, puis une éraillure de la muqueuse vésicale par laquelle le liquide épanché s'est infiltré dans le tissu cellulaire rétro-pubien, et a donné lieu à cette tumeur signalée à la région hypogastrique s'étendant jusqu'au pénis ; qu'enfin une paralysie consécutive, ainsi que le prouve l'incontinence d'urine, a été la conséquence de tous ces désordres.

Cette disposition morbide nouvelle ne suffit-elle pas pour expliquer par quel mécanisme l'accident s'est produit ? Nous le croyons ; en effet, dès que la bougie a été plongée dans le canal, son extrémité externe encore en rapport avec le méat et la partie spongieuse était seule soumise à une certaine pression, tandis que l'extrémité interne, au contraire, déjà dans la vessie ou flottant dans la portion prostatique et membraneuse relâchée, n'était plus maintenue par ces organes paralysés ; dès lors, dans ces conditions de calibre différent et de pression inégale, l'urèthre devait naturellement, par cette double raison, la précipiter vers l'ouverture la plus grande, c'est-à-dire dans la vessie, absolument comme tout corps comprimé entre deux plans non parallèles s'échappe par l'extrémité la plus large ; et la preuve que les choses ont dû se passer ainsi, c'est que, lors de l'extraction de la bougie, on n'a réellement éprouvé de la résistance que dans la portion spongieuse vers le méat urinaire.

SUR LA THORACENTÈSE,

Par M. le Dr Abeille.

(Lu à la Société de médecine pratique le 1er juin.)

J'en suis au moins à la quatre-vingtième opération depuis 1849, où je l'ai pratiquée pour la première fois. C'est vous dire que je pourrais vous entretenir de ce sujet avec pleine connaissance de cause. J'ai opéré dans les épanchements aigus et dans les épanchements chroniques de toutes sortes, dans des cas d'épanchements symptomatiques.

Vous n'attendez pas de moi que je vous fasse une dissertation en règle sur ce sujet si important, si débattu ; il me faudrait consacrer beaucoup plus de temps que nos devoirs ne nous le permettent ; plusieurs séances ne suffiraient pas.

Vous le savez mieux que moi, qu'à l'heure qu'il est il y a encore des médecins qui veulent l'opération de la thoracentèse, quels que soient les cas ; qu'il en est d'autres, au contraire, qui recourent à cette opération dans quelques cas bien tranchés, dans les vastes épanchements aigus ou sub-aigus de date récente, alors que la vie du malade est menacée, qu'on peut craindre une mort subite par syncope ou par asphyxie. Tel est, à part quelques exceptions, le résultat auquel on est arrivé depuis tant d'années où cette opération est discutée dans les académies et les sociétés savantes. Des craintes, des craintes et toujours des craintes, voilà les raisons des adversaires. Sur quels motifs sérieux, sur quels faits bien clairs, bien précis et bien authentiques ces craintes sont-elles fondées ? Il faut bien le dire une fois pour toutes, sur aucun fait probant, sur aucune raison bien valable. J'ai beaucoup étudié cette question, j'ai médité sur tous les faits invoqués et je n'en ai jamais trouvé un seul qui puisse légitimer les vives appréhensions des opposants ; pas un seul fait n'est là qui puisse prouver que la thoracentèse bien faite ait causé la mort d'un malade, ou même accéléré sa fin. Pures théories, vains raisonnements. N'a-t-on pas dit que cette opération, pratiquée plusieurs fois sur le même sujet, était cause de la transformation d'un épanchement séreux en épanchement séro-purulent ? Cela n'est pas, cela ne peut pas être, quand on opère bien. Qui parle ainsi, du reste ? Ceux qui n'opèrent pas ou que très-peu, ceux qui n'ont pas constaté *de visu*. Qu'on évite la pénétration de l'air dans la poitrine, qu'on évite de décoller des fausses membranes en pénétrant hardiment dans la poitrine avec un instrument bien tranchant ; qu'on ait soin de mettre, par un pli relevé de la peau, une bonne distance entre l'ouverture cutanée et celle de la plèvre, pour que le liquide restant ne puisse passer de la dernière ouverture à la première et entretenir ou susciter une phlegmasie sous-cutanée ; qu'on ne fasse enfin aucune incision préalable à la peau, mais qu'on enfonce directement le trocart, ce qui permet une obturation rapide et une cicatrisation prompte, et on n'aura rien à craindre pour la purulence ultérieure. J'ai, pour mon compte, pratiqué jusqu'à trois fois en peu de temps l'opération sur le même sujet, et la nature de l'épanchement n'a pas changé. C'était sur un sapeur atteint d'un vaste épanchement du côté droit. Cet homme était malade depuis fort longtemps ; il avait maigri d'une façon considérable ; l'opération fut pratiquée *in extremis* la première fois ; l'épanchement se reproduisit complétement et nécessitait une deuxième opération au bout de huit jours. Quinze jours après, troisième opération. Un mois après cette dernière, le malade succomba avec ses extrémités inférieures infiltrées. Voulez-vous savoir ce qu'il avait, un abcès par congestion situé sur la face antérieure de la colonne vertébrale de haut en bas, à forme conique, sommet en haut, base en bas ; toutes les vertèbres, y compris la dernière cervicale, présentaient une exfoliation de la face antérieure du corps vertébral ; le péricarde contenait un verre de liquide.

On a cité comme exemple de mort subite à la suite de la thoracentèse, un malade opéré par M. Trousseau. Le lendemain de l'opération ce malade expira subitement. Outre que le malade s'était levé plusieurs fois, mis en colère, l'autopsie laisse des *desiderata* tels qu'on ne peut savoir dans quel état étaient le cœur et les gros vaisseaux, et qu'on est forcé de conclure, pour expliquer la mort, qu'il y a eu une inconnue. D'ailleurs, Messieurs, le même fait s'est produit quelquefois avant d'opérer et alors on ne peut accuser l'opération.

Voici un cas extrêmement remarquable que je suis contraint de vous raconter brièvement. C'était en 1839, je me rendais, pour quelques jours, dans mon pays natal, à Saint-Tropez (Var). Je fus mandé le soir de mon arrivée chez le docteur Champagne, le praticien le plus en renom dans le pays. Ce confrère était très-malade depuis huit jours et recevait les soins des deux autres médecins de l'endroit. Il voulut avoir mon avis. Je constatai un énorme épanchement pleural gauche avec grande gêne dans la respiration. La famille du malade provoqua une consultation pour le lendemain matin, à dix heures. Là je proposai de pratiquer immédiatement la thoracentèse, ce qui fut accepté par le malade. Les deux confrères en consultation ne souscrivirent point à la proposition. Force fut d'ajourner, malgré les pressantes sollicitations du malade. Vous avouerai-je, Messieurs, que, n'ayant jamais opéré, j'étais presque content de l'opposition qui m'était faite ! Le même jour, à dix heures du soir, on vient m'appeler en toute hâte en me disant que le docteur Champagne avait une syncope. J'accours immédiatement, et les autres confrères, prévenus aussi, arrivèrent en même temps. M. Champagne était mort. A la suite d'un lavement mal administré, il s'était mis en colère, avait bondi sur son lit et était retombé sans connaissance en poussant un soupir.

Je demandai et obtins avec peine de la famille et des autorités de

l'endroit de faire l'autopsie. Elle dut avoir lieu au cimetière, en face de tout un peuple qui avait accompagné à sa demeure dernière le médecin qu'il vénérait. J'étais assisté des deux confrères qui avaient soigné le malade. La cavité pleurale gauche était exactement remplie d'une gelée analogue à celle des charcutiers; le poumon refoulé tout à fait au sommet. Une masse de cette gelée se trouvait déjetée sur le cœur et les gros vaisseaux. Le cœur et les gros vaisseaux contenaient un sang fluide, noirâtre et poisseux, sans caillot fibrineux. Un peu de liquide dans le péricarde. Rien ailleurs. La cause de la mort fut révélée. . . . .

Cette masse gélatiniforme était-elle un résultat *post mortem?* Mais alors, pourquoi ne l'observe-t-on pas fréquemment dans des cas semblables? Je crois à cette coagulation durant la vie. J'ai même toujours pensé que c'était l'ébranlement de cette masse sur le cœur et les gros vaisseaux qui avait déterminé la mort par syncope. Qu'aurait-on dit si j'avais opéré le malade? on aurait accusé la thoracentèse. Je crois pouvoir affirmer que la thoracentèse, même avec un minime écoulement du liquide, eut sauvé le malade en permettant la dissolution du coagulum, ainsi que je l'ai vu plus tard dans une autre circonstance. Le docteur Champagne était d'une constitution athlétique, dans la vigueur de l'âge et d'une santé brillante jusque-là.

En 1853, à l'hôpital du Roule, un malade atteint de pleurésie au septième jour, après traitement actif, présentait un épanchement à droite de plus des deux tiers. Familiarisé alors avec l'opération, je la propose, elle est acceptée. Le huitième jour j'opère. Le trocart pénètre sans résistance, mais le dard retiré, il ne s'écoule que quelques gouttes de sérosité. Je fais basculer la canule en sens divers. Il s'écoule alors une petite quantité de sérum, un demi-verre environ, puis plus rien. Je retire la canule au grand étonnement des aides. Je craignais pour le lendemain. Le lendemain, le malade avait passé une bonne nuit et la respiration était allégée. La matité était descendue et on entendait la respiration dans un peu plus du tiers supérieur. Quinze jours après, à la suite de purgatifs et d'émétiques, le malade était guéri. J'ai toujours pensé qu'il s'était agi d'un épanchement coagulé et enveloppant le poumon sans que celui-ci fut complétement soulevé, comme on voit quelquefois dans les premiers jours d'une pleurésie, le liquide, par une sorte d'aspiration ou de capillarité, remonter autour du poumon bien haut comme s'il s'agissait d'un vaste épanchement, et redescendre pour s'accumuler dans les parties inférieures.

On répète à satiété que la thoracentèse ne guérit point ou ne donne aucun résultat avantageux dans les épanchements chroniques. C'est encore là une erreur grossière, accréditée sans preuves ni motif précis. Je me souviens d'un cas opéré par M. Jules Guérin, mon ami, dans mon service à l'hôpital du Val-de-Grâce, en 1849 ou commencement de 1850. Il s'agissait d'un épanchement de plus de deux mois. Le malade fut opéré deux fois et guérison radicale s'en suivit. Mais voici un fait bien autrement remarquable. Le sujet habite Paris et occupe actuellement une jolie position au ministère des finances. M. X..., sous-officier dans un régiment de ligne en Afrique, est atteint d'une pleurésie peu intense qui donne lieu à un épanchement considérable. Traité activement, il ne fut point guéri pendant un séjour de plus de deux mois dans les hôpitaux d'Algérie. Il fut envoyé en convalescence et vint à Paris dans sa famille. Après trois mois, sa convalescence fut prolongée de trois mois encore, et, après ce nouveau laps de temps, ne se sentant pas guéri, le malade entre à l'hôpital du Roule en 1853. Il avait un épanchement du côté droit montant jusqu'à peu près au tiers supérieur. Sa constitution était détériorée. Je pratiquai la thoracentèse, qui donna lieu à un écoulement d'un litre et un tiers de liquide séreux un peu louche. Le malade était apyrétique; il y eut un soulagement très-marqué. A dix jours de distance, il s'était reproduit un nouvel épanchement, ne remontant pas tout à fait à la partie moyenne. Nouvelle opération. Après cela, avec le quinquina, les ferrugineux et deux purgations, la guérison complète fut obtenue, et le malade quitta l'hôpital un mois et demi après son entrée. Ce militaire était à la fin de son congé; il resta à Paris, entra au ministère des finances où il est encore aujourd'hui. Je l'ai vu nombre de fois et le vois encore souvent. Il est robuste et parfaitement bien portant. Vous comprenez, Messieurs, que je ne fais que vous citer des faits sans vous donner des détails cliniques qui compléteraient ces observations, dont la plupart, du reste, ont été publiées *in extenso* dans les journaux de médecine.

On trouve des motifs très-autorisés, dit-on, pour ne pas opérer quand les malades atteints d'épanchements sont tuberculeux. Eh bien, Messieurs, la thoracentèse procure ici de grands avantages, peut même faire disparaître l'épanchement sans troubler la marche des tubercules pulmonaires, et met au moins les malades dans une meilleure position. Un sergent de ville, habitant 66, rue du Rocher, père de famille, toussant depuis longtemps, amaigri, ayant fait plusieurs séjours dans les hôpitaux, était atteint d'un énorme épanchement pleural du côté droit en 1857. Il était soigné depuis un mois quand je fus appelé. Le sommet du poumon gauche offrait des signes non douteux de cavernules; l'amaigrissement était considérable; il y avait état fébrile prononcé et la respiration était suffocante. J'opérai la thoracentèse avec un de mes amis, le docteur Dobbé, médecin major au 3e régiment de la garde. Il s'écoula plus de deux litres de liquide. L'amélioration suivit rapidement une marche croissante. Au bout d'un mois il ne s'était reproduit qu'un peu d'épanchement à la base, et le malade put partir dans le midi de la France, son pays natal, où il séjourna trois mois. Revenant pour reprendre son service, il eut à supporter en route une température extrêmement froide et fut pris, en arrivant à Paris, d'un frisson violent qui se répéta trois fois dans la même journée. C'était une double fluxion de poitrine qui se déclarait et qui l'enleva en huit jours. Notez que l'épanchement ne s'était pas reproduit.

Je vous ai dit, Messieurs, que j'avais opéré un peu dans toutes sortes de cas, même dans des épanchements symptomatiques chroniques. J'ai eu à regretter une seule fois des accidents formidables qui entraînèrent la mort au bout d'un mois et demi. Le cas était grave en lui-même; il s'agissait d'un épanchement purulent. Il ne faut point imputer cet accident à la thoracentèse, mais bien à l'opérateur. J'avais voulu mieux faire qu'autrefois, j'avais fait construire par le docteur Garriel un appareil en caoutchouc pour exercer une puissante aspiration du liquide. Cette aspiration fut telle qu'il y eut des décollements de fausses membranes, qu'il survint des douleurs violentes avec exaspération de la fièvre. Depuis je m'en suis tenu au manuel opératoire le plus simple, laissant s'écouler naturellement le liquide, et je m'en suis bien trouvé.

Messieurs, le malade que je viens d'opérer tout récemment et à propos duquel j'ai fait une si grande digression, est un conducteur d'omnibus, 3, rue de Longchamp, à Passy. A la suite d'une pleurésie sub-aiguë, insidieuse, pour laquelle on n'avait appliqué qu'un vésicatoire et donné deux purgatifs, un épanchement de tout le côté droit était survenu. Je ne vis le malade qu'au vingt-septième jour. Il y avait encore de la fièvre (92 pulsations); matité absolue dans tout le côté de haut en bas, absence complète de bruit respiratoire; ni égophonie, ni souffle tubaire, ce qui vous indique que l'épanchement remplissait exactement toute la cavité. Le malade était dépéri et respirait avec grande difficulté. Je l'opérai le 24 mai. Il s'est écoulé deux litres et demi de liquide séro-sanguinolent dont je vous montre ici un échantillon; quelques globules de pus existent dans ce liquide, c'est ce que m'a révélé l'examen microscopique. Nul doute qu'il ne fût arrivé plus tard à la purulence. Aujourd'hui, j'ai revu ce malade, il s'est déjà levé depuis deux jours. La fièvre a complétement cessé, l'épanchement ne s'est pas reproduit, car la minime quantité qu'on observe à la base me paraît être le liquide resté après l'opération. Le déplissement pulmonaire s'est très-bien opéré et on entend le murmure vésiculaire dans les deux tiers supérieurs et jusqu'à moitié du tiers inférieur. Je lui ai donné quelques diurétiques, j'ai prescrit une purgation saline et j'ai appliqué un vésicatoire à la base.

Nota. Le 9 juin ce malade est venu lui-même remercier M. Abeille. La guérison était complète. . . . . .

ÉPILEPSIE TRAITÉE PAR LE BROMURE DE POTASSIUM,

Par le docteur Louis Demeurat, de Tournan.

La jeune personne, sujet de l'observation suivante, est âgée de vingt-quatre ans, assez grande, bien faite, embonpoint marqué, cheveux et yeux noirs, peau un peu brune, teint mat. Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, sa santé fut excellente, la menstruation facile et régulière, jamais d'accidents de chorée ou d'hystérie. Le père et la mère vivent encore et se portent bien; ils n'ont jamais eu de maladie à forme convulsive. Le grand-père paternel est mort d'un cancer à la face. Deux frères de la malade se sont suicidés sans causes connues; l'un s'est pendu dans le parc attenant à l'habitation, l'autre s'est noyé. Enfin il y a encore une sœur, et, jusqu'à ces derniers temps, sa santé avait paru bonne; mais, depuis quelques mois, il est survenu des étourdissements, des soubresauts nerveux et de l'insomnie, avec agitation. Cette dame a eu une fille, morte à huit ou neuf ans, épileptique et idiote dès sa naissance.

Il y a sept ans, un chien enragé, que l'on tuait dans la cour de la maison, causa une vive frayeur à la jeune fille, et le premier accès se produisit. Il n'y eut pendant longtemps que le vertige épileptique; la durée de la perte de connaissance était d'environ une à deux minutes, la malade ne poussait pas de cri. Après avoir employé sans succès toute la série des antispasmodiques, j'essayai la belladone; le sulfate d'atropine et l'oxyde de zinc à haute dose, rien ne modifia le retour des accès. Je conduisis la malade chez M. Herpin, qui conseilla le lactate de zinc à doses croissantes selon sa méthode.

La patiente en prit pendant presque une année; les accès s'éloignèrent d'abord, et enfin il y eut un laps de huit mois sans une attaque, mais..... les règles s'étaient supprimées depuis six mois; la malade avait maigri, sa peau était devenue jaune-paille, les muqueuses étaient entièrement décolorées, il y avait des palpitations, de la bouffissure, de l'innapétence, et enfin la jeune fille s'alita, avec des brisements des membres, de la céphalalgie au sommet de la tête, de l'affaiblissement de la vue, du météorisme et douleurs du ventre. Le pouls était mou, petit, dépressible, la peau froide. Il y avait évidemment une intoxication par le sel de zinc. Le traitement consista en purgatifs doux, toniques, ayant le quinquina pour base, et plus tard en ferrugineux, associés aux amers. Après six semaines, la malade revint à sa santé primitive, et les règles reparurent, mais en même temps reparurent les accès, et, cette fois, avec le cachet de l'épilepsie vraie. Cri initial, chûtes, mouvements, écume aux lèvres, morsure de la langue, urines involontaires, etc. Ici commencent les accidents; écrasement du nez, fractures des dents, brûlures profondes et graves des mains. Ne voulant pas recommencer le lactate de zinc, je conduisis de nouveau la malade chez M. Herpin, à qui je fis part de ce qui était survenu. Je lui fis observer en même temps que les époques menstruelles avaient une action bien marquée sur le retour des accès. Il reconnut comme moi que l'accès était complet, et conseilla la poudre de racine d'armoise à haute dose. Employé pendant plusieurs mois, ce médicament est resté sans action; les accès sont devenus de plus en plus fréquents, séparés à peine par l'intervalle d'une semaine, seulement ils survenaient le plus souvent la nuit, la malade étant couchée. A cette époque, et à un mois à peine de distance, j'eus à réduire deux luxations de l'épaule droite produites pendant des accès. C'est alors que, me fondant sur le tempérament de ma malade et sur la coïncidence de l'époque menstruelle avec le retour des accès, je tentai l'emploi du bromure de potassium. Je le commençai, le 21 août 1863, à la dose de 1 gramme 50. Le 28 septembre, il y eut un accès; à la fin de novembre, un second accès. Je portai la dose à 2 grammes, et, depuis ce moment jusqu'aujourd'hui 1er août 1865, c'est-à-dire depuis vingt mois, il n'y a pas eu une attaque. Les règles viennent bien et régulièrement, il y a de l'embonpoint et une bonne coloration de la face, des téguments et des muqueuses. La jeune fille est gaie, a bon espoir, son moral est excellent; l'estomac et le tube digestif sont en bon état; les digestions sont excellentes, ainsi que l'appétit. Il n'y a ni palpitations ni céphalalgie. Depuis sept mois, la malade ne prend de bromure que quinze jours avant l'époque menstruelle, toujours à la dose de 2 grammes.

Ce qui rend cette observation intéressante, c'est d'abord le développement chez tous les membres d'une famille, de l'épilepsie sous ses formes les plus graves et se terminant dans deux cas par le suicide, sans que les père, mère ou ascendants, aient présenté de maladies à forme convulsive.

Chez les deux frères qui se sont suicidés, on avait évidemment affaire à la forme nocturne, et les accès avaient échappé ainsi à l'observation; mais le suicide sans cause, qui a terminé la scène, ne peut laisser aucun doute à ce sujet. Le second point à noter, c'est l'intoxication par le lactate de zinc, et ensuite, l'action rapidement heureuse du bromure de potassium.

On remarquera aussi que le bromure, continué pendant vingt-trois mois, n'a déterminé aucun accident.

Par l'emploi du lactate de zinc, les accès cessent, mais la fonction de l'utérus cesse aussi. Il y a empoisonnement complet, le médicament tue les accès, mais il finirait par tuer le malade.

Pendant l'emploi des sels de zinc, la malade avait toujours ressenti, outre les accès, des tressaillements, des soubresauts; depuis l'emploi du bromure de potassium, le calme est entier et complet.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Chefs de clinique.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu l'ordonnance royale du 2 février 1823;

Vu l'arrêté ministériel du 23 août 1862;

Vu l'avis de la Faculté de médecine de Paris;

Vu le rapport du vice-recteur de l'Académie de Paris en date du 3 juin 1865;

Arrête :

Art. 1er. A chacune des chaires de clinique médicale et obstétricale sont attachés un chef de clinique et quatre aides de clinique, qui sont à la disposition du professeur pour les soins à donner aux malades, ainsi que pour les besoins du service et de l'enseignement.

Art. 2. La durée de ces fonctions, pour les chefs et les aides de clinique, est de deux ans.

Art. 3. Les chefs de clinique médicale et obstétricale sont nommés par le ministre de l'instruction publique après un concours ouvert chaque année à la Faculté de médecine.

Art. 4. Le nombre des places mises au concours est de deux tous les ans pour la clinique médicale, et d'une tous les deux ans pour la clinique obstétricale.

Art. 5. Sont seuls admis à concourir pour les emplois de chefs de clinique les candidats docteurs ou étudiants en médecine âgés de moins de trente-quatre ans, qui auront obtenu soit le grand prix, soit un premier ou un second prix de l'École pratique, le prix Corvisart, ou une des médailles du concours établi entre les internes de troisième et de quatrième année des hôpitaux civils de Paris, et ceux qui, ayant fait comme aides de clinique un bon service attesté par le professeur, auront obtenu au moins une mention dans l'un des concours cités précédemment.

Les fonctions de chefs de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Art. 6. Les chefs de clinique médicale nouvellement nommés sont attachés aux professeurs dont le service devient vacant, et le plus ancien de ces professeurs a le droit de choisir celui des chefs de clinique qu'il préfère.

Art. 7. Les aides de clinique sont nommés par la Faculté sur la présentation des professeurs de clinique médicale et obstétricale, qui, procédant par ordre d'ancienneté, les choisissent parmi les élèves des deux dernières années de l'École pratique.

Les chefs et aides de clinique entrent en fonctions le 1er novembre de l'année où ils ont été nommés.

Art. 8. Les jurys de concours sont composés de cinq professeurs, ainsi qu'il suit :

1° Pour les places de chefs de clinique médicale :

Deux des professeurs de clinique médicale désignés par le sort; les deux professeurs de pathologie interne, un professeur désigné par le sort parmi les titulaires des trois chaires de pathologie et thérapeutique générales, anatomie pathologique et thérapeutique.

2° Pour la place de chef de clinique d'accouchements :

Les deux professeurs d'accouchement, deux des professeurs de clinique chirurgicale désignés par le sort; un professeur désigné par le sort parmi les titulaires des chaires de pathologie externe et de médecine opératoire.

Art. 9. Les épreuves du concours sont de deux ordres : les unes éliminatoires, communes à tous les candidats, les autres définitives auxquelles seront admis deux candidats seulement par chaque place mise au concours.

Pour les places de chefs de clinique médicale, les épreuves éliminatoires comprennent :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur un seul malade après dix minutes d'examen;

2° Une dissertation orale d'un quart d'heure de durée, sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, micrographique ou chimique.

L'épreuve définitive réservée aux candidats déclarés admissibles se compose :

D'une leçon clinique de vingt minutes de durée sur deux malades, après dix minutes d'examen pour chacun, avec la faculté de se borner, pour l'un des deux, à l'énonciation sommaire du diagnostic et du traitement.

Pour les places de chefs de clinique d'accouchement, les épreuves éliminatoires comprennent :

1° Une leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur une femme, après dix minutes d'examen;

2° Une dissertation orale de vingt minutes de durée sur un cas de dystocie, avec ou sans manœuvres.

L'épreuve définitive se composera d'une leçon clinique de vingt minutes de durée, sur deux femmes, après dix minutes d'examen pour chacune, avec la faculté de se borner, pour l'une d'elles, à l'énonciation des principales circonstances à relever au point de vue de la pratique obstétricale.

Art. 10. Les chefs de clinique reçoivent une indemnité annuelle.

Les fonctions d'aides de clinique sont gratuites.

Art. 11. Dispositions transitoires :

Les chefs de clinique médicale actuellement en exercice seront remplacés par moitié seulement. Le sort désignera ceux qui seront prolongés d'un an dans leurs fonctions.

Pour le prochain concours, qui aura lieu avant la fin de la présente année scolaire, il ne sera rien changé aux conditions d'admissibilité fixées par l'arrêté ministériel du 23 août 1862.

Art. 12. M. le vice-recteur de l'Académie de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 23 juin 1865.

Signé : V. Duruy.

Pour ampliation :

Le conseiller secrétaire d'État, secrétaire général,

Signé : Charles Robert.

Pour copie conforme :

Le secrétaire de la Faculté,

E. Forget.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets en date des 11 et 12 août 1865, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

Au grade de grand officier : M. Chevreul, de l'Académie des sciences.

Au grade de commandeur : MM. Becquerel, de l'Académie des sciences, et Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur.

Au grade d'officier : MM. Mazé, médecin principal de la marine; Collas, premier médecin en chef de la marine; Stoltz, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Prieur, Mayot, Cabasse, médecins-majors de 1re classe; Gillet, pharmacien principal; Gibert, chirurgien principal de la marine, en retraite; Tholozan, médecin principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Berchon, Savina, Rulland, Bonnescuelle de Lespinois, médecins de 1re classe de la marine; Demoute, Debout, Vaillant, Illy, Thoraval, médecins de 2e classe de la marine; M. Lavigerie, pharmacien de 2e classe de la marine; MM. Jouve et Hennecart, médecins auxiliaires de 2e classe de la marine; Deplanche, médecin auxiliaire de 3e classe de la marine; de Nozeille, pharmacien de 1re classe au Sénégal; Chauffard, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris; Jouvet, directeur de l'École de médecine d'Angers; Parisot, professeur d'anatomie à l'École de Nancy; Maffei, médecin par quartier de l'Empereur; Vedrènes, Champouillon, Billaud, médecins-majors de 1re classe; Bizet, Danien, Combes, Meige, Hanse, Pallé, médecins-majors de 2e classe; Nublat, médecin aide-major de 1re classe; Couderc, pharmacien-major de 2e classe; Appia, ancien président de la Société médicale de Genève; Wertheim, de la Faculté de Munich; Gosselin, pharmacien militaire en retraite; Ciccarelli, médecin-major de 2e classe, en retraite; Delezenne, ancien pharmacien militaire; Moreau de Saint-Ludgère, médecin auxiliaire de la Maison impériale Napoléon de Saint-Denis; Delagarde, ancien chirurgien militaire; Belliard, chirurgien auxiliaire de la marine, en retraite; Thédenat, ancien médecin des épidémies.

— Par décret en date du 13 août 1865, ont été nommés :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. les médecins principaux de 2e classe Rossignol et Ganderax.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. les médecins-majors de 1re classe Mallet, Quesnoy et Laforêt.

— Par décret en date du 8 août 1865, la Maison impériale de Charenton, l'Institution impériale des Jeunes Aveugles, l'Institution impériale des Sourds-Muets, l'Institution impériale des Sourdes-Muettes à Bordeaux, l'Institution impériale des Sourds-Muets de Chambéry, l'Asile impérial de Vincennes, l'Asile impérial du Vésinet et l'hospice impérial du Mont-Genèvre sont placés sous le haut patronage de l'Impératrice.

Les admissions gratuites à ces divers établissements seront prononcées par l'Impératrice, sur le rapport du ministre de l'intérieur.

Un rapport annuel sera adressé à l'Impératrice sur l'état matériel et moral de chacun de ces établissements.

— Aujourd'hui ont été rendus les derniers honneurs à Buchez, le médecin-philosophe, dont la carrière s'est poursuivie avec éclat et honnêteté en dehors de notre sphère. On sait que Buchez présidait l'Assemblée constituante en 1848.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 18 août.

Ordre du jour. — 1° M. Simonot, rapport sur le Mémoire de M. le docteur Decieux, *De l'influence de l'état moral de la société sur la santé publique ;*

2° Rapport de M. Costilhes sur la présentation de M. le docteur Lunier ;

3° Rapport sur l'admission de membres honoraires.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

S. M. l'Impératrice.	300 fr.
M. le Maréchal commandant le 1er corps.	30
L. de la C.	10
MM. les docteurs Le Cœur, prof. à l'École à Caen.	10
Dutoit, à Dunkerque.	5
Lepelletier, à Fleury.	2
X, à Tarare.	5
Gilbrin, à Ars.	5
Bourgade, à Clermont-Ferrand.	15
Dichany, à Paris.	10
Bosia, à Passy.	20
Sallé, aux Herbiers.	25
Meyer, à la Rochelle.	20
Fabreguette, à Saint-Étienne.	10
P. Planté, élève, à Martigny.	2
Louis, médecin-major de 2e classe.	5
X, à Beaurepaire.	5
Bruguier.	2
Anonyme.	5
—	3
Avrard, à la Rochelle.	10
Les chirurgiens de marine du *Magenta.*	21
Affre, à Biarritz.	5
Un abonné de Toulon.	3
R..., à Bordeaux.	5
Fousset, à Givry.	8
Lemariey, à Pont-Audemer.	5
C..., de Montpellier.	5
Petit, à Cœuvres.	5
Delvaille, à Bayonne.	20
Viaud-Grandmarais, à Nantes.	10
Gigot, à Cauterets.	5
Nouaux, à Beaumont-sur-Oise.	10
Anonyme.	10
A reporter.	611 fr.

Report.	611 fr.
Champouillon.	10
Putégnat, à Lunéville.	5
Un anonyme.	2
Preterre, chirurgien-dentiste.	10
Les officiers du vaisseau *le Louis XIV.*	12
Total.	650 fr.
Liste précédente.	388
Total général.	1,038 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebonda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, publié sous la direction du docteur Jaccoud. Tome III (Ape-Atm.), avec 75 figures intercalées dans le texte. Prix : 10 fr. Paris, 1865, J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs. Les principaux articles de ce tome III sont : Aphasie, par Aug. Voisin; Aphrodisiaques, par Ricord; Apoplexie, par Jaccoud; Appareil, par Sarazin; Argent, par Buignet et Hirtz; Arsenic, par Roussin, Tardieu et Hirtz; Artères, par Nélaton et M. Raynaud; Artériel (Canal), par Bernutz; Arthritis, par Desnos; Articulations, par Panas; Ascite, par Gintrac; Asphyxie, par Bert et Tardieu; Asthénopie et Astigmatisme, par Liebreich; Asthme, par G. Sée; Ataxie locomotrice, par Trousseau; Atloïde (Articulation), par Denucé.

Du haschisch ou chanvre indien, par le docteur Édouard Grimaux. — Paris, 1865, in-folio de 55 pages. Prix : 1 fr. 50. F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Traité iconographique des maladies chirurgicales, par Benjamin Anger, prosecteur des hôpitaux de Paris; précédé d'une introduction par M. le professeur Velpeau, membre de l'Institut. — Première monographie : luxations et fractures; deuxième livraison composée de huit planches avec texte explicatif et figures intercalées. Prix : 12 fr. — Paris, librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. Mackenzie; quatrième édition, traduite de l'anglais et augmentée de notes, par MM. les docteurs E. Warlomont et A. Testelin. Tome III, contenant l'exposé de toutes les découvertes et de tous les faits intéressants relatifs à l'ophthalmologie qui se sont produits depuis 1857, publié par MM. Mackenzie, Testelin et Warlomont. — Premier fascicule, 1 vol. grand in-8°, avec figures, 5 fr. Le premier fascicule du t. III du *Traité pratique des maladies de l'œil*, par W. Mackenzie, contient : 1° un Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et de leurs anomalies, par Giraud-Teulon; 2° les annotations aux chapitres I à VIII. Le second fascicule est sous presse et paraîtra au mois de novembre prochain. Il contiendra les annotations aux chapitres VIII à XXVIII. (Maladies des muscles de l'œil, cataracte, iridectomie, glaucome, ophthalmoscopie, etc.) — Paris, librairie Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

Essai sur l'encéphalite, par le docteur Robertet, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 55 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 97. — SAMEDI 19 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 19 AOUT 1865. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 AOUT 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin est monté à la tribune pour défendre les principes de la méthode sous-cutanée, et il a pris à partie M. Gosselin.

Le débat peut se résumer ainsi :

M. Gosselin croit que l'air est moins nuisible qu'on ne l'a dit, et il s'est appuyé sur des faits, l'innocuité de l'air dans les cas de pneumo-thorax, et la guérison de pleurésies traitées par la thoracentèse, même après introduction de l'air dans les cavités pleurales; il pense que l'inflammation des plèvres tient plus à la propagation de l'inflammation de la plaie de poitrine qu'à la pénétration de l'air.

M. J. Guérin a objecté que l'air agit différemment sur des tissus sains et sur des tissus malades; que sur les plèvres saines, l'air peut être innocent; qu'il y a des observations où des accidents ont suivi l'introduction de l'air après des opérations de thoracentèse, et enfin que, par comparaison avec ce qui se passe dans les abcès par congestion, l'inflammation de la plaie n'est pas la cause de l'inflammation des foyers purulents.

Il y a, on le voit, opposition de faits, et il est difficile de se prononcer. Cependant, il y a une conciliation possible. M. J. Guérin a dit que l'air pouvait n'être pas nuisible, lorsqu'il ressortait. Puis, il faut prendre les paroles de M. Gosselin pour ce qu'il a voulu leur faire dire; il est démontré que l'air en petite quantité introduit dans la poitrine, n'est pas un dommage sérieux, et ne doit point alarmer les opérateurs, et il y a des faits concluants pour les épanchements séreux. D'ailleurs, M. Gosselin n'est pas si loin de l'opinion de M. Guérin, car il a dit : « Quoique j'admette que l'air est peu dangereux, je suis d'avis néanmoins que l'on doit tout faire pour empêcher sa pénétration dans le thorax. »

M. J. Guérin n'a pas touché la question du pneumo-thorax, invoquée par M. Gosselin, et cependant, s'il était démontré que l'air du pneumo-thorax soit de l'air pareil à celui qui s'introduit dans la poitrine après la thoracentèse, la question serait jugée en faveur de M. Gosselin. Mais la supposition ne peut être réalisée. La physiologie indique que le gaz du pneumothorax ne peut être que de l'air expiré ou de l'air échauffé, ayant passé dans les voies aériennes, suivant qu'il s'agit d'un pneumo-thorax par rupture du poumon ou d'un pneumothorax à la suite de l'ouverture d'une caverne. Ce n'est donc pas de l'air pur, et le gaz contient toujours une grande proportion d'acide carbonique; dans ces conditions, on le sait, les dangers sont singulièrement diminués; d'un autre côté, le principe général de l'innocuité relative de l'air sur les tissus sains pourrait trouver son application dans les cas de pneumothorax sans pleurésie antérieure, et M. J. Guérin pourrait se servir de ce raisonnement pour expliquer l'innocuité de l'air dans le pneumo-thorax, comme il s'en est servi pour juger le peu de gravité de l'emphysème.

Dans la prochaine séance, M. J. Guérin achèvera son argumentation et traitera la partie chirurgicale de la question, c'est-à-dire qu'il discutera la valeur des procédés de thoracentèse.

M. Danyau a lu un rapport sur un mémoire de MM. Géry et Maindrault, dont nous avons parlé l'année dernière. L'honorable académicien a donné un intérêt véritable à ce travail de statistique raisonnée sur la mortalité des nouveau-nés. Nous regrettons de n'avoir pu reproduire *in extenso* ce rapport, l'un des plus remarquables que nous ayons entendus à l'Académie.

Dr Armand Després.

Parmi les décorations accordées à l'occasion de la fête du 15 août, il en est une que nos lecteurs nous permettront de leur signaler.

Notre rédacteur en chef, M. le docteur Brochin, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. Toutes les personnes qui ont approché cet excellent confrère ont pu apprécier le charme et la bienveillance de ses relations, et nous savons, nous, tout ce que le succès de la *Gazette* doit à son talent d'écrivain et à la sage modération de ses jugements. Les nombreux compliments qui nous sont déjà parvenus en l'absence de notre excellent ami, nous sont un garant assuré de la manière dont le corps médical accueillera cette nomination. Dr E. Le Sourd.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rétrécissement de l'urèthre. — Rétention d'urine. — Ponction hypogastrique. — Guérison.

Nous empruntons au service de M. Jarjavay le fait suivant dont les détails nous ont été donnés par M. Lolliot, interne de l'hôpital Beaujon.

Perrett William, palefrenier, âgé de 35 ans, est envoyé le 20 juin 1865 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Jarjavay, comme atteint d'une rétention d'urine très-*urgente*, par suite d'un rétrécissement traumatique, à ce que disait du moins la note du médecin qui nous l'adressait.

Ce malade est Anglais, et comprend très-imparfaitement le français; aussi est-ce par l'intermédiaire d'un tiers que nous arrivons à connaître les renseignements suivants :

Il n'a jamais eu de maladie grave; en 1844, il fit sur le pommeau d'une selle une chute, après laquelle il ne survint aucun accident du côté des voies urinaires, et il se passa ainsi dix ans sans qu'il se présentât rien de fâcheux. Il faut donc rejeter cette cause.

En 1854, il a contracté une blennorrhagie qui dura un an. Au bout de ce temps, il éprouva de la difficulté à uriner, et, pendant trois mois, il fut obligé de garder une sonde nuit et jour. C'est donc bien évidemment cette blennorrhagie qui fut la cause de son rétrécissement.

En 1860, il s'aperçut que le jet d'urine diminuait de nouveau. L'urine était épaisse (il s'était probablement développé une cystite du col), et l'est devenue de plus en plus depuis cette époque.

Il avait, en outre, des douleurs au périnée, se montrant par intervalles. Il s'est fréquemment introduit une bougie lui-même, c'est-à-dire qu'il a augmenté lui-même sa maladie, engagé qu'il était dans ce cercle vicieux ou de ne pouvoir uriner, ou bien de se sonder, et alors d'augmenter ainsi sa cystite. — Depuis 1864, il n'éprouva pas d'accident, mais ses urines restèrent bourbeuses.

Il y a une quinzaine de jours, il se leva étant en sueur, et eut un frisson à la suite duquel se déclara une rétention d'urine. Cet accident se produisit de nouveau trois jours après; puis une troisième fois, il y a quatre jours.

C'est alors qu'on l'envoie à l'hôpital; et le 21 juin, à la visite du matin, on le trouve dans l'état suivant : Physionomie profondément altérée, face terreuse, pouls petit, fréquent, anxiété vive. A la région pubienne, la vessie forme une tumeur volumineuse, remontant jusqu'à l'ombilic. Au-dessous des bourses et partant des bourses, on sent une tumeur arrondie, fort dure, et sans fluctuation. Le malade n'a pas uriné depuis quarante heures.

M. Jarjavay essaye immédiatement, et à plusieurs reprises, d'introduire une sonde filiforme. Mais le rétrécissement est trop considérable pour la laisser passer. En présence des graves symptômes que présente ce malade, qui depuis deux jours n'a pas rendu une goutte d'urine, on ne peut pas attendre, il faut agir énergiquement. Une incision est faite au niveau de la tumeur périnéale, dans le but d'explorer cette tumeur, et de faire, s'il est possible, l'uréthrotomie externe. Mais on s'aperçoit qu'elle est bien réellement solide, non-fluctuante, et formée par un rétrécissement fibreux. M. Jarjavay se décide aussitôt à faire la ponction suspubienne avec le grand trocart courbe. Il sort une énorme quantité d'urine bourbeuse, après quoi l'on fixe la canule à demeure.

Le soir, à six heures, le malade est dans un état assez satisfaisant. L'urine s'écoule facilement par la canule. Le pouls est moins fréquent que le matin, et la face moins anxieuse.

Le 22 juin. Le malade a pris un bain ce matin. Son état général est bon.

Le 23. On essaye d'introduire une bougie filiforme, mais elle ne peut aller que jusqu'au rétrécissement. On la laisse ainsi pendant quelques heures.

Le 24. On introduit encore une bougie fine, mais sans pouvoir franchir le rétrécissement. On la laisse néanmoins, en recommandant au malade d'essayer lui-même de l'introduire, ce qu'il a pu faire du reste dans la soirée.

Le 25. On passe une bougie plus volumineuse qui, comme celle d'hier, s'arrête au rétrécissement, pour être introduite plus tard par le malade.

Le 26. M. Jarjavay peut ce matin faire passer une sonde un peu plus volumineuse que la bougie d'hier.

L'état général continue à être excellent, l'appétit et les forces reviennent. La plaie du périnée est en voie de cicatrisation. Absence complète d'infiltration d'urine.

Le 27. La canule est retirée, et une grosse sonde est introduite à demeure dans la vessie. Il ne se fera donc pas de fistule, et il ne reste plus qu'à traiter le rétrécissement.

Le 28, on s'aperçoit qu'il y a, à la région périnéale, une infiltration d'urine et formation de pus. Une grande incision est faite sur la tumeur, et l'on peut constater que l'urèthre est entouré de pus. Ce n'est pas là l'infiltration qui se fait habituellement, c'est-à-dire entre l'aponévrose moyenne et la superficielle; c'est une infiltration très-légère autour de l'urèthre, maintenue par l'aponévrose que Gardon Buck appelle *fascia pênis*, et qui, ainsi qu'on sait, se continue en arrière avec l'aponévrose inférieure du périnée. C'est sous cette aponévrose que s'est faite l'infiltration à travers une rupture de l'urèthre.

Le 2 juillet, la plaie abdominale est cicatrisée.

Le 6, on a continué d'introduire une sonde de plus en plus volumineuse, et aujourd'hui celle qui passe est grosse comme le petit doigt. Après avoir laissé ces sondes à demeure pendant quelque temps, on a dû les retirer à cause de l'inflammation de la vessie, et, lorsque le malade veut uriner, il passe lui-même sa grosse sonde. Le trajet abdominal a disparu; les incisions du périnée se guérissent très-bien.

C'est un malade sauvé. Aujourd'hui il mange quatre portions et se promène au jardin.

Le 19, *exeat*. Notre malade est complétement guéri. Il n'y a pas de fistule abdominale, et les incisions du périnée sont complétement cicatrisées. On le renvoie en lui recommandant de se sonder encore pendant quelque temps, avec de grosses sondes, chaque fois qu'il aura envie d'uriner.

Variole d'un embryon.

M. Legros, interne à l'Hôtel-Dieu, a communiqué à la société de Biologie un cas curieux de variole *in utero*. La mère, domestique, âgée de vingt et un ans, a des rapports sexuels avec son maître, convalescent de variole, et ces rapports sont suivis d'une grossesse pénible, et la malade entre, cinq mois après, dans un service de l'Hôtel-Dieu où il n'y a aucun cas de variole.

Six jours après l'avortement a lieu.

L'âge du fœtus paraît correspondre à l'époque des premiers rapports, et cette femme affirme qu'elle n'a connu aucun homme antérieurement.

Il est bien certain que l'enfant a contracté la variole sans que la mère ait éprouvé les mêmes accidents. Doit-on admettre que la mère a été exposée quelques jours avant l'avortement à la contagion variolique, et que le virus, innocent pour elle, a pu atteindre l'enfant? Cazeaux cite des exemples où la mère n'a été que le conducteur du principe contagieux.

Ou bien pourrait-on admettre cette opinion bizarre que le père varioleux, au moment de la fécondation, aurait communiqué le virus à l'enfant, et que, cinq mois après, le virus se serait manifesté. Une telle opinion serait contraire à tout ce que l'on sait de la contagion de la variole. Toutefois elle n'est pas aussi extraordinaire qu'on pourrait le croire au premier abord, si l'on considère certains faits parfaitement connus. Ne sait-on pas que, lorsqu'une femme enceinte gagne la variole, le fœtus est atteint quelquefois assez longtemps après la guérison de la mère? De plus, lorsqu'un père syphilitique engendre un enfant syphilitique, la diathèse ne se manifeste pas immédiatement; quelquefois même elle ne se manifeste que plusieurs jours, plusieurs semaines après la naissance. Le virus est donc resté latent pendant plusieurs mois.

Y aurait-il quelque chose de semblable dans le fait dont il s'agit? Serait-ce là une incubation de longue durée, ou bien n'y a-t-il qu'une coïncidence? C'est ce que l'observation de cas analogues éclaircira sans doute.

Observation de nyctalopie.

Avant d'entrer dans la relation du fait très-curieux dont nous devons l'observation au docteur Guignard (d'Angers) (*Bulletin de la Société de médecine d'Angers*; 1er fasc. 1865, p. 109), il convient de s'entendre sur le sens exact du mot nyctalopie, et de ne désigner ainsi que la cécité de jour avec

conservation de la vue pendant la nuit ou plutôt pendant l'obscurité, que ce soit l'obscurité naturelle de la nuit, ou qu'elle soit artificiellement produite.

Il s'agit, dans le fait bien observé du docteur Guignard, d'un enfant de quinze ans, qui fut pris d'accidents convulsifs précédés d'angoisse et d'agitation avec cécité absolue : il n'y avait pas eu de vomissements au début, ils survinrent le deuxième jour. On ne savait alors si on avait affaire à une méningite commençante ou à des convulsions réflexes. Ce fut le troisième jour, vers le soir, qu'on observa le fait curieux suivant : la chambre du malade était éclairée par une lampe et l'enfant, se reculant pour fuir la lumière, ne voyait et ne distinguait rien; mais, comme on vint à éloigner la lampe, il se mit à dire qu'il distinguait les personnes, les objets, etc. Le docteur Guignard vérifia le fait, et reconnut en effet que la vue très-nette dans l'obscurité ne se bornait pas seulement à la demi-perception des objets; mais à mesure que la lumière de la lampe pénétra dans la chambre, les objets et les personnes devinrent pour lui de plus en plus brouillés, à tel point que, suivant l'impression racontée par l'enfant, ils finissaient par disparaître complétement dans une teinte noire générale, lorsque la lampe éclairait vivement l'appartement.

MM. les docteurs Daviers et Morel furent témoins du fait; ce qui ne laisse ainsi aucun doute sur l'authenticité de l'observation.

Le surlendemain, la cécité avait disparu et en même temps l'hyperesthésie cutanée limitée, dont avait souffert le malade, et de laquelle on doit rapprocher la nyctalopie : l'hyperesthésie sensoriale oculaire étant apparue et disparue en même temps que l'hyperesthésie tactile, et de même que dans l'hyperesthésie tactile, un contact même léger cause de la *douleur* et non point la *sensation tactile*. On comprend aussi que l'hyperesthésie rétinienne amène de la *douleur* au lieu d'une *sensation visuelle*, lorsqu'une lumière vive, la lumière du jour, l'éclat d'une lampe vient frapper la rétine.

HUILE DE FOIE DE MORUE DÉSINFECTÉE.

Nous avons déjà à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs d'une découverte de la plus haute importance pour la thérapeutique, et consistant dans la désinfection de l'huile de foie de morue sans lui ôter aucune de ses propriétés. Nous avons annoncé que ce résultat avait été atteint de la manière la plus heureuse par un pharmacien de Paris, M. Chevrier, qui est arrivé à désinfecter l'huile de foie de morue au moyen du goudron et du baume de Tolu, deux substances qui non-seulement n'enlèvent rien aux propriétés de ce médicament, mais viennent encore y ajouter. De nombreux faits cliniques soit dans les hôpitaux, soit en ville, un grand nombre d'observations recueillies depuis près de cinq ans, et enfin l'adoption de l'*huile de foie de morue désinfectée* par plusieurs de nos plus éminents confrères sont venus confirmer nos propres observations et la confiance que nous avions témoignée pour ce médicament.

Nous citerons aujourd'hui quelques observations qui paraissent propres à montrer ce que l'on peut attendre de l'*huile de foie de morue désinfectée*.

OBS. I. — Mlle X..., de Paris, âgée de huit ans, d'un tempérament scrofuleux, porte aux régions latérales du cou des chapelets de ganglions chroniquement engorgés. A plusieurs reprises, des plaques impétigineuses se sont développées derrière les oreilles, sur la peau du crâne, au front et aux lèvres. Ces dernières, habituellement bouffies, étaient le siége de profondes fissures que rien ne parvenait à cicatriser. L'huile de foie de morue naturelle nous semblait parfaitement indiquée, nous l'avons prescrite; la petite malade, après s'être énergiquement refusée à la prendre, avait enfin cédé aux instances de sa mère; mais le jour même, elle fut prise de vomissements, et, à la suite, de douleurs si vives au creux épigastrique que nous dûmes nous abstenir de nouvelles tentatives. Des infusions amères, le sirop antiscorbutique amenèrent à la longue une amélioration qui ne fut que passagère. Au mois de novembre 1863, les manifestations scrofuleuses se traduisirent de nouveau par un engorgement ganglionnaire considérable du cou; une kératite de même nature envahit l'œil droit. M. Chevrier avait bien voulu nous donner un flacon d'huile désinfectée; nous en fîmes prendre à la petite malade sans même lui dire ce que c'était. L'huile fut parfaitement tolérée; la kératite céda rapidement aux moyens appropriés, et deux mois après, malgré l'hiver, l'enfant reprenait de l'embonpoint; les lèvres diminuaient de volume; à une apparence chétive succédait la vigueur et la fermeté des chairs. Le traitement fut continué pendant six mois, au bout desquels Mlle X... fut envoyée aux bains de mer, et depuis cette époque la santé s'est maintenue toujours satisfaisante.

OBS. II. — Sœur C..., institutrice de l'école communale d'un petit village du département de la Somme, était atteinte depuis quatre ans d'une affection de la muqueuse nasale, qu'elle appelait un rhume de cerveau. Au premier examen, je reconnus l'existence d'ulcérations nombreuses, mais peu profondes, disséminées des deux côtés sur la muqueuse de la cloison; l'écoulement avait une odeur un peu fétide; en interrogeant la malade, j'appris que dans son enfance elle avait eu des croûtes au cuir chevelu, des glandes au cou, des maux d'oreilles et des conjonctivites; je prescrivis l'huile de foie de morue; mais la malade n'en prit qu'une seule fois, elle eut des vomissements et de la diarrhée. Je n'insistai pas; j'employai sans succès divers topiques, et je désespérais de guérir les ulcérations du nez, quand j'eus connaissance de l'huile de foie de morue désinfectée. La malade en prit un litre, pas plus; en même temps, je faisais faire des inspirations d'une solution de chlorate de potasse, 5 grammes pour 100 d'eau distillée. Au bout d'un mois, j'avais obtenu une guérison qui ne s'est pas démentie depuis, et cela sans aucun trouble du côté des voies digestives.

Je pus donner à des enfants de l'école de l'huile désinfectée pour des manifestations scrofuleuses de diverses formes, et jamais aucune d'elles ne la refusa et ne présenta d'accidents du côté de l'estomac. Cinq petites filles furent soumises aussi presque en même temps à la nouvelle préparation, et chez toutes je vis disparaître, après un temps plus ou moins long, les engorgements ganglionnaires qu'elles portaient.

OBS. III. — La fille de l'instituteur de la même commune, âgée de treize ans, de constitution éminemment lymphatique, à chairs molles, de visage pâle et bouffi, est atteinte d'une nécrose du tibia; à différentes époques des séquestres ont été éliminés, et lorsque je vis l'enfant pour la première fois, au mois de février 1863, elle restait assise pendant des journées entières, ne pouvant marcher qu'à l'aide d'une béquille; il y avait un trajet fistuleux vers le tiers moyen de l'os, un autre plus bas à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, et toute l'articulation tibio-tarsienne était masquée par un empâtement énorme des tissus. Depuis longtemps elle était soumise à un traitement parfaitement approprié indiqué par un des médecins de la ville voisine. Comme mon avis m'était demandé, je me rangeai à l'opinion du médecin qui avait vu la malade avant moi, et je me bornai à conseiller l'huile de foie de morue; je n'eus pas lieu de m'applaudir de mon intervention. L'enfant se résigna, prit de l'huile et la vomit; on la lui donna en gelée, les fonctions digestives se dérangèrent, et l'on dut cesser. L'année se passa ainsi sans amélioration. Au mois de mars 1864, j'envoyai des flacons d'huile désinfectée de M. Chevrier; elle fut si bien supportée qu'on m'en redemanda d'autres, et aujourd'hui voici quel est l'état de la malade :

Les règles sont apparues au mois d'août 1864; elles sont revenues non pas régulièrement chaque mois, mais toutefois sans être accompagnées d'aucun trouble. La santé générale est bonne : l'enfant marche sans béquille et sans claudication. La jambe est déformée, mais la fistule supérieure est fermée; il y a encore de l'empâtement autour des malléoles, mais l'articulation est libre; il sortira sans nul doute encore des portions d'os nécrosé par la fistule inférieure, mais l'état est bon, et l'absence de tout accident nouveau depuis plus de six mois fait espérer une amélioration durable. L'huile de foie de morue désinfectée est continuée et parfaitement tolérée.

Nous pourrions ajouter un grand nombre d'observations aux précédentes, et qui se résumeraient toutes dans les propositions suivantes :

1° L'*huile de foie de morue désinfectée de Chevrier* contient les mêmes principes chimiques et médicamenteux que l'huile de foie de morue ordinaire et la représente exactement;

2° Ne perdant aucune de ses qualités morrhuiques, elle possède les mêmes propriétés que l'huile de foie de morue naturelle; mais, à la différence de cette dernière, elle est d'une administration toujours facile et est parfaitement tolérée par les malades, chez lesquels elle ne provoque jamais de dégoût, et est prise facilement par les sujets dont le goût et l'odorat sont le plus susceptibles.

A une époque où l'huile de foie de morue est si largement entrée dans la thérapeutique, dont elle constitue un des agents les plus précieux, c'est avoir fait une œuvre vraiment utile que d'avoir trouvé le moyen de la rendre accessible à tous. En signalant l'*huile de foie de morue désinfectée*, en appelant sur elle l'attention des médecins, nous croyons nous-même remplir un devoir, en contribuant à rendre quelquefois plus facile à nos confrères et aux malades l'emploi d'un médicament si généralement accepté.

Dr DE LANGENHAGEN.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 août 1865. — Présidence de M. GRISOLLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département de la Sarthe (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. Piorry et Henri Bouley, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance de ce jour. (M. Bouley fait partie d'une Commission envoyée par le ministre de l'agriculture et du commerce pour étudier la peste des bestiaux qui règne en ce moment en Angleterre.)

2° Une lettre de remercîments de M. Fonssagrives nommé récemment membre correspondant.

3° Une lettre de M. le docteur Morin (de Marseille) accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'essence commune des fièvres typhoïdes, muqueuses et catarrhales, à l'occasion de la récente lecture de M. Guérard.

4° Une lettre de M. Bobœuf accompagnant l'envoi d'un Mémoire imprimé sur l'acide phénique et les propriétés du phénole sodique. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

5° Une note de M. le docteur Canquoin sur un nouveau caustique de créosote et d'acide phénique composé par M. Herland, pharmacien à Laval, destiné à être appliqué sur les tumeurs de mauvaise nature au moyen d'amadou. (Même Commission.)

6° Un pli cacheté de M. le docteur Raciborsky intitulé : *De l'application de la méthode de pansement au traitement des maladies des organes sexuels de la femme à l'aide d'un nouveau procédé*. (Accepté.)

7° Un pli cacheté adressé par M. Prœschel, géographe, sur une opinion médicale. (Accepté.)

— **M. DAVENNE** fait hommage à l'Académie de son récent ouvrage sur l'*Origine et le régime des secours publics*, ouvrage destiné aux administrateurs et aux médecins.

M. GRISOLLE adresse des remercîments à M. Davenne au nom de l'Académie.

— **M. GRISOLLE** annonce à l'Académie la mort de M. Beau. Je crois être, dit le président, l'interprète de tous mes collègues en exprimant ici le regret de n'avoir pu aller rendre les derniers devoirs à un des nôtres pour lequel nous avions autant d'estime que d'affection.

M. VELPEAU donne quelques renseignements sur la maladie à laquelle M. Beau a succombé.

M. Beau était albuminurique depuis plusieurs mois, et il avait eu, il y a six semaines, une attaque de congestion cérébrale; il lui avait paru nécessaire de prendre du repos; mais en même temps, il dissimulait à tout le monde sa maladie, bien qu'elle lui inspirât de sérieuses inquiétudes.

J'ai vu M. Beau, dit M. Velpeau, il y a quelque temps, avant son départ pour le département de l'Ain; il disait qu'il allait faire une *cure d'air natal*; il espérait revenir au bout de quelques semaines, sans qu'on soupçonnât qu'il eût été malade. Mais, il y a eu dimanche huit jours, il a été atteint d'apoplexie cérébrale, et il s'est éteint tranquillement le vendredi suivant. Il a été enterré dans son pays, et un discours a été prononcé sur sa tombe par un médecin de la localité. Les travaux de M. Beau ont été retracés dans ce discours, et l'Académie ne peut que s'associer aux bonnes paroles qui ont été dites à cette occasion.

RAPPORT.

Études médico-légales sur les fœtus morts et les enfants nouveau-nés.

M. DANYAU, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Cruveilhier et Tardieu, lit un rapport sur un travail de MM. Géry père et Maindrault intitulé : *Études médico-légales statistiques et administratives sur les fœtus morts et les enfants nouveau-nés*.

Examinant les idées émises par les auteurs, le rapporteur discute la valeur des dénominations de fœtus morts-nés et de nouveau-nés. MM. Géry et Maindrault ayant adopté la définition de la loi pour la dernière dénomination et croyant devoir admettre la seconde dans son acception, établissaient entre les deux états de l'enfant ainsi désignés une connexité qui prête à des considérations nombreuses enregistrées en vérifiant les décès des enfants dans le 11e arrondissement.

M. Danyau insiste sur les réflexions ayant trait à la mort des enfants pendant les trois jours qui séparent la naissance de la déclaration à la mairie. Le rapporteur parle des dangers qu'il y a quelquefois à promener les nouveau-nés du lieu de naissance à la mairie.

MM. Géry et Maindrault, dit le rapporteur, ont rappelé un travail excellent de M. le docteur Loir sur le même sujet, et sont quelquefois en désaccord avec lui.

Les auteurs se sont inspirés d'une philanthropie généreuse, mais leurs statistiques et leurs réflexions ne sont pas absolument probantes quand elles contredisent le travail de M. Loir, surtout pour ce qui se rapporte au danger de transporter les nouveau-nés aux mairies.

M. Loir avait demandé que la constatation des décès fût faite à domicile; MM. Géry et Maindrault n'ont pas renversé la proposition de ce médecin : ils disent qu'ils voudraient que la déclaration de l'enfant pût être faite le premier jour.

M. Danyau est d'avis que des mesures bienveillantes, qui concilient les intérêts et qui permettent les constatations de naissance à domicile, sont suffisantes jusqu'ici, quoiqu'il n'y ait pas de loi.

MM. Géry et Maindrault, ajoute le rapporteur, ont parlé de l'élévation du chiffre des morts-nés, mais cela tient à ce que les déclarations d'avortement et d'accouchements prématurés sont plus rigoureusement faites aujourd'hui qu'autrefois.

Les auteurs ont énuméré compendieusement et sans nouveautés réelles toutes les causes connues de mortalité de l'embryon.

Pour les causes de mortalités dues aux manœuvres criminelles, il y a quelques incertitudes, dit M. Danyau, et je pense que les auteurs ont ainsi commis quelques erreurs en énumérant les causes de mortalité des fœtus par l'administration intempestive de l'ergot de seigle, puisque dans leurs statistiques des enfants morts-nés je ne trouve pas de cas de mort attribué à l'ergot de seigle : cela est invraisemblable...

Enfin, après avoir envisagé encore les conditions morales et physiques de la mère et leur action sur la vie de l'embryon, MM. Géry et Maindrault ont conclu à l'établissement de mesures hygiéniques applicables aux femmes enceintes et qui me paraissent bien discutées...

M. Danyau, en terminant, rend hommage au zèle des auteurs et propose :

1° D'écrire une lettre de remercîments à MM. Géry et Maindrault pour leur intéressante communication, de les encourager à perfectionner leurs études;

2° De renvoyer leur travail au comité de publication. (Adopté.)

M. DEPAUL remercie pour sa part M. Danyau de son excellent rapport. Il veut seulement insister sur un point : l'inconvénient d'envoyer les enfants à la mairie pour les déclarer.

Je sais, dit l'orateur, qu'il y a des tolérances, mais il est vraiment incroyable que, à cet égard, on soit à la disposition, je ne dis pas des agents municipaux, mais des employés des mairies.

Il y a des mairies où on n'accepte pas le certificat du médecin, d'autres où on fait bien du certificat et où on envoie un garçon vérifier, et enfin dans d'autres cas on vous envoie un médecin.

J'aurais cru manquer à mon devoir si je n'avais pas ici protesté, au nom de l'expérience, contre ceux qui ont dit qu'il était innocent de porter un enfant du domicile de ses parents à la mairie, et quoi qu'aient dit MM. Géry et Maindrault, j'émets le vœu qu'il y ait une révision complète dans les règlements qui autorisent les faits auxquels j'ai fait allusion.

Discussion sur la thoracentèse.

M. J. GUÉRIN. L'orateur, rappelant la précédente argumentation, dit : Je ne croyais rencontrer que des adhésions, j'en ai trouvé dans MM. Bouley, Briquet et Barth; mais il y a eu des opposants, et les dissidents occupent une position officielle, et ils ne devraient pas, ce me semble, se trouver dans le camp opposé au progrès. Ce me semble être un dommage; il y a ici un procédé opératoire en jeu : s'il est bon, l'adopter est une question d'humanité.

Je viens aujourd'hui préciser la question, et je m'occuperai : 1° des accidents dus à l'entrée de l'air; 2° du procédé le plus propre à éviter l'entrée de l'air dans la poitrine.

Ici M. J. Guérin rappelle les principes de la méthode sous-cutanée telle qu'il l'a exposée. Il ne prétend pas dire que l'air a une action délétère sur les plèvres à l'état sain. Quand on a parlé de l'innocuité de l'air insufflé, on n'a pas pu faire dire à M. Guérin qu'il devait en être autrement.

La seconde objection, dit M. Guérin, qui a été adressée à mon argumentation, a été que l'on peut insuffler de l'air dans les plaies sans accident. J'ai dit que cela pouvait être parce que le séjour de l'air était quelquefois passager. J'ai vu des faits de ce genre.

M. J. Guérin rappelle que l'entrée de l'air produit des résultats très-divers dans la ténotomie, suivant qu'il y a du sang ou qu'il n'y en

a pas, et que, si on expulse l'air des plaies sous-cutanées, il n'y a pas d'accidents. Il rappelle aussi qu'il a dit comment il y avait des différences d'action de l'air, suivant qu'il y avait du pus ou de la sérosité, suivant que la plèvre était saine ou malade.

M. Gosselin a admis deux cas : la pleurésie séreuse et la pleurésie purulente; il y a aussi des cas intermédiaires, des épanchements pleurétiques séro-sanguinolents, séro-purulents, et ces cas impliquent une gravité plus ou moins grande. Puis, suivant que la pleurésie est ancienne ou récente, il y a encore des différences. J'ai vu des faits qui prouvent la nocuité variable de l'air et qui démontrent comment il y a dans les plaies et dans les organes enflammés des conditions variables. Dans des cas de ténotomie les épanchements de sang, dus à l'ouverture de petites artères, se résorbaient très-vite, tandis que dans d'autres cas, lorsque les veines étaient ouvertes, le sang veineux épanché se résorbait bien plus lentement.

M. Guérin discute les faits invoqués par M. Gosselin, et il les tient pour des exceptions. Il constate, du reste, qu'il s'agissait d'épanchements séreux récents; il rapporte que l'un des auteurs (Duverney, Morand, Bégin) cités par M. Gosselin comme ayant guéri des malades malgré l'introduction de l'air dans les plèvres, Bégin, disait que les résultats de la thoracentèse ne sont pas heureux. D'un autre côté, ajoute l'orateur, Dupuytren n'avait vu que deux guérisons sur cinquante opérations, A. Cooper n'a pas vu de guérison, Récamier a professé que, quel que soit le moyen de ponction employé, il est impossible d'empêcher l'entrée de l'air dans la poitrine; à la Société médicale enfin, M. Gendrin disait : j'ai fait trente empyèmes, je n'ai pris aucune précaution pour empêcher l'entrée de l'air dans les plèvres. On a vu les faits de M. Gendrin, il n'y a pas eu de guérison. Et les auteurs anciens, depuis Hippocrate, n'ont-ils pas reconnu aussi les dangers de la pénétration de l'air. Les faits et l'expérience démontrent donc que, à l'époque où on ne prenait pas de précaution contre l'entrée de l'air, la mort était imminente.

Je dirai encore que l'on a constaté dans un grand nombre de faits des accidents; ainsi dans un cas rapporté par M. Gaide dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Je ferai une objection aux observations qui signalent l'entrée de l'air dans la poitrine sans accidents. L'air a pu ressortir; dans une des observations de M. Bergeret, cité par M. Gosselin, j'en trouverai une preuve. Il est dit que la poitrine du côté malade était mate dans toute l'étendue du côté malade. Je fais appel à M. Barth, en eût-il été ainsi s'il était entré et resté beaucoup d'air dans la poitrine. Je le répète, les faits invoqués par M. Gosselin sont des faits exceptionnels.

Mon contradicteur a dit aussi que l'inflammation des plèvres après la thoracentèse pouvait être due à la propagation aux plèvres de l'inflammation de la plaie. Comparons avec les abcès par congestion; si une ouverture large est faite, eût-on réuni ensuite la plaie et se fût-elle cicatrisée, si le pus a subi l'action de l'air, il devient fétide. La première observation de l'article de Boyer sur les abcès par congestion démontre mon assertion. Cela prouve que l'air a une action réelle sur le pus. Je sais bien que Lisfranc appelait les accidents une inflammation du foyer, mais le fait est-il sans signification au point de vue du contact de l'air.

Dans les cavités où il n'y a que de la sérosité, l'air n'agit pas comme sur le pus. Ainsi, après la ponction de l'ascite, l'air entre dans le péritoine, il n'y a pas d'accidents; mais c'est qu'aussi les conditions ne sont plus les mêmes que pour la poitrine. Dans cette dernière cavité, il y a sans cesse un appel d'air; dans la cavité abdominale, les intestins se dilatent et bouchent l'ouverture pratiquée, en même temps que la paroi abdominale se rétracte.

En résumé donc, je pense que l'air n'agit pas dans tous les cas également avec une rigueur mathématique, et que les accidents diffèrent suivant la nature des liquides épanchés et les conditions de l'épanchement.

M. Guérin remet à la séance prochaine la fin de son argumentation.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 août 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal :

M. Giraldès fait savoir à la Société qu'il a enlevé la tumeur polypeuse de l'urèthre que portait l'enfant de trois ans présentée par lui dans la dernière séance. L'examen histologique en a fait voir la structure fibreuse.

— M. Labordette adresse la lettre suivante :

Monsieur le secrétaire,

M. Verneuil, en présentant mon spéculum laryngien à la Société de chirurgie dans les termes les plus flatteurs, a dit que, pour sauvegarder les droits de l'histoire, il faisait mention d'un instrument présenté en 1829 à la Société huntérienne de Londres. Cet instrument, a dit mon excellent ami, est conçu dans les mêmes idées que le mien. Je n'en avais nulle connaissance.

J'ai vu, il y a quelques jours, le dessin qui se trouve dans l'ouvrage de Mackensie. J'ai vu, de plus, l'instrument fait par un fabricant allemand d'après le modèle. J'ai l'honneur de présenter le modèle et le dessin à la Société de chirurgie, et je vous prie de vouloir bien juger si l'ancien instrument est tellement semblable au mien que, comme l'ont dit certains journaux, ce dernier n'en soit que la reproduction.

Veuillez agréer, etc. A. Labordette.

Lisieux, 8 août 1865.

Staphylorrhaphie. — Suite et fin de la discussion.

M. Verneuil. J'avais dans la dernière séance rappelé l'ingénieuse théorie de M. Passavant et l'application qu'il en avait faite à la restauration du plafond buccal. J'avais cité des faits qui me paraissaient de nature à confirmer cette théorie ou du moins à jeter quelques lumières sur les indications et contre-indications de la staphylorrhaphie. On sait que le chirurgien de Francfort a proposé de coudre le bord postérieur du voile du palais à la paroi correspondante du pharynx pour faire disparaître le nasonnement, en se fondant sur les faits d'adhérences du voile au pharynx dans lesquels, suivant lui, la voix n'a aucunement le ton nasal.

Je n'avais accepté ces idées que sous bénéfice d'inventaire, ne les considérant pas comme le dernier mot de la science. Cette réserve était prudente : voici qu'en effet je viens de lire dans le dernier numéro des archives de Langenbeck (*Archiv. für klinische Chirurgie siebenter Band, erstes Heft*, p. 199) un intéressant Mémoire du docteur Hermann (Julius-Paul), de Breslau, *Sur la soudure du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx*, travail qui contredit sérieusement la théorie de M. Passavant. En effet, des observations recueillies par M. Hoppe, Czermak et Coulson prouvent que l'adhérence susdite porte à la pureté du langage une atteinte sérieuse, sans parler des autres troubles fonctionnels qu'elle entraîne.

Comme de part et d'autre les assertions émanent d'observations sérieuses, la question est donc à revoir avec des faits nouveaux. Il serait nécessaire que l'on examinât, au point de vue anatomique et physiologique, et les malades atteints de ces adhérences et ceux qui ont subi la staphylorrhaphie. Les faits de cet ordre ne paraissent pas très-rares, et en faisant appel aux praticiens on recueillerait sans doute des renseignements nombreux et utiles pour la solution de ce problème. Il a suffi déjà plusieurs fois à la Société de chirurgie de mettre une question à son ordre du jour pour la faire avancer rapidement; c'est pourquoi je réclame en votre nom le concours de ceux qui s'intéressent à nos travaux.

Un passage du Mémoire de M. Paul confirme une opinion émise par M. Liégeois, c'est-à-dire que le résultat définitif de la staphylorrhaphie dépend surtout de l'exercice fonctionnel méthodiquement institué et longtemps prolongé. C'est à ce prix que, après avoir anatomiquement reconstitué le voile du palais, on parviendrait à lui rendre ses fonctions dans la phonation.

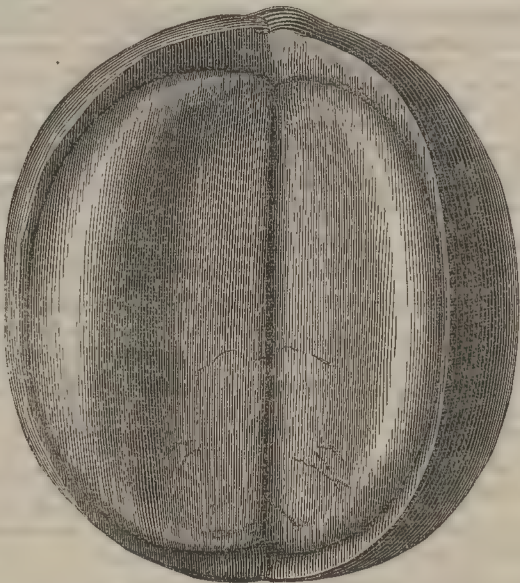
PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur fibreuse du dos chez un homme à qui on a antérieurement enlevé un polype naso-pharyngo-maxillaire de même nature.

M. Demarquay. J'ai présenté en 1857, un jeune homme âgé de vingt-huit ans auquel j'avais enlevé un énorme polype fibreux naso-pharyngo-maxillaire qui n'a point été suivi de récidive jusqu'à ce jour. Pour pratiquer cette opération, comme le polype remplissait le sinus maxillaire et faisait une saillie notable dans la région de la face, je fis une incision d'abord sur le dos du nez et venant se terminer au milieu de la lèvre supérieure; une autre incision, partant de la commissure du côté malade, s'étendait vers la région parotidienne. Ce vaste lambeau fut disséqué; la paroi antérieure du sinus maxillaire fut largement enlevée, et, grâce à cette porte d'entrée, j'ai pu enlever un énorme polype qui remplissait le sinus maxillaire et la narine gauche, ainsi que le pharynx (1). Il nous fut facile, à M. Monod et à moi, de constater que ce polype ne s'insérait point ni à l'apophyse basilaire ni à la face antérieure des vertèbres cervicales, autant qu'il m'a été donné de le constater. Le pédicule d'implantation avait lieu vers la trompe d'Eustache, soit dans le tissu fibreux qui environne cet organe, soit sur l'apophyse sphénoïdale; ce que je puis assurer, c'est que le pédicule du polype avait son point d'implantation sur la partie latérale du pharynx. Ce qui n'est pas moins douteux, c'est que mon malade a guéri sans laisser de traces de son opération, et que depuis 1857 il est resté parfaitement guéri, rien ne s'étant reproduit du côté du pharynx. Cette guérison est déjà presque une preuve que le polype ne s'implantait point au lieu habituel d'implantation de ces polypes.

Aucune cautérisation n'a été faite, et chacun sait avec quelle facilité se reproduisent les polypes implantés à l'apophyse basilaire ou aux vertèbres cervicales. Il y a un an, le docteur Colombel me pria de voir de nouveau le malade que j'avais opéré il y a huit ans. Il portait à cette époque une petite tumeur dans le dos, placée entre les deux épaules, du volume d'une grosse noisette; cette tumeur était dure, aplatie, peu saillante, et paraissait intimement confondue avec le derme.

En pinçant la peau, on la détachait complétement des parties profondes. Depuis un an, elle a acquis un volume considérable, ainsi qu'on peut le voir par la figure ci-jointe; elle paraît toujours confondue avec le derme, qui lui est intimement uni. Pour l'enlever, je la circonscrivis dans une incision elliptique de 10 à 12 centimètres dans son plus grand diamètre.



Cette tumeur incisée au moment de l'opération, nous permit de constater l'adhérence très-grande du derme avec la face convexe de la tumeur; la partie profonde adhérait faiblement à l'aponévrose dorsale. Après avoir fait passer la tumeur dans de l'eau alcoolisée pendant huit à dix jours, on peut d'un côté détacher la partie convexe du mal de la face profonde du derme. La peau est mince dans la partie correspondante au produit morbide; une incision faite au centre de la tumeur en démontre la nature fibreuse, en tout point semblable au polype enlevé huit ans auparavant. Voici l'analyse microscopique faite par le docteur Chalvet : « Cette pièce est un exemple très-net de tumeur fibreuse proprement dite, elle est exclusivement formée de matières amorphes et de faisceaux de fibres lamineuses dirigées en tous sens ou enroulées sur elles-mêmes. La matière amorphe est rapidement dissoute par l'acide acétique étendu, et alors les fibres deviennent plus apparentes. Les fibres sont courtes, transparentes, nacrées. L'élément vasculaire semble manquer complétement. On ne voit point de globules sanguins dans les préparations. Cependant on constate sur divers points des blocs irréguliers de matières hématiques qui sont la preuve que du sang a pénétré dans la masse du fibrome.

Je n'ai pas rencontré de fibres élastiques dans les fragments de cette tumeur. J'ai vainement cherché dans l'ensemble de ce tissu quelques éléments cartilagineux que pouvait faire soupçonner l'aspect nacré de la tumeur. Je n'ai partout rencontré que les éléments fibreux plus ou moins condensés selon la dureté plus ou moins grande du tissu qui servait à faire la préparation; nulle part on ne trouvait d'éléments dégénérés.

Ce fait est intéressant, car il prouve qu'il existe chez le sujet de cette observation une disposition à produire des tumeurs fibreuses, et j'ai tout lieu de craindre que le mal ne s'arrêtera pas, car je vais être obligé, même avant la guérison de l'opération, d'enlever une partie de la cicatrice dans laquelle une masse fibreuse se développe.

M. Giraldès voudrait savoir, si l'on est bien sûr que la première tumeur se fût bien développée dans le sinus.

M. Demarquay. C'est avec intention que je n'ai pas précisé davantage le point d'implantation du polype, parce que je n'ai pas pu le découvrir exactement. Je dirai seulement qu'il m'a paru adhérer au niveau de la trompe d'Eustache.

M. Houel croit se rappeler que ce fait a été présenté autrefois comme un cas de tumeur basilaire. On pourra, du reste, retrouver cette indication dans les bulletins.

M. Demarquay affirme que le pédicule n'était point adhérent à l'apophyse basilaire.

COMMUNICATION.

Nouveau procédé opératoire pour le bec-de-lièvre. — M. Giraldès.

Je désire communiquer à la Société de chirurgie un nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre. Dans les cas de bec-de-lièvre double compliqués, de bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division de l'arcade dentaire ou de la voûte palatine, cas dans lesquels il existe toujours un écartement des ailes du nez, une grande perte de substance à la lèvre supérieure, j'ai introduit dans le procédé opératoire une modification de nature à permettre une réunion plus facile et de mieux corriger la malformation des parties. Pour bien faire comprendre l'importance de ce procédé, je dois rappeler que, dans les cas auxquels je fais allusion, je *n'adopte jamais* la pratique conseillée dans les traités de médecine opératoire, pratique dont l'origine remonte à Franco, et qui consiste à disséquer la joue et les ailes du nez assez loin, afin de faciliter l'affrontement des lèvres qu'on veut réunir. Cette pratique classique me paraît essentiellement mauvaise; elle est loin de remplir le but qu'on se propose d'atteindre. Au lieu de disséquer les joues, je préfère couper toute l'épaisseur de la lèvre au moyen d'une incision oblique, dirigée dans le sens du contour de la narine. On obtient ainsi un lambeau susceptible de s'étendre sans beaucoup d'effort et de se réunir facilement au bord du côté opposé. Par suite de la division des parties molles, les muscles élévateurs des ailes du nez se trouvent coupés à leur insertion sur la lèvre, n'agissent plus par contraction sur les parties adossées en voie de se réunir. Il arrive ici ce qu'on observe dans l'opération de la staphylorraphie précédée par la section des muscles du voile du palais. Prenons pour exemple un bec-de-lièvre unilatéral compliqué. Le premier temps de l'opération exécuté, je procède à l'avivement des lambeaux en coupant de haut en bas le lambeau externe comme dans le procédé de Clemot et de Langenbeck. Du côté opposé, l'avivement de la lèvre est fait en sens contraire, c'est-à-dire de bas en haut, de manière à détacher un petit lambeau dont la base se continue avec la partie supérieure de la lèvre. Cela fait, les parties avivées sont réunies au moyen de deux points de suture métallique traversant toute l'épaisseur des parties; le petit lambeau provenant du côté externe est réuni, comme dans le procédé de Langenbeck, au moyen d'un fil métallique; le petit lambeau supérieur est appliqué et réuni à la partie supérieure du grand lambeau labial, et contribue à former le rebord de la narine. L'opération terminée représente une espèce d'échelon; la partie verticale répond aux lèvres avivées, et les branches horizontales, l'une au petit lambeau supérieur et l'autre au petit lambeau inférieur. Il y a là une espèce d'emboîtement réciproque.

Pour montrer l'avantage du procédé, il faut rappeler qu'en détachant la lèvre externe au moyen d'une incision, on laisse, après sa réunion à celle du côté opposé, un bord saignant correspondant à l'ouverture de la narine; mais, en appliquant le petit lambeau interne et supérieur sur ce bord saignant, on donne à la narine un bord recouvert d'une peau normale; on augmente la hauteur de la lèvre, et on donne à la surface de réunion une étendue plus grande, conditions qui favorisent le succès.

Si j'ai hésité à communiquer plutôt ce nouveau procédé à la Société de chirurgie, c'est que j'attendais l'avoir pratiqué un assez grand nombre de fois et avoir vu les malades longtemps après l'opération. Cette double condition me paraît indispensable pour juger la valeur d'un procédé opératoire; si les chirurgiens s'y étaient conformés, la chirurgie serait assurément moins riche en procédés opératoires; mais, en revanche, elle en connaîtrait mieux la valeur.

M. Panas demande quelques renseignements, et, en particulier, il prie M. Giraldès de lui dire si, par le procédé qu'il vient de décrire, on peut plus facilement éviter l'encoche inférieure de la cicatrice.

M. Giraldès. Les chirurgiens ont imaginé un certain nombre de procédés opératoires destinés à éviter le défaut que signale M. Panas, mais fort heureusement ces procédés ne réussissent pas. En effet, au point de vue de l'esthétique, ils créeraient une nouvelle difformité en faisant un tubercule là où il n'existe pas naturellement, c'est-à-dire sur le côté et non au niveau de la ligne médiane. Il vaut donc mieux chercher tout simplement à faire une lèvre à bord lisse.

Ce que je puis dire, ajoute M. Giraldès, c'est qu'en somme le résultat de mes opérations a été satisfaisant.

M. Demarquay. A l'objection que M. Giraldès vient de faire au procédé de Mirault (d'Angers), j'en ajouterai une autre contre tous les procédés à lambeaux. De deux choses l'une, ou on taille des lambeaux épais et alors on augmente la perte de substance, ce qui rend la coaptation plus difficile, ou bien on taille des lambeaux minces, et dans ce cas on les voit souvent se mortifier.

(1) Voir la *Gazette médicale*, 1857.

M. GIRALDÈS. L'objection de M. Demarquay me paraît plus théorique que pratique. Je puis lui assurer que les lambeaux, quelque minces qu'ils soient, ne se gangrènent pas. Il est probable que quand cet accident lui est arrivé, cela a tenu à ce qu'il avait fait la suture entortillée ancienne et non la suture métallique.

Je répondrai maintenant à M. Panas que c'est poursuivre un fantôme que de chercher à rétablir les parties dans un état tel qu'il ne reste aucune différence avec une lèvre normale.

M. DEMARQUAY. Je n'attache pas autant d'importance que M. Giraldès à l'emploi des fils métalliques. Ce qui me paraît surtout important, c'est de faciliter la coaptation, et d'ailleurs je ne vois pas d'énormes différences entre les épingles et les fils métalliques.

M. GIRALDÈS. Épingles ou fils métalliques, c'est toujours même chose, dit M. Demarquay; ce qui importe, ajoute-t-il, c'est que la traction ne soit pas trop grande. Eh bien, les épingles rendent la traction plus forte, surtout quand on les entoure du fil végétal destiné à completer la suture entortillée ordinaire. Il n'en est pas de même pour les fils métalliques. D'ailleurs, avec la suture entortillée, on est dans l'obligation de lever les épingles plus ou moins tôt, si on veut éviter la gangrène. Les fils métalliques peuvent rester en place jusqu'à complète guérison, sans aucun inconvénient. J'ai pu les laisser dix, douze et quinze jours.

J'ajouterai, pour répondre à M. Panas, que parmi les avantages de mon procédé, j'ai trouvé celui de donner à la cicatrice une plus grande étendue, et par conséquent plus de solidité.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décrets en date des 10 et 13 août 1865 ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Poggiale, pharmacien-inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Roberty, médecin des épidémies dans le département des Bouches-du-Rhône; Pidoux, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes; M. Voillemier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Louis; Barth, médecin de l'Hôtel-Dieu; Pelletan de Kinkelin, médecin de la Charité; Brun, médecin de la maison d'arrêt pour dettes de Paris.

Au grade de chevalier : MM. Brochin, membre de la Commission des logements insalubres du département de la Seine; Grillot, médecin à Plombières; Rabourin, professeur à l'École vétérinaire de Lyon; Bonnefous, médecin des épidémies à Mauriac; Bouis, chef des travaux chimiques à l'Académie de médecine; Cisseville, médecin-inspecteur des eaux de Forges; Desfosses-Lagravière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bousac; Lambron, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Luchon; Pihan-Dufeillay, vice-président du Conseil central d'hygiène et de salubrité du département de la Loire-Inférieure; Prémont, médecin-vaccinateur dans le département de la Charente; Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure; Étoc-Demazy, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans; Joseph Raymond, médecin de l'asile Mathilde; Orfila, secrétaire-général de l'Association des médecins de la Seine; Cabanellas, médecin à Paris; Collomb, médecin du bureau de bienfaisance du 3e arrondissement; Costilhes, médecin de la prison Saint-Lazare, à Paris; Calvo, médecin de la maison de justice à Paris.

— Par décret en date du 8 août 1865, une chaire de chimie organique a été créée au collége impérial de France. Par le même décret, M. Berthelot, membre de l'Académie impériale de médecine, a été nommé professeur titulaire de cette chaire.

— Par décret en date du 31 juillet 1865 :

M. le docteur Baron, chirurgien aide-major au 9e bataillon de la garde nationale, a été nommé chirurgien-major en remplacement de M. le docteur Bergeron, démissionnaire.

M. le docteur Gachet a été nommé chirurgien aide-major en remplacement de M. le docteur Baron.

— Un concours pour la place de chef interne médecin, résidant à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, sera ouvert le samedi 25 novembre prochain.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 28 octobre inclusivement, au Secrétariat de l'Administration, Cours d'Albret, 91. En se faisant inscrire, les candidats déposeront : Leur diplôme de Docteur, délivré par l'une des Facultés de médecine de la France; — Leur acte de naissance et un certificat du maire de la commune de leur résidence, constatant qu'ils sont célibataires ou veufs sans enfants; — Un certificat de bonne conduite et de moralité, délivré par le même fonctionnaire; — Un engagement écrit de se conformer au règlement du Service de santé, à celui de l'hôpital, aux décisions et délibérations ultérieures de la Commission administrative des hôpitaux, ainsi qu'aux mesures de discipline prévues par le règlement.

L'admission au concours est subordonnée à la décision de la Commission.

Le jury d'examen sera composé des neuf docteurs chefs de service à l'hôpital Saint-André, auxquels seront adjoints deux médecins et deux chirurgiens honoraires.

Le programme du concours comprend quatre épreuves : 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale; — 2° L'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertation sur ces cas; — 3° L'examen analogue de deux cas de maladies externes; — 4° Une épreuve opératoire ayant pour objet : 1° Une opération chirurgicale précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent; 2° Une opération obstétricale avec démonstration.

Le temps accordé à chaque candidat, pour la première épreuve, est de quatre heures, et d'une heure pour chacune des trois suivantes.

La durée des fonctions du chef-interne est de trois ans. Pendant ce temps il est nourri, logé, chauffé et éclairé; il reçoit un traitement annuel de 1,200 francs.

Si pendant la durée de son exercice il se marie, cette circonstance équivaudra de plein droit à une démission, et il sera immédiatement pourvu à son remplacement.

— M. le docteur Putégnat (de Lunéville) nous annonce la mort de M. le docteur Dieudonné, rédacteur principal du *Journal de médecine, de chirurgie,* etc., publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Le docteur Dieudonné joignait à son talent de publiciste des qualités de cœur qui le font regretter vivement de tous ceux qui l'ont connu.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. Leconte, méd. du Bureau de bienfaisance.	10 fr.
Defernex, à Bièvres.	5
Brierre de Boismont.	50
Collin et les malades, à St-Honoré-les-Bains.	100
Alfred Guillon, à Paris.	10
Labadie-Lagrave, élève.	5
H. C.	5
Normand-Dufié, médecin-major.	5
Pernot, à Isle-sur-Doubs.	5
Anonyme.	50
Henri Roger, à Paris.	20
Triouillez, à Thiers.	5
Anonyme.	5
Maurat, à la Tartaille.	10
Potonnier, à Vue.	5
Rennes, à Bergerac.	6
E. P., à Marly-le-Roy.	10
Sonrier, à Strasbourg.	6
Anonyme.	5
Mme V. Bernard.	10
Mme Bayard.	20
Anonyme.	20
Anonyme.	3
Mme E. G.	6
Mme B. K.	10
R. H.	10
Un abonné.	3
Anonyme.	5
Un abonné.	5
Cerise, à Paris.	20
Teulières, à Aurillac.	3
Alexandre, avenue Parmentier.	5
Un ami de l'humanité.	5
E. B.	2
S. S., médecin-major.	2 50
Provost, à Gavray.	5
Un officier supérieur en retraite.	5
Bertrand de Saint-Germain, à Paris.	10
Anonyme.	5
Total.	482 fr. 50
Liste précédente.	1,038
Total général.	1,520 fr. 50

De l'uréthrotomie dans les rétrécissements de l'urèthre; indications et contre-indications, par le docteur BEYRAN. (*Extrait de ses Leçons sur les maladies des voies urinaires.*) A la librairie de Germer-Baillière.

Du Fongus bénin du testicule et de ses rapports avec la hernie du même organe, par le docteur HENNEQUIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 68 pages. Prix : 2 fr. — Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 98. — MARDI 22 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 22 AOUT 1865. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL MILITAIRE DU GROS-CAILLOU. — M. LESPIAU.

Méningite cérébro-spinale sporadique. — Guérison.

La méningite cérébro-spinale n'est pas fréquente à l'état sporadique, et les cas de guérison de cette maladie sont considérés comme rares; aussi l'observation suivante pourra-t-elle offrir de l'intérêt :

B... (Claude), musicien au 4e voltigeurs de la garde, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, salle 2, n° 11, le 19 juillet 1865, à onze heures du matin. Trente-six ans, constitution forte, tempérament sanguin, pas de maladie héréditaire, pas de maladie constitutionnelle acquise.

Commis voyageur en nouveautés, B... n'avait pas été malade avant le 13 juillet 1847, époque à laquelle il s'engagea dans l'armée. Il rejoignit, le 1er août 1847, à Alger, le 1er régiment de chasseurs d'Afrique, avec lequel il fit plusieurs expéditions comme cavalier. Passé trompette le 21 février 1851, il continua à suivre la fortune de son escadron jusqu'au 13 juillet 1854, époque à laquelle son engagement expira et à laquelle il rentra dans sa famille, à Ivry (Saône-et-Loire). Pendant la grande expédition de la grande Kabylie (en 1854), B... avait été atteint de scorbut, maladie qu'il négligea à sa rentrée en France pendant son séjour dans sa famille. Cette affection ne présentait pas à cette époque des symptômes très-graves, car il put se rengager comme musicien, le 8 octobre 1854, au 1er régiment d'artillerie qui se trouvait en garnison à Vincennes, où il se rendit immédiatement. Cependant le scorbut présenta pendant le mois de novembre 1854 une marche rapide et des symptômes inquiétants : fongosités et ulcérations des gencives, ecchymoses aux jambes, douleurs atroces aux membres inférieurs. Cette désorganisation força B... à entrer, le 5 décembre 1854, à l'hôpital du Val-de-Grâce. Trois mois de traitement dans cet établissement et trois mois passés en convalescence à Ivry rétablirent complétement la santé de ce musicien.

B... accompagna son régiment à Grenoble en 1857. Il eut dans cette garnison, en 1858, une uréthrite, qui fut guérie à l'infirmerie du corps. Passé au 4e voltigeurs de la garde comme cornet à pistons, ce musicien rejoignit ce régiment à Paris le 28 février 1860. Il a habité depuis cette époque les différentes garnisons de l'infanterie de la garde aux environs de Paris, et il n'avait eu aucune indisposition depuis son incorporation au 4e voltigeurs.

B... se trouvait en garnison à Paris (caserne de l'École militaire) depuis le 1er avril 1865. Après avoir supporté péniblement les fortes chaleurs des dix premiers jours du mois de juillet 1865, il se sentit courbaturé le 11 de ce mois; mais il espérait surmonter cet état en se donnant de l'exercice, et il continuait son service de musicien. Dans l'espoir de se débarrasser de la *lourdeur de ses membres*, qui durait depuis cinq jours, B... alla le 16 juillet, entre cinq et six heures du matin, prendre un bain froid. Il n'avait pas chaud au moment où il se mit dans l'eau, où il resta vingt-cinq minutes environ. Après s'être bien essuyé, il rentra à pied à l'École militaire, se recoucha à huit heures du matin et s'endormit d'un profond sommeil. Il se réveilla vers onze heures et demie du matin avec des frissons, des pandiculations et un tremblement convulsif des mâchoires. Ces phénomènes durèrent dix minutes et furent suivis d'une lassitude générale, qui dura toute la journée.

Le soir, vers quatre heures, il fut pris d'une céphalalgie intense, qui dura toute la nuit et qui l'empêcha de dormir.

Le lendemain matin 17, la céphalalgie était accompagnée de fourmillements aux jambes. Cette sensation pénible monta progressivement le long des membres inférieurs, et le soir elle était arrivée à la région lombaire. La fièvre se déclara vers quatre heures du soir et la céphalalgie augmenta; cette céphalalgie donnait au malade une sensation semblable à celle qu'il aurait éprouvée si sa tête avait été prise dans un étau. La nuit se passa sans sommeil au milieu de ces souffrances, et le 18 au matin B... se présenta au médecin de garde à l'École militaire, qui lui administra un purgatif (sulfate de soude). Cette médication fut suivie de huit selles liquides, qui ne procurèrent aucun soulagement. Les douleurs remontèrent le long de la colonne vertébrale et comprenaient la région dorsale, mais elles étaient plus intenses aux lombes. Les lombes et la région dorsale furent atteintes dans la nuit du 18 au 19 par une roideur qui empêchait le malade de se remuer dans son lit. Les mouvements des membres inférieurs et des membres supérieurs étaient libres.

B... se présenta le 19 au matin à la visite du médecin de son régiment, qui prescrivit de le transporter d'urgence à l'hôpital du Gros-Caillou, où il arriva à onze heures du matin.

Nous le vîmes à une heure du soir.

Céphalalgie, douleurs lombaires intenses donnant la sensation de piqûres d'épingle; roideur aux lombes et au dos, liberté des mouvements des membres supérieurs et inférieurs; qui ne sont pas douloureux; 65 pulsations normales; langue blanche, pâteuse; pas de selles depuis dix-huit heures.

Diète, tilleul édulcoré chaud; potion gommeuse camphrée, 10 décigrammes; lavement émollient à quatre heures du soir; 24 ventouses scarifiées, 12 le long de chaque côté de la colonne vertébrale aux régions lombaire et dorsale.

Le 20 juillet, à sept heures du matin, le malade a rendu des matières alvines avec le lavement. Délire et insomnie toute la nuit. Décubitus dorsal, la tête fortement portée en arrière et ne pouvant être inclinée dans aucun sens. Roideur de la colonne vertébrale; le tronc est soulevé tout d'une pièce lorsqu'on prend le malade derrière la tête; pas de douleur à la pression le long des apophyses épineuses des vertèbres, ni lorsqu'on promène une éponge imbibée d'eau chaude le long de la colonne vertébrale. Aucune roideur des membres, qui ne sont pas douloureux. Les réponses sont lucides lorsqu'on interpelle vivement le malade, puis il retombe dans la somnolence lorsqu'on ne lui adresse pas la parole. Strabisme, contraction des pupilles, photophobie, diplopie. La langue ne peut pas être sortie de la bouche. La parole offre une anomalie remarquable : les *r, d, t, ch, g,* ne sont pas articulés. On sait que toutes ces consonnes ne sont prononcées qu'à la condition que la pointe de la langue s'applique contre le palais par un premier mouvement et qu'elle s'en écarte ensuite. Ce phénomène indique une paralysie du nerf hypoglosse : nous l'appellerons bredouillement dans le courant de l'observation. Langue d'un rouge intense, anorexie; 68 pulsations petites, serrées.

Diète; thé édulcoré avec 10 grammes d'alcool par litre, à boire chaud; 50 sangsues à la nuque à huit heures du matin; deux potions gommeuses additionnées chacune de 4 grammes de liqueur ammoniacale anisée, à prendre une cuillerée toutes les demi-heures. Bain d'air chaud donné dans le lit à dix heures du matin.

Le 20 juillet, à deux heures du soir, les prescriptions, exécutées rigoureusement, ont été bien supportées. Le malade a pris une des deux potions ammoniacales. Transpiration abondante, lucidité, bredouillement; céphalalgie moins intense; strabisme, contraction des pupilles, photophobie, diplopie, rachialgie, opisthotonos dorsal et cervical; 70 pulsations larges, développées.

Faire prendre la potion ammoniacale qui reste à administrer; six pilules contenant chacune 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; une pilule toutes les deux heures à partir de six heures du soir.

Le 21, à sept heures du soir, selle molle noire.

Le 21, à trois heures du soir, sueurs profuses et sommeil agité dans la nuit. Décubitus sur le côté droit, la tête fortement inclinée en arrière. Somnolence, mais réponses lucides lorsqu'on interpelle vivement le malade. Pas de céphalalgie, rachialgie, opisthotonos dorsal et cervical; la tête est fortement inclinée en arrière; elle peut être inclinée sur les côtés lorsqu'on le demande au malade; mais elle ne peut pas être inclinée en avant. Mobilité et sensibilité des membres comme à l'état normal; respiration anhéleuse, strabisme, diplopie, contraction des pupilles. La langue ne peut pas être tirée hors de la bouche; bredouillement. Déglutition normale des liquides; langue rouge; 68 pulsations larges, développées. Éruption générale et discrète de taches rondes, rouges, qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt, d'un diamètre de 4 millimètres, présentant au centre une papule rouge d'un demi-millimètre de diamètre.

Bouillon coupé avec de l'eau; thé édulcoré contenant 10 grammes d'alcool par litre, à boire chaud. Deux bains d'air chaud administrés dans le lit; deux potions gommeuses avec 4 grammes de liqueur ammoniacale anisée.

Le 21, à trois heures du soir, mêmes symptômes que le matin. Le malade vient d'avoir une selle molle noire. Il a pris un quart de litre de bouillon coupé avec la moitié d'eau, un bain d'air chaud et une des deux potions gommeuses contenant 4 grammes de liqueur ammoniacale anisée.

Sueurs profuses dans la nuit du 21 au 22, sommeil agité, délire loquace dont le malade ne se souvient pas le matin. Un demi-litre d'urine rouge qui laisse déposer une grande quantité d'urate d'ammoniaque.

Le 22, à sept heures du matin, décubitus sur le côté gauche; lucidité complète, plus de strabisme, dilatation des pupilles, plus de diplopie ni de photophobie, plus de rachialgie, facilité dans les mouvements de latéralité de la tête, qui peut être inclinée en avant dans le quart de la révolution normale. Roideur des muscles de la poitrine, respiration anhéleuse, toux sans expectoration, bredouillement, la langue peut être retirée hors de la bouche, mais elle ne peut pas être portée en haut contre le voile du palais; elle est rouge. 65 pulsations normales, persistance de l'éruption cutanée.

Bouillon, thé édulcoré chaud avec addition de 10 grammes d'alcool par litre. Bain de vapeur d'eau (dans la salle spéciale à cet usage) aussi prolongé que le malade pourra le supporter.

Le 22, à deux heures et demie du soir, le malade a supporté pendant une demi-heure le bain de vapeur, pendant lequel il a beaucoup transpiré. Une selle molle noire en sortant du bain; peau chaude, halitueuse. Pas de céphalalgie, lucidité complète. 80 pulsations larges, développées. Les papules du centre des taches rouges de l'éruption cutanée se sont converties en pustules. Le malade se tourne facilement dans son lit, la tête n'est plus inclinée en arrière, les mouvements de latéralité sont complétement libres. La flexion a lieu dans une demi-révolution antérieurement. Bien-être général.

Le 23, à sept heures et demie du matin, l'infirmier de garde nous dit que le malade a eu une selle molle noire la veille à onze heures du soir, et qu'il s'est placé seul sur la chaise percée qui est à côté de son lit. Délire de minuit à quatre heures du matin. Lucidité passagère au moment de la visite : plus de strabisme, mais contraction des pupilles; plus de roideur du cou; bredouillement; respiration anhéleuse. 72 pulsations larges, développées.

Bouillon, limonade citrique, potion gommeuse avec 1 gramme de calomel à prendre une cuillerée toutes les heures.

Le 23, depuis la visite du matin, le malade a presque toujours été plongé dans le coma, qui n'a été interrompu à intervalles irréguliers que par un délire furieux pendant lequel il cherchait à sortir de son lit. Pas de selle; urines rouges. Au moment de la visite : stupeur, lucidité passagère lorsqu'on interpelle vivement le malade. Bredouillement très-prononcé, contraction des pupilles, strabisme, pas de roideur aux régions cervicale et dorsale; motilité et sensibilité des membres à l'état normal, respiration anhéleuse. 80 pulsations petites, serrées.

Continuer la potion au calomel dont le malade a pris une moitié; raser la tête, vésicatoire sur toute la tête à trois heures du soir; à huit heures du soir, pour prévenir l'effet des cantharides : potion gommeuse avec 2 décigrammes de camphre et lavement avec 250 grammes d'huile camphrée; trois pilules contenant chacune 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium à administrer une toutes les heures à partir de huit heures du soir.

Le 24, à sept heures du matin. La nuit a été bonne; le sommeil tranquille. Trois selles blanchâtres sous l'influence du lavement et du calomel ont eu lieu la veille à onze heures du soir. Le malade a demandé lui-même le vase. Le vésicatoire de la tête a bien pris. Un demi-litre d'urine rouge à dépôt d'urate d'ammoniaque. Lucidité complète. Plus de strabisme, aucune roideur au dos ni au cou, membres à l'état normal au point de vue de la motilité et de la sensibilité. Bredouillement. 80 pulsations larges, développées; gonflement des gencives sous l'influence du calomel à doses réfractées.

Bouillon, limonade citrique; deux potions gommeuses contenant chacune 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, à prendre par cuillerées toutes les heures.

Le 24, à deux heures du soir, le malade a eu une selle molle noire à neuf heures du matin; il a rendu un demi-litre d'urine rouge. Lucidité complète; peau chaude halitueuse; plus de bredouillement. Bien-être général. L'éruption cutanée a disparu.

Le 25, à sept heures et demie du matin. La nuit s'est très-bien passée. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement. Le vésicatoire de la tête tend à se sécher.

Vermicelle au gras et biscuits de Reims; limonade citrique.

Le 26, à sept heures du matin. Toutes les fonctions à l'état normal. L'alimentation est augmentée progressivement. L'exercice du corps est dirigé avec prudence, et le 1er août B... est en pleine convalescence. Il se promène dans la cour; il mange la demi-portion avec appétit et il prend un quart de litre de vin par jour.

Réflexions cliniques.

Rien dans les antécédents du malade ne prédisposait à une maladie des méninges. B... est la seule personne de son régiment et de toutes les troupes casernées à l'École militaire depuis le 1er avril 1865 qui ait présenté une méningite cérébro-spinale. Cette maladie est sporadique et seule de son espèce.

La céphalalgie intense, le strabisme, la contraction des pupilles, la photophobie, la diplopie et la paralysie de la langue appartiennent à la méningite cérébrale.

Les fourmillements survenus aux membres et à la région lombaire, l'opisthotonos dorsal et cervical, l'apparition d'une éruption cutanée, appartiennent à la méningite spinale.

Les membres inférieurs ont présenté de la roideur dès le début; mais, ni les membres supérieurs, ni les membres inférieurs n'ont présenté cette exaltation de la sensibilité qui est notée comme caractérisant spécialement la méningite spinale.

La méningite cérébrale a précédé la méningite spinale. Cette dernière a marché d'une manière continue sans exacerbations, tandis qu'au neuvième jour de la maladie confirmée, la méningite cérébrale a présenté une exacerbation qui s'est traduite par le coma, le délire, le strabisme, la photophobie et la contraction des pupilles, le bredouillement, symptômes qui ont inspiré des crainte sérieuses.

Le bredouillement qui a été observé s'explique très-facilement par la paralysie de la langue. Les consonnes, qui ont besoin pour être prononcées du concours de la langue, ne sont plus émises lorsque cet organe ne fonctionne plus.

Les émissions sanguines locales, les sudorifiques, le calomel et l'opium ont été employés successivement. L'opium a combattu efficacement le délire et la surexcitation nerveuse.

L'exacerbation du neuvième jour, caractérisée par le coma, a fait craindre un épanchement dans la séreuse encéphalique. Le vésicatoire appliqué sur la tête a arrêté cette tendance. Cette révulsion énergique, conseillée par Graves, nous a rendu les plus grands services dans le typhus des plateaux de l'Anahuac, lorsque le coma se présentait chez nos malades. L'indication consiste à appliquer le vésicatoire sur la tête rasée aussitôt que le coma se présente.

Le traitement que nous venons d'énumérer a été énergique,

mais nous n'avons eu qu'à nous louer de cette thérapeutique qui a enrayé les lésions pathologiques qui, comme on le sait, marchent si rapidement dans la méningite cérébro-spinale.

HYDRO-PÉRICARDE CONSIDÉRABLE.

Paracentèse. — Guérison.

(Observation communiquée par M. CHAMPOUILLON.)

Il y a un symptôme général à constater dans le tempérament de l'Académie, c'est le penchant que manifestent aujourd'hui ses membres pour les discussions approfondies et pour une sorte de réglementation des grandes questions de pratique médicale ou chirurgicale. Ce changement d'habitudes, s'il se maintient, finira par nous tirer d'une foule d'incertitudes, et par donner à chaque chose sa couleur ou même sa nuance. Rien n'éclaire, rien ne tranquilise le praticien autant que les débats académiques, parce que tout ce qui en sort se montre revêtu d'un caractère de précision et d'autorité qui manque quelquefois à d'autres organes de la science.

En admettant que la médecine soit destinée à acquérir plus de netteté dans ses vues, plus de sûreté dans son action, c'est assurément des corps savants que doit lui venir sa majeure impulsion.

Cette influence magistrale se révèle en ce moment avec autant d'éclat que de profit à propos de la thoracentèse. Jusqu'à présent, cette question était restée un peu nébuleuse pour nous, et à peu près perdue dans le vague des publications particulières. Mais la lumière se fait heureusement sur les conditions d'opportunité et de succès de cette opération chirurgicale. Il est permis néanmoins d'exprimer, à ce propos, la surprise et le regret qu'aucun orateur n'ait jugé convenable d'annexer, dans la discussion, l'hydro-péricarde a l'hydro-thorax, deux affections contiguës et de même nature. Comme la thoracentèse, la *paracentèse du péricarde* semble avoir maintenu les médecins dans une réserve dont quelques-uns seulement ont osé s'affranchir. Est-ce donc que la main s'intimide, lorsque vient l'idée de porter le fer au voisinage du cœur? Voici toutefois une observation bien propre à enhardir ceux qui auraient besoin d'encouragement.

Dans le courant du mois de mai 1849, D..., voltigeur libéré, se rendant de Lyon à Brest, fut obligé de s'arrêter à Paris, incapable qu'il était de poursuivre sa route. Au moment de son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce, cet homme présentait l'état suivant : pâleur et légère bouffissure de la face, dyspnée continuelle, mais se calmant un peu par l'inclinaison du tronc en avant; voix faible, essoufflée; pouls petit, fréquent, mais sans caractère fébrile; voussure fortement accusée entre la troisième et la septième côte à gauche; absence, sur ce point, de murmure vésiculaire et des battements du cœur, ceux-ci ne se font entendre qu'au delà du sternum, à droite; on sent que l'organe ne se meut que péniblement. Dans toute l'étendue de la voussure, et un peu en dehors de ses limites, matité générale absolue; toutes les zones du poumon restées perméables fournissent une respiration puérile très-pure; point de bronchite ni d'égophonie; infiltration modérée des pieds et des mains; nutrition imparfaite : tendance à la syncope après tout effort musculaire un peu énergique.

Cinq mois auparavant, cet homme avait été atteint d'une péricardite aiguë, compliquant un rhumatisme articulaire généralisé. La médication employée avait été impuissante à prévenir l'hydro-péricarde, maladie reconnue difficilement curable, et à propos de laquelle D... avait obtenu sa libération du service militaire.

Le malade, préoccupé de sa situation actuelle, désespérant de sa guérison, répète souvent qu'il s'achèvera lui-même plutôt que de recourir à la charité publique pour lui demander le moyen de subsister. M. Champouillon lui propose alors de procéder à la ponction, sans lui cacher toutefois les dangers et l'insuccès possibles de l'opération. Cette proposition est acceptée par D... qui en sollicite l'exécution immédiate.

Il s'agissait avant tout de faire un choix entre les diverses méthodes proposées pour la ponction du péricarde; le procédé de Boyer fut adopté, c'est-à-dire que le sujet étant couché sur le dos, les bras élevés parallèlement au-dessus de la tête, un trocart légèrement courbé, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, fut plongé entre la quatrième et la cinquième côte, et à quelques centimètres du bord gauche du sternum. La maigreur du sujet et la voussure de la poitrine rendaient cette ponction très-facile. Le liquide qui s'échappe par la canule, en sort d'abord par un jet ferme et continu, puis ne vient plus en quelque sorte que par ondées intermittentes qui correspondent assez exactement aux mouvements du cœur. Dans le moment où le malade exécute une évolution jugée nécessaire à l'entier épuisement du liquide, il survient une syncope qui dure près d'une minute, et cause quelque alarme parmi les assistants. Dès que l'écoulement commence à languir, la canule est retirée par un mouvement rapide, en même temps que la peau qui avait été fortement relevée avant la ponction est vivement abaissée.

La quantité de liquide obtenu s'élevait à 615 grammes; la teinte en était un peu verdâtre, et la transparence très-louche. M. Dujardin y trouva, au microscope, quelques globules de pus et plusieurs filaments de structure épithéliale.

D... fut condamné à rester au lit, dans une immobilité aussi complète que possible, afin de prévenir le retour d'une syncope restée imminente. L'état de ce malade ne parut pas d'abord s'améliorer d'une façon très-satisfaisante; néanmoins, une promenade d'un quart d'heure était devenue possible, facile même, le quatorzième jour après l'opération. L'appétit, les forces, le coloris reparurent graduellement; l'œdème s'éclipsa de bonne heure; le cœur quitta la position qu'il avait prise, en faisant violence au médiastin antérieur, et revint à sa situation normale; peu à peu ses battements rentrent dans l'ordre naturel. La voussure persiste, mais la respiration, encore un peu faible il est vrai, est facilement perçue dans toute l'étendue du poumon gauche. En un mot, la restauration s'opère sur tous les points de l'économie.

Six semaines environ après avoir été opéré, D... quitta l'hôpital, dans un état de santé satisfaisant pour regagner la Bretagne où il se fit employer comme manouvrier. Seize mois plus tard, il abandonna cette profession pour prendre du service à bord d'un bâtiment marchand. Depuis lors, le sujet a été perdu de vue.

La guérison s'est-elle maintenue? C'est assez probable.

DE L'ACTION PRÉSERVATIVE ET CURATIVE DU CUIVRE

dans le choléra,

Par M. le Dr V. BURQ.

(Mémoire présenté à l'Académie des sciences le 7 août.)

L'Académie se souvient sans doute de mes travaux et recherches sur l'action des métaux en général, et sur celle du cuivre en particulier contre le choléra. Elle n'a point oublié qu'après de très-nombreuses expériences faites en 1849 sur les cholériques de plusieurs hôpitaux civils et militaires, j'ai eu l'honneur de lui adresser plusieurs notes ou mémoires touchant les bons effets de ce dernier métal en applications extérieures, dans les crampes et autres phénomènes nerveux qui forment le cortége effrayant de cette cruelle maladie.

Mais ce qu'il importe en ce moment de rappeler à la savante compagnie, c'est qu'en l'année 1853, à la suite d'une enquête des plus vastes et des plus minutieuses dans les diverses industries qui s'exercent sur les métaux, — enquête toute spontanée de ma part, que j'avais poursuivie en personne jusqu'en Angleterre et qui avait fini par embrasser, tant en France qu'à l'étranger, une population de plus de 200,000 individus, je suis venu :

1° Affirmer la préservation constante du choléra en faveur des ouvriers que leur profession met en contact habituel avec des poussières de cuivre;

2° Déduire de cette préservation la possibilité, au profit de tous, d'une semblable préservation et très-vraisemblablement aussi la possibilité d'une guérison, dans les cas de choléra les mieux constatés, au moyen de ce même métal largement appliqué sur la peau et administré à l'intérieur sous une forme et à dose convenables.

Mes publications sur ce sujet excitèrent partout une vive et bien légitime émotion. Nous étions alors à la veille d'une nouvelle invasion du fléau. Dans un supplément d'enquête, fait pour ainsi dire à ciel ouvert, j'avais invoqué en témoignage nominativement tous les principaux chefs d'usine ou d'atelier qui avaient été témoins de cette précieuse immunité, j'avais pris directement à partie tous ceux, patrons et ouvriers, qui avaient pu eux-mêmes en bénéficier, et pas un nom n'était venu s'inscrire en faux contre les résultats consolants de mes recherches. Une seule voix s'était élevée, celle de M. le docteur Secrétain, pour réclamer en faveur d'Hahnemann la priorité de l'observation.

Cette fois la vérité triomphait donc ou allait triompher, du moins on pouvait le croire, mais il n'en fut rien, et bientôt il advint telles circonstances que je tairai pour ne point affliger les âmes généreuses, à la suite desquelles, abreuvé de dégoût et d'amertume, je me condamnai sur cette question au plus absolu silence.

Depuis lors douze longues années se sont écoulées, et, quoique j'eusse les meilleures raisons pour parler, bien que notamment l'épidémie de 1854 m'eût à nouveau, et d'une façon autrement significative, m'eût donné raison, je n'écrivis plus une seule ligne, je ne dis plus un mot touchant cette si remarquable action du cuivre contre le choléra.

Aujourd'hui seulement, en face des nouvelles qui nous arrivent chaque jour d'Orient, d'Égypte et d'Italie, je reprends la parole, et, bien décidé cette fois à faire, dans l'intérêt public, tout ce qui sera nécessaire pour que la vérité éclate, j'ai écrit cette première note à l'adresse spéciale de tous les intéressés.

Action du cuivre contre le choléra considérée sous les trois chefs suivants: 1° Préservation spontanée; 2° Préservation provoquée; 3° Action directe.

1° *Préservation spontanée.* — J'affirme de nouveau et plus énergiquement que jamais la préservation spontanée chez l'immense majorité des ouvriers qui, dans les diverses épidémies de choléra et au moment où sévissait la maladie, se sont trouvés soumis par leur travail à une absorption permanente du cuivre réduit à l'état de poussière très ténue, et pour la seconde fois je vous appelle directement en témoignage, vous tous honorables chefs d'industrie, patrons dévoués à vos ouvriers, qui vous êtes faits les complices de mes affirmations.

Dans les grands ateliers de construction et autres, vous MM. Caïl, Cavé, Calla, Lagoutte, Janrey, Christofle, Barriquand, Chevalier, Savart, etc., etc.; dans la fabrique des instruments de musique, vous MM. Sax, Gautrot, Raoux, Besson, Halary, Courtois, Michaux, Desruelle, Labbaye, etc., etc.; dans les bronzes, vous MM. Victor Paillard, Desnières, Thiébaut, Journeux, Vauvray, Riglet, Marchand, Desorcy, Lacarrière, Bavozet, Barré, Périllat, Graux-Marly, Fouquet, Nicolas, Gugenheim et autres...

Je vous prends à témoins, vous tous, ouvriers de la ville et des faubourgs qui donnez au cuivre toutes les formes, fabriquez depuis l'humble roulette et le compas en cuivre jusqu'aux bronzes les plus merveilleux, jusqu'à ces admirables instruments de précision qui ont fondé la réputation des Gambey, des Bréguet, des Froment, des Molteni, etc., etc.; vous surtout ouvriers ciseleurs, tourneurs et monteurs en bronze, membres de cette Société si prospère dite du *Bon accord* dont les statuts ont été imités par tant d'autres sociétés, qui, vivant de la vie commune des hommes à la journée dans les quartiers où précisément les ravages du choléra ont été plus intenses, avez traversé les épidémies de 1832, 1849 et 1854 sans fournir au fléau une seule victime, — *une seule victime!* — j'insiste pour que personne ne s'y trompe, et qui, chose inouïe, inexplicable si la préservation que je dis n'avait point existé, si elle n'est que pure chimère, pour ne pas dire un mensonge, n'avez jamais payé votre tribut à l'épidémie que par un chiffre relativement insignifiant de journées de maladie, en tout 166 pour les trois épidémies réunies. J'ai dit une seule victime, j'ai tort, car un des membres de votre société, le sieur Dutertre, qui avait quitté, l'imprudent! la partie des bronzes pour se faire distillateur liquoriste, est mort en 1849 du choléra. Fait non moins signicatif, je constatais encore, il y a peu de jours, avec vos honorables président et secrétaire, MM. Victor Paillard et Barré, qui sont prêts à le certifier, que dans ces 166 journées de maladie, le plus grand nombre, 100 au moins, appartiennent à des sociétaires déserteurs de la profession ainsi que le malheureux Dutertre, et que c'est sur ces derniers seulement que l'influence épidémique s'est exercée d'une manière sérieuse; témoin un de vos camarades, M. Roche fils, qui, ayant passé de la ciselure sur bronze à la gravure sur argent, paya lui aussi, en 1849, sa désertion d'une attaque de choléra assez grave pour charger à lui seul la société de 47 journées de maladie.

Je vous prends à témoins, vous, les médecins dévoués de ces ouvriers, MM. Vasseux et Noiret, qui, tandis que ces faits de parfaite immunité se passaient sous vos yeux, observiez au contraire des cas assez fréquents de maladie parmi les femmes et les enfants de ces mêmes préservés; vous, M. le docteur de Pietra Santa qui, pour les deux épidémies de 1849 et 1854, avez constaté la même immunité chez les jeunes détenus de la prison des Madelonnettes dont on avait fait des serruriers en cuivre, et qui, il n'est point du tout indifférent de l'ajouter ici, en même temps que vous veniez certifier cette immunité devant l'Académie, fournissiez les meilleures raisons pour exonérer le cuivre de tous les méfaits que Corrigan avait mis à son compte.

Vous enfin, MM. Pécholier et Saint-Pierre, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, qui, dans vos intéressantes recherches sur différentes industries du midi de la France, avez retrouvé cette même préservation chez toutes les ouvrières qui y sont employées à la fabrication des sels de cuivre, connus sous le nom de verdet, et avez conclu à votre tour avec raison de la parfaite santé dont jouissent ces ouvrières, bien que toute la journée elles vivent dans une atmosphère chargée des poussières et émanations de ce trop fameux poison, à la non-existence de la colique de cuivre (1).

A mon enquête dans les ateliers j'ai, en 1856, pris la peine de joindre des recherches d'un autre ordre. Pendant plus d'un mois, j'ai compulsé aux archives de la ville les actes de décès des périodes épidémiques, et il est résulté de ce nouveau travail que le degré de mortalité par le choléra dans les diverses professions sur les métaux peut être déterminé d'avance d'après le mode d'emploi du cuivre dans ces professions. Ainsi pour les tourneurs en cuivre, par exemple, et tous les états où l'ouvrier est perpétuellement comme imprégné de cuivre, la préservation est complète, tandis que dans les métiers où ce métal n'intervient que pour une faible part, ou est moins absorbé, comme dans l'horlogerie et dans la chaudronnerie, la mortalité se rapproche de la moyenne, pour l'atteindre complétement du moment où l'ouvrier n'a plus avec le cuivre que des rapports de voisinage.

2° *Préservation provoquée.* — En me fondant sur les données que je viens d'exposer, quand est survenue l'épidémie de 1854, j'ai établi la préservation sur un assez grand nombre d'individus, en leur faisant porter sur la peau des plaques de cuivre disposées à cet effet, ou en leur administrant chaque jour quelques gouttes de sels de cuivre en solution, soit par en haut, soit par en bas, ou bien en appliquant les deux traitements à la fois. Aucun de mes préservés n'a été atteint.

En 1854, M. le docteur Clever de Maldigni, médecin-major, préservait par les mêmes moyens lui et nombre de soldats de la garnison de Paris qui faisaient partie de son service.

En 1855, M. le docteur Raymond, médecin détaché aux batteries d'artillerie à Gallipoli et à Varna, suivit le même système, avec un succès dont il est prêt à témoigner, à l'égard des artilleurs confiés à ses soins dans cette rude campagne de la guerre de Crimée.

Beaucoup de personnes ont, à coup sûr, été préservées de même. Ainsi à la Nouvelle-Orléans, quand le choléra éclata en 1854, opticiens, chaudronniers et autres se mirent à fabriquer des armatures semblables, disaient les plus osés, à celles que j'avais fait disposer moi-même. Mais je manque de renseignements sur les résultats : en eussé-je d'ailleurs, et de très-valables, que ce serait encore peu, j'en conviens, pour une affirmation absolue, quand même je pourrais citer tous les autres cas qui se sont produits à mon insu.

Les principales raisons sur lesquelles je m'appuie surtout pour proclamer la possibilité de la préservation provoquée sont analogues (et autrement puissantes à cause de leur grand nombre) à celles qui ont conduit Jenner à affirmer la préservation de la petite vérole par la vaccine. Eu effet, mon système n'est pas fondé seulement sur un nombre relativement restreint d'observations, mais sur la préservation spontanée de milliers d'individus, *préservation démontrée, prouvée indéniable,* et contre laquelle *je défie quiconque* de s'inscrire en faux. Je ne demande pas d'autre bénéfice d'exception que celui que Jenner eût pu invoquer lui-même, comme par exemple les cas de petite vérole que l'on voit survenir chez des individus cependant bien et dûment vaccinés.

ACTION DIRECTE DU CUIVRE CONTRE LE CHOLÉRA.

1° *Application extérieure contre les crampes des cholériques.* — Une chose est ressortie, claire et évidente, de toutes les expériences tentées pour la guérison du choléra; c'est l'effet immédiat de l'application du cuivre à l'extérieur. En 1849, j'ai fait usage du cuivre

(1) La colique de cuivre est chose si rare que, l'ayant recherchée avec soin sur les tableaux des maladies de la *Société du bon accord*, je ne l'ai trouvée assez nettement indiquée que deux ou trois fois pour une période de près de quarante années. A partir de 1824, voici les seuls cas de colique signalés :

De 1824 à 1833, rien.

1833, M. Pilard, colique (sans autre désignation)	5	jours de maladie.
1835, M. Desvignes, colique et vomissement.....	6	—
1837, M. Kiel, colique nerveuse..................	8	—
1837, M. Dupré, colique et maux de tête..........	6	—
1838, M. Fiéfet, colique intestinale.............	29	—
1851, M. Rochery, colique........................	12	—
Total des journées de maladie................	70	jours de maladie.

en armatures sur les cholériques de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital Cochin et du Val-de-Grâce, et sur les témeignages écrits des différents chefs de service, qui avaient été témoins de mes applications, de MM. le professeur Rostan (1), Nonat et Michel Lévy, le gouvernement, après avis du comité d'hygiène, a récompensé mes services.

MM. les docteurs Durand et Defaucomberge, envoyés en mission dans la Haute-Marne, ont constaté l'efficacité complète des applications de cuivre, devenues depuis populaires dans diverses parties de ce département.

M. A. Richard, professeur agrégé de la Faculté, en a usé lui-même en 1849 avec le plus grand succès sous la forme étrange qui, cet hiver, a fait faire à la métallothérapie une entrée si bruyante dans les pratiques populaires.

Les médecins militaires déjà cités, MM. Clever de Maldini et Raymond, les ont employées toujours avec le même succès sur les cholériques de leur régiment, et l'on pourrait encore trouver plus d'un souvenir de ce traitement parmi les soldats qui appartiennent à la caserne des Célestins.

Il m'est donc permis de certifier :

Que l'application du cuivre, en anneaux, en plaques, en *armatures*, ou sous la forme même la plus vulgaire, par exemple, un simple ustensile de ménage, est souverainement efficace contre les crampes et tous les autres désordres nerveux du choléra, suffocations, anxiétés précordiales, etc., etc. C'est autant de force donnée au patient pour lutter contre le mal.

2° *Action intérieure du cuivre.* — J'ai traité des cholériques par une solution titrée de sulfate de cuivre à 1/5e, que j'administrais moi-même aux malades, afin d'éviter les pertes de temps et pour être sûr des doses, par 2, 3 et jusqu'à 10 gouttes toutes les heures, toutes les demi-heures et même plus tôt, suivant les cas d'urgence, dans de l'eau sucrée aromatisée et additionnée au besoin d'un peu d'opium, 1 à 2 gouttes de laudanum, pour établir la tolérance de l'estomac; en diverses circonstances, les effets ont été si rapides qu'ils semblaient tenir vraiment du prodige, surtout lorsqu'ils furent secondés par de larges applications.

Mais ici surtout les réserves sont nécessaires.

Ma conviction est que les sels de cuivre administrés en temps opportun peuvent neutraliser les effets du *poison cholérique*, ainsi que les sels de quinine administrés en temps utile neutralisent les effluves les plus délétères du poison paludéen; mais cette conviction, *mes espérances* si l'on veut, reposent, je me hâte de le reconnaître, bien plus sur tous les faits que j'ai dit de la préservation spontanée que sur les faits de ma pratique personnelle, encore aujourd'hui en trop petit nombre pour me permettre sur ce point capital une affirmation catégorique.

Je me borne donc à appeler de tous mes vœux des expériences de la part de mes confrères mieux placés que moi pour les tenter et les suivre, et afin de les y aider, je terminerai par une indication sommaire des pratiques et formules qui me paraissent le mieux appropriées à la préservation et au traitement du choléra par le cuivre.

Préservation. — L'indication à remplir, c'est d'employer le métal préservateur, de façon à mettre, *du mieux possible*, toute personne dans les mêmes conditions d'absorption *cuprique* que les ouvriers qui ont été le plus complétement préservés, que les tourneurs sur cuivre par exemple.

Pour cela, deux voies sont ouvertes; d'une part la voie de l'estomac ou de l'intestin, et, d'autre part, celle de la peau. L'on se servira de l'une et de l'autre.

1° Une fois par jour, deux même, si l'intensité de l'épidémie le réclame, prendre dans un peu d'eau sucrée, légèrement alcoolisée, 2, 3, 5 et 10 gouttes, suivant les âges, de la solution suivante :

Acétate de cuivre cristallisé (Verdet)	5	grammes.
Laudanum de Rousseau.	1	—
Eau commune.	20	—
Mêlez.		

Si, malgré l'addition de l'opium, l'estomac se montre réfractaire, prendre le préservatif en lavement dans la valeur d'un verre d'eau, toujours après digestion *complète*.

Cette dernière manière d'user du préservatif est de beaucoup préférable, elle ne provoque ni répulsion ni nausées; elle permet de doubler et tripler au besoin la dose, et n'était la répugnance instinctive qu'éprouvent quelques personnes à faire un fréquent usage de l'irrigateur, je me serais abstenu d'indiquer le premier mode d'administration.

2° Application directe à la peau, sur une étendue d'environ 1 décimètre pour l'enfant, de 3 à 4 décimètres carrés pour l'adulte, de feuilles minces de cuivre ou de laiton découpées en plaquettes, sans bavures ni aspérités, fixées à distance les unes des autres sur un lien qui permette de les porter en ceinture, à diverses hauteurs du corps, un jour sur un point, le lendemain sur un autre, afin d'éviter de fatiguer la peau. Cette disposition est celle que présentent aujourd'hui mes armatures, lesquelles consistent tout simplement en une série de larges boutons formés de deux flans de métal entre lesquels coulisse librement un lacet élastique. Les applications du cuivre seront permanentes, et continuées jusqu'à ce qu'il y ait formation notable de vert-de-gris. A ce moment, on pourra les suspendre pour les reprendre quelques jours après. Pendant ce temps respecter le sel formé, et pour cela se baigner aussi peu que possible.

Si les applications de métal étaient mal supportées, donnaient lieu, ainsi qu'il arrive quelquefois, à une éruption gênante, on les remplacerait par des frictions, tous les soirs, sous les aisselles et dans les aines avec la pommade qui suit :

Acétate de cuivre cristallisé	4	grammes.
Extrait de belladone	4	—
Axonge	30	—
M. S. A.		

(1) Dans ses leçons cliniques, M. le professeur Rostan disait en 1849 : « Mais ce sont surtout les phénomènes cérébraux qui ont attiré l'attention des médecins, c'est contre ces phénomènes qu'on a déployé le plus grand nombre de moyens, l'opium et ses nombreuses préparations, la belladone, l'éther, le chloroforme, etc., etc.; mais un moyen spécial, que nous ne devons pas passer sous silence, est un moyen emprunté à la physique et employé par M. Burq. Ce moyen consiste en des plaques métalliques dont il entoure les membres et le tronc des malades. Vous avez vu ce moyen employé dans nos salles *presque toujours* avec succès. » (*Gaz. des Hôpitaux*, 8 novembre 1849.)

Enfin dans les cas où les petits ennuis résultant de ce double mode de préservation seraient un obstacle sérieux à le faire accepter par quelques individus, j'incline à penser qu'un bain prolongé au sulfate de cuivre, pris au moins tous les deux jours, pourrait les remplacer avantageusement l'un et l'autre.

En ce cas, il faudrait ajouter au sel de cuivre du sel de soude pour aider à l'absorption par une sorte de *désuintement* de la peau, et voici comment nous le formulerions.

Liqueur de Bareswil . .	500 à 1,000 grammes.
Sous-carbonate de soude.	250 grammes.

pour un grand bain de une à deux heures dans une baignoire de cuivre et non étamée, si faire se peut.

Traitement. — Aussitôt en présence d'un cholérique, lui administrer de 3 à 10 gouttes de la solution susdite à l'acétate de cuivre et, sans désemparer, mettre au contact du corps le plus de cuivre possible. En l'absence d'appareil spécial ou d'un quincaillier voisin, pour y faire prendre des bandes minces de ce métal, recourir aux ustensiles de ménage, flambeaux, bougeoirs, etc., et, si l'action s'en fait attendre, interposer une compresse d'eau salée entre le métal et la peau; puis toutes les deux heures, toutes les heures et même plus souvent, si le cas presse, renouveler la dose du de cuivre et l'augmenter même au besoin.

Si les évacuations répétées par haut et par bas ne permettent point l'introduction du remède par aucune voie, ou même si celui-ci ayant été gardé, les accidents marchent vite, onctions sur tout le corps avec la pommade sus-indiquée, ou bien attaque le mal par le remède introduit suivant la méthode hypodermique avec la seringue de Pravaz. Qu'importe, en pareil cas, qu'il y ait ou non à la suite irritation locale par le sel introduit sous la peau.

Je suis sans expérience quant au bain au sulfate de cuivre dont j'ai parlé plus haut, pas plus que, je l'avoue, je n'ai mis en pratique ce dernier moyen; mais, bien sûr de maîtriser les crampes par mes applications et par conséquent de rendre possible au malade la position assise, je n'hésiterais point aujourd'hui à le tenir plongé dans un bain ayant reçu trois à quatre litres de la liqueur de Bareswill. Les cholériques, traités de la sorte, guériraient-ils plus sûrement que par les moyens précédemment indiqués? je l'ignore; mais, si j'ai raison, sur ce point comme sur beaucoup d'autres pour Dieu! que nos confrères d'Orient, d'Égypte ou d'Italie, se hâtent de se mettre en mesure de pouvoir nous l'apprendre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 août 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Recherches anatomiques sur la moitié antérieure du globe de l'œil. — Note de M. le docteur Dousmani, présentée par M. Claude Bernard.

Ayant repris l'étude de l'anatomie de la moitié antérieure du globe de l'œil pour répondre aux questions posées par la physiologie, pour l'explication du mécanisme de l'accommodation, nous arrivons donc aux conclusions suivantes :

1° L'appareil dioptrique de l'œil est enveloppé de toutes parts d'une membrane élastique vitrée, membrane commune d'enveloppe, laquelle forme le sac du même nom. On ne connaissait de ce sac que la portion choroïdienne, et celle des procès ciliaires (démontrée dernièrement par Bruch et Müller). Il en est une troisième, la portion antélenticulaire, décrite dans ce travail, et qui complète en avant ce sac. Nous y trouvons contenus : le cristallin avec son sac ou capsule, le corps vitré avec le sac hyaloïdien et la rétine. Cet organe, ainsi que le cristallin avec sa capsule, sont logés chacun dans une cavité spéciale; ces deux cavités ou loges sont formées par le sac élastique commun d'enveloppe et le sac hyaloïdien, et elles sont limitées par la partie de l'appareil dioptrique appelée zonule de Zinn.

2° Puisque les organes dioptriques ou l'appareil dioptrique postérieur sont contenus dans le même sac commun d'enveloppe que la rétine, ou appareil de la sensibilité spéciale, je pense qu'il serait convenable de comprendre ces deux appareils si intimement unis sous le même nom d'*appareil dioptrico-sensitif*.

3° Dans cet appareil nous avons un système de membranes élastiques vitrées qu'on peut représenter dans le tablean suivant :

Système des membranes élastiques vitrées de l'appareil dioptrico-sensitif.
- 1° Membrane élastique vitrée commune d'enveloppe ou sac du même nom qui se divise en trois portions.
  - 1° Portion choroïdienne.
  - 2° Portion des procès ciliaires.
  - 3° Portion antélenticulaire plus épaisse que les autres.
- 2° Membrane élastique vitrée cristallinienne (capsule ou sac cristallinien).
- 3° Membrane hyaloïde (sac hyaloïdien).

4° Contrairement à l'opinion admise par tous les auteurs, la capsule ou sac cristallinien présente la même épaisseur à la partie antérieure et à la partie postérieure.

5° Le cristallin, renfermé dans sa capsule, n'est pas enchâtonné dans la fossette hyaloïdienne, il se trouve compris, avec sa capsule, dans une loge formée par la membrane hyaloïde en arrière et la membrane antélenticulaire en avant.

6° Le ligament suspenseur du cristallin n'existe pas; ce que l'on a nommé ainsi n'est que le lieu de réunion des deux sacs, enveloppe commune et sac hyaloïdien. Cette partie de la zonule de Zinn, nous l'avons nommée *ligament hyaloïdien*, son objet le plus apparent pour nous étant, tout en reliant le sac commun d'enveloppe avec l'hyaloïdien, de servir à fixer la position de la rétine et celle du cristallin.

7° La zonule de Zinn est un organe composé de quatre coudes distinctes : 1° la membrane hyaloïde; 2° une masse élastique vitrée, striée, que nous avons appelée *ligament hyaloïdien* et qui relie la première couche avec la suivante; 3° la membrane élastique de Bruch et Müller; 4° les procès ciliaires de la zonule de Zinn ou de l'appareil dioptrique : cette couche, on l'appelait procès ciliaires du corps vitré.

8° Ces quatres couches réunies ensemble forment un tout solide élastique que je nommerai toujours la zonule de Zinn, sans lui donner l'interprétation de l'anatomiste dont elle porte le nom. Cet organe est, par sa situation, l'intermédiaire entre l'appareil dioptrique et le muscle ciliaire.

9° L'appareil irrido-choroïdien (choroïde, corps ciliaire et iris) est appliqué sur l'appareil dioptrico-sensitif comme un drap noir le serait sur une sphère hyaline.

10° Quant à l'existence de la chambre postérieure et du canal de Petit, je dois dire que rien dans mes préparations ne me permet de les reproduire dans cette description.

11° Pour moi, la chambre postérieure serait l'espace du globe de l'œil qui contient l'appareil dioptrico-sensitif, lequel est enveloppé de toutes parts par le système irrido-choroïdien. Cette chambre, par la présence de l'ouverture pupillaire, est une vraie chambre obscure. (Commissaires : MM. Cl. Bernard, Fizeau.)

Mémoire sur les propriétés de l'acide phénique et du phénol sodique, en réponse aux discussions qui ont eu lieu entre MM. Déclat, Corne et Lemaire, au sujet de la priorité de l'étude et de l'application de l'acide phénique à la thérapeutique, à l'hygiène et à l'industrie, par M. Bobœuf.

La première partie de ce Mémoire est consacrée à la discussion des faits sur lesquels s'appuie l'auteur pour réclamer la priorité de l'étude de l'acide phénique et de son application à l'hygiène et à la thérapeutique.

Dans la seconde, M. Bobœuf signale les dangers qui doivent résulter de l'emploi de cet acide pur pour les cautérisations, et de celui de ses dissolutions aqueuses pour les médications internes et externes, dangers dus à la causticité qu'il possède et à la difficulté d'en circonscrire l'application. Il signale, en outre, l'instabilité des dissolutions aqueuses de l'acide phénique que les changements de température modifient profondément, et propose de leur substituer celles du phénol sodique.

Il passe ensuite à l'examen des nouvelles propriétés thérapeutiques et hygiéniques du phénol sodique et des nombreuses applications dont il est susceptible, notamment pour l'apaisement immédiat des douleurs causées par les brûlures et pour leur prompte guérison sans inflammation ni suppuration.

Le travail de M. Bobœuf est terminé par l'indication des futures applications qui peuvent être faites de l'acide phénique et principalement du phénol sodique à l'hygiène, à l'agriculture et surtout à l'assainissement des navires, et enfin par l'énumération des propriétés du phénol sodique pour prévenir ou arrêter les épidémies, notamment le choléra, et des nombreuses applications qu'on peut en faire pour combattre les affections purulentes de toute nature.

Sur le traitement des kystes de l'ovaire par l'ovariotomie, avec six nouvelles observations. Note de M. E. Kœberlé, présentée par M. Rayer. — J'ai eu l'honneur, dit l'auteur dans la Lettre qui accompagne son travail, d'adresser l'année dernière à l'Académie le résultat de mes douze premières opérations d'ovariotomie, pratiquées depuis le mois de juin 1862 jusqu'au mois de mai 1864. Depuis cette époque jusqu'au mois de juin 1865, j'ai pratiqué six nouvelles opérations dont quatre ont encore été suivies de succès. Des quatre malades qui ont guéri, trois ont présenté des complications très-graves, et deux d'entre elles ont subi l'extirpation des deux ovaires. Les deux qui ont succombé sont mortes, l'une de septicémie, par suite d'une ligature perdue de l'un des deux ovaires qui ont dû être enlevés simultanément; l'autre était affectée d'un kyste multiloculaire du poids de quarante kilogrammes, compliqué d'un œdème très-considérable des parois abdominales qui a été la cause occasionnelle de sa mort.

Sur dix-huit opérations il y a eu treize guérisons et cinq morts.

L'ovariotomie est une opération courante en Angleterre. MM. S. Wells, à Londres; J. Keith, à Édimbourg; C. Clay, à Manchester, etc., en ont obtenu de magnifiques résultats dans une pratique très-étendue, tandis que cette opération est encore systématiquement repoussée en France, où l'on soumet en général les malades affectées de kystes de l'ovaire à des traitements inutiles, à des ponctions aussi sinon plus dangereuses que l'ovariotomie.

Les heureux résultats que j'ai obtenus prouvent que l'ovariotomie peut être pratiquée avec succès aussi bien en France qu'en Angleterre, et que cette opération, dans de bonnes conditions et avant que l'état de la malade se soit trop aggravé, est infiniment moins meurtrière qu'on ne se plaît à le dire.

M. Thénard. Je n'oserais parler médecine ou chirurgie, surtout après notre illustre confrère M. Rayer; mais l'intérêt si marqué avec lequel l'Académie a écouté la communication qu'il vient de lui faire m'encourage à ajouter quelques détails qui, bien que n'ayant rien de scientifique, ont cependant la valeur d'un témoignage qu'on me permettra d'appeler *juridique*.

Le hasard a voulu que la jeune femme de vingt-six ans qui a été opérée en dernier lieu par M. Kœberlé, et sur la cure de laquelle M. Rayer vient de tant insister, soit très-liée, elle et sa famille, avec ma famille et moi; si bien que l'état de sa santé nous jetait dans les plus vives inquiétudes; je vais plus loin, nous en désespérions tout à fait et nous ne nous en cachions pas.

Par un autre hasard, trois semaines après l'opération j'ai été obligé de me rendre à Strasbourg.

Nécessairement j'allai rendre visite à cette jeune dame. Cependant, malgré les bonnes et récentes nouvelles que j'en avais, je m'attendais à voir ses traits et tout son extérieur accuser énergiquement les suites de la cruelle opération qu'elle venait de subir. Loin de là : quand j'entrai chez elle, elle était à table en train de dîner; sa toilette démontrait un retour bien réel à la santé; mais au moment où l'on m'annonça, elle se leva si gaiement, vint à moi avec une démarche si vive et si assurée, m'approcha un fauteuil avec tant d'aisance, que je restai stupéfait, non-seulement au point de ne lui rien dire, mais de me poser cette question incohérente : Est-ce bien elle? Ne m'a-t-on pas par erreur conduit vers une autre malade?

Trois semaines plus tard, c'est-à-dire six semaines après l'opération, cette jeune dame était à Talmay, ayant supporté un long voyage par une chaleur à éprouver les mieux portants, et là elle se promenait comme si elle n'avait jamais rien eu. Depuis, cet excellent état n'a fait que s'améliorer s'il est possible.

Mais peut-être pourrait-on craindre que l'intérêt spécial que m'inspirait la malade ne m'ait fait exagérer son mal et par suite trop admirer la guérison. C'est par les médecins et les autres savants de Strasbourg, les plus distingués par leur savoir, leur position et leur caractère, dont plusieurs ont assisté à l'opération, que j'ai appris toute l'étendue du mal, plus grande encore que je ne me l'étais imaginée, et l'habileté du chirurgien : ils sont unanimes! L'un d'eux me disait : « Il lui en a enlevé plus de soixante livres. » Un autre ajoutait : « Par les complications du mal qu'on ne pouvait prévoir, il s'est produit des accidents qui rendaient l'opération quatre fois mortelle; nous étions pâles comme des linges, Kœberlé seul conservait son sang-froid. »

A ce grand succès qui m'intéresse plus particulièrement, je pourrais en ajouter d'autres; je pourrais raconter l'histoire d'une paysanne à laquelle M. Kœberlé a depuis deux ans enlevé la matrice et les deux ovaires, et qui, ainsi qu'auparavant, se livre aux rudes travaux des champs; d'une autre jeune femme opérée il y a un an d'un ovaire et qui vient d'accoucher heureusement. Mais je n'ai pas vu ces personnes; d'ailleurs, tous ces détails du plus haut intérêt se trouvent rapportés avec soin et sans exagération dans le beau mémoire que M. Rayer vient de résumer avec tant d'autorité et qu'on retrouvera dans les archives de l'Académie.

(Commissaires : MM. Velpeau, Rayer, Jobert de Lamballe.)

M. GRIMAUT (d'Angers), dans une lettre adressée à M. le Président, s'excuse d'avoir oublié, en présentant son mémoire sur les hydropisies dans la séance du 10 juillet dernier, de rappeler qu'il en avait remis le croquis, le 12 décembre 1864, dans un paquet dont il demande aujourd'hui l'ouverture. Le pli, ouvert séance tenante, contient en effet une note intitulée : *Formules contre les hydropisies, anasarques, ascites, etc.*

La lettre et la note de M. Grimaud sont renvoyées à la commission du prix Barbier.

M. l'abbé **DELPY**, qui, dans la séance du 17 juillet dernier, avait demandé à être admis au nombre des concurrents au prix Bréant pour un remède relatif à la guérison des dartres, dont il ne donnait pas la composition, se bornant à dire que c'est du souffre liquide découvert par lui, écrit à M. le Secrétaire perpétuel pour lui faire connaître qu'il ne regarde pas son remède comme un remède secret et qu'il est décidé à le rendre public, mais seulement dans le cas où l'Académie le jugerait digne de la récompense, et qu'en conséquence il peut être admis à concourir pour le prix Bréant.

Après avoir entendu quelques observations présentées par M. Velpeau, l'Académie décide que l'observation du règlement doit être maintenue.

M. DE PARAVEY adresse une lettre relative aux altérations que des travaux récents auraient fait subir à la composition des Eaux-Bonnes, qui aujourd'hui seraient presque entièrement privées de barégine qu'il regarde comme un de leurs principes actifs.

M. PONS adresse une étude scientifique et médicale traitant du siége de la parole.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 14 août ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. Toussaint, chirurgien en chef de l'hôpital de Mézières; Clary, maire de Maurs, médecin de l'hospice de cette ville; Manfredi, médecin de l'hospice et des prisons de Bastia; Dupuy, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André de Bordeaux; Arnal, médecin de l'hospice de Terrasson; Robert, médecin en chef de l'hospice de Nevers; Hélot, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen; Blavaux, médecin en chef des hospices de Castres.

— A l'occasion de sa fête, l'empereur Maximilien a nommé *grands officiers* de l'ordre de Notre-Dame-de-Guadalupe, MM. Andral et Velpeau.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Madrid, Don Juan Castello y Tagell, vient d'être élevé à la dignité de grand-croix de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

— Une *Société protectrice de l'enfance* vient de se créer à Paris sous la présidence du docteur Barrier.

Nous recevons de son secrétaire-général, M. le docteur Alex. Mayer, communication des statuts suivants :

Art. 1er. La Société a pour objet : 1° de préserver le premier âge des dangers qui résultent de l'abandon des enfants à des nourrices qui les emportent au loin, sans que les parents puissent exercer sur eux une surveillance suffisante; 2° de mettre en pratique les ressources dont dispose l'hygiène pour le développement physique des enfants avant d'entreprendre la culture de leur intelligence, afin de léguer à l'avenir des générations saines et vigoureuses.

La Société se propose d'atteindre son but par tous les moyens que l'expérience lui suggérera, notamment : en encourageant l'industrie privée à fonder dans le voisinage de Paris et des grandes villes de France des *Colonies maternelles*, où des nourrices de choix seront entretenues pour élever des enfants; — en instituant des prix en faveur des nourrices qui auront le mieux accompli leur tâche; — en propageant les méthodes d'éducation les plus propres à former à la fois le corps et l'esprit; — enfin, en publiant un bulletin qui traitera des matières afférentes à la mission que s'impose la Société.

Art. 2. La Société se compose de membres des deux sexes.

Art. 3. Sont membres titulaires ceux qui, résidant dans le département de la Seine, payent une cotisation annuelle de dix francs, et ont été agréés par le Conseil d'administration. Le titre de membre correspondant est dévolu aux souscripteurs qui, demeurant hors du département de la Seine, payent annuellement une cotisation de six francs.

Art. 7. Les dames sont éligibles à toutes les fonctions.

Une réunion générale des membres de la Société sera convoquée prochainement.

On souscrit chez M. *Noirot*, libraire, rue des Saints-Pères, 13. Les souscripteurs de la province peuvent envoyer leur cotisation en bons de poste. (Affranchir.)

— Les pauvres viennent de s'enrichir d'un nouveau bienfait.

L'administration de l'Assistance publique, en exécution des volontés de M. et Mme Chardon-Lagache, et avec les ressources fournies par ces généreux fondateurs, vient d'édifier une nouvelle maison de retraite, à Auteuil, sur les terrains restés libres après l'installation de l'institution de Sainte-Périne.

Cette maison reçoit des époux en ménage, des veufs ou veuves et des célibataires, les uns en chambres particulières, les autres en dortoirs. Le prix de pension est payé, moitié par les personnes admises et l'autre moitié sur les fonds de la fondation. Déjà cent pensionnaires sont installés : quarante en dortoirs, les autres en chambres. Les nouveaux aménagements projetés permettront de porter ce nombre à deux cents.

Mercredi dernier a eu lieu l'inauguration de ce nouvel hospice, sous la présidence de M. Husson, et avec le concours de M. et Mme Chardon-Lagache.

Pour l'acte généreux des donataires dont la munificence ne s'élève pas à beaucoup moins de deux millions, nous ne saurions pas avoir trop d'admiration, et nous rappellerons ici les propres paroles que M. le directeur général de l'Assistance publique a prononcées devant les notabilités qui assistaient à l'inauguration de la maison Chardon-Lagache.

« Un travail opiniâtre, une sagesse soutenue pendant de longues années, une probité à toute épreuve, ont apporté à l'habile négociant la richesse avec la considération. Mais il n'a point voulu être heureux tout seul; après s'être fait le bienfaiteur de ceux qui l'entourent, après avoir rempli dans toute leur étendue les devoirs sacrés du père de famille, il s'est rappelé son origine; la mémoire de son père et de sa mère, dont il garde le culte dans son cœur, s'est présentée encore plus vivace à son esprit, et, d'accord avec Mme Chardon-Lagache dont la pensée se confond toujours avec la sienne, il a voulu, en créant cette maison, continuer sous une autre forme l'œuvre du médecin des pauvres et, comme il le dit modestement lui-même, rendre à la Providence, dans la personne de ceux qui ont besoin d'aide ou qui souffrent, une partie de ce qu'elle lui a donné.

« Cette libéralité faite par M. Chardon de son vivant, et qui vient se placer à côté des libéralités posthumes des Montyon et des Brézin, cette libéralité est grande, messieurs, non-seulement par les sacrifices que le donateur s'est imposés bénévolement, mais plus encore par la pensée généreuse qui l'a inspirée. Je ne veux pas la louer autrement ici. Je croirais cependant manquer à mon devoir de mandataire, d'exécuteur des volontés de M. Chardon, si je ne révélais avec quel noble empressement il a couru au-devant de tous les besoins, de toutes les nécessités, avec quel détachement, avec quel éloignement des préoccupations personnelles il a mené à fin son noble projet, et ce ne sera pas à vos yeux son moindre mérite... »

M. Husson avait rappelé que M. Chardon-Lagache était le fils d'un médecin d'Auteuil, dont la bonté et le dévouement avaient mérité au modeste praticien le titre de *médecin des pauvres*, et avait montré comment une pensée pieuse se mêlait à l'acte de bienfaisance du donataire.

Un décret impérial a conféré à M. Chardon-Lagache la croix de la Légion d'honneur, et c'est M. le directeur de l'Assistance publique qui a été chargé de la lui transmettre. Cette distinction ne pouvait être mieux placée, la bienfaisance est sœur de la gloire et du mérite.

— L'observation d'*Avortement consécutif à une fièvre éruptive, variole chez la mère et chez l'enfant*, observation publiée dans notre numéro du 1er août, a été recueillie par M. le docteur A. Cavaillon, dans le service de M. Monier (d'Avignon).

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

Anonyme.	50
Anonyme.	2
MM. Roger, à Hédé.	5
Un lieutenant de gendarmerie.	5
Rougedemontant, à Cloyes.	5
Rayer, membre de l'Institut, méd. de l'Emp.	30
Anonyme.	3
Dupuy de Fresnelles.	5
Adde-Margras (de Nancy).	10
Les internes en médecine de l'Hôtel-Dieu.	22
Anonyme.	1
Lamirre, à Mennecy.	5
Pinel, avenue de Madrid.	20
Biebuyck, à Étampes.	5
Dumas, à Lédignan.	3
Un abonné de la *Patrie*.	10
Anonyme.	5
R. L., à Montpellier.	10
Anonyme.	5
Bigot, à Montmartre.	10
Total.	211 fr.
Liste précédente.	1,520 fr. 50
Total général.	1,731 fr. 50

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 99. — JEUDI 24 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 24 AOUT 1865. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Fracture secondaire de la rotule; guérison; cal osseux. — Plaie de poitrine par arme à feu; thoracenthèse faite avec le bistouri; guérison. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — FEUILLETON. Le Congrès scientifique de Rouen.

PARIS, LE 23 AOUT 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. J. Guérin, qui a produit assez d'œuvres marquantes pour tenir à ce qu'il dit, est le père d'une méthode opératoire appliquée à la thoracentèse, et il a pour elle un sentiment de paternité développé. Entre ses mains et entre celles de quelques praticiens, elle a donné de bons résultats que nous serons les premiers à vanter; l'appareil de M. J. Guérin, dans plusieurs circonstances, n'a pas été ingrat.

L'honorable académicien fera-t-il triompher sa pratique?

Nous voudrions être aussi convaincu que M. J. Guérin, fût-ce même aux dépens de la haute opinion que nous avons de la canule de Reybard. Mais il faudrait qu'il nous fût démontré que vider la poitrine, même quand le poumon ne se dilate point, est chose meilleure que de laisser une canule de Reybard à demeure, laissant écouler le liquide en proportion de la dilatation progressive du poumon. Ici la canule de Reybard nous semble plus intelligente que la main du chirurgien le plus expérimenté. En effet, de deux choses l'une, ou bien on retire tout le liquide, et alors, si le poumon ne se distend pas et s'il n'entre pas d'air autour de la canule, l'air entrera peut-être dans la plèvre par une rupture du poumon, ou bien on ne retire pas tout le liquide, et l'appareil de M. J. Guérin ne fait pas plus que la canule de Reybard. Ce ne serait point tout encore, M. J. Guérin nous dit avoir obtenu par sa méthode quatre cas de guérison pour quatre épanchements purulents dans les plèvres, et il attribue le succès à ce que la méthode, qu'il a employée, le mettait complétement à l'abri de l'entrée de l'air dans la poitrine. Nous répondrons par une observation que le lecteur trouvera plus loin. M. le Dr Chicou a ouvert largement un espace intercostal pour un épanchement purulent, et il a guéri son malade. Certes, il n'y a pas deux méthodes plus opposées que celles qui ont été employées par les deux médecins.

Le fait de M. Chicou est déjà précédé par beaucoup d'autres, et il prouve au moins que tout, même l'air introduit pendant la thoracentèse dans la cavité des plèvres, vaut mieux que le pus qui y séjourne.

L'Académie a entendu un rapport très-intéressant de M. Cerise sur une anomalie anthropologique, l'homme sauvage du département du Var. A l'occasion d'un mémoire de M. le docteur Mesnet, mémoire où le sauvage a été sagement étudié, M. Cerise a traité la question de l'homme à l'état de nature, de l'homme primitif, cette abstraction philosophique si controversée au siècle dernier.

Le lecteur verra dans cette observation un exemple d'une excentricité qui touche à la folie. Une idée fixe raisonnée chez une nature inculte conservant et entretenant en elle un fond de bonté. Mais il y trouvera aussi une image de l'imperfection d'intelligence qu'on peut rencontrer même chez des hommes que l'on tient pour sensés : l'absence de deux fonctions essentielles de l'être humain, le sentiment de la famille et l'idée du progrès. Ces deux notions sont dans la loi de l'organisation humaine; on a dit qu'elles étaient des notions fatales, c'était admettre qu'elles étaient dans l'essence même de l'intelligence comme la vision est la propriété d'un œil sain.

Laurent, le sauvage, est un infirme intellectuel, il substitue, comme le cul-de-jatte substitue ses mains à ses pieds, une passion pour une idée fixe, raisonnée dans le sens paradoxal, au sentiment des nécessités et des lois de la vie.

Est-ce là un fou? M. Trélat répondrait sans doute affirmativement. Mais, devant la loi, les médecins légistes ne seraient pas de cet avis. Cependant il y a dans la conduite de l'homme sauvage une pensée fixe, qui est complémentaire de l'idée fixe mère, sans être en rapport avec le sens commun. Le désir de faire un vêtement avec ses cheveux, sa barbe et les poils, le soin de cacher les dépouilles de son corps dans un sac pendu à sa personne, sont plus qu'une excentricité; et il est possible qu'en séjournant longtemps près du sauvage on trouverait d'autres faits analogues.

M. Cerise a été un peu dur pour Diogène, il a mis le sauvage du Var au-dessus. Diogène affectait le cynisme, grotesque symbole du détachement des biens et de la puissance, pour frapper mieux les masses et donner plus de force à ses sentences. L'histoire ne compte plus ces novateurs et ces philosophes honorés qui ont employé un artifice analogue à celui qui a immortalisé Diogène.

Des présentations de livres par M. Velpeau et M. Ch. Robin, une proposition de M. Trébuchet, et la demande d'un règlement administratif obligeant les mairies à faire constater les naissances à domicile, ont rempli avec profit une partie de la séance. — Dr Armand Després.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. RICHET.

Fracture secondaire de la rotule. — Guérison. Cal osseux.

(Observation recueillie par M. Louis ODIER, interne des hôpitaux.)

Augustin M..., âgé de quarante-quatre ans, de petite taille, robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé, est amené le 27 juin 1864 dans la salle Saint-Gabriel.

Sa profession de facteur de mottes à brûler est très-fatigante et nécessite un mouvement continuel des membres inférieurs pour le tassement de ses mottes en été. Pendant l'hiver, il vend dans les rues son produit qu'il traîne dans une petite voiture et se trouve souvent obligé de se mettre à genoux derrière son véhicule afin d'en distribuer le contenu aux clients.

Il me dit avoir séjourné six mois auparavant dans un logement humide. Depuis trois mois il ressent des douleurs vagues dans le genou droit seulement, sans qu'il puisse les rattacher à aucune cause; elles augmentent au moment des changements de température et ne sont accompagnées d'aucune rougeur, ni de gonflement, aussi n'a-t-il jamais été obligé d'interrompre son travail.

Le 27 juin, il était accroupi; en voulant se relever naturellement (c'est-à-dire sans déployer plus de force que d'habitude), il ressentit dans le genou droit un craquement semblable à un coup de fouet accompagné d'une vive douleur. Dans l'impossiblité où il était de marcher, il se fit transporter à la Pitié; quelques heures après il remarquait que son genou augmentait de volume.

Le 28, M. Richet reconnaît l'existence d'une fracture transversale de la rotule droite à sa partie moyenne : les deux fragments sont distants l'un de l'autre de trois centimètres, et tandis que le supérieur a conservé sa situation normale, l'inférieur, au contraire, a subi un mouvement de bascule à la suite duquel la face postérieure est dirigée obliquement de bas en haut et d'arrière en avant; la surface de brisement regarde directement en avant. En les rapprochant l'un de l'autre, on obtient une crépitation évidente. Le genou est volumineux, les culs-de-sac synoviaux sont fortement distendus; entre les deux fragments de la rotule on voit une saillie de la peau donnant au genou une forme pointue; elle ferait croire au premier coup d'œil à l'existence d'un hygroma, si l'on ne pouvait la réduire et si l'on ne sentait alors une communication entre cette tumeur et les culs-de-sac synoviaux; c'est alors qu'on peut apprécier l'écartement des fragments.

La peau ne présente aucune trace de contusion, elle est un peu plus chaude que celle du côté opposé et la douleur est presque nulle lorsque le membre est immobile.

Le malade ne peut soulever le membre abdominal ni le tenir dans la position horizontale lorsqu'on lui a élevé la jambe.

La fracture étant manifeste, M. Richet trouve inutile de faire lever le malade afin de constater ses autres signes classiques, à savoir : station impossible sur le membre inférieur lorsque ce dernier est dans la demi-flexion; la marche ne peut s'exécuter qu'à reculons, à moins que le malade n'ait préalablement mis la jambe en extension forcée sur la cuisse.

L'état général du malade est excellent : il n'existe aucune autre lésion apparente dans l'organisme.

Le membre est placé dans une grande gouttière Mayor et y est maintenu dans l'extension au moyen de liens. Cataplasmes tièdes.

Le 1er juillet, le genou est douloureux, rouge et chaud, M. Richet fait appliquer six ventouses scarifiées.

Le 4 juillet, la douleur et la chaleur ont disparu. Cataplasmes tièdes.

Le 13, la tuméfaction a disparu, ce qui est dû à la résorption de l'épanchement intra-articulaire.

M. Richet fait mettre un appareil inamovible en stuc que mon collègue et ami, Painetvin, applique de la manière suivante : Le membre étant préalablement placé dans l'extension forcée, il rapproche les deux fragments l'un de l'autre, puis il dispose en avant et en arrière de la rotule des compresses graduées qu'il maintient au moyen d'une bande roulée en huit de chiffre dont les anneaux embrassent successivement la partie inférieure du tibia et la portion inférieure du fémur, laissant ainsi la rotule à découvert.

Ce pansement est ensuite recouvert d'une bande de mousseline de

---

LE CONGRÈS SCIENTIFIQUE DE FRANCE A ROUEN.

A M. le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Je trouve Rouen beaucoup trop près de Paris pour vous parler de sa ravissante situation entre les collines qui le séparent du riche plateau du Cotentin, et la large, l'importante, la profonde rivière dont elle enjambe et poétise les deux rives. Vous le savez, et vos lecteurs le savent aussi bien que moi, on ne peut faire un pas dans cette ville de tradition sans y être remué par d'émouvants souvenirs, sans s'y heurter à des monuments de tous les âges, revendiqués par notre histoire nationale. Ici le prieuré de Saint-Gervais où Guillaume le Conquérant mourut au-dessus de cette crypte du troisième siècle, dont la voûte romane déroba longtemps aux yeux des persécuteurs les pieuses cérémonies des premiers chrétiens; là, surveillée par un couvent d'Ursulines, la tour ronde de Philippe-Auguste, effroyable prison dont Jeanne-d'Arc arrosa les dalles de ses pleurs; plus loin, la place déserte et sinistre comme le repaire du crime, triangulaire comme le couperet de la guillotine, où la sainte fille expia, sur le bûcher des organisateurs du guet-apens de Compiègne et des traîtres déguisés en juges par les Anglais, les torts sublimes de son enthousiasme, de son amour pour la patrie! Çà et là de nombreux monuments religieux du moyen âge étalent leurs efflorescences ébréchées, reste de magnificence architecturale profondément empreinte du cachet normand; plus loin, quelques édifices civils et hôtels particuliers revêtus des formes gracieuses et de *goujoniennes* sculptures de la Renaissance; une rigide maison de Louis XIII; enfin, sur le quai de la Petite-Provence, le palais des Consuls, asile du Congrès, dès le 31 juillet, sous la quadruple présidence des autorités ecclésiastiques, civiles, militaires, industrielles de la province.

Dans les vastes salles de ce dernier édifice, cinq sections ont pendant dix jours rivalisé de zèle afin de solliciter, de développer, dans le département de la Seine-Inférieure, le goût des populations pour les travaux intellectuels. La section de médecine seule a conçu la pensée d'une séance publique du soir, envahie avec un noble et louable empressement par toutes les classes de la société rouennaise.

Comme on a déjà rendu compte ailleurs des efforts tentés par les première, deuxième, quatrième et cinquième sections, je me bornerai à vous parler des travaux de la troisième, ressortissant plus particulièrement à la *Gazette des Hôpitaux*.

La section de médecine (la troisième), appelée, sous la présidence du docteur Ancelon (de Dieuze), et la vice-présidence des docteurs Riboli (de Turin), Mundy (de Moravie), Morel et Groult (de Rouen), à s'occuper de quinze questions, n'en a traité que treize. Vainement le président a lu et relu la première question : « De l'influence des « crises industrielles en général et de la crise actuelle en particulier « sur la santé publique de notre localité. » Et la onzième ainsi conçue : « Est-il possible de donner aux sourds-muets une éducation « intellectuelle en dehors des méthodes enseignées dans les établisse- « ments qui leur sont spéciaux? » Personne n'a répondu à l'appel. Ceux-là même qui sans doute avaient contribué à les faire poser, comme beaucoup d'autres questions purement locales, n'ont pas compris, en rentrant dans leur tente, que science autant que noblesse oblige.

Un médecin de Paris, *puériculteur* spécialiste, et M. le docteur Roth (de Londres), connu par ses entreprises philanthropiques, sa vaste expérience et ses intéressants travaux sur la matière, sont venus nous lire chacun un Mémoire sur *« les causes de la mortalité* (deuxième question) *des enfants dans les villes de fabrique et les moyens d'y remédier. »*

Le premier de ces deux praticiens ne s'occupe guère que de l'allaitement rendu nuisible par la négligence que l'on y apporte et des excès d'alimentation qu'il flétrit du nom d'infanticide; le second, embrassant d'un large et ferme coup d'œil l'ensemble des causes tirées des qualités de l'atmosphère, du mode d'enveloppement, d'alimentation, du logement, de l'abandon des enfants à des mercenaires isolés ou préposés à la surveillance des crèches, insista surtout sur l'abus coupable des narcotiques, administrés sous différents prétextes, plus insoutenables les uns que les autres : abus poursuivi depuis trente ans en Lorraine par le président de la section. Presque tous les membres présents ont pris une part active au débat qui suivit, et d'où il appert que les causes recherchées, multiples et aussi faciles à constater qu'à reconnaître, ne peuvent être sérieusement palliées, sinon détruites, que par une profonde modification sociale. Affaire de temps!

Vous ne pouvez vous faire une idée des connaissances étendues, de la science profonde, de la magnificence de langage avec lesquelles MM. Morel et Lecadre ont parlé *« du croisement des races différentes* (troisième question)*; »* nul n'a sondé plus profondément les mystères du croisement, ni fait meilleure justice des prétendus dangers de la consanguinité : ils ont nettement posé les conditions initiales de la dégénérescence de l'espèce et de la stérilité. Toute l'assistance, électrisée par leur sympathique parole, fut entraînée dans une

huit centimètres de largeur sur six mètres de longueur préalablement plongée dans du plâtre délayé avec la solution suivante :

Gélatine . . . . 1 gramme.
Eau . . . . 500 grammes.

Au bout d'un quart d'heure l'appareil est sec ; les deux fragments rotuliens sont presque en contact.

Le 30 août, M. Labbé, qui remplace momentanément M. Richet dans le service, fait enlever l'appareil resté quarante-huit jours en place. Il constate alors que la consolidation est complète, que le cal réunissant les deux fragments a un demi-centimètre à peine.

Il fait alors exécuter des mouvements de flexion et d'extension assez énergiques ; le cal est solide.

Le 31 août et le 1er septembre, nouveaux mouvements de flexion et d'extension.

Le 2, bain chaud ; le malade se lève.

Le 3, œdème du membre inférieur, chute de l'épiderme, amaigrissement.

Le 13, l'œdème a disparu ; le malade, qui s'est de nouveau habitué à se servir de son membre, part pour Vincennes. Il marche facilement, se sent solide sur les jambes et n'a pas de roideur articulaire.

Dans le courant du mois de novembre, nous avons eu l'occasion de revoir le malade qui fait le sujet de cette observation. M. Richet constate qu'il n'y a aucune difformité de l'os dont le volume et les dimensions sont les mêmes que celles du côté opposé. Le siége de la fracture ne se reconnaît que par une ligne horizontale un peu rugueuse. Notre maître s'est assuré de l'existence du cal osseux au moyen de l'aiguille à acupuncture.

Réflexions. — 1° La cause de cette fracture de la rotule ne peut être attribuée uniquement à l'effort qu'a fait le malade pour se relever ; aussi est-il permis de supposer que l'os était déjà malade. Ce que les renseignements fournis par le malade semblent prouver du reste. Sa profession l'expose en effet aux contusions répétées. (On sait en effet que la contusion répétée d'un os diminue sa résistance, et qu'une fracture devient alors possible sous l'influence de la cause même la plus légère.) Ces fractures secondaires de la rotule par contusion ne sont pas très-fréquentes ; M. le professeur Malgaigne en cite trois cas dans son *Traité des fractures*, et M. Velpeau en a constaté un autre cas dans son service, fait qui a été rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 novembre 1863.

2° L'épanchement qui s'est produit après la fracture est dû à du sang comme dans toutes les fractures intra-articulaires. Notre savant maître nous a fait remarquer que la proximité de la synoviale et de la peau entre les deux fragments, à la suite d'une plaie en apparence légère des téguments du genou, explique la possibilité d'une ouverture de l'articulation, et avec elle tous les accidents d'une suppuration articulaire.

C'est dans ces cas-là qu'il faudrait chercher à observer de suite la plaie. La baudruche enduite de collodion élastique nous a réussi en 1864 pour deux cas de fracture de jambe compliquée de plaie communiquante, qui ont été ainsi ramenés à des fractures simples, par suite de l'occlusion immédiate de la solution de continuité des téguments.

Il nous reste à parler du traitement mis en usage par M. Richet.

Les fractures de la rotule, comme toutes les fractures voisines des articulations, et en particulier les fractures de l'extrémité inférieure du radius, celles de l'extrémité inférieure du péroné, celles de l'olécrâne, présentent, quant à leur traitement, la même indication, à savoir, d'immobiliser le *moins longtemps possible* le membre, afin d'éviter la roideur articulaire, roideur pour le moins aussi gênante que la fracture elle-même.

Voici comment M. le docteur Richet, notre chef de service, a formulé son traitement dans ses cliniques de la Pitié :

Avant tout, éviter la roideur articulaire, et pour cela ne laisser l'appareil inamovible que juste le temps nécessaire. Dans ce but :

1° On ne le placera qu'au bout de quinze jours, vu que les vivisections sur les animaux prouvent qu'il faut à peu près ce temps-là pour la résorption du sang épanché ;

2° On laissera l'appareil quinze jours en place ;

3° On l'enlèvera au bout de ce temps. Le trentième jour, le cal fibreux est formé, et il suffit d'une immobilité *relative* pour que l'ossification s'opère.

Cette idée qui dirige M. Richet dans le traitement de ses fractures est féconde en bons résultats ; car pendant notre internat chez notre vénéré maître, nous n'avons pas rencontré le roideur articulaire persistante chez les malades atteints de fracture qui ont passé dans le service du chirurgien de la Pitié pendant l'année 1864.

Quant à l'appareil à employer, M. Richet se sert dans son service et dans sa clientèle du *bandage stucé*, qui présente de grands avantages ; à savoir : d'être d'une application facile, de se trouver partout, de ne pas se fendre ni s'écailler, de constituer, en un mot, un appareil très-propre qui flatte la vue.

Nous avons eu l'occasion de voir, pendant notre internat dans le service de feu M. le docteur Morel-Lavallée, récemment enlevé à la science, un appareil spécial, ainsi constitué : le membre est placé dans une gouttière Mayor, garnie de ouate et maintenue au moyen de bandes élastiques : deux de ces bandes sont placées l'une au-dessus, l'autre au-dessous du genou ; une petite lanière du même tissu, large de cinq centimètres, longue de dix centimètres, est placée perpendiculairement aux deux précédentes au-dessus du genou, et est maintenue sur la rotule au moyen de deux épingles, qui vont se fixer sur chacune des bandes.

M. le professeur Velpeau nous a fait souvent appliquer une bande en huit de chiffre enduite de dextrine.

M. Malgaigne maintient les deux fragments rotuliens en contact au moyen d'une griffe, en même temps que le membre est maintenu dans l'extension.

M. le docteur Paquet (de Roubaix, département du Nord) emploie depuis longtemps la *gutta-percha ferrée*, d'après un procédé qu'il a inventé, et dont on trouvera la description dans un ouvrage que ce chirurgien distingué a fait paraître. (*Traitement chirurgical et orthopédique par la gutta-percha ferrée, inventé et appliqué par le docteur Paquet, ex-chirurgien des hôpitaux militaires, chirurgien en chef de l'hôpital de Roubaix.* — Roubaix, un vol. in-8°, 1860.)

M. le docteur Trélat, chirurgien en chef de la Maternité de Paris, a apporté une légère modification à l'appareil de M. Paquet.

M. le docteur Larquois, chirurgien en chef de l'hôpital de Lausanne, dont la science déplore aujourd'hui la perte, nous a dit s'être toujours bien trouvé de l'*appareil Mayor*, planchette articulée à suspension, pourvu qu'on ne laisse pas trop longtemps le membre dedans.

Comme on peut le voir par ce rapide exposé, ces appareils ont tous produit de bons résultats... Mais il faut savoir les manier, et nous croyons que les règles posées par notre maître dans ses cliniques résument fort bien l'état de la science sur ce sujet.

Si nous avons cru devoir faire connaître cette observation, c'est à cause de *la rareté du cal osseux* dans le cas de fracture transversale de la rotule. Dupuytren, après avoir obtenu un résultat analogue dans son service, dit en congédiant le malade : Je donnerai à vos héritiers qui me présenteront votre rotule son poids pesant en or.

PLAIE DE POITRINE PAR ARME A FEU.

Blessure du poumon. — Épanchement purulent considérable dans la plèvre. — Thoracentèse faite avec le bistouri. — Guérison.

Par M. le docteur Chicou (de Donzenac).

Je vous envoie, monsieur le Rédacteur, dit M. Chicou, une observation que la discussion de l'Académie vient de me rappeler. Elle peut être d'une certaine valeur, car à elle seule elle résume deux points sur lesquels nos maîtres ne sont pas parfaitement d'accord, l'introduction de l'air dans la poitrine et la thoracentèse pratiquée avec le bistouri. Elle vient à l'appui des idées que vous avez émises dans votre premier-Paris du 9 de ce mois, et de celles de M. Gosselin.

Dans la nuit du 4 au 5 mars 1864, je fus appelé dans la commune de Saint-Pardoux pour donner des soins à Martin L..., auquel un assassin avait tiré un coup de fusil à une distance de 5 à 6 mètres environ.

Parmi les plaies que les projectiles lui avaient faites, il n'y en avait qu'une de grave. Elle était située à 1 centimètre environ au-dessous et un peu en avant du mamelon du côté droit ; elle était irrégulièrement ronde, ses bords étaient déchiquetés, et son diamètre était de 1 centimètre et demi environ. Les bords de la partie la plus voisine du sternum étaient plus déprimés que ceux de la partie opposée.

Par cette plaie, L... avait perdu beaucoup de sang, et il en sortait encore beaucoup dans les mouvements de la respiration et dans les efforts de toux : ce sang était spumeux et rutilant, comme celui que crachait abondamment le blessé.

La respiration était pénible, douloureuse et fréquente ; le pouls était petit, presque imperceptible.

Il était complétement impossible de faire exécuter aucun mouvement au bras droit du blessé tant les douleurs étaient vives, et surtout lorsqu'on voulait éloigner ce bras du tronc. La douleur avait son point de départ dans la paroi postérieure du creux de l'aisselle et s'irradiait dans toute l'épaule, ce qui me fit supposer que la balle avait déchiré les fibres du grand dorsal et du grand rond, et que peut-être même elle y était encore logée. De sorte que cette balle, qui avait marché de bas en haut, d'avant en arrière et de gauche à droite, avait traversé le bord du poumon et deux fois la plèvre.

Dès le 5 au matin, il y eut de l'emphysème au pourtour de la plaie, et en quelques heures il se répandit jusqu'à l'omoplate.

L'application d'eau froide avait arrêté l'hémorrhagie qui se faisait par la plaie ; mais le malade continuait à cracher du sang. Le pouls se releva dans la journée, et vers les deux heures de l'après-midi je constatai de la matité et du bruit de souffle dans la partie antérieure de la poitrine.

A six heures du soir, mon confrère M. Pommarel (de Brives) et moi constatâmes sur le bord axillaire de l'omoplate et dans le tissu cellulaire un corps dur que nous jugeâmes être la balle. Elle fut immédiatement extraite ; c'était un morceau du manche d'une cuiller en plomb, auquel on avait donné une forme presque ronde en le frappant avec un marteau, de sorte qu'elle présentait une surface rugueuse. Elle faisait le volume d'une noisette.

Le 6, le malade fut pris d'un frisson auquel succédèrent une fièvre intense et une douleur de côté à gauche ; je constatai que la matité et le bruit de souffle s'étaient étendus jusqu'au côté gauche. — Application de 20 sangsues.

Le 7, diminution dans les symptômes généraux et locaux, surtout du côté gauche. — Vésicatoire.

Le 9, la matité persistait dans presque tout le côté droit.

Le 12, l'expectoration, de sanguinolente qu'elle avait été jusqu'à ce jour, devint purulente. Dès ce moment, on constata tous les caractères de l'hydro-pneumothorax.

A ma visite du 18, je trouvais L... dans un état effrayant : depuis la veille, l'expectoration, je ne sais par quelle cause, s'était arrêtée ; dès ce moment, la respiration était fréquente, courte ; le pouls petit et la face vultueuse. Tout me faisait présager une asphyxie prochaine si je n'y portais promptement remède. N'ayant sur moi qu'un bistouri à lame étroite, je n'hésitai pas à le plonger dans l'espace intercostal situé entre les septième et huitième côtes, en un point où la peau était très-tendue et où il me semblait reconnaître de la fluctuation.

Aussitôt cette ponction faite, il s'écoula une très-grande quantité de pus, qu'augmentèrent les efforts de toux, et L... se trouva soulagé.

Quoique préalablement à ma ponction j'eusse attiré avec la main gauche la peau en haut, afin de faire disparaître le parallélisme entre la peau et les tissus sous-jacents, il n'en est pas moins vrai que dans les mouvements d'expiration l'air s'introduisait manifestement dans la plèvre.

J'introduisis une mèche de charpie dans cette plaie, qui fut renouvelée tous les jours une fois jusqu'au 17 avril, moment où la suppuration cessa.

Depuis l'ouverture de la poitrine, l'expectoration purulente ne s'est pas reproduite ; le malade a pu prendre une nourriture réparatrice, et au mois de juin il comparaissait comme témoin devant la Cour d'assises de la Corrèze.

---

discussion lumineuse où chacun parcourut, selon sa spécialité, le clavier des sciences naturelles.

A M. le docteur Morel seul revient l'honneur de la solution de cette quatrième question : « Des effets des abus alcooliques sur les produits « de la conception et la fréquence des maladies nerveuses chez les « enfants des personnes adonnées aux excès des liqueurs spiritueuses. » Jamais rien de plus complet, de plus vrai, de plus saisissant, n'a été dit sur les conséquences de ces funestes habitudes dont le progrès incessant menace de plus en plus notre avenir social. Aussi le Mémoire, lu et écouté dans la séance publique du soir avec un religieux silence, eut-il au dehors du retentissement. Le lendemain de cette séance, comme le savant médecin de Saint-Yon traversait un des quartiers les plus populeux de Rouen, il entendit ce dialogue, qui n'a pas besoin de commentaires : « Connais-tu celui-là ? — Non ! — C'est celui qui a si bien prêché contre la boisson. Quel dommage que mon Jules ne l'ait pas entendu ! »

La cinquième question : « De la mort apparente, de son diagnostic ; » la neuvième : « Des grossesses gémellaires, de leurs causes, « de la vitalité des enfants qui en proviennent ; » la dixième : « Des « maladies auxquelles sont plus particulièrement exposés les ouvriers « des filatures et autres professions particulières du pays, » désertées par ceux-là même qui en avaient sollicité l'insertion au programme, ont donné lieu à de courtes discussions, riches de faits, et du choc desquelles ont jailli des aperçus d'une incontestable valeur.

Peu s'en est fallu que la sixième question : « De la vertu préserva- » trice du vaccin » ne passât inaperçue. Grâce au président, toujours soigneux de l'honneur de sa section, le gant a été relevé. Faisant lui-même l'histoire de l'introduction de la vaccine à Paris, dès l'année 1798, par Chaussier, il démontre que l'on eut bientôt à constater moins d'épidémies varioleuses et beaucoup moins de décès par la petite vérole dans le cours des douze ou quinze premières années de la pratique vaccinale qu'à toute autre époque ; que l'on doit faire honneur au vaccin de la conservation d'un dixième des enfants qui mouraient de la petite vérole autrefois, ainsi que l'a constaté M. Bousquet, mais en même temps lui imputer le déplacement de la variole et de la mortalité dans les âges, comme le veut Villermé : car il est constant, et M. Vingtinier vient encore de le déclarer avec une loyauté qui l'honore, que la variole n'est plus une maladie particulière à l'enfance, mais qu'elle s'attaque à tous les âges, que l'on meurt aujourd'hui de la petite vérole dans l'âge adulte six fois plus qu'autrefois ; que sur 82 décès, au dix-huitième siècle, 41 avaient lieu avant 20 ans, 41 après 20 ans, tandis qu'aujourd'hui, sur ce même nombre 82 décès, on en compte 35 avant 20 ans et 47 après vingt ans ; que l'âge moyen des morts s'étant élevé de trois ans depuis l'introduction de la vaccine, on perd moins d'enfants et plus d'adultes ; que le nombre des secondes noces s'étant élevé au double de ce qu'il était au dix-huitième siècle, le chiffre des naissances n'est plus en rapport avec celui des mariages ; enfin, il conclut en ajoutant que le naufrage de la vaccine dans la dernière épidémie qui vient de s'éteindre n'est pas de nature à édifier beaucoup sur la vertu préservatrice du vaccin.

Naturellement, après ce qui vient d'être dit, on devait rechercher, pour répondre à la septième question : « Si le vaccin doit être régé- « néré, s'il est des moyens d'arriver à ce but. » Non ! répond M. Martinenque dans un Mémoire adressé à la section, le vaccin ne doit pas être régénéré ; la pustule vaccinale peut être divisée en deux segments, l'un supérieur, l'autre inférieur ; dans le segment supérieur, on puise toujours un virus d'une pureté immaculée, même chez les galeux, même chez les dartreux, même chez les syphilitiques, pourvu que l'on n'exerce ni pression, ni compression, ni expression, ni râclement, en prenant le virus vaccin ; quant au segment inférieur, c'est la boîte de Pandore ! Et M. Martinenque en dit autant du cowpox, ce qui ne semble en aucune façon rassurer l'assemblée, instruite d'autre part de ce qui a été fait à l'asile de Quatremare, où l'on a tenté de régénérer le vaccin sur des vaches bien portantes et d'en inoculer le produit sur des sujets humains avec un égal insuccès.

Après avoir accordé à l'examen de ces deux questions toute l'étendue nécessaire, on continua l'ordre du jour avec empressement. Les aliénistes attendaient avec impatience que l'on abordât les deux questions suivantes : (douzième) « Des réformes et des améliorations à introduire dans l'assistance publique ; » (treizième) « De l'augmentation du nombre des aliénés. Les asiles actuels sont-ils suffisants ? Quelles modifications pourrait-on apporter dans l'organisation de ces établissements ? » Pour la première fois, les partisans du non-restreint et de la liberté, MM. Robertson, Philips, Mundy, et les sectateurs du restreint et de la surveillance, MM. Delasiauve, J. Falret, Morel, Duménil, se trouvaient en présence, brûlant du désir d'en venir aux mains, avec des armes courtoises. C'est M. Mundy qui, le premier, leva haut et ferme le drapeau de la liberté : « Pourquoi, s'écria-t-il avec une généreuse indignation, recourir encore à l'usage de ces abominables camisoles de force, depuis longtemps rejetées par les aliénistes anglais ? Pourquoi condamner de pauvres innocents, comme des criminels, à la réclusion et à toutes les tortures de la captivité ? Ne voyez-vous pas que vous travaillez ainsi à faire sombrer le peu de

Aujourd'hui, L... est complétement rétabli; il ne lui reste plus qu'un peu de difficulté pour lever complétement son bras au-dessus de sa tête, ce qui tient à la rétraction des fibres du grand rond et du grand dorsal qui avaient été coupées par la balle.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 août 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal est lu.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de la guerre envoie à l'Académie un exemplaire du tome XIII de la 3e série du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un pli cacheté sur l'état des veines et des lymphatiques de l'utérus à la suite de couches, par M. le docteur Bataillé. (Accepté.)

2° M. le docteur Avrard (de la Rochelle) envoie, pour être soumis à l'Académie, un nouvel hystéromètre fabriqué sur ses indications par M. J. Charrière.

Cet instrument a pour avantage de donner en même temps que la profondeur de la cavité cervico-utérine, celle de la cavité utérine seule. Il se compose d'une pince à deux branches glissant l'une dans l'autre, légèrement recourbée en forme de sonde utérine, A, fig. 1. L'instrument introduit, on peut immédiatement et sans le retirer (avantage très-précieux) prendre la mesure de la cavité utérine seule; la branche postérieure A' fixée au manche étant maintenue immobile, on fait glisser la branche antérieure jusqu'à ce que l'on éprouve une résistance indiquant que l'on touche le fond de l'utérus. La branche antérieure vient presser par l'angle rentrant de sa courbure contre la partie antérieure de l'orifice interne, de telle sorte que le chiffre indiqué tout d'abord par la tige graduée du curseur B et B', comme profondeur de la cavité cervico-utérine, se décompose ainsi : longueur du canal cervical et profondeur de la cavité utérine proprement dite. Celle-ci est indiquée par une échelle placée sur le côté gauche et en arrière de la branche antérieure. Les chiffres sont disposés de telle façon que le plus rapproché de la rondelle D pendant l'écartement des branches donne la profondeur de la cavité utérine seule sans déplacer l'instrument.

L'hystéromètre peut servir à dilater, à redresser, à écraser, et aussi à faire l'abrasion de l'utérus en séparant les branches.

— M. le docteur Lanne présente à l'Académie une nouvelle aiguille à cataracte fabriquée par M. J. Charrière. Cette aiguille est coudée de façon à permettre au chirurgien placé devant le malade d'opérer avec sa main droite, les deux yeux de ce dernier; lorsqu'on veut opérer l'œil droit, l'aiguille doit être introduite du côté interne de l'œil (à la distance ordinaire de la cornée), et grâce à sa forme et à ses dimensions, on peut faire toutes les manœuvres nécessaires sans être gêné par le nez du malade.

Cette aiguille a 19 millimètres de sa pointe à l'olive, sa longueur totale 25 millimètres.

— **M. TRÉBUCHET.** M. Depaul a insisté dans la dernière séance sur la nécessité d'établir en principe l'utilité de la constatation à domicile des enfants nouveau-nés. J'ai déjà écrit, il y a longtemps, que ce serait une garantie pour les parents. M. Loir a repris la question, MM. Géry et Maindrault ont donné un nouveau retentissement à la proposition. Il me paraît convenable que l'Académie prenne une décision.

Je propose donc d'envoyer le rapport de M. Danyau à S. Ex. le ministre du commerce, en le priant d'appeler de nouveau l'attention de son collègue M. le ministre de l'intérieur sur la nécessité d'adopter dans toute la France un mode uniforme de constatation des naissances au domicile des parents.

M. SÉGALAS appuie la proposition, et ajoute qu'il serait bon de la soumettre au Conseil général du département.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de M. Trébuchet avec l'amendement de M. Ségalas.

L'Académie adopte.

M. DEPAUL dit qu'il veut rectifier une inexactitude qui s'est glissée dans le compte-rendu des journaux; il n'est pas dans son intention de déclarer que MM. Géry et Maindrault se sont opposés à l'établissement d'une loi obligeant la constatation des naissances à domicile (1).

Le procès-verbal est adopté.

— **M. VELPEAU.** J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, au nom de l'auteur, une très-petite brochure qui a pour titre : *Nouvelles recherches pratiques sur l'amblyopie et l'amaurose causées par l'abus du tabac*, avec des remarques sur l'amblyopie et l'amaurose des buveurs, par M. le docteur Sichel.

Cette brochure, malgré l'exiguïté de son volume, contient des faits remarquables d'amaurose dus évidemment à l'abus du tabac, et mérite toute l'attention des praticiens. Ils ne sont d'ailleurs que la confirmation d'autres faits assez nombreux déjà signalés par d'autres observateurs, notamment par M. Mackensie dans son *Traité des maladies des yeux*, par Wordsworth dans les *Annales d'oculistique*, par Hutchinson dans sa *Clinique spéciale de l'hôpital de Londres*, et ils justifient complétement ceux qui ont été signalés tout récemment à cette tribune par M. Joly. Je les dépose sur le bureau comme étant dignes d'être accueillis par l'Académie, dignes surtout de l'attention des fumeurs à qui je les recommande plus spécialement.

Le même travail contient aussi des remarques d'un haut intérêt sur la coexistence de la cécité et de la surdité.

M. CH. ROBIN fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Gimbert, d'un travail imprimé sur la texture et la structure des artères non-seulement en général, mais encore dans la comparaison des différentes artères entre elles.

M. Robin ajoute :

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie un exemplaire d'un mémoire récent que j'ai soumis à l'Académie des sciences; ce sont des recherches sur un appareil électrique des raies.

Grâce à des dispositions qui ont été prises, j'ai pu expérimenter sur des raies vivantes, et trouver la preuve que les raies fournissent une décharge électrique, ainsi que je l'avais supposé il y a plusieurs années, lorsque j'avais découvert chez les raies un appareil semblable à celui de la torpille.

L'appareil électrique des raies est très-petit relativement à celui des torpilles; celui des plus grosses raies pèse 50 grammes, tandis que celui des torpilles, d'une grandeur à peu près égale à celle du fond d'un chapeau, pèse 200 grammes.

Aussi la décharge électrique fournie par la raie, bien manifeste et révélée au moyen du galvanomètre et de la pate galvanoscopique, est très-faible.

M. BRIQUET fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Mignot, de la relation de la construction d'un hôpital de cinquante lits à Chantelles (Allier). M. Mignot s'était associé à des personnes riches et bienfaisantes pour cette œuvre.

M. KERGARADEC fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, d'un mémoire sur la pellagre, par M. le docteur Druhen (de Besançon).

RAPPORT.

Anthropologie. — M. CERISE, au nom d'une commission composée de MM. Tardieu, Baillarger et Cerise, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Mesnet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, concernant l'homme sauvage du Var.

Selon le sens étymologique du mot sauvage (*salvaggio* ou *silvaggio* en italien, *salvajo* en espagnol, de *silva*, forêt), Laurent est bien un sauvage, puisqu'il habite une forêt. Mais selon le sens vrai du mot (homme *primitif*, étranger ou antérieur à toute civilisation), Laurent n'est pas un sauvage. Rien n'est étrange comme le rêve de *l'état de nature*, que le XVIIIe siècle a pris au sérieux, et que J.-J. Rousseau surtout a voulu élever au-dessus de l'état de civilisation. Tout un système anthropologique et social a été imaginé sur cette donnée paradoxale. Rousseau a été jusqu'à proposer des expériences impossibles pour mettre en évidence la nature primitive de l'homme dissimulée par les influences sociales. Quant aux observations qu'il a rapportées d'hommes naturels, trouvés dans les bois, il ne les a pas prises au sérieux. Les hommes qu'on a signalés comme de véritables sauvages sont des individus frappés dans leur intelligence soit par un abandon précoce, soit par l'imbécillité ou la folie. On en a dans ce siècle deux exemples authentiques : le jeune sauvage de l'Aveyron et le jeune séquestré de Nuremberg dont la récente histoire est parfaitement connue.

M. Cerise rappelle que J.-J. Rousseau avait voulu essayer de livrer l'homme à lui-même et de l'isoler, pour savoir ce qu'est l'homme de la nature; il dit que le philosophe avait renoncé à cette expérimentation, et il ajoute que l'initiative du plus puissant souverain et maître ne pourrait obtenir ce résultat chez ses sujets, et que ce serait une monstruosité de voir un père faire l'expérience sur son enfant.

L'orateur, en citant les faits connus d'hommes sauvages, dit que dans tous les cas il s'agissait d'hommes incomplets, et que, ainsi que l'avait écrit Condillac, ces individus n'avaient rien qui les fit ressembler à l'homme; que du reste il est évident que l'on n'a pu faire un homme sauvage, et qu'aucun de ceux qu'on a rencontrés accidentellement ne présentait une intelligence suffisante pour être instruit.

M. Mesnet, en étudiant le prétendu sauvage du Var, n'a point songé à la découverte de l'homme naturel. Il a voulu étudier un type mental exceptionnel dont l'idée oscille entre l'aliénation, l'utopie et l'excentricité, et qui se révèle dans Laurent par des raisonnements vraiment dignes d'attirer l'attention.

Laurent est sociable, mais il veut vivre seul, parce que les hommes vivent mal ensemble. Il veut vivre du travail de la nature, c'est-à-dire en se contentant de ce que la nature donne sans la fatiguer par la culture. Il appelle cette existence : la vie de la nature. Il refuse tout ce qui peut atténuer la misère à laquelle il se condamne.

Mais, dit encore M. Cerise, Laurent dit qu'il veut vivre de la vie libre; il ne veut pas de famille, il repousse la femme, parce que, dit-il, elle affaiblit l'homme; il ne veut pas d'argent, parce qu'il ne vient pas du travail de la nature. D'un autre côté, le sauvage du Var n'a pas de préoccupations sensuelles, pas de préoccupations mystiques, il ne veut pas imiter les bêtes, il garde son écuelle et n'imite point Diogène. C'est un mélange de stoïcien et d'anachorète; ce n'est point Diogène, si tant est qu'on puisse prendre Diogène au sérieux.

Il jouit d'un bonheur sans nuage; il espère pourtant un bonheur plus grand; c'est à Pâques qu'il en jouira, lorsqu'il n'aura plus d'outils fabriqués, plus de vêtements de coton, plus de farine à ses repas. Il vivra alors des seules graines et des seules herbes qu'il trouve dans la forêt. Son vêtement sera alors fait de ses cheveux, de sa barbe, de ses poils qu'il aura tissés de ses propres mains après une récolte de six années.

Le sauvage a enfermé ses cheveux et ses poils dans des paquets numérotés et les porte sans cesse dans un sac suspendu à ses épaules. Ses cheveux et sa barbe sont nattés et attachés d'une façon assez bizarre pour pouvoir n'en point perdre. Lorsque M. Mesnet l'a visité, il a éprouvé une joie d'enfant, en s'entendant montrer par une des personnes venues avec M. Mesnet un mode de tissage simple qui permettait de faire un vêtement de cheveux.

Laurent est âgé de trente-neuf ans. Il est entré en solitude à l'âge de trente-trois ans. Malgré son air sauvage, il rend des services à tout le monde, dans la forêt; il lit et garde les lettres qu'il reçoit; il tient à remplir son devoir électoral pour élire celui qui peut rendre le monde heureux.

Ce sauvage est un homme qui a cherché et trouvé le bonheur dans la pratique d'une utopie, appelée par lui la *vie de la nature*, modeste et remarquable exemple de la puissance d'une idée sur l'organisme.

Le travail de M. Mesnet est plein d'intérêt. La commission propose de le remercier de sa communication et de déposer dans les archives de l'Académie l'*Étude médico-psychologique sur l'homme dit le sauvage du Var*.

M. J. GUÉRIN. Sans vouloir entamer une discussion immédiate, et sans attaquer le rapport de M. Cerise, je dirai qu'il est impossible de juger actuellement par expérience ou observation l'homme à l'état sauvage. L'espèce humaine a subi des modifications physiques et intellectuelles que je compare à ce qui se passe dans la domestication des animaux. Mais dans le temps et dans l'espace, on peut juger l'homme sauvage, soit en consultant les légendes et l'histoire, soit en jugeant les peuples sauvages.

Jamais on ne reproduira un homme sauvage en séquestrant le fils d'un homme civilisé.

Discussion sur la thoracentèse.

M. J. GUÉRIN résume la première partie de son argumentation exposée dans la dernière séance. Il parle des progrès accomplis de-

(1) Dans leur mémoire, en effet, MM. Géry et Maindrault, ont admis en principe la proposition de M. Loir, et ils n'avaient fait des restrictions que pour ce qui regarde l'inviolabilité du domicile dans le cas où les parents voudraient garder un secret, et ils avaient seulement rendu plus pratique la mesure absolue de M. Loir, en demandant que la constatation des naissances à domicile fût faite à volonté, suivant la demande des parents, et sur un certificat du médecin ou de la sage-femme.

raison qui leur reste? Ouvrez vos asiles, versez-en les détenus dans des colonies comme Ghéel, et seulement alors vous pourrez vous targuer de quelques progrès, vous proclamer les continuateurs, les disciples de Pinel et d'Esquirol! » En réponse à cette attaque vigoureuse, MM. Duménil et Falret n'eurent qu'à ouvrir leurs mains, pleines de faits lamentables, pour justifier les perplexités de leur conscience, lorsqu'il s'agit de la rentrée d'un de leurs pensionnaires dans le monde : Sa folie, toujours imminente, n'est-elle pas une perpétuelle menace pour la Société? M. Delasiauve, partisan, comme MM. Falret, Duménil et Morel, de la surveillance, déplore, autant que qui que ce soit, la nécessité de recourir à la camisole de force, moins cruelle qu'on veut bien le dire; il puise, dans ses souvenirs et dans ceux de M. le docteur Riboli de Turin, des circonstances où les aliénés venaient réclamer la camisole de force comme un refuge contre leur agitation. Au reste, il demanderait des colonies cantonales perfectionnées sur le modèle de Ghéel; mais après avoir établi une meilleure et plus rigoureuse classification des maladies mentales, dont il trace une remarquable ébauche. Dans une élégante improvisation, M. Jules Duval, le savant économiste, se déclare partisan de la liberté absolue; enfin, M. le docteur Morel, toujours si éloquent lorsqu'il parle d'abondance, foudroie des éclairs de son argumentation ce qu'il appelle la *sensiblerie* du siècle : « la Société, dit-il en terminant, gémit sous la pression de milliers d'aliénés, acharnés au désordre, à la ruine, au déshonneur, à la dissolution de la famille, sans que la sagacité des experts ou les prescriptions d'une sage loi puissent aucunement les atteindre! »

La discussion, engagée ensuite sur la quatorzième question : « Des causes de réforme pour la conscription particulières à la Seine-Inférieure, » a mis à découvert une plaie aussi fâcheuse dans le département de la Seine-Inférieure que dans bon nombre d'autres départements de la France : la plupart des cantons n'arrivent point à parfaire leur contingent; dans beaucoup d'autres, le goître est une cause de réforme. A ce sujet, le président fait remarquer que le goître étant une maladie curable et par des moyens spéciaux, et par le régime et par le déplacement auxquels peuvent être soumis les jeunes soldats, il ne devrait plus figurer au nombre des causes de réforme que d'une manière tout exceptionnelle. Quant à l'impossibilité où se trouvent certains cantons de fournir aujourd'hui le nombre de conscrits en rapport avec le chiffre de leur population agglomérée, le président demande s'il ne faudrait pas l'attribuer surtout à l'accroissement du nombre des seconds mariages, c'est-à-dire à la perte plus considérable d'adultes dans la période de fécondité. Il y a là un problème bien digne de fixer l'attention des économistes en général et des médecins en particulier.

D'autres problèmes non moins graves, non moins instants, mais plus insolubles peut-être, sont contenus dans ces trois parties de la quinzième et dernière question : « Quelles sont les causes des maladies « épidémiques de Rouen? Quels remèdes pourraient y être apportés? « Pourquoi la peste, si fréquente au moyen âge, n'a-t-elle pas reparu « depuis deux siècles? » Ici, pas de solution possible, tant que l'on s'emprisonnera dans les limites étroites d'une hygiène sans portée. Vouloir, comme on en a l'habitude, disserter sur les causes des épidémies, sans tenir compte de l'influence des lois providentielles qui président à l'équilibre des populations, c'est se lancer à l'aventure dans les hasards de l'inconnu. Qui donc a fait connaître jusqu'ici la cause du choléra? Notre ignorance sur ce point n'est-elle pas plus profonde que lors de sa première apparition parmi nous? Qui a sondé les mystères de cette épizootie dont notre industrie séricicole est ébranlée? D'où vient cette épiphytie qui faillit anéantir à tout jamais la pomme de terre? La maladie de la vigne, du sainfoin, des rosiers, etc.? Hygiénistes impuissants, courbez le front devant ce *quid divinum* d'Hippocrate, dont nul d'entre vous n'a encore déchiré le voile. N'affirmez donc plus rien, mais cherchez; c'est votre lot.

Pour faire diversion à cette perspective décourageante, M. Desormeaux vint entretenir de la construction, des usages, de l'utilité de son endoscope, l'assemblée qu'il captiva par ses expériences. On lut ensuite deux rapports : l'un, incomplet et pour cette raison renvoyé à une Commission locale, sur l'insalubrité des eaux du Robec qui traverse et infecte un des plus hideux quartiers de Rouen; l'autre, sur la chirognomonie, de M. Petit-d'Ormoy, qui semble vouloir tenir le milieu entre MM. d'Arpentigny et Desbarroles. Puis on protesta avec énergie contre l'introduction, parmi nos substances alimentaires, de viande venant de Montévidéo préparée avec de l'acide phénique; le bouillon qu'on nous avait présenté en était détestable et infect; la viande putréfiée. La section trouva que nous avions déjà bien assez de dangereuses sophistications sans celle-là.

Comme la dernière heure du congrès venait de sonner, on se sépara, après avoir voté d'unanimes remerciments au secrétaire de la section, M. Laurent, qui supporta seul avec intelligence et courage le fardeau de ses pénibles fonctions; après avoir échangé de touchantes protestations d'estime et d'affection, et s'être donné, si Dieu le permet, rendez-vous à Amiens l'an prochain.

E.-A. ANCELON.

puis vingt ans, et dit qu'en proportion des améliorations apportées à l'opération de la thoracentèse il y a eu plus de guérisons.

M. Voillez a rapporté, dit M. Guérin, une statistique de 125 observations; on y trouve 45 guérisons pour 7 morts dans le cas d'épanchements séreux; 2 guérisons pour 7 morts dans les épanchements séro-sanguinolents; 8 guérisons et 7 morts dans les épanchements séro-purulents, et 9 guérisons pour 14 morts dans les épanchements purulents.

D'autres statistiques confirment celles-ci, et on y saisit bien la relation entre la nature de l'épanchement et la gravité de l'opération.

Entrant ensuite dans la discussion des procédés opératoires, M. Guérin dit : La ponction a été déclarée mauvaise par Dupuytren, la ponction oblique après déplacement de la peau; puis celles avec un pli fait à la peau ont été meilleures, plus applicables; c'était l'évolution de la méthode sous-cutanée. Reybard est venu, il a fait quelque chose de meilleur, et ici je ne suis pas de l'avis de M. Velpeau, Dupuytren n'a pas inventé la canule de Reybard, et je ne comprends pas que M. Velpeau, qui a fait donner un prix par l'Institut au chirurgien de Lyon, soit précisément celui qui veuille lui enlever la découverte. Parmi les élèves de Dupuytren, ni Bégin ni Samson n'ont parlé de l'inspiration de Dupuytren citée par M. Velpeau. On veut déposséder Reybard, mais cela ne sera pas; il conservera toute la gloire de la découverte.

M. J. Guérin discute la valeur réelle de la canule de Reybard. La canule à chemise, dit-il, est grossière et insuffisante; elle guérit peut-être une fois sur trois, tandis qu'il y a une autre méthode qui guérit quatre fois sur cinq. Avec la canule de Reybard, on fait une ponction directe. S'il y a des brides dans les plèvres, la canule ne laisse échapper qu'une portion du liquide; le meilleur reste, et, ce que j'entends par le meilleur, c'est ce qu'il est le plus important d'enlever, ce sur quoi l'air a le plus d'action, le pus. Lorsqu'on laisse une canule de Reybard à demeure, l'ouverture par où elle passe s'agrandit; il coule du liquide autour, et, s'il coule du liquide, il peut entrer de l'air. Enfin, dans les cas de pleurésie purulente où on laisse la canule à demeure, il y a des accidents que j'attribue à l'air. En un mot, dans ces maladies de la plèvre où il y va de la vie des hommes, à mon sens, la canule de Reybard ne répond en aucune façon à toutes les indications de la science et de l'humanité.

Avec l'appareil que j'ai proposé, le trocart courbe à robinet s'adaptant à une seringue munie d'un robinet à double effet, on aspire le liquide, on ferme le robinet, qui ouvre une issue au pus par une autre canule que celle qui est vissée au trocart, et il est impossible qu'il entre de l'air, M. J. Guérin montre les instruments et leur mécanisme.

Grâce à cet appareil, dit l'orateur, on vide ce qu'on veut de liquide; le trocart courbe, promené dans toutes les directions, peut aller ouvrir des loges où le pus est circonscrit par des adhérences, on se guide sur le retrait du poumon, on obéit à la pression atmosphérique qui dilate le poumon.

Comparant ensuite les deux instruments, M. J. Guérin dit : Si le poumon ne s'étend pas, la canule de Reybard ne retire qu'une partie du liquide; la seringue retire ce qu'il faut.

En résumé, dit l'orateur, la thoracentèse, à l'aide de la canule de Reybard, est une méthode sous-cutanée hybride, et, dans ce cas, ne vaudrait-il pas mieux employer la méthode entièrement; du reste, rapportons-nous aux faits : grâce à l'appareil dont je viens d'entretenir l'Académie, il y a eu 13 guérisons sur 18 cas de thoracentèse, et je ne prends que les faits publiés.

M. Abeille a cité 8 guérisons sur 11 cas de pleurésie séreuse ou séro-purulente; j'ai fait 4 opérations d'empyèmes purulents réussies toutes les quatre, j'ai fait deux thoracentèses avec M. Louis, une avec M. Maillot, dont une a guéri.

L'orateur, en terminant, dit que ses instruments ne se résument point en une pompe spéciale, qu'il se sert aussi d'un trocart spécial, ce qui constitue un appareil spécial, entier.

Eu égard à la méthode sous-cutanée dont on veut peut-être lui enlever sa part d'inventeur, il croit avec le poëte, et, comme l'a pensé M. Bouley, qu'il vaut mieux en vivre cent ans après sa mort que vingt ans en sa vie.

La séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE.

M. Beau.

Nous recevons communication du discours prononcé par M. le docteur Gerbier (de Ferney) sur la tombe du savant si regretté dont nous annonçions la mort il y a quelques jours.

Avant de le placer sous les yeux de nos lecteurs, on nous saura gré de reproduire — d'après M. F. Dufour — quelques détails sur les derniers moments du médecin de la Charité.

« M. Beau est venu mourir au milieu de sa famille des suites d'une congestion cérébrale. Malade depuis longtemps, épuisé par les déceptions et les luttes scientifiques, il avait été pris dans les premiers jours de juillet d'une congestion cérébrale légère, mais qui avait laissé chez lui des traces bien sensibles. La joie de se trouver dans son pays au milieu de personnes qui toutes l'affectionnaient avait un peu ranimé ses forces, et tout le monde se plaisait à espérer son rétablissement. Cet espoir, hélas ! a été déçu.

« Dans la nuit du dimanche 6 août, une attaque plus forte a déterminé une paralysie de tout le côté droit avec perte de la parole et impossibilité d'avaler. Malgré cet état, M. Beau conservait toute son intelligence, et, connaissant sa fâcheuse position, il annonçait lui-même à sa famille qu'il n'y avait plus aucun espoir, pronostic malheureusement trop vite réalisé; car il s'est affaibli de plus en plus, et il est mort sans agonie le 11, à trois heures après midi, assis dans un fauteuil. »

Nous laissons maintenant la parole à notre honorable confrère, M. le docteur Gerbier.

« Messieurs, celui que nous accompagnons à sa dernière demeure, qui est venu terminer sa glorieuse carrière aux pieds de ces montagnes où il est né, était un enfant de ce département qui donna le jour à tant de hautes illustrations médicales, Bichat, Richerand, Récamier, Bonnet, et parmi ceux qui vivent encore MM. Charles Robin, Sappey, Maissiat, Jacquemier, Bassereau.

« Dans cette phalange d'hommes illustres, Beau occupait le premier rang. Il avait pour lui une science profonde, le coup d'œil médical, l'intelligence vive et le talent d'observateur qui sont les premières qualités du médecin. Chaque point de la science qu'il a fouillé, il l'a marqué de ce cachet d'originalité qui est l'empreinte du génie. Et cependant, messieurs, bien que sa gloire n'eût plus rien à envier, il fallait à son amour de la science un auditoire de jeunes gens, une chaire à l'École de médecine. Il ne recherchait point un vain titre. Il y a quelque temps à peine qu'il refusait une candidature d'un succès certain au Conseil général de l'Ain. Il voulait être professeur pour le triomphe de la vérité, pour communiquer à la jeunesse cette ardeur scientifique qui l'animait. Nul n'était plus digne que lui des nobles fonctions de professeur. Il ne fut point nommé...

« Que ceux qui ont disposé de sa place sachent bien que c'est le chagrin qui est la cause de sa mort : c'est une légitime espérance trompée, c'est la douleur de l'injustice qui l'ont conduit ici.

« Il y a un mois à peine que M. Beau quittait Paris. Il se souvenait qu'au pays de Gex, éloigné du théâtre de l'intrigue, tous sont frères, et qu'il lui restait de vrais amis. Il vint au milieu de vous; il y vint pour l'hygiène de son cœur, autant que pour celle de son corps, et c'est là qu'entouré d'affection et de souvenirs, dans ce Collonges qui l'a vu naître, il rendit le dernier soupir.

« Il eût pu mourir dans un milieu où sa science fût plus connue; mais à coup sûr il ne fût mort nulle part entouré d'autant de sympathies. »

Nos lecteurs auront remarqué dans ce discours quelques paroles amères. Nous avons cru devoir les conserver. La vérité est parfois dure à entendre, mais nous aurions pensé faire injure à la mémoire de l'homme éminent qui n'est plus, en ne répétant pas bien haut ce que chacun pense tout bas aujourd'hui.

Dr E. LE SOURD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 15 août 1865, M. le docteur Josias a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, M. le docteur Danet est nommé médecin adjoint du ministère de l'intérieur.

— Nous lisons dans la *Gazette médicale italienne*, du 15 août 1865 :

M. le docteur Antonin Bossu, le distingué rédacteur de l'*Abeille médicale* de Paris, a reçu de S. M. le roi d'Italie une marque de sa haute distinction pour ses ouvrages de médecine et d'histoire naturelle. La lettre ministérielle qui l'accompagne contient les expressions que voici : « Désirant vous donner une marque spéciale de son estime, Sa Majesté a daigné me charger de vous remettre en son nom la médaille d'or ci-jointe avec son auguste effigie. »

— La séance prochaine de la Société médicale d'observation aura lieu à la Faculté de médecine (cabinet du doyen) le veudredi 25 août.

Ordre du jour :

1° Accidents cholériformes dans le cours d'une fièvre typhoïde, — par M. Duguet.

2° Hallucinations portant sur la locomotion dans une affection cérébrale, — par M. Laborde.

— M. Pierre Larousse met en vente aujourd'hui le 21e fascicule de son GRAND DICTIONNAIRE. Les mots qui se distinguent particulièrement dans cette livraison sont : *Assomption, Assurance, Assyrie, Assyrien, Asthénie, Asthme, Astragale, Astrée, Astrologie, Astrologue, Astronomie, Asymptote, Atala, Atelier*, et enfin la biographie de M. *Alfred Assolant*, qui prouve que les égards dûs aux vivants ne sont point incompatibles avec les droits de la critique. La seule lettre A (1,200 pages) formera le tome Ier de cette œuvre monumentale. Aujourd'hui encore, le prix de la souscription à forfait est de 150 fr. payables en deux billets à ordre de 75 fr., à six et à douze mois. Ce mode de souscription cessera aussitôt que le premier volume sera mis en vente, c'est-à-dire avant le 1er janvier, et le GRAND DICTIONNAIRE ne coûtera pas moins de 300 fr. aux retardataires.

S'adresser à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Erratum. — C'est par erreur que l'on a imprimé dans le discours de M. J. Guérin à l'Académie de médecine, n° 97, p. 387, col. 1, ligne 34, M. *Gaide*. Il faut lire M. *Guingue*.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Asselin, libraire, place de l'École-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

La science et les savants en 1865, par M. Victor MEUNIER; deuxième année, premier semestre, 1 vol. in-12 de plus de 400 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 100. — SAMEDI 26 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 26 AOUT 1865. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Quelques mots sur l'utilité de l'exploration de la prostate dans le sarcocèle tuberculeux à sa première période. — Injections de sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme. — Diagnostic des adhérences du péricarde. — Ramollissement du cerveau par suite d'embolie. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quelques mots sur l'utilité de l'exploration de la prostate dans le sarcocèle tuberculeux à sa première période.

Le diagnostic des tumeurs solides du testicule présente très-souvent de très-sérieuses difficultés dans la première période de leur évolution.

Nous citerons à l'appui de cette proposition, et en vue de montrer de quelle utilité peut être l'exploration de la prostate, deux cas récemment observés dans le service de M. Gosselin.

Dans le premier il s'agit d'un homme vigoureux, âgé de quarante ans. Depuis six mois environ il porte une tumeur dans le testicule droit; du moins c'est à cette époque qu'il s'aperçut de sa grosseur dont il attribue le développement à un coup. Indolente jusqu'alors, la tumeur était devenue quelque peu douloureuse. L'examen du malade fait constater que le testicule droit est le siége d'une tumeur très-dure, inégale, peu douloureuse à la pression. Elle est du volume d'un gros œuf de poule, et présente une forme ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas. A sa partie moyenne et antérieure, on sent un petit noyau moins dur et plus régulier que le reste de la tumeur; en le comprimant, on détermine une douleur analogue à celle qui résulte de la pression du testicule. La tumeur semble donc formée en grande partie aux dépens de l'épididyme. En aucun autre point on ne sent de mollesse, d'empâtement, ni de fluctuation; partout la même dureté. La tumeur est sans adhérences et n'est pas entourée de liquide; rien du côté du canal déférent; rien dans l'autre testicule. Le malade a conservé sa santé habituelle, et l'exploration du thorax ne fournit que des signes négatifs; pas d'antécédents et de signes actuels de scrofule.

A quelle tumeur a-t-on à faire? L'idée d'un épaississement pseudo-membraneux de la tunique vaginale n'arrête pas M. Gosselin; en effet, une seule circonstance pouvait y faire songer; c'était l'origine traumatique de la tumeur invoquée par le malade; mais l'absence de liquide, la forme de la tumeur, sa mobilité, son inégalité, sont des caractères suffisants pour écarter l'hématocèle dite spontanée ou consécutive.

Mais la tumeur présente la plupart des caractères du sarcocèle syphilitique tels que dureté, inégalité, forme pyriforme, marche lente, à peu près indolente, avec conservation de la santé. Il est vrai que le malade n'accuse aucune manifestation syphilitique, et qu'actuellement on ne voit aucune trace exacte ou ancienne de la syphilis constitutionnelle.

Peut-on croire à un sarcocèle cancéreux? La plupart des caractères physiques de la tumeur sont certainement favorables à cette opinion. Mais son indolence, la conservation de la santé, permettent d'écarter cette affection; bien que l'on voie des cancers du testicule ne se développer rapidement qu'au bout de huit et dix mois et la santé du malade se conserver intacte jusque-là.

Quant au sarcocèle tuberculeux, si certains des caractères de la tumeur lui sont applicables, d'autre part la dureté, l'absence d'abcès, de points ramollis, la santé florissante du malade rendent le diagnostic incertain.

Le début de la maladie, sa marche, les caractères de la tumeur ne permettent guère de faire intervenir les trois autres variétés rares des tumeurs solides du testicule: la maladie kystique, le sarcocèle fibreux et le sarcocèle cartilagineux. Cependant la dureté de la tumeur pourrait faire croire un instant à un sarcocèle fibreux; mais l'absence d'orchite antérieure et la marche de la maladie suffisent pour rejeter cette hypothèse. Le défaut d'élasticité, le volume relativement peu considérable de la tumeur ne peut faire penser à un sarcocèle cartilagineux.

Quant à l'orchite chronique admise en Angleterre surtout par Curling, M. Gosselin la met en doute et pense qu'en dehors de l'engorgement du testicule qui accompagne quelquefois l'hydrocèle vaginale, l'orchite chronique est très-rare.

Ainsi l'on voit que cette tumeur du testicule appartient à trois variétés que l'on rencontre le plus fréquemment dans cet organe. Mais il est une exploration que l'on ne doit jamais négliger et dont M. Gosselin apprécie depuis longtemps la valeur, c'est l'exploration de la prostate par le rectum. Dans le cas qui nous occupe, le toucher pratiqué par M. Gosselin dès le premier jour de l'entrée du malade lui permet de constater une induration vers la partie la plus élevée de la face postéro-inférieure de la prostate, induration qui se prolonge vers l'extrémité de la vésicule séminale gauche. Nous rappelons toutefois que la tumeur du testicule était à droite. Le diagnostic suivant est posé : testicule tuberculeux à droite, avec tubercules de la prostate à gauche. Cependant, comme M. Gosselin aurait volontiers modifié son diagnostic en faveur d'un sarcocèle syphilitique, cinquante centigrammes et plus tard un gramme d'iodure de potassium sont donnés chaque jour au malade.

Aucun changement pendant quinze jours. Au bout de ce temps M. Gosselin, en observant attentivement le malade, constate à la partie inférieure de la tumeur un peu d'empâtement, qui augmente les jours suivants; la tumeur n'est plus mobile à ce niveau et peu à peu on y perçoit très-nettement de la fluctuation qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'un abcès tuberculeux de l'épididyme. Dès lors le diagnostic était confirmé, mais le malade, s'ennuyant à l'hôpital et n'éprouvant d'ailleurs aucune souffrance, demande son exeat.

Le second fait est non moins intéressant. Il s'agit d'un homme de soixante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle. Depuis environ dix ans il porte dans les bourses, à droite, une tumeur assez volumineuse, fluctuante et transparente; à gauche, une autre tumeur dure, inégale, bosselée. La première est une hydrocèle vaginale qui est ponctionnée et injectée à la teinture d'iode; le testicule, exploré après évacuation du liquide, a son volume normal et paraît être exempt d'altérations.

Quant à la tumeur du côté gauche, elle n'a surtout frappé l'attention du malade que depuis deux à trois mois, et c'est encore à un coup qu'il attribue son développement plus rapide. Elle est entourée d'un peu de liquide; une piqûre faite avec la lancette lui donne issue et l'on peut constater les caractères suivants: la tumeur est volumineuse, inégale, dure uniformément; peu douloureuse à la pression et spontanément; elle est mobile dans toute son étendue. En l'explorant attentivement, il est impossible de savoir si elle appartient plutôt au testicule qu'à l'épididyme, ou à ces deux organes à la fois. Le canal déférent paraît sain; signes négatifs du côté du thorax; conservation de la santé; pas d'antécédents strumeux et syphilitiques.

Comme précédemment, les signes fournis par la tumeur sont insuffisants pour établir le diagnostic; cependant l'absence de douleur vive, lancinante, la marche lente de la maladie, la conservation de la santé, sont favorables à cette opinion, qu'il ne s'agit pas d'un sarcocèle cancéreux. Restent encore le sarcocèle tuberculeux et le sarcocèle syphilitique malgré l'absence d'antécédents et de manifestations actuelles de la syphilis. Mais le toucher rectal pratiqué par M. Gosselin lui permet de constater encore une induration mal limitée dans le lobe gauche de la prostate. Cette induration ne peut être que de nature tuberculeuse. Il est donc très-probable que l'on a à faire à un testicule tuberculeux avec production de même nature dans la prostate.

Trois semaines ne s'étaient pas écoulées qu'à la partie inférieure du testicule on sentait manifestement un empâtement qui ne tarda pas à augmenter les jours suivants; la tumeur devint immobile à ce niveau, et l'on put bientôt sentir manifestement la fluctuation. M. Gosselin, dont le diagnostic se trouvait encore confirmé par la marche de la maladie, fait une ponction avec une épingle dans le point le plus fluctuant; il en sort un peu de pus jaunâtre, séreux et sans odeur.

Ces deux faits, intéressants à plus d'un titre, montrent donc d'une part que le diagnostic des tumeurs solides du testicule dans leur première période est toujours difficile, que toutes ces tumeurs peuvent se présenter avec des caractères communs, et que c'est surtout dans la marche de la maladie, l'état général du sujet, que l'on doit chercher des éléments précieux pour le diagnostic; d'autre part, que dans le testicule tuberculeux, avant la période de ramollissement et lorsqu'il n'est encore survenu aucune poussée aiguë, l'exploration de la prostate permet d'arriver au diagnostic.

Des injections de sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme.

Le sulfate de quinine est un médicament d'une importance telle qu'il faut souvent l'administrer à tout prix; alors même qu'ingéré il exerce à peine une action irritante et n'est point absorbé, ou bien que donné en lavement dans un véhicule acide il est presque immédiatement rejeté. Au moyen de frictions, de fomentations, de cataplasmes, de vésicatoires, on peut faire absorber par la peau dénudée, imbibée, des traces du médicament. Mais ces moyens, insuffisants et imparfaits, étaient même dangereux : dans plus d'un cas, on amena ainsi des phlegmons et des eschares.

La méthode sous-cutanée offrait à l'expérimentation thérapeutique un nouveau champ d'action : on pouvait suppléer à l'ingestion par la bouche en faisant absorber le médicament par injection sous la peau. On avait ainsi un mode d'absorption rapide, fidèle et sûr, et dont les résultats constants pour une même dose injectée permettent de se rendre mieux compte de l'action des médicaments.

Sans rappeler ici les résultats heureux que cette méthode a donnés, et pour ne parler que du sulfate de quinine, rappelons seulement que depuis Sehachaud, qui le premier introduisit sous la peau ce médicament, Moore, Esteumeyer et Desvignes firent de nouveaux essais, et tout récemment M. Pihan-Dufeillay a publié un très-intéressant travail sur le sulfate de quinine employé en injection dans le traitement de la fièvre intermittente.

Le tort de cet observateur distingué est d'avoir méconnu l'indispensable nécessité où se trouve le médecin qui expérimente un médicament de toujours prendre, comme point de départ de l'action thérapeutique qu'il recherche, l'action physiologique du médicament. C'est le seul moyen d'évaluer les doses nécessaires.

Vouloir séparer, comme le font certains médecins qui se disent cliniciens, l'action physiologique de l'action thérapeutique, c'est vouloir se priver, en expérimentant un médicament, des seules lumières qui puissent guider dans ce cas et permettre d'approcher de la vérité.

C'est à ce point de vue de la détermination des doses nécessaires pour arriver à un effet physiologique déterminé que s'est placé, dans un récent Mémoire publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, un interne distingué des hôpitaux, M. Dodeuil.

Ce travail, fruit d'observations consciencieuses et remontant à plusieurs mois, a été fait sous l'inspiration du docteur Bourdon : on sait combien cet observateur soigneux et attentif attache d'importance à tout ce qui a trait aux affections rhumatismales, dont il a fait depuis longtemps le sujet de prédilection de ses études et de ses recherches; en acceptant et contrôlant les recherches de son interne M. Dodeuil sur l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme, il a donné à ce travail une dernière consécration.

Voici comment peuvent se résumer, au point de vue pratique, les observations du présent Mémoire :

La quinine peut être injectée sous la peau à l'état de sulfotartrate soluble; on doit en injecter la moitié et au plus les deux tiers de ce qu'il faudrait donner en bol, ou pilule, etc., pour obtenir des effets à peu près identiques.

L'élimination se fait d'autant plus lentement et l'absorption est d'autant plus active que les doses ont été plus élevées.

Or, pour agir dans le rhumatisme, il faut des doses élevées; on obtient ainsi une action plus rapide, une saturation plus prompte; en injectant sous la peau en une seule fois 40 centigrammes de sulfate de quinine, on obtient au bout d'un quart d'heure la chute du pouls, et le sulfate de quinine apparaît déjà dans les urines une demi heure après.

Il ne faut pas craindre de s'élever au chiffre de 40 centigrammes; on peut quelquefois le dépasser sans inconvénient notable.

La rapidité et la sûreté d'action, jointe à l'immunité digestive, sont des conditions qui doivent faire préférer, dans le plus grand nombre des cas, à l'ingestion digestive, les injections sous-cutanées.

En résumé, en comparant les recherches de M. Dodeuil à celles de ses prédécesseurs, on voit qu'il a mieux posé les questions de dose, et ses recherches sur l'absorption donnent à son travail un intérêt tout particulier.

Du diagnostic des adhérences du péricarde.

De tous les signes que l'on a donnés des adhérences générales du péricarde, il n'en est aucun qui présente une certitude absolue. La rétraction des parois thoraciques, pendant la systole au niveau de la pointe du cœur, est loin d'être, comme on l'a prétendu, un signe pathognomonique. De nombreux faits ont démontré, en effet, que l'on peut rencontrer ce phénomène chez des individus dont le péricarde est sain. Néanmoins, d'après le professeur Friedrich (d'Heidelberg), ce signe acquis est d'une grande valeur s'il coexiste avec un autre phénomène sur lequel personne n'avait jusqu'ici attiré l'attention, à savoir, une saillie et un affaissement subit des veines jugulaires pendant la diastole ventriculaire. Dans deux cas, ces symptômes furen

observés durant la vie, et, à l'autopsie, on constata une adhérence intime des deux feuillets du péricarde. Il y avait en même temps augmentation de la matité précordiale et rétraction d'une grande étendue des parois thoraciques au moment de la systole ventriculaire. D'un autre côté, on avait perçu, au même endroit, sur la diastole ventriculaire, un choc énergique coïncidant avec le second bruit et pouvant soulever l'oreille de l'observateur. Au moment de la systole ventriculaire, les veines sous-cutanées du cou se distendaient considérablement; puis, durant la diastole, elles se vidaient complétement, au point de cesser d'être apparentes. Ces phénomènes étaient beaucoup plus marqués pendant l'inspiration que pendant l'expiration.

La partie inférieure du péricarde adhérait, dans les deux cas, à une grande étendue du diaphragme, et, par ce fait, le professeur Friedrich explique surtout la rétraction des parois thoraciques. Suivant lui, la rétraction doit survenir toutes les fois que le cœur ne peut se mouvoir de haut en bas, comme il le fait normalement pendant la contraction des ventricules.

Quant à l'affaissement subit des veines jugulaires, il est une conséquence de l'impulsion diastolique qui entraîne nécessairement une diminution subite de la pression intra-thoracique.

Il est juste de rappeler que cette impulsion diastolique a été décrite par M. Potain, en 1856, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, sous le nom de *choc diastolique*. Elle avait été déjà signalée par Skoda (*Traité de la percussion et de l'auscultation*, 1854) et par Cejka (*Prager Vierteljahresschrift*, 1855).

RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU

par suite d'embolie de l'artère cérébrale moyenne.

Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers* (nouvelle série, nº 1, 1865) renferme une observation de ramollissement présentée par le docteur Farge, professeur à l'école d'Angers. Il s'agissait dans ce cas d'un vieillard de soixante-quinze ans, amené à l'hôpital dans l'état suivant : hémiplégie de tout le côté droit du corps, déviation inverse de la face, insensibilité absolue, mutisme. — A la paralysie avec résolution complète succèdent des contractures permanentes à droite, surtout dans le bras et l'avant-bras droit. Autant qu'on put s'en assurer par les renseignements pris auprès des parents du malade, le début remontait à deux ou trois jours.

Comme on le voit, le diagnostic était difficile : il s'agissait de savoir si l'on avait affaire à un ramollissement ou à une apoplexie cérébrale. Le malade mourut, dix jours après son entrée à l'hôpital, sans avoir repris connaissance; on avait inutilement donné de l'émétique, de la teinture de noix vomique.

On trouva, en faisant l'autopsie, dans l'hémisphère cérébral gauche, une masse ramollie presque diffluente, *sans coloration anormale* : cette masse ramollie s'étendait en avant et en arrière de chaque côté de la scissure de Sylvius : elle comprenait l'insula de Reil et les circonvolutions qui l'avoisinent.

Les artères cérébrales du côté droit, disséquées et poursuivies avec soin, présentent à peine quelques taches athéromateuses, mais sont perméables; du côté gauche, on trouve dès son origine, dans la cérébrale moyenne, un caillot fibrineux, consistant, décoloré, *adhérent au vaisseau*; mais les parois de l'artère ne sont en ce point ni injectées ni enflammées, ce qui exclue l'idée de thrombose.

Le caillot fibrineux a plus d'un centimètre de long; arrondi et fixe au point d'origine de l'artère, il est évidé et flottant du côté opposé. Dans le corps strié gauche, on trouve aussi quelques caillots colorés atteignant à peine le volume d'une tête d'épingle, et dont la formation est, sans aucun doute, consécutive au début du ramollissement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 août 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Résection traumatique du genou.

M. VERNEUIL. La conduite à tenir dans les grands traumatismes est et sera longtemps encore une source d'embarras et d'incertitudes pour le chirurgien, qui hésite toujours entre l'abstention qui laisse périr le malade et une intervention trop souvent inutile.

M'étant récemment trouvé aux prises avec une difficulté de ce genre, je viens soumettre à votre appréciation et à votre critique le parti que j'ai cru devoir prendre. Le succès n'a point couronné mes efforts; c'est à mes yeux un motif de plus pour vous exposer le fait, puisque la connaissance des revers porte avec elle des enseignements aussi précieux que la publication des cas heureux.

J'ai naguère porté devant vous la question de la résection du genou dans les cas traumatiques, et vous n'avez pas oublié les importants débats qui en sont résultés; cette fois encore j'ai fait dans des circonstances très-défavorables une tentative analogue.

Partisan déclaré de cette opération conservatrice, à l'appui de laquelle j'ai rapporté deux succès éclatants, je crois de mon devoir de consigner un échec, ne fût-ce que pour aider dans l'avenir à l'élucidation de ce point litigieux de la pratique chirurgicale.

Chute d'un lieu élevé; fractures multiples du maxillaire inférieur; fracture comminutive du fémur à son quart inférieur avec séparation des deux condyles. — Plaie du tégument dont la réunion reste sans succès; infiltration totale de la cuisse par des gaz fétides et du sang altéré; accidents généraux très-graves; large débridement; résection du bout supérieur, extraction des esquilles et des deux condyles fémoraux; amélioration très-notable; retour des accidents généraux; érysipèle, mort.

Un jeune homme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, fit, en état d'ivresse, une chute d'un troisième étage pendant la nuit du 20 juin; il fut apporté sur-le-champ à l'hôpital Lariboisière et couché au nº 4 de la salle Saint-Augustin.

Je le vis à neuf heures du matin. Il présentait une plaie contuse à la région mentonnière, une fracture comminutive de la symphyse, puis d'autres fractures du même os, qui, soupçonnées pendant la vie, ne furent reconnues que plus tard, à l'autopsie, savoir : une fracture incomplète à gauche à l'union du corps et de la branche montante et deux fractures verticales des condyles. J'ai déjà présenté ces pièces à la Société; je ne m'étendrai pas plus longuement sur leur description, qui sera consignée dans un autre travail. Je dirai seulement que les débris de la symphyse et les dents correspondantes durent être extraits immédiatement, et les jours suivants que le foyer de la fracture comminutive en contact permanent avec l'air et les fluides buccaux fournit constamment un liquide putride qui rendait l'haleine infecte malgré les injections détersives réitérées, et dont la déglutition continuelle contribua sans doute pour sa part aux phénomènes d'intoxication générale qui se montrèrent plus tard et enlevèrent le malade.

Une autre lésion existait au membre inférieur droit. La cuisse était fracturée comminutivement vers son quart inférieur. La crépitation très-forte perçue au moindre mouvement imprimé au membre indiquait clairement la présence de fragments multiples, et l'interne du service, M. Farabeuf, qui avait donné les premiers soins, soupçonna même une fracture des condyles, ce qui fut confirmé plus tard. Une petite plaie de 3 centimètres environ, évidemment produite par l'extrémité aiguë du fragment supérieur, siégeait en avant sur la ligne médiane, au niveau du cul-de-sac synovial supérieur et pénétrait dans le foyer. Elle donnait issue à un écoulement sanguin assez abondant.

L'état général était des plus graves; le malade était plongé dans une sorte de coma dont on avait peine à le tirer. Il répondait confusément et sans ouvrir les yeux, s'agitant toutefois et poussant des cris quand on explorait sa mâchoire ou sa cuisse; peau froide, pouls misérable. L'état paraissait désespéré et la mort imminente.

Je me contentai d'extraire avec une pince quelques fragments aigus qui lacéraient la face inférieure de la langue. La cuisse, étant convenablement placée et assujettie dans une gouttière, ne fut point touchée. Quant à la plaie, je crus devoir, par acquit de conscience, la traiter comme je l'ai fait plusieurs fois avec succès dans des cas de ce genre. J'appliquai donc quatre points de suture, puis une large et épaisse couche de collodion, et enfin une vessie de glace en permanence.

Le lendemain et les jours suivants, contre toute prévision, l'état général s'améliore, la connaissance revient complète, et le blessé parle aussi bien que le lui permettent les lésions buccales. Il n'y a presque plus de douleurs à la cuisse, qui est médiocrement gonflée. Pouls relevé; l'appétit se réveille.

Les choses vont bien jusqu'au 25; dans la nuit survient un peu de délire et d'agitation; la face s'altère, et nous constatons le 26 l'insuccès de la réunion. Quelques gouttes de sang noirâtre et quelques bulles de gaz soulèvent la couche de collodion. Il y a épanchement sous la peau dans le voisinage de la plaie. Je pratique un débridement de plusieurs centimètres parallèlement à l'axe de la cuisse. Issue d'une quantité notable de sang décomposé et de gaz infects.

Le lendemain, le mal a fait des progrès considérables. La cuisse est tuméfiée jusqu'à sa racine, et la pression fait sortir des interstices musculaires et de la couche sous-cutanée des flots de fluides putrides mélangés de gaz. L'articulation du genou est gonflée et très-douloureuse; de plus, altération des traits, pouls petit, très-accéléré, délire continuel, sueurs abondantes.

Dans cette occurrence, il fallait intervenir rapidement et avec énergie sous peine de voir l'infection putride enlever promptement le malade. Mais que faire? L'amputation de la cuisse n'offrait pour ainsi dire aucune chance favorable à cause de l'infiltration sanguine et gazeuse qui remontait jusqu'au pli de l'aine, et dont la désarticulation de la cuisse elle-même n'aurait pas atteint les limites. Je me décidai donc à faire la résection des fragments dans le double but d'ouvrir aux fluides putrides une large issue, et de soustraire les parties molles à l'action irritante des pointes osseuses qui au moindre mouvement provoquaient dans les muscles des spasmes très-douloureux.

Le débridement pratiqué la veille fut agrandi; une incision transversale surajoutée, divisant le vaste externe et l'aponévrose fascia lata, mit largement à nu le foyer de la fracture. L'extrémité du fragment supérieur, taillée en bec de flûte très-aigu, était blanche et dépouillée de son périoste. La scie à chaîne a enlevé un fragment de 5 centimètres environ; puis, avec les doigts et les pinces, je pus extraire successivement trois esquilles volumineuses appartenant au tissu compact de la diaphyse et plusieurs fragments irréguliers de tissu spongieux. Une de ces esquilles, longue de plus de 6 centimètres, avait subi un tel déplacement que son axe était devenu antéro-postérieur.

Toutes les pièces mobiles étant extraites, il ne restait dans la plaie que l'extrémité très-aiguë et très-irrégulière du fragment inférieur; lorsque je me mis en devoir de la réséquer, je reconnus qu'il y avait fracture intercondylienne avec écartement et par conséquent large ouverture par cette voie de l'articulation du genou. Cette complication funeste aggravait encore le pronostic, mais ne m'empêcha pas d'aller jusqu'au bout. Je prolongeai par en bas l'incision superficielle, et, saisissant avec un fort davier chacun des condyles, j'en fis l'extraction séparée. Ce temps fut assez laborieux à cause de l'intégrité des ligaments croisés et latéraux qui fixaient très-solidement les condyles.

L'opération fut cependant terminée sans accidents; une seule ligature fut jetée sur une petite artère péri-articulaire. La plaie était très-grande, et la perte de substance du fémur comprenait le quart inférieur de l'os. Je ne touchai ni à la rotule ni au tibia. Quelques boulettes de charpie furent placées dans ce vaste hiatus, et le membre fut replacé dans la gouttière. Il est bien entendu que je ne songeai point à rapprocher les bouts osseux distants de près de 10 centimètres.

Pour pansement, applications réitérées de charpie imbibée d'un mélange de chlorure de chaux et d'alcool camphré étendu d'eau.

Le résultat immédiat de l'opération fut la cessation des douleurs locales et de l'agitation. Le pouls se releva, le délire diminua notablement, et dès le lendemain le malade, qui n'accusait plus de souffrance, répondait assez clairement à l'interrogation. Je prescrivis à l'intérieur l'aconit et la digitale; comme régime, l'eau rougie avec l'eau de Seltz et la glace, et bouillon par petites tasses; les pansements chlorurés furent continués et répétés plusieurs fois par jour.

Au moment de l'opération, il ne s'était écoulé que du sang décomposé fluide et brunâtre.

Le 28, un peu de suppuration se montra. Le 30, elle était complétement établie et de très-bonne nature, fort abondante bien entendu.

Le 1er juillet, les choses étaient dans l'état le plus satisfaisant. La cuisse était presque entièrement dégonflée. La pression exercée de haut en bas en faisait sortir beaucoup de pus qui s'écoulait sans peine par la plaie que nous avions d'ailleurs placée dans une position déclive par rapport à la jambe et à la cuisse. Toute la cavité et les bords des incisions étaient recouverts de bourgeons charnus qui les jours suivants étaient vermeils et du plus bel aspect. Le délire n'existait plus; la fièvre avait presque entièrement disparu, la souffrance était nulle et l'appétit revenait. L'état de la bouche ne permettait pas la mastication, je fis prendre des soupes substantielles et de la viande hachée. J'avais d'ailleurs soin de faire faire bien souvent des injections aromatiques dans la cavité buccale qui sécrétait des fluides très-infects.

Jusqu'au 4 juillet, tout alla pour le mieux, et nous pûmes concevoir les plus grandes espérances. Aussi je m'applaudissais d'avoir agi et d'avoir essayé de conjurer une mort imminente. Le 5, les bourgeons charnus prirent une teinte violacée de mauvais augure; un peu de fièvre se ralluma; il apparut à la jambe de l'œdème et sur les bords de la plaie une légère teinte érysipélateuse. Le lendemain, les symptômes s'étaient aggravés, fièvre continue sans frisson, mais avec sueurs profuses, retour du délire, extension de l'érysipèle à la cuisse et à la jambe, suppuration faible et mal liée. Cette fois, la partie était décidément perdue; la mort survint le 8 juillet, 18 jours après l'accident, 12 jours après l'opération.

L'autopsie ne put être faite, et je le regrette; car nous ne pouvons savoir si la mort a été causée par une phlébite avec infection purulente, ou seulement par suite d'une intoxication putride.

Quoiqu'il en soit, je veux loyalement recueillir votre avis sur ce cas difficile, et vous demander si la conduite que j'ai tenue devrait être imitée en pareille occurrence. Je résume le fait : Traumatisme grave, état presque désespéré au début; le blessé, vers le quatrième jour, se relève et paraît viable. La fracture de la cuisse devient à cette époque le siége d'accidents qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent nécessairement, et dans un bref délai, causer la mort. La cuisse est infiltrée de sang et de gaz. Le genou est en communication avec ce foyer. Il fallait donc ou laisser la mort faire seule son œuvre ou tenter quelque chose. La résection des fragments me semblait indiquée; je l'entreprends, et suis conduit, chemin faisant, sans l'avoir prévu, à enlever toute l'extrémité du fémur.

Fallait-il reculer devant cette complication? Je ne le pense pas. Je ne pouvais recourir à une amputation qui ne m'inspirait aucune confiance pour le moment, et je dus me borner, après avoir nettoyé ce large foyer, à favoriser autant que possible l'écoulement des liquides infiltrés et l'établissement d'une bonne suppuration.

Certes, je n'avais guère l'espoir qu'une telle résection donnât dans la suite un membre utile. Mais j'entrevoyais les éventualités suivantes : si le blessé échappait aux premiers accidents, si la cuisse se dégorgeait, si la plaie se tapissait de bourgeons charnus, ne serait-il pas possible d'amputer dans cette plaie même au voisinage du tibia, de manière à conserver assez de parties molles pour recouvrir le bout du fémur, ou bien même d'amputer la cuisse elle-même, l'expérience ayant déjà démontré la bénignité relative de cette opération pratiquée au-dessus des résections du genou non réussies.

Il semble dérisoire d'exposer un programme assez étendu quand l'événement funeste l'a arrêté presqu'à son début, et cependant il est clair qu'une partie de mes prévisions s'est réalisée. Je voulais avant tout gagner du temps et conjurer les premiers accidents. J'y étais d'abord parvenu, et au quatorzième jour de ce terrible traumatisme l'état des choses était aussi satisfaisant que possible, donc la guérison n'était pas invraisemblable. Il est certain que l'amputation n'aurait pas donné un pareil succès, et je doute fort que l'amputation ait mieux fait. Cependant c'est à vous de décider avec votre expérience si des trois expédients qui s'offraient à moi, savoir : l'expectation, l'amputation primitive ou la résection, j'ai réellement choisi le meilleur, le plus capable de sauver une existence aussi sérieusement compromise.

DISCUSSION.

M. PERRIN. Il me paraît difficile d'établir en fait que les résections traumatiques du genou sont moins graves que les amputations traumatiques de la cuisse. Il me semble aussi que c'est aller trop loin que de déclarer que celles-ci sont toujours suivies de mort. D'un autre côté, dans un cas analogue à celui dont vient de vous parler notre collègue, le résultat immédiat de l'amputation est bien plus satisfaisant : netteté de la plaie, dégorgement rapide, opération prompte. Je ne saurais donc, en semblable occasion, partager l'avis de M. Verneuil.

M. DEMARQUAY. Je crois aussi que, placé en présence d'un désordre aussi considérable, j'aurais agi autrement que M. Verneuil et préféré l'amputation à la résection. Pour moi, cette opération n'est pas indiquée, quand il y a un broiement aussi considérable d'un os comme le fémur. J'ajouterai que, comme résultat définitif, il était difficile de compter sur un membre utile. Je sais qu'après la résection du genou quelques malades ont pu marcher; mais après avoir vu les opérés dans les hôpitaux de Londres, je me suis demandé si la résection n'avait pas été employée dans des cas où d'autres moyens auraient pu réussir. Pour rester dans la question actuellement posée et pour me résumer, je dirai, qu'il ne faut rien faire ou sacrifier le membre.

M. LE FORT. Notre collègue M. Perrin est disposé à considérer la résection comme plus grave que l'amputation, à cause de l'opération plus compliquée, de la plaie plus étendue qu'elle nécessite. J'ai pu montrer dans un travail récemment publié dans les mémoires de la Société que l'amputation de la cuisse donne au moins autant de mortalité que la résection du genou; l'opinion de M. Perrin ne repose donc que sur un argument *à priori*. M. Demarquay pense que la marche aurait été impossible, vu la quantité de fémur enlevé; il y a des cas qui permettent d'espérer le contraire. Une autre raison m'aurait déterminé à réséquer plutôt qu'à amputer. C'est le trouble profond et grave qui résulte toujours de l'ablation d'une portion volumineuse du corps. La résection met à l'abri de ce trouble qui, pour moi, dépend des brusques modifications apportées à la circulation.

M. RICHET. Il me semble que M. Verneuil aurait posé la question d'une manière à la fois plus pratique et plus nette, en se demandant

quelle est la conduite à tenir dans un cas de traumatismes graves et multiples. Je ne suis pas, d'une manière générale, partisan de la résection, je ne l'aurais donc pas pratiquée. Mais j'avoue que dans le cas particulier, et en raison même de la gravité et de la multiplicité du traumatisme, je me serais abstenu. Je n'entends en aucune façon critiquer la conduite de M. Verneuil, dont je loue le courage et l'habileté chirurgicales, mais j'en suis arrivé dans des cas aussi graves à désespérer de toute intervention active.

M. VERNEUIL. Je reconnais tout ce que présente de hasardeux une pratique qui s'adresse à des cas très-graves, mais je crois à cette manière d'agir plus d'avenir qu'on ne lui en suppose.

M. Perrin aurait préféré l'amputation à la résection; mais, je le demande à notre honorable collègue, est-ce un cas d'amputation que celui où un membre est infiltré jusqu'à la racine de pus ou de matières putrides? En semblables circonstances, l'amputation de la cuisse me paraît désastreuse et je ne discute même pas la désarticulation. Fallait-il donc ne rien faire, ainsi que me le conseille M. Richet? Le calme, le mieux relatif qui ont suivi l'opération n'ont pas, au premier moment, donné tort à mon intervention.

En enlevant les fragments osseux, j'ai fait ce que tout le monde fait quand il s'agit d'une fracture comminutive dans la continuité. La fracture avait, il est vrai, ouvert l'articulation, je n'ai pas cru et je ne suis pas disposé à croire que ce soit une raison pour reculer. M. Demarquay craint que, même après guérison, il ne fut resté au malade un membre inutile. Mais rien ne le prouve, et d'ailleurs les amputations consécutives aux résections sont relativement très-bénignes. Je crois donc encore que l'on peut, sans compromettre l'art, offrir à un malade comme le mien la seule ressource que permette la chirurgie.

M. DEMARQUAY. M. Verneuil vient de soulever une question incidente qui pourrait établir une confusion. Enlever les fragments trop compromis d'une fracture comminutive même articulaire, ce n'est pas faire une résection, cela est tout différent.

M. RICHET. M. Verneuil a démontré victorieusement, selon moi, que l'amputation de la cuisse n'était pas praticable chez son malade. Pour les mêmes raisons, je crois, je le répète, qu'on ne devrait pas réséquer.

M. PERRIN. Je suis disposé à partager la manière de voir de M. Verneuil, on a le droit de la hardiesse, quand le malade n'a rien à perdre de votre intervention. Mais je demeure convaincu que la résection ne peut être en principe préférée à l'amputation. Il est même impossible d'établir une règle, car j'ai vu amputer dans des cas où le membre était infiltré de pus, les muscles décollés, et guérir deux ou trois fois. Mais cela ne peut servir à créer un précepte, pas plus que les deux cas heureux et remarquables de résection du genou dont M. Verneuil nous a entretenu l'année dernière, et dont il s'est évidemment inspiré. M. Le Fort nous parlait du danger de la suppression brusque d'une partie de l'arbre circulatoire, mais les désarticulés de l'épaule guérissent cependant bien.

M. BLOT. La question soulevée par M. Le Fort est plus complexe qu'il ne semble le croire. Dire que l'amputation d'un membre est grave parce qu'elle supprime une grande partie du champ de la circulation et la modifie, ce n'est pas tout dire. Voyez, en effet, ce qui se passe après l'accouchement. On ne peut nier qu'il n'y ait un bien plus grand changement apporté dans la circulation après l'expulsion du placenta et le retrait de l'utérus qu'après une amputation. Il serait d'ailleurs nécessaire de prouver le trouble circulatoire en étudiant la circulation chez les amputés et pour cela des expériences sphygmographiques seraient indispensables.

M. LE FORT. Il ne s'agit pas seulement chez les amputés, comme chez les accouchées, d'une modification brusque apportée à la circulation, mais aussi de l'enlèvement d'une partie considérable du corps. C'est pour cela que l'amputation de la cuisse est plus grave que la désarticulation de l'épaule. Je suis arrivé à l'hypothèse que je défends en constatant que parmi les désarticulations de la cuisse suivies de guérison, figurent un bon nombre de désarticulations consécutives à des amputations.

PRÉSENTATIONS.

Énucléation de l'œil.

M. WOLFE, d'Aberdeen (Écosse), présente à la Société un œil qu'il a énuclée par le procédé de Bonnet.

Il y a quatorze ans, le malade dont il est question, âgé de cinquante ans, mécanicien de son état, reçut à l'œil droit un coup d'une barre de fer tranchante. Il en résulta une plaie à l'union de la cornée avec la sclérotique et conséquemment une atrophie.

Il y a deux ans le malade s'aperçut que sa vue faiblissait dans l'œil gauche, et c'est pour cette amblyopie qu'il vint me consulter.

L'œil, examiné à l'ophthalmoscope, laisse apercevoir une hyperémie de la papille avec des plaques pigmenteuses.

C'est pour arrêter les progrès de cette affection que l'énucléation de l'œil blessé fut pratiquée il y a cinq mois; notons ici qu'avant l'opération et malgré quatorze ans de cécité cet œil présentait encore une certaine sensibilité au toucher. A la dissection, on trouve la moitié du muscle ciliaire ossifiée, on remarque sur la papille une plaque osseuse, arrondie, de quatre millimètres de diamètre, supportée par un pédicule fibreux qui semble émaner de l'artère centrale de la rétine. Après l'opération, l'hyperémie disparut dans l'œil gauche et la vue aujourd'hui est à peu près complètement rétablie.

L'énucléation est pratiquée plus fréquemment en Angleterre qu'en France. Toutes les fois que les fonctions d'un œil s'altèrent sous l'influence de la désorganisation traumatique de l'œil voisin, nous énucléons ce dernier et nous observons habituellement un résultat satisfaisant.

L'examen microscopique a démontré qu'il s'agissait bien d'une ossification.

Tumeur congénitale du scrotum.

M. DOLBEAU. La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter, je viens de l'enlever, il y a une heure, sur un petit garçon de dix-huit mois. L'enfant est très-fort, bien constitué; il est né de parents très-sains, qui ne portent aucun vice de conformation.

La maladie est congénitale; suivant la mère, l'enfant portait, au moment de sa naissance, plusieurs petites tumeurs du scrotum du volume d'un grain de millet. Ces tumeurs ont été toujours augmentant de volume, et cette marche croissante est la seule raison qui nous a engagé à pratiquer l'extirpation.

Voici comment se présentait l'affection. Le scrotum est sain, bien normal, il renferme les deux testicules; au-dessous des bourses pend une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est appendue au scrotum par une base qui a deux centimètres dans le sens antéro-postérieur et un centimètre transversalement; elle est à cheval sur le raphé médian et empiète à gauche et à droite sur la peau des bourses dont elle est évidemment une dépendance.

Cette tumeur, d'aspect cutané, offre une coloration violacée qui semble tenir à sa situation déclive en même temps qu'à la présence de quelques grosses veines; cependant elle n'a aucun des caractères des tumeurs érectiles.

Simple à sa base, la tumeur est formée, dans sa partie libre, par cinq mamelons qui sont séparés et qui circonscrivent une petite cavité dont les parois, constituées d'ailleurs par les faces correspondantes des mamelons, sont lisses, muqueuses, enduites d'un liquide sébacé d'odeur assez pénétrante.

Les mamelons, dont l'ensemble constitue la tumeur, sont formés par la peau des bourses; tous sont réunis à leur base, excepté l'un d'eux qui est franchement pédiculé.

Tous ces mamelons sont d'une consistance assez ferme, surtout celui qui est pédiculé; ils semblent tous une sorte d'exagération de plusieurs plis du scrotum.

D'ailleurs, la tumeur, qui grossit sans cesse, n'est le siége d'aucune douleur; on peut l'examiner facilement sans que l'enfant se plaigne.

L'opération n'a rien présenté de particulier.

L'examen de la tumeur, fait à l'œil nu, permet de constater que chacun des mamelons qui la composent sont une dépendance de la peau; ils se composent d'une peau très-fine, lisse, et d'une masse incluse, qui semble une exagération, comme épaisseur, de la couche dartoïque du scrotum. Cette partie centrale de chaque mamelon est, en effet, composée de fibres, les unes blanches, les autres rougeâtres, très-fortement intriquées, au point de donner à la tumeur une consistance à la fois ferme et élastique; par places, il y a de petits grains, d'un blanc jaunâtre, qui semblent formés de fibres enroulées.

Notre collègue, M. Verneuil, a bien voulu examiner cette pièce, et voici les résultats qu'il nous fournit. « Cette pièce, examinée au microscope, ne renferme absolument que du tissu fibreux. »

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 mai 1865. — Présidence de M. ABEILLE, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

De l'influence que peut exercer la grossesse sur les facultés intellectuelles de la femme et en particulier sur la responsabilité des actes de celle-ci.

M. MATTEI. M. Legrand du Saulle, qui, comme on le sait, s'occupe activement des maladies mentales et de la médecine légale qui les concerne, me demandait ces jours derniers quel était mon avis sur l'influence que peut exercer la grossesse sur les facultés intellectuelles de la femme et plus spécialement sur la responsabilité des actes de celle-ci.

J'ai répondu à ce confrère par ces quelques mots: « On a fortement exagéré cette influence; » mais, comme une pareille opinion pourrait paraître téméraire, je vais la justifier ici, quoique d'une manière assez succincte.

L'influence réciproque de l'utérus sur le cerveau et du cerveau sur l'utérus peut s'exercer à l'état de vacuité et à l'état de grossesse; c'est de ce dernier état seulement que je veux m'occuper ici. Pour expliquer cette influence, on a admis des sympathies; mais aujourd'hui on peut être plus précis en disant que l'utérus gravide peut exercer une certaine influence sur le cerveau par la voie de l'innervation et par la voie des liquides de l'économie.

Nous savons, en effet, que le corps utérin est innervé par le grand sympathique, et que le col reçoit quelques filets nerveux du plexus hypogastrique où se rendent des nerfs de la moelle épinière. Si, comme on l'a fait après Bichat, on se contentait de séparer les organes et les fonctions de la vie végétative des organes et des fonctions de la vie animale, on croirait que le col utérin seul peut réagir sur le cerveau par la voie de l'innervation; mais aujourd'hui nous savons que si l'action du grand sympathique et des organes qu'il anime est moins immédiate sur la moelle et le cerveau, elle n'en est pas moins réelle, et les nombreuses anastomoses des deux systèmes d'innervation suffisent pour en donner l'explication. L'étude des phénomènes réflexes et de ce qu'on peut appeler les phénomènes d'*irradiation* rend compte du mot vague de sympathie dont on s'est servi; mais il ne faut pas croire que la moelle seule ait la faculté de réfléchir les sensations centripèdes pour les rendre centrifuges et les traduire en mouvements. Le cerveau et chaque ganglion du grand sympathique jouissent à des degrés divers de cette faculté.

L'utérus gravide est donc sous ce rapport comme un nouveau centre de vie qui, à l'aide des nerfs du grand sympathique et de la moelle, peut agir sur toute l'économie, et le cerveau n'échappe pas toujours à cette action.

Mais ce n'est pas là le seul mode d'action que peut exercer l'utérus gravide sur les centres nerveux; la gestation influe aussi sur la distribution des liquides à ces centres et sur la nature des liquides qui sont indispensables à leurs fonctions. Cette action est presque aussi utile à connaître que celle des phénomènes d'irradiation et des phénomènes réflexes; entrons à ce sujet dans quelques détails.

L'organe gestateur par son volume agit d'abord mécaniquement sur la circulation du petit bassin, puis sur toute la circulation abdominale, et enfin sur la circulation du thorax et du cerveau. La gêne de la circulation cérébrale est donc un phénomène assez fréquent de la gestation, mais ce n'est pas tout. La gestation agit aussi sur les phénomènes de nutrition, de respiration, de sécrétion et d'excrétion, et la modification du sang peut altérer aussi les fonctions cérébrales, comme nous voyons ces fonctions être influencées par l'anémie, l'albuminurie, le diabète, les cachexies, etc.

Voilà donc bien des voies par lesquelles l'utérus gravide peut agir sur le cerveau sans avoir besoin de l'action vague des sympathies; arrivons maintenant aux faits proprement dits.

Au point de vue qui nous occupe, on peut diviser les phénomènes cérébraux qui se manifestent pendant la gestation en trois groupes ou degrés.

Dans le degré le plus léger, il y a des phénomènes cérébraux assez fréquents, mais sans altération bien notable des phénomènes de volition et de jugement.

Dans le degré le plus grave, il y a altération très-marquée sur tous les phénomènes de volition et de jugement; c'est ce qu'on a appelé la folie puerpérale, qui est du reste très-rare.

Dans un degré moyen, il y a altération partielle des phénomènes de volition et de jugement, et ici entrent surtout les monomanies. Nous allons étudier rapidement ces trois degrés pour connaître la part qu'exerce la grossesse dans ces états morbides et la part qu'on lui a faussement attribuée ou qu'on a attribuée aux pures sympathies.

Premier degré. — Soit par irradiation, soit par action réflexe, le fait est que l'utérus gravide réagit souvent sur le cerveau dès les premiers mois, quelquefois même dès les premiers jours de la fécondation, et cette action se montre tantôt en plus, tantôt en moins des phénomènes naturels.

Les besoins naturels, tendant à la conservation de l'individu ou de l'espèce, peuvent être augmentés ou diminués; la sensibilité locale et générale peut offrir aussi des variations; mais du côté des phénomènes de la volition et du jugement, l'action est très-peu marquée. La femme peut avoir le caractère plus aigre, moins docile; elle peut montrer quelques caprices ou des craintes exagérées, mais elle conserve l'empire de la raison et de la volonté. Elle connaît ce qui est bien et ce qui est mal; elle conserve sa liberté d'action, elle est par conséquent responsable de ses actes.

A mesure que la grossesse s'avance, les phénomènes d'irradiation et de réflexion peuvent augmenter d'intensité et aller à un degré supérieur, comme nous le verrons plus bas; mais le premier degré peut commencer aussi au milieu de la grossesse ou près des neuf mois. Dans ces derniers cas, il tient à la distribution des liquides ou à leur altération, ce qui est d'une importance sérieuse en pratique; mais encore ici la femme, gardant sa liberté d'action, est responsable de ses actes. Rien n'est plus fréquent, en effet, que de voir les femmes nous dire à toutes les époques de la grossesse: « Si je m'écoutais, je ferais telle ou telle chose, de telle ou de telle manière, mais je comprends que cela me nuirait, nuirait à l'enfant que je porte, ou que cela nuirait aux tiers, et je ne le fais pas. »

Deuxième degré. — Ici, avons-nous dit, les phénomènes de volition et de jugement sont altérés, non sur tous les points, comme nous le verrons au troisième degré, mais sur un petit nombre ou sur un seul. Autant le degré léger qui précède est du domaine de la pratique obstétricale proprement dite, autant le deuxième est du domaine de la médecine légale. La femme est-elle ici responsable de tous ses actes et en particulier de celui qui a dépassé les bornes de la morale ou qui est punissable par les lois?

Si nous écoutons les aliénistes, les médecins légistes et même quelques accoucheurs, la grossesse peut tellement altérer les actes de volition, sur un point surtout, que le jugement et la raison en soient dominés. La femme fait alors ce qu'elle ne devrait pas faire, parce qu'elle ne comprend pas qu'elle fait mal ou parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de le faire. Elle ne serait pas par conséquent responsable. Elle serait dans le même cas des personnes atteintes de monomanie, et cette monomanie tiendrait à la grossesse.

C'est ainsi qu'on a acquitté des femmes qui s'étaient rendues coupables de délits envers les choses (vols, incendies, etc.), ou envers les personnes (voies de fait, homicides, etc.), ou on les a excusées lorsqu'elles avaient manqué aux lois de la morale, de l'honneur et de la probité, par ce seul qu'elles étaient enceintes. Mais c'est ici que commence, à mon avis, l'exagération des auteurs, et pour être précis j'ai besoin de m'expliquer.

La question des envies, comme moyen de transmission des impressions de la mère sur le corps de l'enfant, est aussi ancienne que l'histoire, puisqu'il en est question dans la Bible à propos de Jacob; il n'y a même pas longtemps encore que les médecins y croyaient aussi; pourtant rien n'est plus inexact. Ce qui est resté des envies est une volonté pouvant prendre une force si grande chez la femme grosse qu'elle participe de la monomanie.

Ainsi, il est positif que la femme pendant la gestation peut quelquefois avoir des mouvements très-prononcés de sympathie ou d'antipathie; mais ces mouvements sont-ils plus forts que l'empire de la volonté raisonnée et raisonnable, et si la volonté raisonnée et raisonnable est paralysée par la monomanie réelle, cette monomanie tient-elle uniquement à la grossesse? Voilà où est le nœud de la question. Ici, tout en tenant compte des exemples cités par les auteurs, je citerai quelques exemples tirés de ma pratique.

Ainsi j'ai vu une jeune mariée, dès les premiers mois de la grossesse, avoir pour son mari une répulsion qui est allée par la suite à ne plus coucher dans le même lit que lui, à même ne plus vouloir manger à la même table. Mais la femme avait parfaitement conscience de la peine qu'elle causait à son mari, elle déclarait ne l'aimer pas moins, elle n'aimait pas pour cela un autre homme et encore moins elle ne se rendait pas coupable d'infidélité. Cette répulsion s'est terminée à l'accouchement.

J'ai vu des femmes avoir des envies très-prononcées de ce qui leur tombait sous les yeux et qui ont manifesté ces envies avec vivacité et impatience, mais jamais la volonté n'est allée assez loin pour opérer un vol ou un dommage volontaire à autrui; à plus forte raison à commettre des voies de fait ou des homicides. Dans ce moment encore je connais de très-près une dame enceinte de trois mois, laquelle à un moment donné du jour est prise d'un appétit tel que si elle ne le satisfait pas immédiatement elle pâlit, ses yeux se creusent, il y a un sentiment douloureux qui s'étend au bas-ventre, aux lombes et jusqu'aux épaules. Elle ne pourrait pas rester silencieuse devant des aliments appartenant à autrui si elle n'en avait pas de sa propriété; en ce cas cependant, elle paie de sa poche, et, si elle avait oublié sa bourse, elle demanderait crédit, mais elle ne commettrait jamais le vol d'objets qu'elle n'aurait pas l'intention de payer. Dans ce cas elle aurait encore la volonté nécessaire pour résister au besoin de manger.

Je pourrais citer d'autres faits semblables qui tous m'ont offert ce caractère dominant de n'avoir pas pour but une action punissable par les lois, ou blâmable par la morale, l'honneur et la probité. Dans les cas mêmes où la volonté instinctive, si forte qu'elle fut, portait à exagérer en plus ou en moins un besoin naturel, la femme à la rigueur con-

servait encore assez de force volontaire raisonnée pour résister là où elle le devait.

Que croire maintenant de ces monomanies qu'on a inscrites dans les livres et qui ont eu pour excuse la grossesse ? Ces cas, cités en nombre chez les auteurs des siècles passés, deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on observe mieux, et en admettant qu'il en existe quelques-uns de réels, il faut se demander :

1° S'il n'y avait pas un autre mobile d'action que l'impulsion donnée par la grossesse ;

2° Dans le cas où ce mobile n'existe pas, il faut se demander si la femme, par des causes étrangères à l'état de grossesse, ne peut offrir une monomanie comme toute autre personne qui n'est pas dans l'état de gestation.

Le mobile des actions d'une femme grosse peut être inconnu ou fortement exagéré. Ainsi il est question tous les jours de femmes qui, ne pouvant avouer leur grossesse, donnent la mort au produit ou se détruisent elles-mêmes, et personne n'a eu la pensée de les absoudre complétement de leur faute. Un cas moins clair s'est présenté dans ma pratique. Il s'agissait d'une dame de Paris, ayant cinquante mille francs de rente, laquelle avait déjà eu sept enfants. Se voyant enceinte une huitième fois, elle entre presque en délire et me fait appeler pour me signifier que, pour ne plus appauvrir ses enfants, elle veut à tout prix provoquer l'avortement. Je dus employer toutes les ressources de la persuasion et de la menace pour l'en empêcher et j'y parvins ; mais si elle avait mis son projet à exécution, elle n'en aurait pas moins été coupable, plus coupable même que la fille déshonorée, qui va jusqu'à détruire quelquefois le produit de sa grossesse ou à se détruire elle-même. Il me resterait à parler des monomanies réelles qui peuvent exister pendant la grossesse sans être exclusivement causées par cet état, mais ce sujet se confond avec le troisième degré que je vais étudier.

Troisième degré. — Ici, avons-nous dit, les facultés intellectuelles sont troublées dans leur généralité, c'est la folie avec ses degrés et ses variétés.

A ce propos on a décrit précisément la folie puerpérale pouvant atteindre la femme pendant la grossesse, durant le travail ou pendant les suites de couches et l'allaitement. Je ne dois m'occuper ici que des phénomènes de la grossesse, et je puis déclarer hautement, sur des milliers de femmes enceintes que j'ai eu sous les yeux depuis le commencement de ma carrière, je n'ai pas encore vu un véritable cas de folie arrivant pendant le cours de la gestation et être exclusivement causé par cet état.

Pour m'en faire une idée, j'ai donc dû lire ce qui a été écrit sur ce sujet, et le livre du regrettable M. Marcé résume à peu près ce qu'on a publié sur la matière. Eh bien, cette lecture m'a convaincu plus que jamais que les aliénistes ont confondu la folie coïncidant avec l'état puerpéral avec la folie causée uniquement par cet état.

Comment attribuer, par exemple, cette folie à l'état puerpéral lorsqu'il y a eu des accès de folie avant cet état, lorsque la femme est prédisposée par l'hérédité, lorsque la malade a eu des chagrins très-violents auxquels a succédé la grossesse ou qui ont eu lieu pendant cet état, lorsqu'elle porte des lésions anatomiques du cerveau ou qu'elle a montré des maladies du système nerveux qui sont les compagnes ou les avant-coureurs de la folie ?

D'autres cas plus difficiles peuvent se présenter ; ce sont ceux où sans cause appréciable la folie commence avec la grossesse et finit avec elle. On en a vu même où plusieurs grossesses étaient accompagnées de folie ; mais aussi presque tous ces cas ont fini par laisser une folie permanente ou autres altérations du système nerveux, preuve évidente que la grossesse n'avait été qu'une occasion.

M. Marcé a été obligé lui-même de dire que les folies purement sympathiques de l'utérus gravide sont rares. Il aurait pu dire qu'elles sont à trouver ; car même là où la folie reconnaîtrait pour cause unique la grossesse, il resterait à démontrer si le cerveau est altéré uniquement par action nerveuse (irradiation, réflexion) ou par altération des liquides de l'économie, altération qui peut arriver dans toute autre maladie que l'état puerpéral.

Cette distinction, qui aurait une valeur minime en médecine légale, aurait une immense valeur en thérapeutique.

La distinction que je viens de faire, à dire vrai, n'est pas toujours facile à poser. Ainsi, j'ai connu une simple concierge qui, par son économie et son jugement, était parvenue à meubler à ses frais un petit hôtel. Elle devient enceinte à quarante-trois ans, après sept ans de vacuité, et presque aussitôt ses idées changent. Elle propose à son mari de monter un grand hôtel garni dans une maison nouvellement construite, et le mari qui, jusque-là, avait trouvé du jugement chez sa femme, la laisse faire. Cette femme vend à perte quelques propriétés qu'elle avait, et non-seulement elle monte en grand son hôtel, elle se pose elle-même comme grande dame, ayant cuisinière, valets et femme de chambre. Elle donne des dîners à tons ses amis ; bref, elle a fait banqueroute avant d'accoucher. La honte probablement a fait que cette malheureuse femme ne m'a pas appelé à son accouchement comme elle m'en avait manifesté le désir, et ainsi elle a échappé à mon observation. Je ne sais pas, par conséquent, si ces idées de grandeurs ont été réveillées par des prédispositions, par des lésions anatomiques du cerveau, par une altération des liquides de l'économie, etc.; je ne sais même pas si l'accouchement a mis fin à cette exaltation cérébrale, ou si le calme a été plus ou moins durable après la délivrance. Ce que je puis assurer est que, si cette femme calculait mal ses affaires, elle n'avait aucun penchant à nuire à autrui ni à manquer aux lois de l'honneur et de la probité.

Les cas de folie tenant exclusivement à la grossesse, sont donc excessivement rares, si tant est qu'ils existent et si une femme grosse en offre les signes, il faut en chercher la cause encore plus ailleurs que dans l'état puerpéral. Cet état peut être mis au nombre des causes occasionnelles de la folie, mais il ne m'est pas encore démontré qu'il en soit la cause déterminante. L'espoir d'une guérison après la cessation de l'état puerpéral exige par conséquent beaucoup de réserve, et il vaudrait mieux combattre la maladie dès qu'elle paraît sans attendre la fin de l'état puerpéral.

Que conclure alors de la responsabilité des actes d'une femme enceinte lorsque ces actes sont punissables par les lois ou blâmables au point de vue de la morale, de l'honneur et de la probité ?

De deux choses l'une, ou la femme grosse a des monomanies et des actes de folie comme un malade dans tout autre état que la grossesse, et alors elle rentre dans les cas ordinaires, ou bien elle est exempte de ces maladies, et l'état puerpéral seul ne la prive pas assez de son libre arbitre pour qu'elle ne puisse pas répondre des actes qu'elle savait d'avance être blâmables ou punissables. Les femmes qui ont invoqué l'état puerpéral pour se faire absoudre d'actes blâmables ou punissables en ont par conséquent imposé le plus souvent.

Si je suis disposé à nier les véritables monomanies et les folies de cause purement puerpérale, j'admets cependant, comme je l'ai dit en commençant, que cet état peut modifier légèrement en plus ou en moins les facultés intellectuelles, et si j'étais appelé à juger une femme enceinte qui serait coupable je lui accorderais facilement les circonstances atténuantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le prix Esquirol, de la Société médico-psychologique, a été obtenu pour l'année 1864 par M. Regnard, ancien interne à la Salpêtrière.

— Les *Archives de médecine navale* pour août 1865 renferment les mémoires originaux suivants :

I. De la fièvre bilieuse hématurique observée au Sénégal, par M. le docteur Barthélemy-Benoît, chirurgien de 1re classe. (Suite.)

II. Observations sur l'eau des puits du faubourg de Rochefort, par M. le docteur Roux, premier pharmacien en chef de la marine.

III. Histoire du service de santé de la marine et des écoles de médecine navale, étudiée plus particulièrement au port de Rochefort, par M. A. Lefèvre, ancien directeur du service de santé au port de Brest. (Suite.)

Ce numéro contient, en outre, le Rapport ministériel sur la réorganisation du service de santé de la marine et le décret y annexé.

— M. le docteur Erhard, conseiller de S. M. le roi de Prusse, lecteur d'otologie à l'Université de Berlin, nous prie d'annoncer que du 18 au 24 septembre prochain un Congrès se réunira à Hannover pour jeter les bases d'une Société pour les progrès de la science des maladies de l'oreille. Il prie instamment ses collègues spécialistes de prendre en considération cet appel fait à leurs lumières.

— Le discours prononcé sur la tombe de notre si regretté confrère M. le docteur Beau, est de M. le docteur *Gerlier* (de Fernex), membre du Conseil général de l'Ain, et non de M. *Gerbier*.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

	Mme veuve Boyveau, à Bourg-la-Reine.	10 fr.
	Mlles Jeanne, Berthe et Marie Durand, à Bourg-la-Reine.	15
MM.	Coussot, à Charroux.	3
	Voiron.	3
	Anonyme.	1
	E. Magitot, à Paris.	10
	R. G., à Brest.	5
	Balencie, à Lourdes.	5
	MM. les externes de l'hôpital Saint-Antoine.	10
	Un étudiant en médecine.	5
	Josias, à Charenton.	10
	J. C.	2
	Hubin, à Thomery.	10
	Un abonné de la *Gazette*, à Versailles.	2
	Un abonné du *Siècle*.	5
	Bonnefoy, à Langon.	5
	V. Besnard, à Joué-les-Tours.	3
	Un élève en médecine.	5
	Total.	109 fr.
	Liste précédente.	1,731 fr. 50
	Total général.	1,840 fr. 50

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echeparebordá, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouvelles recherches sur l'ataxie locomotrice progressive (myélophthisie ataxique), envisagée surtout au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, par le docteur Carre, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris. 1 vol. in-8°, accompagné de figures noires et coloriées ; prix : 6 francs ; *franco*. Paris, 1865 ; chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Traité théorique et pratique de l'obésité, avec plusieurs observations de guérison de maladies occasionnées ou entretenues par cet état anormal, par F. Dancel, docteur en médecine ; 1 vol. in-8° ; prix : 6 francs. Paris ; Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Physiologie appliquée. Les formes du corps humain corrigées, et par suite les facultés intellectuelles perfectionnées par l'hygiène, par M. le docteur Dancel ; brochure de 116 pages ; prix : 3 francs. Paris, 1865 ; Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 101. — MARDI 29 AOUT 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 29 AOUT 1865. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL BEAUJON. Leçons de physiologie clinique. Des anémies. — HÔPITAL DE NEUFBRISACH. Pleurésie chronique avec épanchement purulent, thoracentèse, guérison. — De l'influence de la vie de famille sur les aliénés. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Nouvelles.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

DES ANÉMIES.

TROISIÈME TYPE CHIMIQUE. — HYDRÉMIE.

Contrairement à l'oligaimie et à l'aglobulie, qui constituent les deux premiers types chimiques de l'anémie, l'hydrémie est rarement primitive et plus rarement isolée; ordinairement elle est la conséquence de l'une ou de l'autre lésion.

Les saignées les plus considérables, les hémorrhagies les plus profuses, celles qui font perdre au sang un ou plusieurs kilogrammes, c'est-à-dire jusqu'à la dixième partie de la totalité, ne déterminent pas une anémie vraie qui puisse persister, il ne tarde pas à se reconstituer partiellement; et voici comment.

Aussitôt après la saignée, la pression intravasculaire diminue; l'équilibre entre le sang et les liquides des parenchymes environnants étant rompu, il en résulte une résorption de ces liquides; le sang subit aussi une véritable dilution, et rétablit promptement son volume tout en perdant sa composition primitive. En effet, en même temps que le sérum augmente, ses éléments solides diminuent. Si on pratique trois saignées de cent grammes, ils sont relativement moins considérables dans la deuxième que dans la première; puis l'endosmose devenant de plus en plus active, la troisième est manifestement plus diluée et moins chargée de substances solides, surtout de matières organiques. C'est là un genre d'hydrémie qu'on pourrait appeler compensatrice.

Dans d'autres circonstances, l'hydrémie s'associe avec l'aglobulie. Depuis les beaux travaux de MM. Andral et Gavarret, l'aglobulie est considérée à juste titre comme le caractère chimique le plus vrai de l'anémie, si bien que ces deux mots sont pour ainsi dire devenus synonymes; il est incontestable que l'abaissement du chiffre des globules suffit pour devenir le point de départ d'une série d'accidents morbides nettement définis.

Qu'à cette première altération il vienne se joindre un certain degré d'hydrémie, il n'y aura de changements nouveaux que dans la pression du sang et la circulation; mais c'est à l'insuffisance des hématies qu'il faut rapporter les troubles principaux, surtout ceux des fonctions nerveuses.

En dehors de l'anémie totale et de l'aglobulie, l'hydrémie peut-elle exister d'une manière primitive? Il est des cas d'anémies spontanées, de chlorose, où la quantité d'eau est manifestement en excès avant que le chiffre des globules soit atteint; c'est du moins l'avis de Bouillaud, qui désigne cet état sous le nom d'hydrémie; c'était aussi l'opinion de Beau, dont la science déplore la perte récente; cet éminent médecin considérait la pléthore séreuse comme le vrai caractère chimique des anémies.

QUATRIÈME TYPE OU DÉSALBUMINÉMIE.

Au début des anémies d'origine hémorrhagique, l'albumine ne subit pas de changement préjudiciable, ses pertes se réparent encore assez facilement; mais il n'en est plus de même lorsque les hémorrhagies se répètent par une cause persistante, ou prennent une intensité exagérée; l'albumine est soumise alors à une dépréciation marquée, en même temps que le sang éprouve d'autres altérations qui ne tardent pas à entraîner les plus graves désordres dans l'économie, particulièrement des transsudations du sérum à travers les tissus cellulaire et séreux, c'est ce qu'on voit quelquefois à la suite des hémorrhagies puerpérales; la désalbuminémie peut se manifester en pareil cas avec les hydropisies consécutives, sans que l'albumine ait été éliminée par les voies urinaires pendant la grossesse, c'est-à-dire sans qu'il y ait une albuminurie préalable.

Dans la diathèse hémorrhagique héréditaire ou acquise, les hémorrhagies, soit traumatiques, soit spontanées, peuvent dépouiller définitivement le sang de ses principes protéiques; il en est de même dans le purpura hemorrhagica et le scorbut, et il n'est pas rare de voir les malades succomber aux progrès de l'hydropisie résultant de la désalbuminémie.

La déperdition des albuminates présente en pareil cas des variations importantes. A l'état normal, l'ensemble des principes protéiques est de 79 pour mille; dans ce nombre, la fibrine coagulable figure pour 3 1/2; la fibrine dissoute pour 22 à 23, et l'albumine du sérum ou sérine pour 53. Jusqu'ici la fibrine fluide était confondue avec la sérine dans un même groupement, représenté par 75; c'est Denis (de Commercy) qui a le premier fait la part des deux principes.

En admettant le chiffre classique et compréhensible de 75, on peut dire que la désalbuminémie commence, chaque fois qu'il tombe, à 60 ou à 55. Mais cette lésion n'est jamais isolée. Le sang appauvri en albumine est toujours très-aqueux, si bien que quelques auteurs désignent cet état sous le nom d'hydrémie vraie, pour la distinguer de l'hydrémie simple, qui a infiniment moins de gravité. En outre, il éprouve constamment une modification qui est en rapport direct avec la privation de protéine. Chaque portion d'albuminate qui vient à manquer dans le sang, dit Carl Schmidt, est remplacée par une quotité proportionnelle de sels solubles; huit parties de chlorure de soude remplacent une partie d'albumine.

Ces matières salines exigent d'une autre part une quantité d'eau déterminée pour se dissoudre. Des expériences de Kierulf ont démontré l'exactitude de cette loi de diffusion; en injectant dans les veines une certaine quantité d'eau, le sang acquiert immédiatement une proportion correspondante de matières salines.

Ainsi la diminution de l'albumine coïncide toujours avec une augmentation équivalente des sels et de l'eau. Par cela même que le sang pauvre en albumine devient en même temps très-aqueux, il y a là une première condition favorable à l'exosmose; l'eau chargée de matières salines se prête plus facilement encore à la transsudation; en passant à travers les tissus, elle entraîne une certaine quantité d'albumine; or, en comparant ce liquide avec celui de l'hydropisie, on arrive à constater leur identité, sauf quelques changements quantitatifs produits par les tissus eux-mêmes.

Aussi la désalbuminémie, arrivée au degré de 60 ou 55, constitue toujours, quel qu'ait été son point de départ, une imminence morbide aux transsudations du sérum, c'est-à-dire aux hydropisies. Puis, quand celles-ci se développent, elles contribuent à leur tour à dépouiller le sang de son albumine, de manière à devenir elles-mêmes une nouvelle source indirecte d'hydropisie.

Au résumé, toutes les anémies d'origine hémorrhagique produisent une dépréciation des hématies, qui se traduit en général par 109 à 80 (au lieu de 127, chiffre normal); lorsque les anémies sont entretenues par des hémorrhagies répétées ou abondantes, le sang est atteint finalement dans ses éléments plasmiques; il en résulte une désalbuminémie suivie d'hydropisies. Dans ces divers types d'anémie, le sang se modifie en se coagulant et prend le caractère couenneux.

ÉTUDES SUR LES MATIÈRES PLASMATIQUES, LA COAGULATION ET LA COUENNE DU SANG.

DES MATIÈRES PLASMATIQUES.

Dans l'état physiologique, le sang, au sortir des vaisseaux, se divise en une partie liquide appelée sérum, et une portion solide appelée caillot, qui n'est autre que la fibrine concrétée et entremêlée de globules rouges et blancs; c'est ce phénomène qui constitue la coagulation.

Lorsque, pendant la coagulation, les hématies se précipitent avant que la formation du caillot ne soit complète, la couche supérieure de fibrine reste incolore; c'est elle qui prend le nom de couenne.

On trouve la couenne dans le sang de la plupart des anémies et des phlegmasies; le mode de développement de ce phénomène, si important pour le praticien, ne saurait être compris qu'à l'aide des notions nouvelles que la physiologie nous a révélées sur l'état de la fibrine.

§ Ier. — La fibrine ne se forme dans le sang que par le dédoublement d'une substance appelée plasmine.

La coagulation ne peut s'opérer sans la fibrine, c'est la condition *sine quâ non*. Comment se fait-il cependant que le sang de la veine rénale, bien que ne renfermant aucune trace de fibrine et n'en fournissant pas par le battage, parvienne à se coaguler spontanément au bout d'un certain temps (Bernard)? Le sang de la veine splénique présente une propriété encore plus singulière; après avoir été battu et défibriné, au point de ne pouvoir plus se coaguler, il recommence cependant plus tard, si on l'abandonne à lui-même, à se prendre en caillot. Voilà donc des exemples de coagulations évidentes pour un sang dépouillé de fibrine.

Comment expliquer ces anomalies? La réponse est simple, si l'on admet que la fibrine n'existe pas toute formée dans le sang, qu'elle s'y trouve à l'état fluide, et qu'elle ne prend la forme concrète que par des influences spéciales.

Il existe dans le sang une substance protéique fluide qui, seule, constitue la fibrine; celle-ci n'est donc ni à l'état de suspension moléculaire, ni tenue en dissolution par une substance quelconque; cette opinion, nettement formulée déjà en 1851 par Robin et Verdeil, passa inaperçue malgré sa remarquable justesse.

L'albuminate fluide fut, en effet, démontré par Denis (de Commercy); dans les dernières années de sa vie si modeste et si bien remplie scientifiquement, ce praticien décrivit, sous le nom de plasmine, une matière susceptible de se dédoubler, et de former ainsi une fibrine concrète, d'une autre part une fibrine dissoute.

Le sang contient environ 79 à 80 pour mille de substances protéiques; traité par du chlorure de sodium en poudre et en excès, il se coagule; vingt-six parties se précipitent sous la forme d'une matière blanche, pâteuse, isolable, pulpeuse et non tenace, c'est la plasmine.

Elle est soluble dans dix à vingt fois son poids d'eau; mais, au bout de cinq à quinze minutes, elle se dédouble, et forme, par coagulation spontanée, de trois à quatre parties d'un corps ayant tous les caractères de la fibrine ordinaire du sang, c'est la fibrine concrète; c'est là le premier produit du dédoublement de la plasmine.

Dans l'eau de la solution de plasmine ainsi dissociée, on retrouve un deuxième produit du dédoublement; c'est la fibrine dissoute, qui est coagulable par le sulfate de magnésie, et se trouve représentée par le chiffre 22 à 23. Mais le sulfate de magnésie laisse parfaitement liquide l'albumine du sérum ou sérine, qui reste, dans la proportion, de 53 pour 1,000, et non pas 70 comme on l'indique en moyenne; c'est là l'ensemble des substances protéiques, que nous appellerons aussi albuminates. En faisant abstraction de la sérine, qui ne doit pas nous occuper en ce moment, nous voyons qu'il existe dans le sang une substance qui, au-dedans comme au dehors des vaisseaux, peut, sous l'influence d'une circonstance accidentelle, subir une métamorphose en deux substances : l'une, spontanément coagulable, c'est la fibrine concrète; l'autre, qui reste liquide si on ne l'extrait pas par le sulfate de magnésie, c'est la fibrine dissoute (Denis).

Ainsi la fibrine ne préexiste pas à sa coagulation, elle n'est pas quelque temps liquide avant de se condenser; son apparition et sa coagulation sont signes de sa formation. Donc la fibrine n'existe pas comme telle dans le sang, c'est la plasmine qui s'y trouve et y joue un rôle normal.

Tous ces faits, appuyés de l'autorité du professeur Robin, ont été vérifiés sous mes yeux par G. Bergeron, un de nos internes les plus distingués, qui a pu facilement isoler la plasmine et en constater les propriétés. Voici, d'ailleurs, les preuves de l'existence et du dédoublement de la plasmine. Si la fibrine circulait réellement avec le sang, elle devrait être la même dans les diverses portions du système vasculaire.

Si la plasmine n'était qu'un mélange de fibrine et de quelque autre principe, ce composé devrait se retrouver avec les mêmes caractères sur tout le parcours du sang. Or c'est le contraire qui a lieu.

Ainsi la fibrine naturelle du sang artériel, obtenue par le battage, est insoluble dans la solution de chlorure de sodium au dixième. La fibrine du sang veineux, obtenue par le même procédé, et celle de la couenne, sont au contraire solubles dans la solution saline, mais elles deviennent insolubles par la chaleur. Donc la fibrine, en passant des artères dans les veines sous-cutanées, éprouve une modification isomérique; c'est là aussi le point de départ du dédoublement qui s'observe dans certaines circonstances que nous aurons à déterminer. Ce qui prouve mieux encore cette dissociation de la plasmine, c'est que la quantité de fibrine concrète, fournie par le sang de la saignée, varie normalement d'une veine à l'autre.

Parmi ces sangs veineux, il en est deux qui présentent une particularité inexplicable dans l'ancienne doctrine; le sang émergent du foie et des reins n'offre plus de traces de fibrine concrète; c'est là ce qui a fait dire à Simon, que la fibrine se détruit dans le rein, et, à Lehman, qu'elle s'use dans le foie. L'erreur vient de ce qu'on la croyait préexister comme telle; mais, en réalité, la fibrine ne se détruit nullement, car le sulfate de magnésie la décèle parfaitement et la coagule. Ainsi, il faut en conclure que, dans ces organes, la plasmine n'éprouve pas de dédoublement.

Enfin le sang de la veine splénique présente un caractère intermédiaire entre les fibrines concrètes et les fibrines dis-

(1) Voir le numéro du 8 août.

soutes; défibriné une première fois, il donne encore spontanément un caillot.

Conclusions pratiques. — 1° D'une manière absolue l'augmentation de la quantité de fibrine n'est pas susceptible de causer un état morbide, puisqu'elle n'existe que comme plasmine; d'une autre part, c'est seulement après la saignée que la plasmine se dédouble en deux parties, variant de proportion selon les diverses espèces de sang (Robin).

2° Les qualités nutritives et formatrices du sang ne sont pas proportionnelles à la quantité ni à la rapidité de ce dédoublement; aussi est-ce une erreur de dire plasticité ou hyperplastie pour coagulabilité.

3° Le dédoublement de la plasmine est plus ou moins prompt, non-seulement selon les vaisseaux qui fournissent le sang, mais encore selon les états morbides, selon l'alimentation et la quantité de substance saline ingérée (Poggiale); mais la plupart de ces circonstances ne sont qu'accessoires; elles ne sont pas la *cause* de la coagulation.

HOPITAL DE NEUFBRISACH. — M. Sonrier.

Pleurésie chronique avec épanchement purulent. Thoracentèse. Guérison.

Encore un nouveau cas d'épanchement pleurétique, traité avec succès par la thoracentèse, à ajouter aux nombreuses guérisons qu'a récemment publiées la *Gazette des Hôpitaux*; aussi voyons nous, depuis quelques temps, une réaction s'opérer en faveur de ce genre de traitement. Chaque jour chacun s'empresse d'apporter son contingent d'observations tendant à démontrer l'innocuité de l'opération faite dans des conditions favorables; ses adversaires d'autrefois sont aujourd'hui devenus ses plus zélés défenseurs, et il faut espérer que cette pathologie thoracique, mieux étudiée, mieux comprise, finira par éclairer les incrédules et convaincre même les oppositions systématiques.

Au moment où cette questien, toujours litigieuse, est à l'ordre du jour, où l'Académie de médecine jette sur elle de si lumineux aperçus, nous avons pensé que notre modeste tribut apporté à l'édification de la science, outre l'intérêt d'actualité qui s'y rattache, ne pouvait, en considération de sa gravité et des accidents qui ont traversé la guérison, qu'être bien accueilli par les lecteurs de ce journal.

F... (Jacques), 21 ans, fusilier au 89e régiment, constitution chétive, tempérament mélangé, entre à l'hôpital de Neufbrisach le 11 octobre dernier pour un épanchement pleurétique du côté gauche.

A le voir, pâle, amaigri, anémique, on le dirait atteint d'une maladie organique, ou sous l'empire d'une intoxication paludéenne.

Ses frères et sœurs sont bien portants, ainsi que sa mère, mais son père est mort d'une pleurésie.

Il raconte qu'en octobre 1860 il fut atteint d'une vive douleur au côté gauche (pleurésie?) qui fut traitée par trois saignées et un large vésicatoire. Il resta quinze jours alité, et pendant quatre mois que dura sa convalescence, il fut condamné au repos le plus absolu; ce n'est qu'au printemps qu'il put reprendre son service de journalier.

Vers le mois de mai dernier, il éprouve, à la suite de refroidissement, une nouvelle douleur du côté gauche, ses sommeils sont troublés par des rêves sanglants; enfin, six mois après, la gêne de la respiration ayant augmenté, il se présente à la visite de son médecin qui nous l'envoie d'urgence.

Ce qui nous frappe au premier abord, c'est l'ampleur de la poitrine qui contraste avec sa constitution grêle; en effet, à la hauteur des seins elle mesure 49 centimètres pour le côté malade et 48 et demi pour le côté sain, soit 97 et demi, dimension exagérée qui déjà nous paraît être l'indice d'un développement morbide.

Après avoir porté notre attention sur les troubles fonctionnels de la poitrine, nous constatons les symptômes suivants : matité très-prononcée, sourde, dans toute l'étendue du côté gauche, et remontant jusqu'à la clavicule, où il est impossible d'entendre le bruit skodique, même quand le malade est assis; respiration courte, sans être fréquente, immobilité complète du thorax, même pendant les fortes inspirations; absence de vibrations quand il parle; silence absolu du murmure vésiculaire; ni souffle tubaire, ni ægophonie, pulsations cardiaques vers le milieu du sternum; décubitus dorsal ou à gauche; aussitôt qu'il se couche sur le côté sain, il éprouve des phénomènes d'asphyxie; pas de toux ni d'expectoration.

Par contre, le côté droit de la poitrine interrogé répond par une respiration puérile supplémentaire, par une sonorité exagérée; il s'est agrandi comme pour suppléer à l'impuissance de son congénère, et nous donne ainsi la mesure de l'épanchement, par un soulèvement marqué des côtes à chaque inspiration, et par l'agrandissement des espaces intercostaux.

Ces quelques symptômes, esquissés à grands traits, suffisent, il nous semble, pour nous indiquer que nous avons affaire à un épanchement pleurétique considérable; mais ce qu'il y a de plus curieux, et de prime abord en désaccord avec les principes de physiologie, c'est que le malade, malgré cet état grave, n'éprouve qu'une gêne médiocre. Le pouls est à 85, peu développé, l'appétit est conservé, il se promène, et jusqu'à présent il avait continué son service. Il faut supposer que l'organisme a parfaitement toléré cet épanchement, parce qu'il est survenu lentement et que, d'un autre côté, le développement progressif du côté droit l'a rendu très-supportable.

Malgré cet état, en apparence indemne, la nutrition s'altère, l'hématose est incomplète; sueurs nocturnes, pâleur anémique, frissons irréguliers symptomatiques d'une infection putride, et pour ces motifs la thoracentèse nous paraît indiquée.

Mais le tout n'est pas de poser l'indication, il y a une autre question préalable à se faire; il s'agit de savoir si notre malade, dans les conditions où il se trouve, peut encore guérir sans opération? Pouvons-nous, par un traitement énergique, obtenir la résorption de l'épanchement, ainsi que nous en avons publié un cas? (*Gazette des Hôpitaux*, 1862, n° 67.) Ne peut-il disparaître en s'ouvrant tout à coup dans les bronches, ou bien en se créant une issue à travers un espace intercostal? Certes, l'expectation, couronnée par une terminaison aussi heureuse qu'inattendue, serait le sublime de l'art; mais que de déceptions pour quelques succès, et combien de morts viennent protester contre cette sécurité désastreuse!

Cette question ainsi posée en provoque d'autres relativement au diagnostic de la nature de l'épanchement.

Avons-nous affaire à une pleurésie aiguë avec collection séreuse considérable, menacés d'asphyxie? il faut guérir de suite.

Sommes-nous, au contraire, en présence d'une pleurésie chronique avec épanchement séro-purulent, qui a refoulé vers la colonne vertébrale le poumon carnifié imperméable, atrophié, et incapable de reprendre ses fonctions? la thoracentèse est encore indiquée.

Enfin, est-ce un épanchement purulent symptomatique d'une dégénérescence tuberculeuse? L'opération nous semble encore rationnelle pour les raisons que nous allons spécifier.

Mais pour le cas qui nous concerne, il s'agit de savoir à quelle variété d'épanchement nous avons affaire; ici se présentent de nombreuses difficultés pour asseoir un diagnostic à peu près certain sur des symptômes aussi douteux; cependant l'ancienneté de la maladie, sa récidive, l'absence de douleurs semblent assez nous indiquer que nous avons à traiter une pleurésie chronique. Quant à savoir si l'épanchement est séreux, séro-purulent simple, ou bien symptomatique de tubercules, ce problème nous semble au-dessus de nos moyens d'investigation. Comment espérer, en effet, qu'un poumon dont les mouvements d'expansion sont enchaînés par de fausses membranes, dont le parenchyme est devenu imperméable à l'air, puisse transmettre le moindre bruit au dehors. La percussion ni l'auscultation n'auront jamais la prétention de diagnostiquer des tubercules là où l'on n'entend qu'un silence de mort.

En définitive, quelle que soit la nature de l'épanchement, il faut se décider au plus tôt, d'abord pour soustraire le moribond à une mort prévue certaine, ensuite pour agir, par des injections, ayant pour but de modifier les sécrétions morbides de la plèvre, et de dissoudre les fausses membranes qui entourent le poumon : et puis, qui sait si les préparations iodées, en contact avec les tubercules, n'agiront pas d'une manière efficace sur leurs évolutions morbides? Il y aura donc d'abord une *thoracentèse de nécessité*, puis une *thoracentèse thérapeutique*.

Après avoir soumis toutes ces questions à l'appréciation de nos collègues du régiment, il est décidé qu'on pratiquera immédiatement l'opération, car différer c'est attendre l'épuisement des forces; dans une lutte inégale, l'expectation ne vous lègue plus que l'impuissance pour guérir : c'est la mort.

N'oublions pas de dire qu'avant d'en venir à cet *ultima ratio* nous avons, pendant quarante jours, soumis notre malade à un traitement qui a consisté en purgatifs, diurétiques à haute dose, digitale *intùs* et *extra*; des vésicatoires ont été appliqués sur la poitrine; mais cette médication n'a amené aucune amélioration.

Le 19 novembre, le procédé Trousseau est mis en usage. Après avoir fait une incision entre les septième et huitième côtes, on remonte la plaie cutanée jusqu'à l'espace intercostal supérieur, où l'on plonge brusquement un trocart afin de pénétrer au sein même du liquide sans décoller la plèvre et les fausses membranes qui parfois viennent coiffer la pointe de l'instrument sans se laisser traverser. Deux litres et demi de sérosité purulente, sans odeur appréciable, soulagent immédiatement le patient; à mesure que l'écoulement a lieu, une sonorité tympanique remplace la matité sourde qui remplissait la poitrine; absence de murmure vésiculaire, excepté en arrière, dans les gouttières vertébrales où l'on retrouve le poumon sans doute emprisonné par des fausses membranes; aussi, pour nous assurer de leur résistance, nous engageons le malade à faire de fortes inspirations, puis de fermer la bouche et les narines afin de refouler l'air dans les bronches; mais cette gymnastique pulmonaire d'un nouveau genre ne donne lieu à aucun symptôme de pénétration d'air dans les vésicules qui restent silencieuses; pas de toux, pas de douleur.

Prescription : soupe au lait, pruneaux, quart de vin, boissons nitrées, potion digitale, 20 gouttes; friction idem. Là se borne notre traitement, n'osant faire des injections dans la plèvre pour modifier la nature des sécrétions qui vont sans doute reproduire l'épanchement.

Le 20. Deux heures de sommeil, facies meilleur, décubitus dorsal, soif modérée, appétence, pas de selles, respiration plus large, pouls à 72, développé; urines limpides, quatre litres. Cette abondance de la sécrétion urinaire est sans doute expliquée par l'absorption plus facile de la digitale, maintenant que le liquide évacué ne s'oppose plus à la pénétration des médicaments. Même régime, même traitement.

Le 21. Assez bon sommeil, état satifaisant, respiration plus libre; pouls à 86, peu développé, deux selles, urines abondantes. La mensuration de la poitrine nous donne un chiffre moindre : au lieu de 97 1/2 nous n'avons plus que 93 1/2.

Côté sain, 47 1/2 au lieu de 48 1/2.

Côté malade, 46 au lieu de 49.

Prescription comme hier. On augmente les aliments.

Le 22. Assez bon sommeil, langue blanche, appétence, soif modérée, deux selles, urines abondantes, respiration assez libre, pouls plus fréquent (95), douleur assez vive vers la ponction; rien à la percussion ni à l'auscultation. Même régime.

Le 23. Insomnie, épistaxis dans la nuit, forte chaleur à la peau, langue saburrale, appétence, soif modérée, quatre selles liquides, urines assez abondantes; pouls à 95, peu développé; matité avec un peu plus de gêne dans la respiration; l'épanchement semble se reproduire. Au traitement sus-indiqué on ajoute l'application d'un vésicatoire sur la poitrine.

Le 24. Mauvaise nuit, agitation, peau chaude, soif vive, inappétence, urines plus rares; pouls à 104. État général moins satisfaisant. Même prescription.

Le 25. Même état. Même traitement.

Le 26. Quatre heures de sommeil, sueurs abondantes; on fait sécher le vésicatoire. Même traitement.

Le 27. Même état; assez bon sommeil, un peu d'anxiété; pouls à 110; un peu plus de dyspnée. Même traitement.

Le 28. Insomnie, inappétence, soif modérée, langue saburrale, diarrhée; pouls à 110. État plus grave; traitement *ut supra*.

Les 29 et 30. L'épanchement s'est reproduit, malgré les efforts multipliés que la nature a faits pour l'éliminer par toutes les voies de l'économie.

Le 1er décembre. Subdelirium nocturne, insomnie, anxiété, respiration courte, laborieuse; matité complète.

Le 2. Nuit affreuse, symptômes d'asphyxie, matité absolue du côté gauche, distendu par l'épanchement reproduit et qui s'écoule par l'ouverture de la plaie. Immédiatement je replace le trocart qui donne issue à 4 litres 750 grammes de sérosité purulente. Treize jours ont donc suffi pour remplir de nouveau la poitrine. Soulagement immédiat aussitôt après l'évacuation du liquide; pas de toux, respiration plus libre; pouls à 90, plus développé. Injection iodée (40 grammes sur 200) laissée deux minutes et retirée pas aspiration avec une seringue à hydrocèle.

Le 3. Nuit assez bonne, pas de selles, sueurs profuses; pouls à 92, assez développé; on place une mèche de charpie dans l'ouverture où l'air pénètre largement; mieux vaudrait un drap en caoutchouc vulcanisé.

Le 4. Amélioration; assez bon sommeil, langue plus nette, appétence, soif modérée, une selle, respiration plus libre, sonorité, 400 grammes environ de sérosité purulente fétide s'écoulent de la fistule pleurale; pouls à 88, peu développé. Prescription : q. de riz au gras, pomme cuite; q. de vin, infusion de café, fer réduit par l'hydrogène à 0,5.

Le 5. Amélioration; par l'ouverture fistuleuse l'air entre avec un sifflement marqué pendant l'inspiration et ressort aussitôt pendant l'expiration. Même régime; injection de 30 grammes d'iode dans 250 grammes d'eau laissée trois minutes; sentiment de brûlure.

Les 6 et 7. Même état; pouls à 96; on retire un demi-litre de liquide; injection iodée.

Les 8, 9 et 10. Aucun changement; débilité profonde, bon sommeil, bon appétit, pas de diarrhée; on augmente le régime.

Le 11. Amaigrissement, infection putride, fièvre hectique, pas de diarrhée, sueurs, somnolence d'épuisement; pouls à 92; suppuration intra-thoracique toujours abondante, fétide; injection iodée tous les cinq jours.

Nommé, à cette époque, à l'hôpital militaire de Strasbourg, nous quittons, bien à regret, notre intéressant malade dont l'observation sera confiée à l'obligeance de notre camarade, M. Aspol, médecin-major du régiment. Voici ce que nous extrayons (*passim*) de ses notes si complètes et si consciencieuses.

Le 20 janvier. Dépérissement progressif; pouls à 100. État local toujours le même, sueurs nocturnes, pas de diarrhée, écoulement moins fétide, mais toujours abondant. Injections iodées tous les deux jours, alternées avec la liqueur de Labarraque. Régime *ad libitum*, vin de quinquina et fer.

Le 1er février. Anémie plus prononcée, épuisement radical, somnolence continuelle; même régime, même traitement; injections.

Le 15. L'état général s'aggrave encore; sommeil fatigant, sueurs nocturnes, anémie, intégrité des organes digestifs.

Le 1er mars. De nouveaux symptômes viennent dévoiler la faiblesse générale et l'appauvrissement du sang; œdème de la face et des extrémités inférieures; urines non albumineuses; pouls fréquent et faible. Fer, vin, nitrate de potasse.

Le 15. Amélioration inespérée, sommeil parfait, appétit excellent, digestions bonnes, pas de diarrhée, sueurs nocturnes, presque nulles, urines abondantes; les suffusions séreuses ont beaucoup diminué; respiration plus facile, quoique l'état normal reste toujours le même; anémie profonde, débilité extrême; pouls à 100, faible; on retire tous les jours un verre de sérosité purulente qu'on remplace par les injections précitées.

Le 1er avril, l'amélioration continue; les forces reviennent; il se promène dans la salle et même dans le jardin; un sang plus riche vient colorer cette pâleur anémique, animer ce fantôme qui semble revenir du tombeau; rien à noter ailleurs.

Mensuration de la poitrine : côté sain, 46; côté malade, 43; en tout, 89.

Le 15, rien à signaler depuis notre dernier bulletin; l'embonpoint commence à se dessiner, les forces reviennent; appétit insatiable, sommeil excellent, respiration plus libre, pouls toujours fréquent. On fait deux pansements par jour; il sort chaque fois 50 grammes de sérosité purulente moins fétide. Une seule injection Labarraque.

Le 8 mai, état général très-satisfaisant; organes digestifs en parfaite intégrité; pouls à 110; sueurs nocturnes moins abondantes, sommeil excellent, respiration toujours libre. Le malade se promène en ville; même état local; régime tonique.

Le 18 juin, amélioration progressive, respiration plus facile; le pouls, qui oscillait entre 100 et 110, est descendu à 75. Appétit vorace, régime exceptionnel, *ad libitum*; digestions parfaites, sécrétions normales; sommeil excellent. Une première pesée faite, il y a peu de temps, a donné 60 kilos 500 grammes, moyenne des hommes de vingt à trente ans; rien de changé dans les signes que fournissent l'auscultation et la percussion. Même état local. Même traitement.

Le 4 août, amélioration frappante; les forces et l'embonpoint sont tout à fait revenus; aujourd'hui, pour la première fois, on entend distinctement le murmure vésiculaire, en avant aussi bien qu'en arrière; ajoutons qu'il est pur sous la clavicule, ce qui semblerait exclure l'existence de tubercules; plus bas, au voisinage du cœur, il est mêlé de nombreuses bulles de râle sous-crépitant. Que s'est-il passé là? Il faut supposer que le poumon a fini par briser ses entraves pseudo-membraneuses, en partie résorbées par l'action de l'iode, et que les vésicules pulmonaires, jusqu'alors inactives, se sont déplissées sous la pression de l'air; aussi la respiration est-elle plus large; le poumon s'est dilaté pour combler en partie le vide intra-pectoral; il ne reste plus qu'une petite cavité de 4 à 5 centimètres de diamètre de laquelle s'écoule tous les jours 50 grammes environ de sérosité purulente de bonne nature, et où l'air entre à profusion avec un énorme bruit de soufflet : son accès dans la poitrine n'a jamais eu la moindre influence fâcheuse. La fistule est maintenue ouverte; aucun souffle anormal du côté du cœur, revenu à sa place; cependant, le premier bruit est un peu sourd peut-être, parce qu'il a à traverser des fausses membranes étendues sur le péricarde, ou bien est-il dû à l'arrêt de la circulation dans la branche gauche de l'artère pulmonaire plus ou moins comprimée.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé de la déformation de la poitrine que comme symptôme; il nous semble cependant assez intéressant d'étudier les altérations qui sont survenues et les efforts que fait la nature pour combler le vide qui existe entre un poumon atrophié et une paroi pectorale rigide qui ne peut se déprimer.

Lorsqu'on examine notre malade nu et debout, on s'aperçoit de

suite qu'il n'y a plus symétrie dans les côtés de la poitrine, que le droit est manifestement plus dilaté que l'autre. Le torse est penché à gauche, les espaces intercostaux sont rétrécis, l'épaule est plus basse. Par suite de cette incurvation, la poitrine a subi un mouvement de bascule que le défaut d'harmonie dans l'expansion pulmonaire, exagérée à droite et immobile à gauche, dessine davantage en lui imprimant un mouvement de torsion. Comme conséquence de cette inertie du côté gauche, il en est résulté une atrophie avec flaccidité des muscles pectoraux, dont les méplats contrastent avec les reliefs de ceux du côté opposé. Le téton est à 2 centimètres au-dessous de l'autre. Au reste, la mensuration constate très-bien ces phénomènes de physiologie pathologique.

Hauteur du thorax : côté sain, 31 centimètres; côté malade, 28.

Circonférence : côté sain, 46 centimètres; côté malade, 42, ou 88 au lieu de 97 et demi avant l'opération.

Dépression latérale du thorax mesurée au moyen d'un compas d'épaisseur de l'apophyse épineuse des vertèbres au mamelon : côté sain, 23 ; côté malade, 20.

Du côté de la colonne vertébrale, on constate une scoliose évidente dextéro-convexe de la deuxième à la neuvième vertèbre dorsale; puis sinistro-convexe, comme courbure de compensation, de la onzième dorsale à la deuxième lombaire. Cette difformité pathologique entraîne non-seulement de la roideur dans la déambulation, mais encore une véritable claudication; en effet, par suite de cette double incurvation du rachis, il s'est produit un mouvement de bascule du bassin qui fait remonter et saillir la crête iliaque du côté gauche; il y a donc réellement un raccourcissement marqué du membre correspondant; les hanches ont perdu cette souplesse d'oscillation latérale qui constitue l'élégance de la marche: F... a l'air de s'avancer tout d'une pièce, comme s'il était atteint de semi-ankylose.

Pour combler le vide de la cavité pleurale, les moyens employés varient selon l'ancienneté de la maladie. Dans les pleurésies aiguës, rien de plus simple; à mesure que l'épanchement disparaît, le poumon, qui n'était comprimé que depuis peu, reprend, en vertu de son élasticité, son ampliation normale, et remplit ainsi la poitrine; mais il n'en est plus de même dans les pleurésies chroniques; ici les conditions sont changées; d'un côté, nous avons un organe carnifié, imperméable, emprisonné par des fausses membranes qui empêchent les mouvements d'expansion; de l'autre, une paroi pectorale résistante qui ne se laissera que difficilement déprimer sur le vide intérieur.

Voici, d'après nos études nécroscopiques, comment les choses se passent :

A mesure que la partie séreuse de l'épanchement se résorbe, la portion concrète s'organise en pseudo-membranes qui sont la trame du travail ultérieur. Ces produits nouveaux, sous forme de cloisons, de tractus irréguliers, étendent d'abord leurs ramifications entre les deux feuillets de la plèvre; cette première tentative terminée, les tissus, jusqu'alors celluleux, se transforment; ils deviennent fibreux, rétractiles, et tendent déjà à rapprocher les parois pectorales. En même temps que le travail de concentration s'opère, ces mêmes cloisons vont servir de canevas aux produits plastiques de l'épanchement; des stratifications de diverses consistances, celluleuses, fibreuses, cartilagineuses même, se déposent sur la plèvre costale et pulmonaire, et remplissent ainsi le vide intérieur; nous dirons plus, c'est que les côtes elles-mêmes ne restent pas étrangères à cette opération; des concrétions d'une épaisseur de 5 à 7 millimètres se forment sur leur face interne et constituent en quelque sorte une côte surajoutée doublant la côte primitive. Contrairement à l'opinion de M. Parise, qui considère le produit comme une exostose consécutive à une périostite (*Archives de médecine*, 4e série, t. XXI, p. 320), nous croyons, nous, que ce sont de simples incrustations formées de couches calcaires inorganiques. Pour justifier notre théorie, nous avons fait analyser le liquide de l'épanchement qui a servi à leur formation, et on a trouvé qu'il est composé des mêmes éléments que les faux ostéophytes.

Mais ce n'est pas tout; tandis qu'intérieurement ce double travail de retrait et de restauration s'opère, la paroi pectorale, qui n'est plus soutenue, s'affaisse sur le vide intérieur, en même temps que les côtes se rapprochent, s'imbriquent, et subissent un mouvement de torsion qui augmente encore leur épaisseur aux dépens de la cavité pleurale.

Ainsi donc, par un consensus de tous les organes, fausses membranes déposées sur la plèvre ou jetées en cloisons rétractiles; stratifications de diverses consistances, épaississement des côtes par incrustations calcaires, affaissement de la paroi pectorale, tel nous semble être l'ingénieux mécanisme que la nature emploie pour combler la poitrine.

Nous résumons dans les corollaires suivants l'expression condensée de notre travail :

1° Que l'épanchement, à la suite d'une pleurésie aiguë, soit séreux, avec dyspnée considérable, menace d'asphyxie, qu'il soit consécutif à une pleurésie chronique, avec sécrétion séro-purulente, ou bien symptomatique d'une pleurésie tuberculeuse, dans les trois cas l'opération de l'empyème est toujours indiquée : dans le premier, pour sauver le malade d'une mort imminente; dans le deuxième, pour modifier, par des injections résolutives, la nature des sécrétions, faciliter la résorption des fausses membranes qui empêchent les fonctions du poumon; enfin, dans le troisième cas, pour agir d'une manière spécifique sur les tubercules, ce qui revient à dire qu'il y a d'abord une *thoracentèse de nécessité*, puis une *thoracentèse thérapeutique*;

2° Personne n'ignore combien l'introduction de l'air dans les cavités closes de l'économie altère la nature des sécrétions; aussi faut-il faire tous ces efforts pour éviter cette complication, surtout dans les cas d'épanchement séreux; mais si la collection est séro-purulente, il faut au contraire élargir l'ouverture pleurale, afin de faciliter la sortie des liquides altérés qui donnent lieu à une intoxication lente, et modifier les surfaces de sécrétion morbide qui reproduiraient nécessairement l'épanchement;

3° Quant à la gravité de l'épanchement traité par la thoracentèse, il faut le considérer en définitive comme un abcès intra-thoracique qui se trouve, à l'altération du poumon près, dans les mêmes conditions de guérison qu'un abcès extra-pectoral à la suite de pleurésie;

4° Après avoir tâté la susceptibilité des organes digestifs, il faut se hâter de nourrir le malade, qui lutte contre l'abondance de la suppuration, l'infection putride, l'hématose incomplète, les sueurs profuses, et souvent une diarrhée colliquative, sécrétions critiques salutaires sans doute, mais qui l'épuiseraient s'il n'était soutenu par un régime analeptique et reconstituant.

DE L'INFLUENCE DE LA VIE DE FAMILLE

dans le traitement des maladies mentales,

Par M. A. Brierre de Boismont.

Le 14 février 1848, nous donnions lecture à l'Académie des sciences d'un travail ayant pour titre : *Quelques observations nouvelles sur l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie et en particulier de la manie.* Notre communication se terminait par cette note : « Nous ferons connaître dans un prochain Mémoire les avantages que l'on peut tirer de la vie de famille dans le traitement de la mélancolie et en général des formes tristes de la folie. » Dix-sept ans s'étant écoulés depuis cette époque, nous croyons le moment opportun pour entrer dans quelques développements relatifs à l'élément thérapeutique signalé dans cette note.

Cette tentative était délicate; les résultats en furent des plus satisfaisants, car sur les douze premiers malades que nous choisîmes huit partirent guéris. Malgré eux, ces monomanes, absorbés dans leur idée fixe, semblables à des statues, annonçant des intentions sinistres, parlant à peine ou répétant sans cesse les mêmes choses, étaient contraints d'écouter ce qui se disait, de voir ce qui se faisait. La variété des personnages, des conversations, des actes, des objets, exerçait à la longue son influence sur leur esprit préoccupé ou distrait. Aussi les entendions-nous souvent proférer tout à coup des mots significatifs, faire des réflexions rapides et justes prouvant qu'ils avaient été ébranlés par ces impressions nouvelles. Une observation, la seule que nous rapporterons, montrera comment cette pression de tous les moments finissait par circonvenir les malades, les tirer de leur engourdissement et les ramener aux réalités de la vie.

Une dame de cinquante-deux ans, devenue triste depuis six mois par suite d'un violent chagrin, refuse les aliments et fait une tentative de strangulation, qui détermine son médecin à conseiller l'isolement.

Admise dans notre intérieur, elle reste immobile sur sa chaise, ne dit pas un mot, ou répond par monosyllabes aux paroles qu'on lui adresse. On est obligé de l'alimenter de force. Par moments, elle affirme qu'elle n'est pas folle, mais que tout l'ennuie; elle avoue aussi qu'elle a des idées de faire du mal aux autres et à elle-même sans savoir pourquoi.

L'examen quotidien pendant un mois semble annoncer qu'elle est insensible à tout; son œil est fixe, sa figure exprime le désespoir; mais l'observation nous apprend enfin que la vue des visiteurs, qui entrent à chaque instant dans l'appartement pour affaires, a secoué sa torpeur et que son attention est éveillée à son insu. En effet, un jour qu'un original a tenu les propos les plus bizarres, elle se met à sourire et dit lorsqu'il est parti : « Cet homme est bien bavard et bien singulier. » Ce peu de mots était le signal du retour des facultés normales.

A dater de cet instant, la malade, jusqu'alors si taciturne, se mêla à la conversation, témoigna sa reconnaissance des soins qu'on lui prodiguait; elle nous quittait d'elle-même lorsqu'elle craignait d'être indiscrète. Ainsi, ses idées qu'aucun raisonnement n'aurait pu changer se trouvèrent sourdement minées par le milieu nouveau où elle avait été placée, et, quand la brèche fut faite, les encouragements, les exhortations, les conseils dont elle pouvait alors profiter, achevèrent le travail de la guérison.

Deux mois après son admission, cette dame était complétement rétablie.

Ce fait était recueilli en 1844. Depuis dix-huit ans que nous dirigeons l'établissement actuel, beaucoup plus convenablement disposé, les exemples de ce genre se sont multipliés.

L'époque où il faut commencer ce traitement varie suivant les symptômes. Il est des aliénés à qui il convient dès le début; il en est d'autres pour lesquels il faut attendre que la période d'acuité soit diminuée. Cette observation permanente, si nécessaire pour suivre les évolutions diverses de la maladie, indiquer l'instant, souvent fugitif, où il faut consoler, éclairer, réprimander, ne l'est pas moins pour l'étude de la responsabilité légale des aliénés. Lorsqu'on a eu sous les yeux pendant des années les fous raisonnants, on sait à quoi s'en tenir sur l'intégrité partielle de leur esprit! N'est-ce pas cette observation qui a montré que ces individus pouvaient, dans la même journée, écrire les lettres les plus raisonnables et les plus insensées?

Mais, pour que cette méthode de traitement réussisse, il faut une extrême patience, un esprit de justice et de fermeté, une grande égalité d'humeur, une modération parfaite de sentiments et un fonds de bonté inépuisable. L'épreuve est, en effet, des plus pénibles, car on doit entendre continuellement sans impatience les mêmes plaintes, les mêmes douleurs, les mêmes demandes. Ces répétitions durent des heures, des journées entières; elles sont entremêlées d'observations désagréables, de mots piquants, de réflexions blessantes, d'injures même; très-souvent encore elles ont pour accompagnement le mensonge, la médisance, la calomnie.

Tracer un pareil tableau, c'est indiquer les difficultés de la situation. Le caractère de l'homme ne saurait se plier longtemps à ces exigences; il faut le dévouement de la femme pour remplir convenablement cette mission. Aussi ne saurait-on assez recommander aux médecins qui se destinent au traitement des aliénés d'apporter un soin extrême dans le choix de leur compagne, parce qu'elle est appelée à rendre de grands services à l'asile, et il en est qu'elle seule peut rendre. La femme doit être secondée dans cette œuvre par d'autres personnes de sa famille ou par un personnel choisi.

Une remarque pratique sur laquelle on ne saurait assez insister, c'est que le raisonnement direct, l'émotion sentimentale triomphent rarement au début de la ténacité des aliénés. La vie de famille, au contraire, par sa seule influence et le conseil né de l'occasion, exerce sur eux une action dissolvante et détournée qui à la longue et quelquefois même assez rapidement ébranle l'échafaudage des conceptions délirantes. Lorsque la maladie a perdu de son intensité, le langage de la raison doit alors être employé, et avec d'autant plus de fruit que la présence continuelle du malade permet de saisir le moment favorable où il peut être compris et donner aux idées une meilleure direction.

Une objection qu'on a crue d'une très-grande force, et qui ne révèle que le défaut d'observation médicale, est celle-ci : on a dit : « Ces soins, que vous vantez avec justice, ont leur raison d'être dans la véritable famille et l'étranger ne pourra jamais la remplacer. » Là est l'erreur pratique. La famille est le point de départ d'un nombre considérable de folies; et leurs symptômes sont tels qu'ils l'obligent à conduire elle-même ces malades dans les asiles. Lorsque la famille s'opiniâtre à les garder, l'incurabilité est le résultat de cette conduite. Il y a, en outre, les accidents qui à Paris font placer d'office 80 aliénés sur 100, et en province les trois quarts du nombre total. Beaucoup de ces malades, calmes dans les asiles, ne sont pas plutôt rentrés chez eux qu'ils deviennent turbulents, nuisibles, et qu'il faut en toute hâte les replacer dans l'établissement. Enfin, et cela mérite considération, les guérisons sont très-nombreuses parmi les aliénés traités dans les premiers mois.

La méthode que nous venons de faire connaître est sans doute d'une application plus difficile dans les grands asiles, mais on peut cependant l'y réaliser. Il suffirait, pour atteindre ce but, d'imiter l'exemple du docteur Follet, ancien médecin directeur de l'asile de Saint-Athanase, à Quimper, qui avait relevé les humbles fonctions de ses infirmiers en inscrivant leurs noms sur des tables de marbre de la chapelle, comme récompense de leur dévouement aux aliénés. Nous pensons qu'il serait de toute justice de joindre à cette distinction honorifique une pension de retraite.

En résumé, la vie de famille n'est pas seulement favorable à la cure des maladies mentales, elle retarde encore pendant des années la marche de l'état chronique.

Elle permet de diminuer le nombre des sections; elle ôte à l'asile la physionomie du cloître et le rapproche de la maison ordinaire.

Cette action incessante de la vie de famille mine sourdement les conceptions délirantes, tandis que le raisonnement direct et l'émotion sentimentale échouent presque constamment au début de la maladie.

L'époque où il faut commencer la vie de famille varie selon les symptômes; tantôt elle est applicable dès le commencement, tantôt il faut attendre que la période d'acuité soit affaiblie.

Cette observation permanente, qui indique les moments où il faut parler raison, n'est pas moins indispensable pour l'étude de la responsabilité légale des aliénés.

Pour diriger ce traitement, qui est un auxiliaire puissant du traitement moral, il ne faut pas de qualités supérieures; un esprit droit et charitable y réussira très-bien.

La femme par son dévouement est éminemment propre à cette mission. Elle doit être secondée dans son œuvre par d'autres personnes de sa famille, ou, à leur défaut, par un personnel choisi.

La famille naturelle ne saurait remplir ces indications, parce qu'elle est très-souvent le point de départ de la folie, et qu'elle ne peut d'ailleurs exercer sur les malades l'influence de l'étranger qui a vécu avec les aliénés.

Enfin, cette vie commune de tous les instants adoucit ce qu'a de pénible l'isolement dans les cas où il est nécessaire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 août 1865. — Présidence de M. Decaisne.

M. CLAUDE BERNARD adresse la note suivante :

J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie six volumes de *Leçons* qui représentent, avec un volume que j'ai déjà présenté, une première période de mon enseignement au Collége de France.

J'offre en outre à l'Académie un volume qui vient de paraître, intitulé : *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* Cet ouvrage n'est que l'introduction d'un cours de médecine expérimentale ou scientifique que je me propose de faire au Collége de France d'une manière non interrompue.

De la vie de famille dans le traitement des aliénés. — M. BRIERRE DE BOISMONT lit sur ce sujet un travail que nous publions plus haut.

Des quarantaines et de leur objet. — M. G. GRIMAUD (de Caux).

I. En 1846, la question des quarantaines donna lieu à une discussion longue et passionnée qui préoccupa les savants, le public et le gouvernement lui-même.

Dans des questions de cette nature, les gouvernements subissent

deux pressions : d'un côté la santé publique réclame une protection énergique contre l'invasion des fléaux qui peuvent être importés; d'un autre côté les mesures préventives ordonnées par cette protection gênent le commerce maritime et provoquent des réclamations.

Il y a donc deux intérêts sociaux en présence : l'intérêt de l'humanité, qui s'applique en France à trente-sept millions d'âmes, et l'intérêt du commerce, qui regarde environ deux millions d'industriels ou de trafiquants, auxquels s'ajoutent quelques millions de voyageurs.

On voit la gravité du sujet : on comprend que, pour rendre cette gravité manifeste, il n'est pas nécessaire d'invoquer les grandes considérations économiques touchant l'intérêt de la santé et de la vie des populations, comparé à l'intérêt de leur commerce et de leur industrie.

II. Ce fut une théorie médicale relative à la contagion qui vint en aide aux plaintes du commerce français. Cette théorie donna lieu à des débats acharnés, si bien que le gouvernement y crut voir une raison suffisante pour modifier ses règlements d'administration concernant la santé publique.

III. Ce qui se passe aujourd'hui à propos du choléra sur le littoral de la Méditerranée démontre l'erreur du temps. On a obtenu précisément le contraire des bienfaits que la théorie nouvelle avait prétendu garantir. Le commerce est lésé par ces mêmes adoucissements qui alors furent apportés aux quarantaines, uniquement pour le protéger.

Ainsi, parce qu'il y a eu à Marseille quelques cas de choléra asiatique, si toutefois ces cas ont été bien constatés, les provenances de son port ne sont point admises partout à la libre pratique.

L'expérience a donc prononcé, c'est-à-dire que les mesures préservatrices nouvelles, conseillées et adoptées sous l'influence des idées de 1846, se sont montrées sans effet.

IV. Lorsque, dans une population agglomérée, une même maladie frappe à la fois plusieurs personnes, chacun craint pour soi et l'on s'empresse ou de fuir le mal, ou de mettre entre le mal et soi de puissants obstacles.

Les théories relatives à la contagion et à l'infection ne touchent personne; on ne les comprend pas et l'on ne veut pas les comprendre. On n'est préoccupé que de tenir le mal à distance en supprimant toute espèce de communication avec les localités où il sévit.

Tel est le véritable état des choses, il dérive de la faiblesse humaine; mais la peur, ce fléau qui vient s'ajouter à un autre, et dont les effets sont si puissants et si désastreux dans les calamités publiques, n'en a est pas moins rationnelle et légitime.

Au fond, si une maladie, soit épidémique, soit contagieuse, passe d'un lieu dans un autre lieu, se transmet d'un individu à un autre, c'est qu'il y a eu des circonstances qui ont favorisé cette émigration et cette transmission; c'est qu'il s'est rencontré un élément spécial, un ferment, un germe détaché d'un corps, qui a été transporté, qui s'est appliqué sur un autre corps, qui s'y est introduit et développé en y produisant de nouveaux ferments et de nouveaux germes.

Dans une pareille situation, on voit combien la préoccupation générale est rationnelle. Qu'un bâtiment vienne d'Alexandrie en temps de peste ou de choléra, n'est-on pas autorisé à lui demander des nouvelles de sa santé? Ne doit-on pas exiger la démonstration formelle, non-seulement que cette santé a été constamment bonne depuis qu'il a quitté le port d'embarquement, mais encore que présentement elle est dans le cas de se maintenir telle pendant un temps déterminé par la durée présumable de l'incubation?

Or, cette démonstration ne peut s'acquérir qu'à l'aide du temps; et le temps, ici, c'est la quarantaine.

V. Peste, fièvre jaune, choléra..., quand il s'agit de provenances d'outre-mer, il faut tout mettre sur la même ligne.

Supposons un individu quittant un pays en proie à l'épidémie : il part avec toutes les apparences d'une bonne santé; et néanmoins, sans qu'il s'en doute, il emporte avec lui les germes de la maladie à laquelle il a voulu se soustraire en s'éloignant, germes destinés à se développer dès que leur temps sera venu.

Si cet individu voyage par terre, évidemment, à la première apparition des symptômes de la maladie, les personnes qui se trouveront autour de lui pourront prendre des précautions variées pour se garantir. Elles pourront se tenir à l'écart du malade, l'isoler et ménager autour de lui l'accès d'un air libre et pur, car ce sont là des moyens prophylactiques et même curatifs qui comptent parmi les plus efficaces.

Si l'individu est embarqué, l'équipage et les passagers sont fatalement condamnés à subir les effets de la contamination, ils ne peuvent en éviter les atteintes, et alors malheur aux prédisposés! car les conditions d'un navire, quel qu'il soit, et la facilité avec laquelle s'y développent des foyers d'infection, sans même qu'il soit besoin d'aller en puiser au dehors les éléments, ne sont point favorables à l'emploi régulier d'un traitement quelconque, soit prophylactique, soit curatif.

VI. Telle est donc, au point de vue pratique, la conclusion nécessaire.

Tout navire qui vient d'un pays dans lequel règne ou dans lequel a pu régner depuis peu la maladie, et même tout navire qui a fait simplement escale dans ce même pays, peut donc être avec raison tenu pour suspect. On doit l'obliger à fournir la preuve qu'il n'a point de malades à son bord, et que, pour un temps déterminé, ni les passagers ni l'équipage ne se trouvent dans le cas de le devenir.

D'où cet important corollaire, qu'on doit condamner d'une manière irrévocable, comme imprudente et pernicieuse, toute mesure tendant à diminuer les précautions destinées à préserver les ports maritimes contre les chances d'importation d'un fléau.

Mais il ne suffit pas d'émettre des idées et de construire des théories, il faut démontrer leur réalité, en même temps que la possibilité, la facilité, surtout la nécessité de leur application. L'hygiène publique nous conduit ainsi sur un nouveau terrain qu'il appartient à l'Académie des sciences de féconder en y attirant les studieux. (Commissaires précédemment nommés : MM. Dumas, Morin, Peligot.)

Pourquoi la liqueur d'absinthe, à dose égale et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a-t-elle sur l'économie des effets plus prononcés? M. G. Pécholier. — Plusieurs longues investigations que j'ai faites depuis cinq ou six ans chez des fabricants d'absinthe m'ont démontré, comme à M. Deschamps (d'Avallon), que l'absinthe ne contient, en dehors de l'alcool, aucune substance nuisible. Les divers sucs de plantes et les diverses essences que les fabricants d'absinthe font entrer dans leur liqueur sont, dans les proportions où ils les emploient, complétement inoffensifs, et cependant la plupart des buveurs soutiennent, en invoquant leur expérience personnelle, ce que M. Ém. Decaisne a affirmé, savoir : « Que l'absinthe, à dose égale et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a des effets plus prononcés sur l'économie et qu'elle produit l'ivresse beaucoup plus rapidement. »

Voici quelle est, à mon avis, la principale raison de la puissance de l'absinthe à déterminer l'ivresse. C'est qu'étant prise comme moyen apéritif, elle est bue d'ordinaire avant le repas, c'est-à-dire quand l'estomac est vide ou à peu près vide. Son absorption est par là rendue beaucoup plus prompte. Or, une dose d'alcool qui passe rapidement et presque tout à la fois dans le torrent circulatoire fera beaucoup plus d'effet qu'une même dose qui est absorbée peu à peu, de manière qu'une partie soit déjà détruite et éliminée, tandis qu'une autre partie n'a pas encore pénétré dans les secondes voies. Tout le monde ne sait-il pas qu'une certaine quantité de vin bue le matin à jeun porte plus à la tête que cette même quantité bue pendant le repas. Ce qui confirme notre dire, c'est que, si l'ivresse par l'absinthe est prompte, la cessation de cette ivresse est très-prompte aussi, à moins que le buveur n'en ingère de nouvelles doses. Tout l'alcool ingurgité agit en même temps; aussi l'action est-elle puissante, mais fugace.

Donc l'énergie des effets de la liqueur d'absinthe ne tient pas à sa composition, mais à la manière dont elle est consommée.

M. Souviron adresse un Mémoire relatif à l'application d'une nouvelle méthode préservative du choléra par la production continue de l'ozone.

M. Mondino adresse une Note intitulée : « Projet d'une méthode curative du choléra asiatique. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 28 juin 1865, le docteur Bérenger-Féraud a été attaché au service de S. A. I. le prince Napoléon.

— Par arrêté de S. Exc. M. le ministre de l'intérieur, en date du 18 août, M. le docteur Postel, secrétaire de la Société de médecine de Caen, a été nommé médecin de la Maison centrale de Beaulieu, en remplacement de M. le docteur Raisin, décédé.

— Le concours annuel pour les prix de la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer.

Deux médailles d'argent ont été décernées, l'une à M. Delvey, de Reims, interne à l'Hôtel-Dieu; l'autre à M. A. Paquet, de Roubaix, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Deux mentions honorables ont été accordées à M. Mey, interne à la Pitié, et à M. Lemaire, lauréat de l'Institut, interne à l'hôpital Lariboisière.

— Dans notre dernier numéro (1re page, 3e col.), au lieu de : « on obtient au bout d'un quart d'heure la chute du pouls; » mettre : « on obtient souvent au bout de trois quarts d'heure la chute du pouls. »

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

	Anonyme.	5 fr.
MM.	Baillarger, à Paris.	40
	Anonyme.	40
	Ch. Masson, à Paris.	5
	A'vet, à Oullins.	5
	Delabrosse, à Rouen.	2
	Rabasse, à Sèvres.	5
	Chardon-Lagache.	50
	Joseph D. du B., professeur.	10 50
	A. D., à Port-Louis.	5
	Fauconnet, à Lyon.	5
	Le Monnier, à Saint-Maurice.	5
	Total.	177 fr. 50
	Liste précédente. . . .	1,840 fr. 50
	Total général. . . .	2,018 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La fièvre jaune à la Havane, sa nature et son traitement, par Charles Belot, officier de l'ordre de Charles III, docteur en médecine de la Faculté de Paris, du Collége royal de Madrid et de l'Université de Leipzig. 1 vol. in-8° de 160 pages; 3 francs. Paris 1865; chez J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

Essais d'histoire et de critique scientifiques, à propos des conférences de la Faculté de médecine, par A. Regnard, interne des hôpitaux; 1 vol. in-12; prix : 3 francs. Paris, 1865; chez tous les libraires.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 30 AOUT 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Bouley, dans une heureuse improvisation, a exposé devant l'Académie ses opinions scientifiques et le résultat de ses observations pendant l'accomplissement de la mission que lui a confiée l'autorité française. Suivant l'honorable académicien, la peste des bestiaux en l'Angleterre est le typhus, et la narration du professeur de l'école d'Alfort légitime en tout point cette affirmation.

Nous ne sommes pas compétents pour décider si la contagion est réellement aussi marquée que l'indique M. Bouley. Cependant, en considérant la variole et la syphilis, deux maladies contagieuses par excellence, et que rien ne peut éteindre, il nous semble qu'il est difficile d'admettre qu'une maladie contagieuse à distance, même par les effets des propriétaires d'animaux, comme le typhus, cesse de se propager. En effet, la contagion de la syphilis exige un contact, la contagion de la variole exige le séjour dans le voisinage d'un varioleux, au moment de la dessiccation de ses pustules, quand la contagion du typhus aurait lieu par un miasme subtil agissant à distance.

Ceux de nos lecteurs, qui croient que le typhus n'est pas une maladie spécifique causée par un virus spécial, seront sans doute moins opposés que M. Bouley à la théorie de l'action de l'encombrement et de la mauvaise hygiène des bestiaux pour produire la peste d'Angleterre. Peut-être alors trouveront-ils, dans la géographie médicale de l'Irlande, la cause de son immunité, peut-être songeront-ils que l'Irlande consomme et nourrit à peine de bestiaux par rapport à la vieille Angleterre, et ce seraient là des arguments qui appuieraient la non-spécificité du typhus des bêtes à cornes, admise au même titre que la non-spécificité du typhus de l'homme.

Parmi les analogies qui existent entre le typhus des bestiaux et la fièvre typhoïde, nous trouvons dans le discours de M. Bouley les inflammations gangréneuses de la vulve chez les vaches. C'est quelque chose qui se rapproche des eschares de la région sacrée chez les individus atteints de fièvre typhoïde ; le contact des déjections agit sur la peau et les muqueuses et y détermine de la gangrène.

M. Bouley, prenant ensuite la parole sur la question de la thoracentèse, a opposé les faits aux raisonnements chimiques de M. Poggiale, et il a fourni des preuves nouvelles à l'appui des propositions que ce dernier orateur avait combattues au nom des expériences de laboratoire.

M. Gosselin a répondu à M. Guérin avec sagesse ; nos lecteurs verront que l'honorable académicien se rallie à la thoracentèse avec le bistouri dans les cas de pleurésie purulente reconnue après une première ponction avec la canule de Reybard, et que, comme M. Briquet, il n'est pas opposé au drainage de la cavité pleurale.

M. J. Guérin a adressé quelques objections à M. Gosselin sur les procédés opératoires d'après la méthode sous-cutanée, et il semblait dire qu'il ne comptait que sur son appareil et sur les faits de la pratique. M. Gosselin a répondu avec beaucoup de sens que, parmi les quatre opérations de thoracentèse pour des épanchements purulents guéris par M. Guérin, il y avait eu une fois une fistule thoracique, et qu'il était entré de l'air dans les plèvres. — Dr Armand Després.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. CHAMPOUILLON.

Convulsions épileptiformes; soixante-douze attaques en trois jours. — Mort.

(Observation recueillie par M. le docteur BRACHET, médecin stagiaire.)

Dans le courant du mois de février dernier, A..., garde de Paris, fut conduit au Val-de-Grâce à la suite d'une attaque d'épilepsie qui l'avait surpris au moment où il descendait l'escalier de la caserne. Cet homme, âgé de trente-six ans, d'une constitution athlétique, d'une conduite parfaitement régulière, évitait soigneusement toute occasion d'intempérance, afin de conserver sa position de maître d'armes. Pendant les trois premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital, A... eut jusqu'à soixante-douze attaques épileptiformes d'intensité et de durée variables.

De semblables explosions ne sont pas choses communes; elles laissent toujours supposer une cause spéciale, l'intoxication alcoolique, par exemple. Dans la circonstance présente, cette influence n'était point admissible, puisqu'il s'agissait d'un malade d'une sobriété notoire.

Après quelques jours de repos, A..., se trouvant en état de sortir, demanda à reprendre son service. Ceux de nous qui avaient été témoins de cette série d'accidents nerveux et qui cherchaient à s'en rendre compte, en étaient aux conjectures, qui ne prirent fin que quelques mois plus tard.

Depuis son retour au corps, A... n'avait éprouvé d'autre malaise qu'un peu de céphalalgie diffuse; mais le 18 mai, il rentra dans le service de M. Champouillon, après une nouvelle attaque survenue la veille dans la soirée. L'état du malade, au moment de son arrivée, est le suivant :

Face injectée, coma profond, résolution musculaire complète, anesthésie cutanée, dilatation des pupilles, lenteur remarquable des battements du cœur et des mouvements de la respiration; en un mot, tous les signes d'une oppression cérébrale.

Des sangsues sont appliquées derrière les oreilles, et des sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

Quelques heures plus tard, la face reprenait sa coloration et son expression normales; l'intelligence, un peu engourdie encore, était redevenue assez lucide néanmoins pour fournir des réponses suffisamment nettes et intelligibles.

Le malade avait repris possession de l'usage de ses membres, qu'il remuait à volonté, et avec une obstination singulière il couvrait des deux mains ses parties génitales.

De temps en temps, des tressaillements convulsifs soulevaient le sujet comme malgré lui, et il retombait aussitôt lourdement sur son lit, mais sans perdre connaissance. Dans le même moment, A... se plaignait de douleurs atroces ressenties dans toute la tête, mais particulièrement à la région antérieure.

Le 19, à l'heure de sa visite, M. Champouillon, trouvant le malade plongé de nouveau dans le coma, prescrivit une seconde application de sangsues, de la glace sur la tête, des révulsifs cutanés, une bouteille d'eau de Sedlitz, et 500 grammes d'infusion de café à prendre après la purgation.

L'énergie de cette médication ne réussit pas à triompher des accidents cérébraux; dans la journée, des attaques épileptiformes se produisirent et se succédèrent avec rapidité : A... succomba à la dernière survenue vers cinq heures du soir.

Autopsie faite trente-huit heures après la mort.

Rien de remarquable du côté des cavités thoraciques et abdominales. Les os du crâne sont tellement minces qu'un très-léger coup de marteau suffit pour les briser. Le tissu des méninges n'est que médiocrement injecté; point de granulations, aucun relief morbide sur leur contour ni sur la face interne des os. La substance cérébrale, généralement piquetée, semble à l'étroit dans la cavité crânienne.

Une incision, faite transversalement sur la partie moyenne du lobe gauche, qui paraît plus volumineux que le droit, met à découvert une masse rousse, pulpeuse, de laquelle s'écoulent environ 150 grammes d'un liquide séreux, rougeâtre et un peu floconneux.

La coque de cette masse, uniquement constituée par de la substance grise, est très-mince, en voie de ramollissement, et sans aucune perforation qui la mette en communication avec les ventricules.

La portion antérieure du lobe gauche offre un certain degré de mollesse qui contraste avec la fermeté du tissu en arrière de la lésion.

Les vaisseaux qui traversent la masse pulpeuse sont enveloppés de débris de la couche blanche restés intacts : rien n'y indique l'athérome ou l'embolie.

Voilà une de ces autopsies qu'on n'achève pas sans s'être demandé quelle est au juste la lésion que l'on a sous les yeux, à quels signes elle devait se faire reconnaître pendant la vie.

La transformation de la substance cérébrale en une pulpe rougeâtre indique évidemment un ramollissement aigu, circonscrit; sa coloration est celle des inflammations qui débutent.

Quel a été le point de départ de cette lésion? Il n'y a dans les antécédents du sujet ni apoplexie ni contusion cérébrales, ni intoxication syphilitique; rien, en un mot, de ce que l'on rencontre habituellement dans l'étiologie des encéphalites. Du reste, les préoccupations relatives à la cause des désordres trouvés sur le cadavre sont à peu près superflues, car, en admettant que cette cause fût connue et servît de régulateur au traitement, celui-ci serait certainement demeuré sans résultat. Ici, le but était visiblement au-dessus de l'effort.

Les diverses phases de la lésion anatomique sont assez bien exprimées par la symptomatologie. Une infiltration ou une congestion du lobe cérébrale marque le début de la lésion anatomique et détermine une première attaque d'épilepsie. Dans l'intervalle du début (février) à la reprise (mai) le travail de ramollissement aigu s'effectue assez paisiblement, sauf un peu de céphalalgie. Puis, tout à coup, une apoplexie séreuse circonscrite exerce sur le lobe gauche, et consécutivement sur toute la masse cérébrale, une pression suffisante pour amener le coma, le spasme musculaire, la résolution et finalement la mort.

Dans le cours de sa maladie, A... n'eut jamais de fièvre proprement dite ; jamais il n'éprouva de troubles dans les idées ni dans la parole, non plus que dans la sensibilité et la motricité. Ainsi nulle atteinte au dynamisme cérébral si fréquemment dérangé pendant le travail de ramollissement chronique, même partiel. C'est peut-être là le détail le plus intéressant de cette observation.

M. Louis a vu une fois la destruction complète d'une portion considérable du lobe moyen du cerveau ne troubler la santé du sujet que par quelques attaques de convulsions. Ces faits ne sont pas absolument rares, et néanmoins ils étonnent toujours : pour les trouver naturels, on requiert toutes les interprétations imaginables. Ces manœuvres d'idées révèlent souvent une grande dextérité de l'esprit; mais, en somme, malgré de louables efforts, elles ne nous apprennent rien qui ne soit encore du domaine des conjectures. Nous sommes tous portés, plus ou moins, à rechercher le rapport des causes avec les effets ; toutefois il est des circonstances où il faut bien se résigner à laisser à terre les problèmes qu'on ne peut soulever ni résoudre.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

§ 2. La fibrine ne se concrète que sous l'influence d'une substance coagulante appelée globuline.

Sans connaître les travaux de Denis sur la plasmine, Al. Schmidt a prouvé, par des recherches et des analyses remarquables par leur précision, que la fibrine n'existe pas dans le sang; elle y est à l'état de matière fibrinogène liquide, comme déjà l'avait indiqué Virchow. Cette substance se forme dans les parenchymes, est puisée par les vaisseaux lymphatiques, et pénètre dans le sang où elle subit une transformation nouvelle sous l'influence de l'oxygène.

En outre, les globules du sang contiennent une substance qui, dans certaines circonstances anomales, et constamment après la mort, agit comme principe coagulateur; ce n'est pas en tant que corps étrangers que les globules déterminent la coagulation, mais c'est en vertu du principe qu'ils renferment.

Cette substance coagulante ne saurait être un fluide gazeux, car l'oxygène ne fait que hâter la coagulation, sans en être la cause; l'acide carbonique, loin de favoriser la solidification de la fibrine, retarde l'opération et communique au caillot une diffluence bien connue; le principe coagulant n'étant constitué par aucun des gaz du sang, ne peut être qu'une matière liquide, que l'analyse démontre en effet péremptoirement.

Le siége de prédilection de cette matière coagulante est dans les globules rouges, et particulièrement dans l'hémato-cristalline; il suffit d'ajouter un peu de sang défibriné, contenant quelques hématies à une certaine quantité de chyle ou à d'autres liquides qu'on sait être difficilement et lentement coagulables, pour qu'à l'instant même il s'y manifeste une coagulation. Les globules sont donc de véritables excitateurs de la coagulation.

Mais ce ne sont pas les seuls éléments histologiques qui soient doués de cette propriété coagulante. On la retrouve, quoiqu'à un degré infiniment moindre, dans les cellules du tissu connectif, qui fait partie des parois vasculaires; on la constate aussi dans la lymphe qui ne contient que des globules blancs.

Or, le pouvoir coagulant, n'étant pas spécial aux hématies, ne pouvait appartenir qu'à une substance commune à tous ces éléments histologiques, à tous ces liquides; cette substance n'est autre, d'après Schmidt, que la globuline. On peut mesurer leur pouvoir plastique par la quantité de globuline; dans le globule sanguin, elle fait partie intégrante de l'hémato-cristalline, et c'est ce qui explique l'énergie et la supériorité d'action des hématies.

Pour obtenir cette substance plastique, on fait passer un courant d'acide carbonique à travers une solution très-délayée de cristaux du sang; il se forme alors un dépôt blanc amorphe qui,

(1) Voir le numéro du 8 août.

après avoir été dissous dans une solution alcaline faible, présente au plus haut point les propriétés coagulantes.

Cette substance a les mêmes réactions que la globuline décrite par Berzélius, et particulièrement celle qu'on retire du cristallin; quelques-unes de ses réactions rappellent celles de la caséine du sérum, décrite par Panum et par Natalis Guillot. La plus remarquable est celle-ci : le dépôt amorphe de globuline, soigneusement lavé et additionné d'eau, se redissout par un courant d'oxygène, et se précipite à nouveau par un courant d'acide carbonique; ce précipité ainsi obtenu est insoluble par la chaleur, ainsi que par les alcalis et les acides concentrés; il semble donc qu'il passe lui-même à l'état de produit coagulé; mais malgré ces analogies avec les autres albuminates alcalins, et même avec la matière coagulable ou fibrinogène, il lui reste toujours comme caractère distinctif le pouvoir coagulant.

La globuline se retrouve avec les mêmes propriétés dans tous les tissus formés par des cellules; mais dans les conditions normales de la vie, elle ne saurait exercer son pouvoir, sans quoi le sang se coagulerait dans les vaisseaux; il faut donc que les parois vasculaires aient le privilége de détruire sans cesse cette matière, ou de la transformer en matière coagulable, sous l'influence de l'ozone du sang.

Plus, en effet, le sang est extrait tardivement des veines, plus il se coagule lentement; le contact du sang avec la paroi vivante le préserve de la coagulation. Mais dès que l'irritabilité des tuniques vasculaires se perd, elles perdent en même temps la faculté de décomposer la globuline; dès lors, la coagulation se fait, et avec facilité, par l'intervention des hématies qui conservent encore longtemps leur action coagulante, à laquelle rien ne s'oppose désormais.

Ainsi, dans l'organisme vivant la fluidité du sang est maintenue par la paroi vasculaire; mais la vitalité n'agit pas par elle-même; elle se traduit par une simple action chimique, c'est-à-dire par la décomposition de la globuline, ou sa transformation en fibrinogène.

D'une autre part, l'action vitale, pour s'exercer, exige une condition purement physique, c'est la régularité du cours du sang; si un obstacle s'oppose à la circulation, ou si une inégalité des parois vient à se produire, par une lésion quelconque, la paroi ne peut plus être considérée comme vivante en ce point; elle cesse dès lors de détruire la globuline, et le sang reste désormais livré au domaine exclusif de la mécanique; il se coagule au niveau de la partie malade; il se fige au niveau de l'aspérité, et ce premier coagulum, une fois formé, devient le point de départ de stratifications successives.

Alex. Schmidt, qui a décrit ces propriétés de la globuline, s'est arrêté aux considérations chimiques, sans tenir compte des applications physiologiques, telles que je viens de les préciser.

Des caractères et effets comparatifs de la plasmine et de la globuline. — 1° La fibrine n'existe point préformée dans le sang; elle résulte de l'action combinée de deux substances albuminoïdes, la fibrinogène et la globuline (Schmidt).

D'après les recherches de Denis, c'est une seule et même substance, la plasmine, qui fournit, en se dédoublant, la fibrine concrète qu'on pourrait appeler classique, et une fibrine fluide qu'on retrouve seule dans certaines espèces de sangs veineux.

2° La plasmine, la matière fibrinogène et la globuline ont la plus grande analogie entre elles, et en même temps avec le suc des muscles ou myosine. Lorsqu'on les dissout dans une solution de chlorure de sodium, ou lorsqu'on charge le sang de poudre saline, la plasmine ou la globuline se dépose à l'état concret.

Solubles dans les alcalis faibles, l'acide carbonique précipite ces diverses matières de leur dissolution alcaline sous forme de molécules fines, puis de flocons; la globuline semble être plus facile à précipiter que la fibrinogène.

Il est probable qu'elles sont toutes formées en grande partie aux dépens de l'hémato-cristalline lors de sa décomposition normale dans le sang, ou sous l'influence de l'acide carbonique (Hoppe-Seyler).

3° La plasmine considérée comme l'origine de la fibrine rend facilement compte de la fluidité de la fibrine pendant la vie; mais pour qu'elle se dédouble et donne lieu à la coagulation *ost mortem*, c'est-à-dire à la formation de la fibrine concrète, il faut l'intervention de moyens auxiliaires.

Si, au contraire, on admet dans le sang deux substances, dont l'une est coagulable (fibrinogène) et l'autre coagulante (globuline), on s'explique difficilement la liquidité du sang pendant la vie : force est de supposer que la globuline se détruit constamment pendant la vie par l'action vitale des parois, sans quoi le sang se coagulerait dans les vaisseaux; or, cette hypothèse très-complexe ne repose sur aucun fait avéré; on dit bien que les cellules du tissu lamineux contiennent la matière coagulante; on dit encore que l'hémato-cristalline possède le pouvoir coagulant au plus haut degré; mais où et comment se neutralise l'action coagulative de ces composés protéiques?

Ce qui est certain, c'est que l'influence de la paroi étant supprimée, la coagulation se fait constamment. Cette théorie explique donc, de la manière la plus simple, la coagulation; mais elle ne saurait rendre compte de la fluidité de la fibrine pendant la vie.

Nous admettrons donc la plasmine et ses métamorphoses comme un fait avéré; il reste à étudier les influences accessoires qui en déterminent le dédoublement, et à démontrer que la fibrine ne préexiste pas.

§ 3. La fibrine n'est pas dissoute dans le sang ni par les sels, ni par l'ammoniaque.

Les travaux de Denis et de Schmidt sont la négation formelle de la fibrine; mais cette notion n'est pas encore entrée assez avant dans la pratique pour qu'on soit en droit de négliger les doctrines qui admettent la fibrine comme un corps préexistant dans le sang. En nous mettant à ce point de vue, nous sommes arrêtés immédiatement par cette question : la fibrine est-elle à l'état de suspension dans le sang, ou sous forme de dissolution? Cette dernière opinion étant supposée vraie, la fluidification ne peut être attribuée qu'aux sels ou aux gaz du sang. Le chlorure de sodium tend manifestement à rendre le sang plus liquide. Boussingault a remarqué que chez les animaux qui reçoivent une forte ration de sel, le sang se coagule plus difficilement; Cl. Bernard, en injectant du sel dans les veines d'un chien, a noté que lors de la section d'une artère, le sang ne forme plus de caillot obturateur; il existe donc des substances fluidifiantes. Mais il est à remarquer que, pour obtenir cet effet, il faut toujours employer une dose bien supérieure à celle qui est contenue naturellement dans le sang; si, au contraire, on dépasse une certaine quantité, et si par exemple on traite le sang par une solution de chlorure de sodium au tiers, loin de se dissoudre ou de rester fluide, il laisse précipiter la plasmine.

Si les sels ne sont pas à même de tenir la fibrine dissoute dans les vaisseaux, ce rôle doit-il être attribué aux gaz du sang?

Parmi les gaz du sang, on a invoqué tour à tour l'action fluidifiante de l'acide carbonique et de l'ammoniaque.

Si, en effet, on renferme le sang dans un cœur lié et placé sous le mercure à l'abri de l'air, le sang reste fluide et devient noir; on a remarqué d'une autre part qu'il se coagule plus lentement, lorsque, pendant la saignée, on l'arrête dans une veine par une ligature. Dans ces divers cas, l'oxygène du sang se transforme en acide carbonique, auquel on accorde la propriété de maintenir la liquidité.

Mais la présence de l'acide carbonique ne suffit pas pour empêcher absolument la coagulation, qui finit toujours par avoir lieu (Brüke). Ce gaz n'a en effet d'autre propriété que de ralentir la coagulation et de rendre le caillot plus mou, plus imparfait; mais la plasmine n'a pas perdu la faculté de se transformer en caillot.

Si la fluidité ne peut être attribuée ni aux matières salines, ni à l'acide carbonique, il reste à savoir si on doit invoquer l'action de l'ammoniaque. D'après Richardson, dont le travail fut couronné par la Société royale de Londres, la fibrine se trouve dissoute à l'aide d'un principe volatil; si on élimine ce principe par l'évaporation, la fibrine se concrète; si on empêche l'évaporation de ce gaz, la coagulation ne se fait plus; or, ce gaz n'est ni l'oxygène qui a des tendances contraires, ni l'azote, ni l'acide carbonique, ce ne peut être que l'ammoniaque.

On peut en prouver l'existence, en faisant évaporer le sang et passer la vapeur par l'acide chlorhydrique; si on traite alors cet acide par le chlorure de platine, on obtient un chlorure ammoniacal de platine.

Il semble donc que l'ammoniaque existe dans le sang; mais cette démonstration n'est rien moins que péremptoire.

Les deux moyens les plus certains de reconnaître l'ammoniaque sont le papier d'hématoxyline et le réactif de Nessler. Celui-ci se compose ainsi : une solution de 2 grammes d'iodure de potassium dans 50 centimètres cubes d'eau est additionnée d'iodide de mercure jusqu'à ce qu'il ne se dissolve plus; cette liqueur est diluée et traitée par trois parties de lessive potassique concentrée. Les moindres traces d'ammoniaque donnent avec ce réactif une coloration jaune; avec une plus grande quantité d'ammoniaque, il se forme un dépôt brun d'iodide ammoniacal de mercure.

Pour obtenir l'ammoniaque du sang, Thiry fait chauffer graduellement le sang dans le vide.

Zabelin objecta à ce procédé que l'ammoniaque en pareil cas ne se développe que par et pendant l'opération; l'oxygène de l'atmosphère peut, en effet, dans certaines conditions déterminées par Schœnbein, former de l'acide nitreux et de l'ammoniaque avec l'azote de l'air et l'hydrogène de la vapeur d'eau. Cela est si vrai que des substances organiques indifférentes, comme la cellulose de la toile ou du papier, peut alors fournir de l'ammoniaque.

Pour parer à toute objection, et pour éviter l'intervention de l'air, Kühne et Strauch, au lieu d'épuiser le sang par le vide, déplacent l'ammoniaque par un courant d'hydrogène.

Voici le résultat de leurs recherches : tant qu'on ne chauffe pas le sang à 40 degrés, on n'obtient pas d'ammoniaque; à 68, il se forme toujours dans le réactif un dépôt produit par l'ammoniaque qui se dégage, lorsqu'on coagule les matières albumineuses.

Il est donc à supposer que l'ammoniaque, loin d'être libre, fait partie d'un composé qui ne se détruit qu'à 40 degrés. — Lorsqu'on ajoute au sang du carbonate d'ammoniaque, il suffit de chauffer à 35, pour que le réactif en décèle la présence.

L'expérimentation n'est pas plus favorable que la chimie à la théorie de Richardson. A l'appui de sa doctrine, ce physiologiste dit qu'en ajoutant de l'ammoniaque au sang frais, dans la proportion de 5 centimètres cubes pour 25 millimètres cubes de sang, on empêche ainsi la coagulation.

D'une autre part, si on traite par ce gaz du sang coagulé, le caillot se redissout, puis se reforme à nouveau, si on évapore l'ammoniaque. Ainsi le dégagement de l'ammoniaque semble être la cause directe de la coagulation; toutes les circonstances connues qui favorisent ce phénomène, ainsi l'action de la chaleur et de l'air, s'expliqueraient par l'évaporation du principe gazeux.

Mais toute cette doctrine ne put résister aux expériences contradictoires de Brüke. Si on place du sang à l'abri de l'air sous une couche de mercure, la coagulation finit par se faire, bien que l'ammoniaque n'ait pas été évaporée.

Conclusions : 1° L'ammoniaque du sang ne se dégage qu'à la température de 40 à 50 degrés; n'étant pas libre au-dessous de ce degré, elle ne saurait tenir la fibrine en dissolution; il est donc impossible d'attribuer la coagulation et le dépôt de la fibrine à l'évaporation de ce gaz.

2° Chez les animaux auxquels on a pratiqué la néphrotomie ou la ligature des uretères, on ne découvre dans le sang aucune trace d'ammoniaque. Les phénomènes de l'urémie ne sauraient donc être attribués à une intoxication ammoniacale.

OBSERVATION TENDANT A DÉMONTRER

que le liquide vaccinal tiré d'un enfant, porteur en même temps du virus variolique, ne transmet que le virus vaccin,

Par M. le docteur Bonnes (de Nîmes).

Après la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, à propos de la transmission de la syphilis par la vaccine, je crois utile de publier le fait suivant, qui, quoiqu'il ne se rattache pas directement au sujet traité, s'en rapproche par la mise en scène sur le même individu de deux virus, du virus vaccinal et du virus variolique, et par la séparation complète de ces deux virus dans leur propriété de transmission.

Au mois de mars dernier, je fus appelé pour voir une petite fille de dix ans, qui, quoiqu'elle portât des traces évidentes de vaccine, présentait quelques boutons de variole. Je m'informai de suite si le petit enfant que je voyais là, âgé de six mois, nourri par sa mère et frère de la malade, avait été vacciné.

Sur une réponse négative, je conseillai de le faire vacciner de suite, d'autant plus qu'il était difficile de l'isoler, la mère devant donner ses soins aux deux à la fois.

Les parents hésitèrent pendant quatre jours, retenus par le préjugé encore beaucoup trop répandu que donner la vaccine pendant une épidémie de petite vérole, c'est disposer les vaccinés à contracter la maladie régnante.

Je finis par triompher de la résistance, et je vaccinai l'enfant avec du vaccin en tube, qui m'avait été envoyé de Lyon, et avec lequel je vaccinai en même temps un autre enfant de deux mois, qui demeurait dans un autre quartier et chez lequel la vaccine réussit très-bien.

Neuf jours après, les pustules vaccinales étaient superbes, et, quoique l'enfant fût depuis la veille inquiet et avec un peu de fièvre, je vaccinai six jeunes filles de douze à vingt ans qui avaient été vaccinées une première fois, et cinq enfants de deux à six mois qui ne l'avaient jamais été.

Le lendemain, l'enfant était plus fatigué, et dans la journée parurent des boutons de variole.

La maladie suivit son cours ordinaire; les boutons devinrent gros, puis d'énormes pustules arrivèrent, ce fut une petite vérole complète, qui ne fut en rien modifiée par la vaccine, malgré sa bonne réussite; tout au contraire, ce fut la vaccine qui subit l'influence de sa voisine, car les pustules vaccinales se séchèrent beaucoup moins vite que cela n'arrive ordinairement, et l'on pouvait voir à un moment donné sur les bras du petit enfant les deux genres de pustules parfaitement identiques.

L'enfant guérit.

J'avoue qu'à l'apparition de la variole chez le vaccinifère, je fus un peu alarmé pour les vaccinés, et je les surveillai attentivement.

Deux des jeunes filles eurent une bonne vaccine, les autres rien ou un bouton insignifiant.

Les cinq enfants eurent tous une vaccine régulière, et rien que la vaccine.

Je sais bien que ce fait ne vient qu'après bien d'autres du même genre dans la science; aussi ne m'appuierai-je pas sur les conclusions que je pourrais en tirer au point de vue du temps de durée de l'incubation de la variole et de l'influence nulle de la vaccine pendant cette période d'incubation. Mais, puisqu'il est tellement question de syphilis vaccinale, ne doit-on pas publier tous les faits qui mettent en évidence le mélange ou la séparation des virus dans les pustules vaccinales chez les individus porteurs de deux virus?

Je sais bien que la variole est une fièvre éruptive, à marche rapide, qui ne demande que quelques jours pour suivre son cours et qui passe complétement; que la syphilis, au contraire, est une maladie constitutionnelle qui pénètre largement dans l'économie, qui envahit tous les tissus et dont la durée est fort longue, surtout si on la néglige, et puis qu'en médecine il faut être prudent dans les analogies; mais ce que je puis conclure de ce fait, c'est que, en prenant soin de ne pas faire saigner la pustule vaccinale, comme j'ai eu le soin de le faire dans ce cas, et de ne prendre que le liquide vaccinal, on n'inocule que le virus vaccin, bien que le vaccinifère soit porteur du virus variolique.

DE L'INFLUENCE DE L'EAU DANS LA PRODUCTION DU LAIT,

Par M. Dancel.

C'est comme médecin observateur des phénomènes physiologiques que je prends la liberté de faire part à l'Académie des sciences de plusieurs faits qui tendent à prouver que l'eau con-

court d'une manière directe et pour beaucoup à la formation du lait.

J'ai vu que, quand les femmes viennent à allaiter, elles ne changent presque rien à la quantité des aliments solides qu'elles prennent habituellement, mais qu'elles boivent bien davantage. Beaucoup de médecins accoucheurs ont fait la même observation.

Quand une vache est pleine, qu'elle donne peu ou pas de lait, elle se contente pour boisson de douze à vingt litres d'eau par jour et même de moins; mais, aussitôt après sa délivrance, elle en demandera trente, quarante et cinquante litres, et la quantité de lait qu'elle donnera sera toujours en proportion de celle de l'eau qu'elle aura bue sans rien changer à son alimentation solide.

Parmi les vaches laitières qui paissent dans les pâturages, ce sont celles qui vont le plus souvent à l'abreuvoir qui donnent le plus de lait. Quand on les retire de ces pâturages pour les nourrir à l'étable avec des fourrages secs, elles donnent un quart et très-souvent un tiers de lait de moins, parce que dans le fourrage sec elles ne trouvent pas l'eau qui est dans l'herbe verte des champs.

C'est chez les femmes maigres qui viennent d'accoucher que l'on observe bien les rapports directs qu'il y a entre l'eau et la production du lait. Aussitôt qu'une femme maigre récemment accouchée donne le sein à son enfant, et que le lait vient à couler, elle est très-souvent prise d'un besoin impérieux de boire, qu'elle demande à satisfaire de suite. Ce besoin s'observe plus rarement chez les nourrices grasses, parce que chez elles l'organisme est pénétré de lymphe, d'eau qui est là, pour ainsi dire, en réserve pour les différents besoins du corps.

L'eau concourt donc directement et dans une grande proportion à la formation du lait.

Ce principe n'est pas admis dans la science; mais, dans les diverses expériences qui ont été faites pour connaître la vertu lactigène d'une substance, il n'a jamais été tenu compte de la quantité d'eau prise par les sujets soumis aux expériences. Je pense que c'est à tort et qu'il peut en résulter des erreurs.

Il y a un certain nombre d'années, on fit à Toulouse des expériences pour savoir si les tourteaux de graine de sésame pourraient être donnés avantageusement comme nourriture aux vaches. Ces essais ne furent pas satisfaisants. Deux membres de cette Académie reprirent plus tard ces expériences et firent manger de ces tourteaux à des brebis donnant du lait. Ces animaux, sous l'influence de ce régime, firent comme les vaches de Toulouse, ils donnèrent plutôt moins de lait qu'auparavant. Alors ces honorables expérimentateurs s'adressèrent à M. Damoiseau, nourrisseur à Paris, et lui demandèrent de nourrir ses vaches de tourteaux de graine de sésame et de constater l'effet qui en résulterait sur la quantité de lait. Ici l'expérience fut favorable. Chaque vache donna en plus par jour deux litres de lait. Mais, ce qu'on n'avait pas fait à Toulouse pour les brebis, M. Damoiseau le fit pour ses vaches mises en expérience : il mélangea les tourteaux avec une très-grande quantité d'eau, environ vingt-sept litres de ce liquide pour six kilogrammes de tourteaux, et cette grande abondance de liquide a été la cause de la plus grande abondance de lait obtenue.

De ce qui précède et de beaucoup d'autres faits qu'il serait trop long d'énumérer ici, je crois donc que l'on peut admettre que l'eau entre directement, pour une très-grande proportion, dans la production du lait.

APPEL AUX VÉTÉRINAIRES,

Sur la possibilité de guérir la morve par la vaccination.

Par M. Justin Lukomski.

Dans un article sur les applications thérapeutiques de la vaccination publié dans la *Gazette médicale de Paris* (nos 19 et 20, 13 et 20 mai) (1), j'ai appelé l'attention de Messieurs les vétérinaires sur la possibilité de guérir la morve par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du cowpox, ou plutôt par *l'équination*, inoculation du *horse-pox* (*grease pustuleux*).

Depuis, j'ai voulu voir moi-même l'éruption du horse-pox et les boutons vaccinaux qui sont la conséquence de l'inoculation de la matière fournie par cette éruption, soit sur la vache, soit sur l'homme. Le 5 juin dernier, je me suis rendu dans ce but à l'École vétérinaire d'Alfort, où j'ai eu le plaisir d'assister à une très-belle leçon de M. Auzias-Turenne, à la suite de laquelle M. Bouley a bien voulu prendre aussi la parole, et j'ai pu satisfaire ma curiosité. J'ai vu quelques chevaux atteints du grease pustuleux (horse-pox) et un cheval atteint des eaux aux jambes, j'ai pu me convaincre de la grande différence qui existe entre ces deux maladies, et j'ai constaté que les boutons, résultant de l'inoculation de la matière du horse-pox sur la vache, présentaient tous les caractères de bons boutons vaccinaux, et que le horse-pox pouvait fournir de grandes quantités de virus équin (identique au virus vaccin, mais plus énergique).

Ayant donc à leur disposition une source féconde d'un virus très-énergique identique au vaccin, les vétérinaires devraient bien expérimenter l'action thérapeutique de cet agent dans la morve, soit aiguë, soit chronique (farcin).

(1) Ce travail, que M. Lukomski vient de publier en une brochure in-8°, sous ce titre de : *Remarques sur la vaccination thérapeutique*, a pour objet d'exposer les divers effets thérapeutiques de la vaccination qui ont été constatés, soit fortuitement, soit par voie d'expérimentation, depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, et de formuler les indications d'applications nouvelles fondées sur la modification générale que la vaccination imprime à l'économie et sur l'action substitutive du vaccin par rapport à d'autres virus ou à de certaines diathèses. C'est de l'une de ces applications en particulier qu'il s'agit dans la note que nous communique M. Lukomski.

Je juge inutile de m'étendre ici sur les analogies que présente cette maladie avec la syphilis; je me bornerai à remarquer qu'elles sont assez grandes pour qu'un médecin très-savant et très-bon praticien, généralement reconnu comme le maître en syphilographie, ait pu commettre des erreurs de diagnostic en prenant des cas de farcin pour la vérole, et pour que, sans admettre comme Van Helmont que la vérole ait pris naissance par suite de la cohabitation des hommes avec des cavales malades, il ait pu pendant quelque temps penser que la syphilis n'était peut-être que la morve modifiée par son passage dans l'organisme humain. Or, la syphilis pouvant parfaitement être guérie par des inoculations réitérées de virus vaccin, comme cela est prouvé par plus d'un millier d'expériences faites en Russie, dans différents hôpitaux et dans la pratique particulière, pourquoi ne pas essayer l'inoculation du virus équin, identique au virus vaccin, mais plus énergique, comme moyen curatif d'une maladie plus énergique que la syphilis et qui présente avec elle de grandes analogies?

Sans parler de la *malleusation* (1) (inoculation du virus morveux), qui serait trop dangereuse pour l'expérimentateur, la syphilisation devrait aussi réussir contre la maladie en question; mais il se présente quelques objections :

1° La difficulté de se procurer du virus syphilitique bien énergique en quantité suffisante;

2° La faiblesse d'action du virus syphilitique sur un terrain qui lui est impropre;

3° Le danger pour les expérimentateurs et pour les hommes qui soignent les chevaux d'une inoculation syphilitique accidentelle.

J'ai demandé à M. Auzias-Turenne, si l'idée de traiter la morve par la syphilisation lui était venue, et s'il partageait mon opinion que cette maladie trouverait probablement son maître dans l'équination. Il me répondit qu'il n'était pas du tout contraire à mon idée sur l'équination, et qu'il avait depuis longtemps pensé à appliquer la syphilisation au traitement de la morve, qu'il en avait même parlé à M. Bouley, mais que ni ce savant, ni lui-même, n'auraient jamais le temps de se livrer à une expérimentation suivie, sérieuse.

M. Bouley, qui est un véritable ami du progrès, ne se refuserait pas sans doute à me fournir les moyens de me livrer moi-même à cette expérimentation; mais cela m'est impossible, pour le présent, vu quelques autres travaux que je tiendrais à finir avant mon prochain départ pour la Russie.

Dans la séance du 6 juin (par conséquent *après* ma publication dans la *Gazette médicale*), M. Thomas a présenté à l'Académie de médecine une note sur l'emploi de la vaccination comme moyen préservatif de la morve et du farcin. Je ne sais si ce médecin a eu en vue seulement la prophylaxie, ou s'il s'est occupé aussi de l'action curative de la vaccination dans les cas de morve déjà déclarée; je ne sais non plus si sa note ne contient que des considérations théoriques, ou si elle est le résumé d'expériences plus ou moins nombreuses, plus ou moins concluantes. Si M. Thomas n'a pas fait d'expériences, je lui conseille et le prie d'en faire. Tout en me réservant la priorité, la *paternité de l'idée*, je suis le premier à reconnaître que le mérite principal appartiendra à celui qui l'aura mise en pratique, qui en aura prouvé la justesse expérimentalement, grâce à qui enfin l'idée sera devenue un fait accompli. On pourra dire de lui qu'il a bien mérité de la science.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 août 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Ossian Henry fils sur les eaux de plusieurs puits et sources de la ville de Bar-le-Duc. (Commissaires : MM. Robinet, Boutron et Gobley.)

2° Des réflexions sur le choléra, par M. Cluet, officier de santé militaire en retraite. (Commission du choléra.)

3° M. J. Charrière présente à l'Académie un appareil nouveau fabriqué sur les indications de M. le docteur Demarquay, et destiné à maintenir réduites les luxations de l'extrémité interne ou externe de la clavicule.



Le maintien de ces luxations est généralement assez difficile. L'appareil de M. Demarquay se fait au moyen d'un plâtre que l'on prend sur le malade lui-même. Il est fait en cuir rigide A, moulé exactement sur le plâtre. L'appareil sert de point d'appui; l'application en est parfaite et uniforme, ne gênant en rien les mouvements ordinaires. Une partie du haut des bras est recouverte de manière à limiter ceux d'élévation seulement.

Deux pelotes compressives B et C, convexes ou concaves, sont fixées après deux ressorts de bandage et exercent une pression continue et invariable. Le tout est maintenu au corset ou au pantalon par des bretelles élastiques.

(1) De *malleus*, morve, virus *malleacum* (Littré, Dict. Nysten).

Ce nouvel appareil est d'une application générale comme point d'appui pour les torticolis et déviation de la tête.

— **M. le secrétaire perpétuel** donne lecture d'une lettre par laquelle M. Ruiz (de Lavison), membre associé de l'Académie, offre à la Compagnie la somme de 2,000 fr. pour instituer un prix sur la question suivante :

« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications et altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation.

« Le prix pourrait être décerné à la séance solennelle de 1870. Les médecins français et étrangers seraient admis au concours. »

Cette lettre est renvoyée au Conseil, qui avisera aux mesures à prendre pour la réglementation du prix proposé.

— **M. Briquet**, à l'occasion du procès-verbal, demande s'il n'était pas dans l'intention de M. Trébuchet et de M. Ségalas que le Mémoire de MM. Géry et Maindrault fût renvoyé à M. le ministre.

M. Dubois (d'Amiens). Il n'est pas d'usage à l'Académie de procéder de la sorte; l'Académie donne son opinion, envoie le rapport qui émane des Commissions, c'est-à-dire l'expression du jugement de l'Académie.

M. Depaul. L'Académie s'est préoccupée d'une question, la constatation des naissances à domicile, et cela n'était qu'une partie minime du Mémoire de MM. Géry et Maindrault, et ce n'était pas le but exclusif de leur travail.

M. Briquet. Mais M. Trébuchet et M. Ségalas voulaient assurément parler du Mémoire de MM. Géry et Maindrault.

M. le président. Nous enverrons à M. le ministre le rapport de M. Danyau et la discussion qui a suivi. Je vais consulter l'Académie si c'est bien là son sentiment.

L'Académie consultée adopte la motion du président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Nièvre et du Tarn-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

Peste des bestiaux en Angleterre.

M. le président. Si M. Bouley voulait nous dire quelques mots des observations qu'il a recueillies pendant le cours de sa mission scientifique en Angleterre, l'Académie serait heureuse d'entendre quelques détails sur la maladie des bestiaux arrivée dans la Grande-Bretagne.

M. Bouley. Quoique ma mission ne soit pas encore terminée et que je sois seulement ici en voyage, je m'empresse de répondre au bienveillant accueil de l'Académie.

J'ai reçu de notre ministre une commission pour aller étudier une maladie dont les effets ont eu beaucoup de retentissement; il s'agit d'une maladie indéterminée, et sur laquelle dans le sein même du Conseil privé de la reine d'Angleterre il y avait des doutes.

Dès mon arrivée, j'ai constaté qu'il s'agissait du typhus contagieux des bêtes à cornes, cette maladie qu'a si bien étudiée notre regretté collègue Renaud.

Voici comment les choses se sont passées il y a quelques mois :

Dans une *Dairy* de Londres, douze bêtes sont mortes rapidement, en présentant des symptômes que M. Simons, un vétérinaire qui avait été témoin d'une épidémie de typhus en Galicie, a déclaré être un véritable typhus des bêtes à cornes. Mais les journalistes anglais n'ont pas voulu accepter ce qu'avait dit le savant, ils ont discuté et se sont fait une opinion en dehors de la science.

Quoi qu'il en soit, l'épidémie a régné dans toute l'Angleterre; elle a passé en Écosse; l'Irlande seule a été jusqu'ici respectée. Ce que le gouvernement anglais eût pu tenter, s'il était dans les mœurs du peuple anglais de vouloir écouter le gouvernement en matière d'hygiène, les Irlandais l'ont fait spontanément, ils se sont opposés à l'introduction chez eux de bestiaux provenant d'Angleterre. Au contraire, en Angleterre et en Écosse les bestiaux même malades étaient vendus et conduits au loin, emportant avec eux le germe d'une infection soit dans les districts voisins de Londres, soit en Écosse.

La maladie des bestiaux que j'ai vue est le typhus, celui qui a son origine de temps immémorial dans les steppes de la Hongrie et de la Russie; quoiqu'il ait été dit que le typhus est le résultat de mauvaises conditions hygiéniques, d'une infection miasmatique locale, il est bien plus positif que le mal naît dans les steppes dont j'ai parlé, et qu'il émigre avec les bestiaux qu'on en tire pour les marchés d'Europe. Ramazzini, Lancisi ont déjà constaté des épidémies de ce genre. En 1815, nous avons vu le typhus en France apporté par le bétail de Hongrie, traîné à la suite des armées autrichiennes.

Au moment où j'étais à Londres, j'ai vu des bœufs de Podolie et de Moldavie, reconnaissables à leurs cornes, et malgré l'opinion des journaux anglais je persiste à croire que la peste des bestiaux a été amenée avec ces animaux. Mais j'ai encore une preuve à apporter à l'appui de mon assertion. Un marchand anglais m'a rapporté le fait. Au début de l'épidémie, trois cents bœufs ont été conduits à Londres; ils venaient de la Finlande, ils avaient été embarqués au port de Revel, et c'est par là que se fait d'ordinaire le commerce des bestiaux russes destinés à la consommation de l'Angleterre, consommation qui, comme on le sait, est très-active, puisque les marchés anglais tirent des bœufs de presque toutes les parties de l'Europe. Les bestiaux ont été débarqués à Hambourg, puis ont passé sur des bâtiments anglais qui les ont amenés en Angleterre. Deux de ces animaux faisaient partie des quarante bœufs de la *Dairy*, où l'épidémie a débuté.

Le typhus d'Angleterre est essentiellement contagieux, et même sans contact entre les animaux. Voici deux exemples : Un modèle de paccage anglais, soigné comme le soignent les Anglais, renfermant quarante veaux, ne communiquait avec aucune *Dairy* où il y avait des bœufs malades; mais elle était sur le bord d'une route qui conduisait à Londres, et par laquelle passaient des bestiaux. Cette bergerie a été atteinte du fléau.

Autre fait : un propriétaire d'une laiterie bien isolée avait voulu se rendre compte de la maladie du bétail; il était allé à Londres au marché voir les animaux malades. Quelques jours après son retour, son troupeau était atteint; il avait rapporté le germe du mal dans ses habits, et cela a été admis par plusieurs vétérinaires.

M. Bouley décrit ensuite les lésions anatomiques de la maladie. Ces lésions sont des ulcérations du feuillet et de la caillette; des plaques

gaufrées dans le duodenum, des vergétures, des arborisations vasculaires, qui donnent à la surface interne de l'intestin une disposition aréolaire; il y a des indurations des follicules de l'intestin; des ulcérations dans le colon sont recouvertes de caillots sanguins; enfin il y a de l'emphysème dans le poumon et dans la cavité abdominale.

La maladie a une incubation de cinq à six jours. Au début du typhus, les animaux sont abattus, leurs yeux pleurent en laissant écouler des larmes très-âcres qui déterminent une sorte de vésication des joues et des naseaux. La bouche est pleine d'écume, il y a une salivation intense et la muqueuse buccale ramollie se dépouille facilement de son épithélium. Plus tard, les animaux ont la tête tremblotante, puis ils sont pris de mouvements convulsifs. Ils tombent enfin dans un état de prostration extrême, ils tombent et ne peuvent se relever.

Pendant la période d'état de la maladie, vers le septième jour, il survient un amaigrissement subit. D'abord l'animal est constipé, puis une diarrhée fétide apparaît, et enfin des selles dyssentériques sont observées. La chaleur du corps diminue d'une manière sensible, un emphysème plus ou moins généralisé marque les derniers moments de la vie des animaux. Chez les vaches, on observe des lésions spéciales à la vulve, des marbrures de la muqueuse et des traces d'une inflammation très-marquée.

Les mouches se portent sur les yeux, sur la vulve, et lorsqu'on trouve dans les vieux auteurs, tels que Ramazzini, que dans la maladie épidémique du gros bétail il y a production de vers aux orifices naturels, on peut expliquer la remarque des anciens observateurs par l'existence d'œufs de mouches éclos sur les points dont elles font leur résidence habituelle.

M. Bouley termine par des remarques sur les mesures prises contre l'extension du fléau. Il constate que le gouvernement anglais est souvent désarmé. Les propriétaires se sont bien réunis pour faire enterrer leurs animaux morts et s'indemniser par une sorte de société d'assurance mutuelle, établie au moyen des primes par tête d'animal; mais il a été impossible que le gouvernement anglais prît des mesures de séquestration des animaux malades, et qu'il établît des cordons sanitaires autour des foyers d'épidémie. Peut-on dire alors quand le fléau verra sa fin? En 1713, alors que le *Self Government* n'était pas encore dans toute sa vigueur, l'épidémie de typhus a été de courte durée. En 1745, la liberté anglaise a grandi, le gouvernement a eu moins de prise sur la santé publique, l'épidémie a duré treize ans.

Discussion sur la thoracentèse.

M. BOULEY. *Ne sutor ultra crepidam.* Je ne discuterai pas la fermentation avec M. Poggiale, mais je me propose de chercher si la théorie chimique est vraie au point de vue de la pathologie, et quelle est la condition de l'action de l'air sur les plaies. Hunter, avant nous, a fait une distinction entre les plaies exposées à l'air et les plaies non exposées. Tous les jours nous vérifions l'exactitude de la proposition.

Ici M. Bouley rappelle des expériences qu'il a faites chez le cheval, où il a constaté que les plaies exposées à l'air suppurent toujours, et que les plaies sous-cutanées guérissent bien.

Pour expliquer cette différence, on a accusé l'action fermentescible de l'air, et les expériences de Spallanzani et Gay-Lussac soutenaient cette hypothèse; cela est changé. On nous accordera bien toutefois que l'air est toujours la cause des accidents, que ce soit par l'action oxydante de l'air, ou par l'existence de germes atmosphériques qui se développent dans les milieux organiques où ils trouvent les éléments de leur évolution.

M. Poggiale a dit qu'il y avait identité entre un ballon à expériences chimiques et la poitrine, et qu'un peu d'air causait plus vite l'altération des liquides organiques qu'un grand renouvellement de l'air. Je le crois, parce que cela m'est dit par une voix autorisée et des savants; mais je suis persuadé que les germes ne se comportent pas dans une partie saine comme dans une partie malade là où il y a des liquides fermentescibles.

Autre point, M. Poggiale croit que l'entrée et la sortie libre de l'air est moins favorable à la fermentation que la pénétration d'un peu d'air et son emprisonnement dans une cavité, je lui réponds par des faits: si l'on ponctionne un kyste, s'il s'introduit de l'air, si la cavité est bien refermée, le kyste ne suppure pas. Si l'air se renouvelle dans la cavité ouverte, il y a suppuration. Chez le cheval, si on laisse entrer un peu d'air dans les plèvres en même temps qu'on injecte une solution d'acide oxalique, les plèvres sécrètent une grande quantité de liquide, et si l'air ne se renouvelle pas, lorsqu'on ponctionne de nouveau la poitrine, il n'y a pas eu fermentation. Cela prouve bien que dans le thorax d'un animal les choses ne se passent pas comme dans un ballon à expérience.

Autrefois, M. Poggiale a dit à cette tribune que la cornue avait ses mystères; qu'il nous accorde que les cavités des animaux ont aussi leurs mystères.

M. Bouley rappelle encore les faits d'introduction d'air dans les tissus sains et les précédentes conclusions qu'il en a tirées.

Sénèque a dit, ajoute l'orateur: « Heureux celui qui ajoute quelques connaissances à celles de son siècle; » M. Pasteur est du nombre de ces heureux, mais sa théorie de la fermentation, récompensée d'une façon si éclatante dans une autre enceinte, vivra-t-elle toujours? L'avenir répondra.

Je signalerai aux expérimentateurs des expériences que j'ai commencées, et je leur recommande le cheval comme un excellent sujet. J'ai vu qu'un peu d'air enfermé dans la cavité pleurale chez le cheval ne cause aucun dommage très-sérieux; et j'ai vérifié les assertions que j'ai posées dans ma première argumentation.

L'air agit physiquement: en petite quantité, il gêne peu le développement du poumon; en grande quantité, il empêche la dilatation du poumon et cause l'asphyxie.

L'air agit chimiquement: en petite quantité, il ne produit pas de fermentation dangereuse; en grande quantité, au contraire, il entretient une décomposition incessante de matériaux organiques.

M. GOSSELIN. Je viens, dit l'orateur, répondre en quelques mots à M. J. Guérin.

J'ai dit qu'en principe l'air introduit dans les cavités pleurales pouvait avoir des dangers, mais je distingue. Je suis d'accord avec M. J. Guérin pour admettre que l'air renouvelé entrant dans une cavité où il y a du pus, un danger menace; et je reconnais avec M. Guérin que l'entrée de l'air dans les abcès par congestion est dangereuse.

Mais lorsqu'il y a dans le thorax un liquide séreux, je cesse de croire, ainsi que M. J. Guérin, que l'introduction d'une petite quantité d'air est un inconvénient très-sérieux.

Je ne pense pas que l'air introduit en petite quantité par une ouverture étroite, et qui va se réunir par première intention, cause des accidents, même s'il s'agit d'un épanchement purulent. Il n'y a pas de faits qui démontrent d'une façon absolue que de l'air introduit de la même manière dans des cavités pleurales, siége d'un épanchement séreux, ait à lui seul occasionné des accidents.

M. Guérin a invoqué des faits, il a parlé de A. Cooper, de Dupuytren; invoquer des observations d'ouverture de la poitrine avec le bistouri n'est pas prouver l'influence de l'air; l'inflammation de la plaie pouvait être en cause. Si Récamier a dit qu'il n'avait pas vu guérir de malades après l'opération de la thoracentèse, cela ne dit pas ce qu'ont été les observations, quelles étaient les conditions des malades, et surtout cela ne démontre pas que les malades soient morts de la thoracentèse plutôt que de la maladie pour laquelle cette opération avait été pratiquée.

En résumé, je répète ici ma première proposition: toutes les fois qu'il est entré de l'air dans une cavité, si l'on peut refermer la plaie par où l'air a pénétré et l'empêcher de suppurer, il n'y a pas de dangers.

Pour ce qui est du procédé opératoire, j'opte pour les procédés qui empêchent l'introduction de l'air dans la poitrine, la canule de Reybard ou la seringue aspiratrice de M. J. Guérin; je n'ai pas de préférence, et je crois même la seringue de M. J. Guérin bonne pour l'application des injections iodées.

Pour les épanchements purulents, nous savons comment les choses se passent; on fait une, deux, trois ponctions successives en raison de la reproduction du liquide; le pus se reproduit encore, et une ouverture fistuleuse persiste quelquefois, même quand on s'est servi de la seringue de M. J. Guérin; l'air entre et sort par cette fistule et le malade peut guérir. Dans certains cas, l'ouverture d'un espace intercostal avec le bistouri est ce qu'il y a de mieux à faire. On peut faire des injections, faire une contre-ouverture, passer un drain à la manière de M. Chassaignac, et cela n'est pas plus mauvais.

En résumé donc, il ne faut pas redouter trop l'entrée de l'air dans les plèvres, il ne faudrait pas éloigner les praticiens d'une opération qui rend des services.

M. Guérin a dit, en parlant de l'action de l'air sur les plèvres: il est reconnu que la ponction guérit plus que l'incision. Dans les quatre cas de pleurésie purulente qu'il a guéris par la thoracentèse, a-t-il toujours évité l'entrée de l'air; n'y a-t-il pas eu une fistule thoracique?

M. J. GUÉRIN. Dans un cas, j'ai fait cinq ponctions, il y a eu une fistule. Un abcès sous-cutané est survenu, qui a été ouvert par une ponction sous-cutanée et un trajet est resté fistuleux; mais c'était pendant que le malade guérissait.

M. GOSSELIN. L'air était entré dans la poitrine.

M. J. GUÉRIN. Que M. Gosselin parle de faits qu'il a vus et qu'il dise s'il a évité l'entrée de l'air dans la poitrine.

Que M. Gosselin se serve de mon appareil ou me confie un de ses malades, il pourra juger alors s'il y a une méthode qui vaille mieux que celle que j'emploie.

M. GOSSELIN. J'ai fait des ponctions avec la canule de Reybard, j'ai eu connaissance d'opérations faites par mes confrères de la même manière, il n'est pas entré d'air, mais aussi la plaie de la poitrine a été bien refermée, et c'est à cela que j'attribue volontiers l'absence d'accidents.

Maintenant, M. J. Guérin a obtenu des succès avec sa pompe; il fera bien de publier les nouveaux cas de guérison qu'il obtiendra, et ce sera là le meilleur argument qu'il pourra donner en faveur de sa méthode.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 26 août 1865, la Société de chirurgie de Paris a été autorisée à prendre le titre de *Société impériale de chirurgie.*

— La Société médicale du sixième arrondissement met au concours la question suivante: « Démontrer par des observations et des expériences nouvelles, si l'antagonisme entre l'opium et la belladone d'une part, et de l'autre entre les médicaments dans lesquels entrent ces substances, existe ou non. » (Prix de 300 francs.)

Les mémoires devront être adressés avant le 1er octobre 1866, terme de rigueur, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Ch. Martin, rue Bréa, 14, à Paris.

Les mémoires dont les auteurs se feront connaître seront exclus du concours; les mémoires doivent seulement porter avec le titre une épigraphe qui sera répétée dans un bulletin cacheté joint au mémoire. Ce bulletin contiendra le nom et l'adresse de l'auteur.

Traité théorique et pratique de l'obésité, avec plusieurs observations de guérison de maladies occasionnées ou entretenues par cet état anormal, par F. DANCEL, docteur en médecine; 1 vol. in-8°; prix: 6 francs. Paris; Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 103. — SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 2 SEPTEMBRE 1865. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Amputation sous-astragalienne (amputation de Lignerolles.)

Nous avons reçu de M. de Lignerolles une note où il expose ses droits à la priorité de l'invention de l'opération sous-astragalienne; voici la note de ce chirurgien.

Je viens de lire avec un vif intérêt, dans le n° 93 de la *Gazette des Hôpitaux*, les détails d'une amputation sous-astragalienne suivie de succès. Je remarque cette opération d'autant plus que le chirurgien distingué qui l'a pratiquée appartient à l'armée. M. le docteur Paul Dauvé répond par un succès au blâme fait de cette amputation, il y a quelques années, par un chirurgien militaire.

Je n'ai qu'une observation à faire à cette communication, c'est au point de vue historique. Avant 1859, M. le docteur Dauvé aurait encore pu dire : amputation Malgaigne, mais aujourd'hui ce n'est plus permis. En effet, M. Malgaigne a enfin reconnu que l'amputation sous-astragalienne ne lui appartient pas, et il l'a déclaré dans le *Moniteur des Hôpitaux* (1859, 27 août, p. 23); « qu'il (M. de Lignerolles), dit-il, en ait parlé le premier, c'est un fait hors de toute contestation, qu'il l'ait introduite dans la science, puisqu'il le croit, je n'ai rien à lui dire. »

Il y a une bonne raison pour cela, c'est ce que ce n'est pas possible.

M. Malgaigne s'est très-mal excusé de n'avoir pas lu la mention faite, en 1839, par le professeur Velpeau, dans son *Traité de médecine opératoire*. Il n'a pas lu non plus le *Dictionnaire classique* de Fabre, article Pied, page 364, écrit en 1841.

Ainsi il aurait trouvé aussi, de son côté, l'amputation sous-astragalienne en 1843, c'est-à-dire huit ou neuf ans après que je l'avais fait connaître, quatre ans après qu'elle avait été exposée dans des livres classiques qui sont entre les mains de tous. M. Malgaigne, conséquent avec lui-même, disant n'avoir pas eu connaissance de ce qui était imprimé, n'a pas non plus eu connaissance des procédés exécutés par moi ou, sous ma direction, par mes élèves, dans les pavillons et les amphithéâtres de l'École pratique, sur les nombreux sujets qui ont passé dans nos mains de 1835 à 1841. Plusieurs de nos collègues ont été plus clairvoyants, M. Robert et M. Dumay, son préparateur, entre autres maîtres, ont remarqué ces procédés et les ont mis en pratique dans leurs livres. Je ne vois qu'un auteur qui les ait passés sous silence, c'est M. Malgaigne.

Le public médical saura apprécier ses motifs. Il appréciera aussi l'air de famille qui existe entre nos procédés.

Voici comment, dans mes cours publics j'ai enseigné l'amputation sous-astragalienne, de 1835-1836 à 1841.

1° Section circulaire du pied, à plein tranchant, selon un plan vertical et perpendiculaire à l'axe du pied, sur le milieu du scaphoïde et du cuboïde, divisant du premier coup toutes les parties molles jusqu'aux os; une autre incision du tendon d'Achille à la première section, passant à un travers de doigt audessous de la malléole externe et divisant le tendon d'Achille, les ligaments péronéo-calcaniens; dissection des parties plantaire et dorsale, division du ligament interosseux avec la pointe du couteau, séparation du calcanéum, résultat remarquable, et qui n'est autre que celui obtenu par les procédés Roux, Verneuil, etc., etc. La ressemblance sera encore plus frappante si l'on pratique, au point de jonction des deux incisions, une demi-lune à convexité postérieure, ou si l'on bifurque la deuxième incision à trois centimètres de la coupe circulaire. Pour le pied droit, le chirurgien se place en dehors, et, pour le pied gauche, entre les jambes du malade; dans le premier cas, la main droite en pronation; dans le second, la main entre la pronation et la supination. Durée de l'opération : 55 secondes.

2° Section circulaire dont le plan est oblique des cunéiformes vers la face postérieure du calcanéum. Pour le pied droit, le chirurgien, placé en dehors, applique le couteau sur le calcanéum où il coupe le tendon d'Achille, passe à deux centimètres de la malléole interne, sur les cunéiformes jusqu'au bord externe du pied, reprend l'incision sur le calcanéum, la conduit à deux centimètres au-dessous de la malléole externe vers la terminaison de la première incision, sur le bord externe du pied. Tout doit être coupé, dans le premier temps, jusqu'aux os. Le lambeau est disséqué de bas en haut, l'articulation calcanéo-astragalienne est attaquée par le creux de même nom où le tégument interosseux est coupé d'avant en arrière et de dehors en dedans; le tégument coupé, ce qui est très-facile avec un peu d'habitude, tout est fini.

3° Il peut y avoir perte de substance à la face dorsale du pied, on taille alors un lambeau plantaire. On peut le pratiquer par ponction et le tailler dedans ou dehors comme dans l'amputation de Chopart, soit avant de désarticuler, soit après. Je le taillais avant de désarticuler.

4° La région plantaire étant désorganisée dans la partie antérieure, on pourra tailler un lambeau avec les parties molles du talon; on porte le couteau, le tranchant en haut, vers la plante, sur la ligne transversale qui correspond aux malléoles, pour diviser toutes les parties molles jusqu'à la rencontre de leur sommet; on termine par un lambeau dorsal et la désarticulation.

5° La méthode à lambeaux latéraux qu'on m'a laissée pour m'emprunter les autres sera suivie dans les cas exceptionnels où le lambeau ne peut être pris ailleurs. Malgré l'inconvénient de mettre la circulaire sous la base de sustentation, on peut réussir. On l'obtient facilement en modifiant la section circulaire (n° 2), en abaissant vers la face plantaire, en dehors et en dedans, la coupe circulaire, il en résulte deux lambeaux elliptiques qui sont réunis à la face plantaire.

Toutes ces opérations ont été renouvelées un grand nombre de fois pendant cinq à six mois sur des cadavres exposés aux yeux du public médical; aussi tout le monde les a-t-il vues et en a-t-il parlé, M. Malgaigne excepté.

M. Malgaigne reconnaît que l'amputation sous-astragalienne est mentionnée dans plusieurs livres quatre ans avant qu'il n'en ait parlé, il faut bien qu'il reconnaisse son état de notoriété publique, qu'elle a été exécutée un grand nombre de fois, et, certes, plus de *cent fois*, dans les bâtiments de l'École pratique, comme je l'affirmais dans ma lettre de 1859.

Tout ce qui a été écrit sur l'amputation sous-astragalienne repose sur ce que j'ai enseigné, et pour tout homme de bonne foi il est facile de reconnaître la parenté qui existe entre mes opérations et celles qui ont été faites après moi. On s'est donné, selon moi, bien de la peine pour faire plus mal et plus lentement, négligeant le *cito* des trois préceptes chirurgicaux. N'est-ce pas une raison pour conserver le nom de l'inventeur, à l'exemple du judicieux professeur Nélaton?

Du traitement de la chorée par le sulfate d'aniline.

Dans le *Medical Times and Gazette* du 3 mars 1862, le docteur Fraser a rapporté l'histoire de cinq cas de chorée traités avec entier succès par le sulfate d'aniline. Depuis cette époque, le docteur Fraser a eu recours aux mêmes médicaments chez deux nouveaux malades. Le premier, soumis d'abord au traitement ordinaire par les purgatifs, eut deux rechutes à de courts intervalles. Ce fut alors que l'on administra le sulfate d'aniline, et, comme le malade ne s'est pas représenté à l'hôpital, il est probable que la guérison s'est maintenue. Chez le second malade, on essaya, en premier lieu, le traitement par les alcalins, mais on dut l'abandonner pour revenir au sulfate d'aniline. Ces deux faits ont été publiés dans le numéro du 5 août dernier du *Medical Times*. Les voici en peu de mots.

1° Un jeune garçon de douze ans, né de parents qui n'ont jamais éprouvé d'affections rhumatismales, est amené à London hospital. Depuis quatre ans, il présente tous les symptômes de la chorée. On eut recours d'abord au jalap et au calomel, puis au sulfate d'aniline (sulfate d'aniline, 5 grains; acide sulfurique dilué, 10 gouttes; eau, 1 once), trois fois par jour). On pouvait observer les effets du médicament une demi-heure après son administration, la muqueuse buccale et les ongles prenaient une coloration bleuâtre qui allait en augmentant pendant deux heures, puis disparaissait graduellement. Le deuxième jour de ce traitement (commencé le 23 janvier), le malade se plaignit de céphalalgie et de vertiges.

Le 27, céphalalgie, vertiges et vomissements. On suspend le médicament. Le lendemain, le malade est bien, et les mouvements convulsifs ont perdu de leur fréquence et de leur intensité.

Le 29, on donne le sulfate d'aniline, et, dans la soirée, le malade accuse un léger mal de tête.

Le 3 février, le médicament est continué et plus ou moins bien supporté. L'amélioration est très-notable.

Enfin la guérison est complète le 25 février.

La quantité totale d'aniline, administrée du 23 janvier au 14 février, s'éleva à 290 grains.

2° Jeune garçon de dix-sept ans, cuisinier, qui n'a jamais eu de rhumatisme ni de vers intestinaux. Le début de sa maladie remonte à huit mois. Le côté droit du corps est le siége de mouvements convulsifs; en outre, il existe tous les signes physiques d'une lésion mitrale.

Le 23 janvier, on commence le traitement par l'aniline (sulfate d'aniline, 5 grains; acide sulfurique, 15 gouttes; eau, 1 once). Au bout de quelques jours, le jeune malade se plaint de céphalalgie et de vertiges. Les membranes muqueuses présentent une couleur mauve.

Le 29, on suspend le traitement, et, vers le soir, le malade est bien mieux.

Le 2 février, le mal de tête revient, mais non aussi intense. Depuis ce jour, l'usage du médicament n'est pas discontinué, et l'on n'observe aucun fâcheux effet, sinon une légère céphalalgie qui ne tarda pas à disparaître.

Le 29, le malade sort de l'hôpital étant parfaitement guéri.

La quantité d'aniline donnée fut de 315 grains.

Du développement des trichines.

Dans de récentes expériences, le docteur Fiedler, prosecteur à l'hôpital de Dresde, a étudié de nouveau le mode de développement des trichines. Nous empruntons au dernier numéro de la *Gazette médicale* le résumé de ces expériences.

La voie que suivent les embryons de trichines pour arriver aux muscles est directe ou indirecte, c'est-à-dire par la circulation.

Quand ils sont sortis de leur mère, ils percent la paroi intestinale et tombent dans la cavité péritonéale où on les rencontre ordinairement du dixième au quinzième jour après l'ingestion de la viande trichinisée. Ils ne paraissent pas y séjourner plus de vingt-quatre heures. Quand on trouve des embryons dans l'abdomen, on est certain d'en rencontrer aussi dans le péricarde, dans la plèvre et dans les muscles.

Le docteur Fiedler a des preuves directes du transport des trichines par le sang. Il en a trouvé à plusieurs reprises dans les caillots que renferment l'oreille droite et le ventricule droit, et il a vu que les muscles en contenaient qui n'étaient pas plus gros que ceux qui viennent de naître.

La fécondation des trichines femelles paraît se faire dans les deux premiers jours, et il se passe neuf jours environ avant que les embryons quittent la mère, en sorte que la durée du développement est de six à sept jours.

Les expériences qui ont été faites sur les substances qui pourraient détruire ces parasites soit dans les intestins, soit dans les muscles, sont toutes négatives et se résument dans la proportion suivante :

Jusqu'à présent il n'existe aucun moyen qui puisse empêcher le développement des trichines de l'intestin et la migration de leurs embryons dans les muscles, ou qui ait la propriété de tuer les trichines musculaires ou intestinales. M. Fiedler a essayé l'huile de térébenthine, les purgatifs, la glycérine, l'extrait de fougère mâle et le vinaigre de bois.

Il résulte en outre de ces diverses expériences que les trichines des muscles supportent très-bien une température de 30° à 40° R.; qu'ils ne meurent pas immédiatement sous l'influence d'une température de 50° à 52° R., mais que cette chaleur les altère au point que la vie les abandonne au bout d'un certain temps; qu'enfin ils périssent quand ils sont exposés à une température de 58° à 60° R. (environ 75° C.).

Ces expériences montrent donc que la cuisson d'une viande suspectée de renfermer des trichines doit être prolongée et complète avant de la livrer à la consommation.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. VERNEUIL.

Coup de pied de cheval. — Fracture de la rotule avec plaie cutanée de 3 centimètres. — Réunion immédiate par la suture et le collodion. — Épanchement considérable de sang et de gaz dans le tissu cellulaire. — Insuccès de la réunion. — Débridements multiples. — Phénomènes généraux graves dès le quatrième jour. — Mort le sixième.

Le docteur Beaumont (de Montmartre) me fit mander le lundi 14 août pour un accident qui venait de lui arriver. Il conduisait luimême une voiture très-basse. Le cheval avait rué et l'avait frappé aux deux genoux. A droite, le fer avait porté au niveau des insertions de la patte d'oie, et y avait laissé son empreinte sous forme d'une contusion sans déchirure profonde de la peau. A gauche, le coup avait porté sur la partie antérieure de l'articulation.

La rotule était fracturée presque transversalement à l'union du tiers

supérieur avec le tiers moyen. En même temps, l'extrémité du fer, agissant presque à la manière d'un instrument tranchant, avait fait à la peau une plaie à peu près transversale, longue de 3 centimètres, dont les bords très-nets étaient à peine écartés. Le genou était fléchi à angle droit lors de l'accident, mais l'extension du membre avait détruit le parallélisme entre la ligne de la fracture et la division cutanée. La première semblait remontée à 3 centimètres environ.

Lorsque je vis le blessé à midi, trois heures après l'accident, je constatai les particularités précédentes. L'écartement entre les fragments ne dépassait pas 7 à 8 millimètres. La plaie fournissait un peu de sang noir. Il n'y avait point de gonflement, à peine de douleur. Les bords de la plaie ne semblaient point contus. M. Beaumont, âgé de cinquante et un ans, d'une belle constitution et d'une santé robuste, malgré une imagination très-ardente ; un esprit cultivé et une instruction réelle, s'inquiète médiocrement de son état et n'entrevoit pas la gravité du cas. Je ne juge pas opportun de l'éclairer, encore moins de lui proposer une opération grave. J'espère ramener les choses à la simplicité et prévenir les accidents ultérieurs en obtenant la réunion immédiate de la petite plaie.

Après avoir enlevé les minces caillots qui bordent les lèvres de la plaie, je réunis celle-ci à l'aide de trois points de suture pratiqués avec des aiguilles et des fils très-ténus, et j'applique une couche large et épaisse de collodion. Une longue gouttière, disposée en plan incliné, maintient étroitement et immobilise le pied et le membre tout entier. Une vessie de glace suspendue à un cerceau recouvre largement toute la région blessée sans la fatiguer par son poids. Régime approprié : bouillons, potages, boissons délayantes.

Le lendemain matin, gonflement très-médiocre, bonne position du membre; cependant, en un point très-circonscrit, existe une douleur qui, sans être très-vive, agace le malade ; il se plaint de n'avoir pas eu de repos complet la nuit précédente, et croit devoir en accuser un des points de suture dont il voudrait bien être débarrassé. Je reconnais cependant que le point douloureux siége à plus d'un travers de doigt de la ligne de réunion, où l'affrontement paraît irréprochable, et qui n'offre aucun signe d'inflammation. Pour explorer les sutures, j'avais fenêtré la couche de collodion et mis la peau à découvert dans une petite étendue. Ne voyant rien de suspect, je prescris seulement en ce point des applications de laudanum pur et fais continuer la glace. Au reste, apyrexie complète et retour de l'appétit. J'autorise quelques aliments légers. Une noix de côtelette est prise avec plaisir dans l'après-midi. Moral calme.

La journée du mardi se passe bien. Le soir, les douleurs du genou paraissent se réveiller. Le malade s'administre une petite dose de morphine que j'avais permise au cas où elle serait nécessaire au repos. Le résultat sembla avantageux, car la nuit fut bonne.

Le mercredi, tout semble aller à souhait. Le genou est à peine tuméfié et à peu près insensible. L'application du froid est toujours très-agréable ; le point réuni est aussi exempt d'inflammation qu'au moment de l'application des sutures ; j'espère beaucoup le succès de la réunion, mais l'absence d'irritation locale me fait différer l'ablation des fils.

Le jeudi, la douleur du genou reparaît et la tuméfaction augmente un peu; un léger mouvement fébrile se déclare, et l'état général est moins bon. Cependant la suture ne paraît pas compromise ; je m'attendais bien à un certain degré d'arthrite traumatique. Je me contente donc d'instituer le traitement général : je conseille de restreindre les aliments; je prescris un lavement pour remédier à la constipation, et une potion avec l'alcoolature d'aconit. Le tableau malheureusement change dans la soirée et dans la nuit.

Le lendemain, les choses ont bien changé : quelques bulles de gaz et de sérosité sanguinolente s'échappent entre les points de suture; la tuméfaction du genou s'est accrue, et s'étend vers la jambe et la cuisse; il y a de la fièvre, du malaise ; la nuit a été agitée, et le malade parle avec une certaine exaltation. La réunion est évidemment manquée, et nous nous retrouvons devant les éventualités graves de la suppuration articulaire. Je dis quelques mots sur la possibilité d'une opération ultérieure ; mais le blessé, qui me comprend à demi mot, rejette avec vivacité toute tentative de ce genre ; peut-être ai-je à me reprocher de n'avoir pas insisté et de n'avoir pas posé catégoriquement la question. A cette époque, la résection du genou eût été réellement indiquée ; mais je suis certain qu'elle eût été catégoriquement refusée. Comme l'inflammation était encore circonscrite aux alentours de la plaie, je crus pouvoir la conjurer encore en enlevant les points de suture, en débridant la plaie et en substituant à la glace les cataplasmes émollients. Je donnai issue de cette manière à des gaz et à du sang noirâtre sans mauvaise odeur. Au voisinage de la fracture, je trouve un caillot noir, consistant, non altéré, ce qui prouve qu'il n'y a pas encore de suppuration; l'indolence du jarret, des parties latérales du genou, la possibilité même de soulever le membre sans provoquer de douleur, démontrent encore que l'arthrite n'est pas déclarée. J'attribue d'ailleurs l'agitation et une partie des troubles généraux à la constipation persistante et à une dose de morphine un peu forte que M. Beaumont a prise dans la nuit. En un mot, j'attends encore quelques résultats de l'expectation.

Mes illusions ne furent pas de longue durée. A dix heures du soir, les accidents locaux et généraux ont fait des progrès terribles : la jambe et tout le genou sont rouges, tuméfiés, très-douloureux en certains points, surtout au côté externe de la jointure et sur la face interne du tibia. Le toucher y révèle une crépitation emphysémateuse; délire continuel, face animée, pouls petit et fréquent, langue sèche, etc.

Dans le cours de la journée, l'inflammation avait marché grand train, et j'avais affaire à un phlegmon diffus commençant avec infiltration gazeuse.

Je ne pouvais à cette heure avancée et sans aide pratiquer l'amputation de la cuisse. Je me contentai donc, avec l'aide des personnes de la famille, d'endormir le malade, et de faire sur la jambe, sur les parties antérieure et latérale externe du genou des incisions larges et profondes qui donnèrent issue à une grande quantité de gaz et de sang altéré, qui paraissait déjà mélangé d'une certaine proportion de pus. Les débridements et la perte de sang qui en fut la suite amenèrent un soulagement très-notable ; le reste de la nuit fut meilleur; il y eut quelques heures de sommeil avec rêvasseries, mais sans délire violent.

Le samedi, je me trouvais à onze heures du matin, avec mes confrères, MM. Lefeuvre et Dufour, qui depuis l'accident avaient, conjointement avec moi, assisté notre pauvre malade. Les incisions avaient très-avantageusement modifié l'état de la jambe ; mais la lésion avait gagné la face externe de la cuisse et l'infiltration remontait de ce côté non loin du grand trochanter ; la face antérieure et interne, au contraire, n'avait presque rien, et la tuméfaction dans ce sens ne dépassait pas les limites de la synoviale. J'en conclus qu'il n'y avait pas d'infiltration dans la profondeur même du membre, qu'il y avait seulement propagation du phlegmon diffus, et qu'il était encore indiqué d'appliquer là les grands débridements.

Nouvelle anesthésie : trois incisions sont pratiquées sur la face externe de la cuisse et confirment mes prévisions ; du sang altéré et des gaz s'échappèrent en abondance de la couche sous-cutanée largement décollée ; en cas d'impuissance des débridements, j'avais formellement proposé l'amputation de la cuisse.

L'événement mit un terme à ces hésitations : la mort survint dans le cours de la nuit suivante.

CAS D'ATTAQUES D'HYSTÉRIE

à forme extraordinaire alternant avec de l'ataxie musculaire, complication de somnambulisme naturel,

Par M. le Dr MICHÉA.

On sait que, au milieu de leurs attaques, au lieu de se rouler à terre ou de s'agiter sur leur lit en cherchant à s'arracher les cheveux, à se frapper la poitrine, etc., etc., quelques hystériques restent dans la position verticale en prenant des postures étranges, en se livrant à des actes locomoteurs que ces sujets exécutent avec une force, une rapidité, une précision, une aisance, qui ne leur sont pas habituelles et qu'ils perdent totalement dans l'intervalle de leurs accès. Dans cette forme d'attaques hystériques, assez commune autrefois chez les femmes cloîtrées, où elle passait pour une maladie surnaturelle, pour un produit de la possession démoniaque, les sujets semblent, en effet, vouloir parfois rivaliser de force et d'adresse avec les bateleurs, tantôt en faisant des sauts de carpe (1) ou des culbutes (2), tantôt en courbant leur corps en avant ou en arrière, en forme d'arc de cercle, de manière à ce que la tête touche les pieds (3), tantôt en dansant sur leurs genoux ou en opérant des mouvements de reptation, tantôt en grimpant sur des arbres ou des murailles, tantôt, enfin, en se tenant très-longtemps en équilibre sur la pointe des pieds, en se transportant d'un point à un autre au moyen d'un seul pied, ou en opérant avec aisance d'autres mouvements non moins difficiles, comme j'ai eu occasion d'en observer moi-même plusieurs cas (4).

Il n'est pas non plus excessivement rare de voir la paralysie du mouvement ou plutôt l'ataxie musculaire alterner avec les attaques d'hystérie ; enfin il existe dans les annales de la science plusieurs faits de paralysie hystérique compliquée de somnambulisme naturel. Désessartz parle, en effet, d'un jeune homme devenu somnambule naturel deux mois après l'invasion d'attaques convulsives se manifestant d'abord une ou deux fois par jour, puis tous les deux jours ; et ce fut à la suite de ces attaques, ordinairement précédées de sentiment de suffocation, accompagnées d'envie de mordre et de frapper, que le malade perdit un jour subitement l'usage de ses membres et fut réduit à se servir de béquilles pendant environ un mois. (*Recueil de la Société de médecine de Paris,* numéro de février 1811). Guéritant mentionne le cas d'une jeune fille de dix-huit ans, nommée Adélaïde..., chez laquelle l'affection débuta par un affaiblissement progressif dans les membres inférieurs et supérieurs, suivi de violentes convulsions qui déterminèrent bientôt une paralysie complète des extrémités. Cette jeune fille, pendant ses crises convulsives, non-seulement recouvrait la liberté complète de ses mouvements, sortait facilement de son lit, se tenait debout, marchait, toutes choses qu'elle ne pouvait pas faire dans leur intervalle, mais encore parlait spontanément et répondait aux questions qu'on lui adressait, et, une fois l'accès terminé, ne conservait aucun souvenir de ce qu'elle avait dit ou fait pendant sa durée. (*Bulletin de la Société des sciences d'Orléans,* année 1811, t. III, p. 169). Enfin Landouzy rapporte l'observation d'une femme qui, percluse de ses membres le matin, devenait somnambule vers onze heures du soir. Alors elle se levait, marchait, parcourait sans lumière les différentes parties de la maison, et, le matin arrivé, quand le somnambulisme cessait, elle redevenait inapte à exercer le moindre mouvement, elle perdait la sensibilité dans ses membres, et cela jusqu'au retour d'un nouvel accès de somnambulisme. (*Traité de l'hystérie,* p. 112).

Le cas qui va suivre a beaucoup d'analogies avec ceux que je viens de citer. La seule différence, c'est que, dans les faits rapportés par Désessartz, Guéritant et Landouzy, il y avait plutôt paralysie du mouvement proprement dite qu'ataxie musculaire, et que les accès convulsifs étaient des attaques hystériques à forme ordinaire.

M. Charles X..., fils d'un magistrat, fut d'abord soigné par M. Jolly, et nous fut ensuite confié par ce savant praticien, empêché pour cause de maladie. Il est âgé de dix-sept ans, d'un tempérament nerveux et d'une constitution frêle et délicate.

D'une intelligence vive et précoce, à l'âge de quatre ans il étonnait tout le monde par l'à-propos de ses questions, par la justesse de ses réponses, par ses conversations plus sérieuses que celle des enfants de son âge. Il est aujourd'hui fort avancé dans ses études classiques. Peu enclin aux exercices corporels, il ne s'y est jamais livré dans son enfance avec l'ardeur de ses camarades. Il n'a jamais fait de gymnastique ; de tous les exercices corporels, celui du cheval est le seul auquel il se soit quelque peu livré.

Le 13 décembre 1861, M. Charles X... commença à se plaindre d'une céphalalgie. Il survint du hoquet, puis il accusa quelques jours après un sentiment de constriction au cou. Tous ces symptômes persistèrent, et vers la fin du même mois le jeune malade commença à éprouver de la gêne dans les mouvements, qui devint bientôt telle que la marche et la station furent rendues impossibles.

Le 5 janvier 1862, M. Charles X... a deux accès convulsifs, l'un à sept heures du matin, qui dure une heure, et l'autre à six heures du soir, qui se prolonge un peu plus. Depuis ce jour, les accès convulsifs continuent, et leur périodicité n'a point ou n'a presque pas varié; ils surviennent toujours au nombre de deux par jour, à très-peu de chose près aux mêmes heures, et ils ont constamment la même durée, environ une heure. Dans leur intervalle il est tout à fait impossible au sujet de se lever, de marcher et même de se tenir debout.

Une demi-heure avant de se manifester, ces attaques convulsives sont annoncées par de la céphalalgie, de l'impatience, un peu d'agitation et le plissement vertical des muscles du front.

Elles commencent par un cri sourd, guttural, qui ressemble beaucoup à celui de l'aboiement. La langue sort de la bouche en se recourbant tantôt en haut, tantôt en bas ; puis, soit sur son lit, soit au milieu de la chambre, le sujet se livre à des sauts, à des bonds, à des culbutes, à des cabrioles où il déploie une force et surtout une agilité et une adresse extraordinaires. Sa force est alors si grande que deux personnes ne peuvent l'empêcher de sortir de son lit ou ne le maintiennent qu'avec beaucoup de peine. Quant à son agilité, à son adresse, elles sont plus incroyables encore; il lui arrive très-souvent, par exemple, de vouloir, au milieu de ses sauts et des cabrioles, accrocher l'anneau de la sonnette de son lit à la flèche de ce même lit, qui touche presque au plafond, et il ne manque jamais d'atteindre son but du premier coup.

Les bonds, les culbutes, les cabrioles n'ont pas toujours la même intensité. Quand ils sont modérés, le malade parle presque constamment, il cause souvent ainsi avec sa mère qui l'interroge sur une foule de points. Il lui répond parfois avec un ton d'impatience et de colère, et toujours en l'appelant *madame*, au lieu de l'appeler *maman*, comme il le fait en dehors de ses accès.

Chaque accès se termine toujours par ces paroles : Oh! maman, j'ai bien mal à la tête, et le sujet ne se rappelle absolument rien de ce qu'il a dit ou de ce qu'il a fait pendant toute la durée de l'accès. En revanche, il se souvient parfaitement de presque tous les songes qu'il a pendant son sommeil ordinaire ou nocturne. Il est, du reste, très-souvent en proie à des rêves pénibles; il voit des précipices dans lesquels il se laisse choir ou dans lesquels on le pousse; il rencontre des obstacles qu'il ne peut parvenir à surmonter malgré tous ses efforts, etc., etc.

Le 6 février 1862, à cinq heures et demie du soir, je trouve le malade au lit, dans l'état de veille le plus complet, avec un tremblement assez marqué dans le bras gauche, et sans éprouver d'autres souffrances qu'un peu de céphalalgie. La peau est fraîche, le pouls régulier, de force moyenne, donne 76 battements.

Le sujet répond avec beaucoup de justesse et de netteté à toutes les questions que je lui adresse. On m'affirme, me dit-il, que j'ai deux fois par jour des crises nerveuses au milieu desquelles je fais des bonds et des culbutes sur mon lit ou au milieu de ma chambre, tantôt en parlant seul d'une façon décousue, tantôt en pouvant soutenir une conversation; mais je n'ai aucune conscience de ces crises et n'en conserve aucun souvenir.

En ma présence, il essaye, mais en vain, de se lever seul, de s'habiller, de marcher, de se tenir debout. Pour aller de son lit au salon, il faut que le valet de chambre le porte dans ses bras, ou qu'il le traîne dans un chariot. Il ne peut même pas se servir de béquilles; il ne se sent en équilibre dans la position verticale que lorsqu'il est assis ou à genoux. Alors il peut se tenir accoudé sur une table ou sur un balcon. Il peut alors aussi se peigner seul, se débarbouiller, mettre une chemise ou une cravate, mais il est tout à fait incapable de se chausser ou de passer un pantalon. Sans être gaucher, il se sert maintenant plus facilement de sa main gauche que de sa main droite. Avec cette dernière, quand il est à table, il peut bien porter sa cuillère ou son verre à sa bouche, mais il lui est impossible de couper sa viande ou son pain.

De plus, quand ses pieds touchent le sol, il lui semble qu'ils reposent sur une couche de coton ou sur un monceau de feuilles; il en est de même quand il appuie son bras droit sur quelque corps très-résistant.

Je prie le malade de mouvoir dans son lit ses extrémités supérieures, et il fait exécuter sur-le-champ aux deux bras et aux deux avant-bras des mouvements étendus et assez faciles. Sa main droite serre à peu près aussi fortement les objets que sa main gauche. Il meut également devant moi ses membres pelviens, il les étend et les fléchit aussi rapidement et aussi facilement qu'il fléchit et qu'il étend les membres thoraciques.

Après lui avoir bandé les yeux avec un foulard, et sans le prévenir de rien, je lui fais subir les épreuves suivantes :

Je lui tire fortement les cheveux, je lui en arrache même quelques-uns à la région frontale et à la région temporale du côté droit, et il reste tout à fait insensible à la douleur causée par ces opérations. Je lui bourre la narine droite de tabac à priser, sans qu'il éprouve aucun picotement dans la membrane pituitaire, et sans qu'il éternue. De ce

(1) Une jeune fille de vingt ans, dont parle M. le professeur Lordat, s'élançait à un pied et demi du siége où elle était assise, retombait à la même place, s'élevait de nouveau, immédiatement à la même hauteur, pour se rasseoir de la même manière, et cela sans relâche pendant cinq à six minutes. La promptitude de ces sauts était telle que M. Lordat, qui en était témoin, ne pouvait en apercevoir le mécanisme. (*Leçons de physiologie sur les fonctions du système musculaire chez l'homme.* Montpellier, 1835, p. 111.)

(2) Voir le fait rapporté par M. le docteur Bally, à l'Académie de médecine, dans sa séance du 12 septembre 1826.

(3) Voir une observation rapportée par M. le docteur Mottard dans la *Gazette médic. de Paris* (année 1839, p. 760); celle de Kennedy, dans les *Archives de médecine*, 3e série, t. IV, p. 229, et de M. le docteur Alexis Favrot, dans sa *Dissert. inaugurale.* Paris, 25 janvier 1844, 31e observation.

(4) Un excellent praticien du département d'Eure-et-Loir, M. le docteur Pichot, médecin à La Loupe, m'adressa, il n'y a pas bien longtemps, un jeune garçon qui, au milieu d'attaques hystériformes, marchait ou se tenait parfaitement en équilibre sur le rebord d'un lit et sautait d'un meuble sur l'autre avec l'aisance d'un jeune chat. Chaque accès débutait par une sorte d'*aura hysterica* tout à fait semblable à celle des épileptiques, c'est-à-dire par une douleur tellement vive, dans un ou plusieurs doigts des mains, que le sujet poussait des cris perçants en demandant qu'on lui amputât ces organes.

même côté droit, il est également réfractaire au chatouillement de l'aile du nez et de la commissure des lèvres, effectué à l'aide des barbes d'une plume. J'applique simultanément les deux pointes mousses d'un compas sur différents points de la joue droite, et il n'a jamais que la sensation d'une seule pointe, quel que soit l'écartement des branches du compas. Je le pique jusqu'au sang à la partie postérieure et à la région antérieure du bras et de l'avant-bras de ce même côté, et il ne perçoit pas la douleur causée par l'aiguille, bien qu'il sente cependant le contact de celle-ci. Au dos de la main droite, il ne perçoit qu'une seule pointe du compas, malgré l'écartement de ses branches, mesurant neuf centimètres.

Toujours les yeux bandés, il n'a plus de sensations exactes concernant le volume, la forme, le poids et la température des objets qu'il saisit ou qu'il touche avec sa main droite. Sous le rapport de la forme, il ne sait plus distinguer une cuillère d'un couteau; relativement au poids, il ne sait plus faire la différence entre une plume et une pièce de cinq francs en argent; et quant à la température, l'eau très-froide comme l'eau presque bouillante lui semble tiède.

J'élève son bras droit au-dessus de sa tête, en lui demandant de me dire dans quelle direction il est, et il me répond qu'il est en bas; je l'abaisse, et il me dit qu'il est en haut; je le porte dans l'adduction et dans l'abduction, et chaque fois le malade se trompe en voulant indiquer la direction imprimée à son bras. Je lui commande de porter à sa bouche un verre que je place dans sa main droite, et il ne peut pas y parvenir.

Rien de tout cela n'a lieu du côté gauche. Il perçoit très-vivement de ce côté la douleur produite par le tiraillement ou l'extraction d'un cheveu, il éprouve de la cuisson quand on lui introduit du tabac à priser dans la narine, et il éternue presque aussitôt après. Il sent parfaitement le chatouillement que déterminent les barbes d'une plume promenée sur l'aile du nez et la commissure des lèvres; il perçoit à l'écart de trois centimètres la sensation des deux pointes mousses du compas appliqué sur sa joue.

Il sent aussi très-vivement dans tous les points du bras et de l'avant-bras du même côté la douleur causée par la piqûre à l'aiguille. Au dos de la main, il perçoit la sensation des deux pointes du compas mesurant un écart de cinq centimètres. Il distingue très-bien avec cette main le volume, la forme, le poids et la température de tous les corps qu'il touche ou qu'il saisit. Il indique parfaitement et sans hésiter toutes les directions qu'on imprime à son bras; il porte de même à sa bouche un verre que je lui place dans la main.

Avant que je ne visse le malade, M. Jolly avait prescrit le valérianate d'atropine, à la dose d'un milligramme par jour. L'emploi du même médicament fut continué par moi, mais à la dose de deux milligrammes.

Le 9 février. Le malade sut que je devais venir pour observer son accès convulsif du soir. Il en fut contrarié, et pria sa mère de ne pas me laisser entrer dans sa chambre. Pendant ses attaques, à l'exception de sa mère et du valet de chambre, il ne souffre, du reste, personne autour de lui. Il ne veut même pas supporter la présence de son père, malgré son extrême affection pour lui, et quand on le contrarie sous ce rapport, il se met en colère, profère des injures aux personnes qui veulent forcer la consigne, toutes circonstances qui augmentent l'intensité des convulsions et en prolongent la durée ordinaire.

La famille, désirant que le malade ne fût pas contrarié, dans la crainte de voir redoubler ses crises, je ne pus donc observer les sauts, les pirouettes, les gambades, les culbutes que de loin, placé dans une chambre voisine, regardant par l'ouverture d'une porte légèrement entrebâillée. En conséquence, je dus renoncer à l'exploration de la sensibilité cutanée et musculaire pendant la période des crises. Au milieu de celles-ci, il a toujours, du reste, l'ouïe très-fine, et la vision ne cesse pas de s'effectuer.

Le 13 février. Je suis témoin de l'accès du soir, qui est retardé d'une demi-heure. Le malade s'aperçoit que nous l'observons, son père et moi; tout aussitôt il vient pousser avec violence la porte, derrière laquelle nous étions placés, et ses convulsions sont plus prononcées que d'habitude.

Le 15 février. Je trouve à trois heures et demie du soir le malade assis dans un fauteuil. Il ne se plaint d'aucune souffrance. Il a tout le côté droit du corps agité d'un léger tremblement; il consent de la meilleure grâce du monde à ce que je renouvelle les explorations citées plus haut, et le résultat en est, à très-peu de chose près, le même. Dans tout le côté droit du corps, les deux boules de liége qui garnissent les deux pointes du compas appliquées simultanément sur la peau ne donnent toujours lieu qu'à la sensation d'une seule boule, quel que soit l'écartement des deux branches du compas, ou bien fournissent la sensation des deux boules à un écartement plus considérable que l'écartement normal. Dans le même côté, les sensibilités de douleur, de chatouillement et de température continuent à être abolies. Il en est de même de la sensibilité musculaire, de la sensibilité de la conjonctive et de la sensibilité de la pituitaire. Quand le malade a les yeux bandés, il ne peut toujours pas indiquer exactement la direction dans laquelle on meut son bras droit. Il ne peut pas non plus avec ce même bras porter lui-même du premier coup et sans tâtonnement un verre ou une cuillère à sa bouche. Il continue à ne plus savoir distinguer un corps lourd d'un corps léger, tandis que rien de tout cela n'existe dans le côté gauche du corps.

Il annonce la visite d'un ami de sa famille qui habite la province, et sa prédiction se trouve accomplie (il avait entendu la voix de cette personne dans l'escalier, bien que celui-ci fût assez éloigné de la chambre du malade pour que personne autre que lui ne pût l'entendre).

Le 26 février. Malgré l'abaissement de la température extérieure (il tombait des flocons de neige), le malade fait ouvrir une fenêtre pour regarder dans la rue. Penché sur la balustrade de la fenêtre, il reste insensible à l'impression du froid produite par les flocons de neige qui tombent sur son visage et sur sa main du côté droit. Il perçoit, fort bien, au contraire, cette impression du côté gauche. L'ouïe a moins de finesse que les jours précédents. Le malade assure entendre fort peu de l'oreille droite.

Les accès convulsifs surviennent toujours deux fois par jour, et à peu près aux mêmes heures, mais ils sont moins violents. L'ataxie musculaire est toujours aussi intense.

Indépendamment du valérianate d'atropine, une douche sulfureuse d'une durée de cinq à dix minutes sur l'épine dorsale est administrée tous les deux jours.

Le 14 mars. Les convulsions sont notablement affaiblies; elles ne durent guère plus de vingt minutes à une demi-heure. Le malade commence à pouvoir se tenir debout et à marcher sans soutien. — Suspension du valérianate d'atropine. Continuation des douches sulfureuses sur l'épine dorsale.

Le 8 avril. L'ataxie musculaire, les paralysies du sentiment, les convulsions et le somnambulisme naturel, tout a complétement disparu.

(*La fin au prochain numéro.*)

RHUMATISME ARTICULAIRE

traité par les injections de sulfate de quinine,

Par M. DODEUIL, interne des hôpitaux.

Nous empruntons à un excellent travail de M. Dodeuil, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une observation qui offre un exemple d'un traitement dont l'emploi commence à se généraliser.

M[lle] Rose F..., domestique, âgée de trente-six ans, entre le 27 avril à la Maison municipale, pour un rhumatisme des plus intenses.

La malade n'a jamais eu d'accidents antérieurs; le début date d'environ une semaine; les douleurs articulaires sont générales; le péricarde est le siége d'un épanchement d'une abondance moyenne; la dyspnée est très-marquée; il n'y a encore aucune complication du côté des plèvres. Pouls à 92, face injectée, délire calme presque continuel.

Le jour même de l'entrée, injection de $0^{gr},30$, six ventouses scarifiées dans la région précordiale.

Le lendemain, le pouls a baissé de 8 pulsations; aucune autre variation ne s'est produite; la malade n'a pas eu de troubles de la vue ni de l'ouïe. Injection de $0^{gr},40$ en deux fois, nouvelle application de ventouses. Légers bruissements dans les oreilles.

Le 29 avril. Pouls à 76. Les phénomènes cérébraux sont modifiés; ils ressemblent plus à une légère ivresse quinique qu'au délire du premier jour. La matité précordiale est moindre; les douleurs des membres inférieurs diminuent. — Deux injections de chacune $0^{gr},25$.

Le 30. Même état. — Deux injections de chacune $0^{gr},30$.

Le 1er mai. Les douleurs ont diminué au bras gauche, elles sont devenues plus fortes au bras droit. La matité précordiale a diminué à la base; à la pointe, on perçoit un bruit de frottement péricardique; les bruits circulatoires paraissent encore éloignés. La dyspnée persiste. Pouls à 76. Délire calme. Épanchement pleurétique à gauche. Vésicatoire. $0^{gr},70$ en deux injections.

Le 2. Pouls à 76, dyspnée un peu moindre, six inspirations de moins par minute. Le délire a disparu. Deux injections de chacune $0^{gr},40$.

Le 3. La main droite seule reste le siége de vives douleurs. Même dose.

Le 4. La péricardite paraît céder; la matité est peu exagérée, les bruits du cœur sont plus distincts. La plèvre gauche contient toujours du liquide; on constate de plus un épanchement tout récent dans la plèvre droite. Vésicatoire. Sulfate de quinine $0^{gr},80$.

Les douleurs cèdent, les épanchements diminuent; la dose est graduellement restreinte pendant quatre jours.

Le 8. Une seule injection de $0^{gr},20$.

La diminution de la dose ayant été un peu prématurée, le pouls augmente de huit pulsations, et les articulations du membre inférieur gauche redeviennent douloureuses.

La dose est augmentée de nouveau. Rien d'important ne se produit pendant cinq jours. Les épanchements pleurétiques diminuent.

Le 14 au matin. La malade est prise de violentes douleurs dans la région cervicale postérieure. Injection de $0^{gr},04$ de chlorhydrate de morphine et de $0^{gr},25$ de sulfate de quinine. La malade est observée avec soin; elle est atteinte de nausées, de somnolence, de trouble léger dans les idées. Le pouls s'accélère.

Au bout de trois quarts d'heure, tout disparaît; les douleurs n'existent plus, le pouls est calme et même il donne huit pulsations de moins qu'avant l'injection.

Le soir, calme complet.

Pendant les quatre jours suivants, la malade a encore quelques douleurs vagues coïncidant avec les variations atmosphériques auxquelles cette femme est très-sensible.

La dernière injection est faite le 18 mai.

La convalescence a marché avec une rapidité merveilleuse.

M[lle] F... a eu, à la partie externe de la cuisse droite, deux petits abcès produits par les injections. Nous avons ouvert avec la lancette ces deux petites collections purulentes, dont la plus volumineuse avait les dimensions d'une noisette. Ce petit inconvénient n'a nullement chagriné la malade qui, jusqu'à la fin, a désiré la continuation du traitement par le même procédé.

Ce fait, intéressant à plusieurs titres, prouve en outre le bon parti qu'on peut tirer de la morphine associée au sulfate de quinine dans le traitement du rhumatisme.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 août 1865. — Présidence de M. GIRALDÈS, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

COMMUNICATION.

Plaie pénétrante du genou.

M. VERNEUIL. Puisqu'il s'agit de traumatisme du genou, je communiquerai à la Société un nouveau fait tout récent qui m'a bien péniblement affecté, et qui démontre encore l'extrême gravité des lésions de ce genre. Il a été observé sur un de nos confrères qui a succombé en quelques jours aux suites d'une fracture de la rotule compliquée de plaie au tégument. Impressionné par la discussion de la dernière séance et par l'espèce de réprobation dont avait été frappée l'opération dont je vous avais fait le récit, j'ai été plus réservé, plus timide, plus conservateur que mes convictions ne me l'eussent permis en d'autres circonstances, et je n'ai pas eu à m'en louer. Voici le fait. (Voir plus haut.)

En récapitulant les phases de ce cas malheureux, je me demande si j'ai suivi en réalité la meilleure marche. Devais-je dès l'abord proposer le sacrifice du membre? Mais la plaie était limitée sans contusion notable des bords. Comment résister à la tentation d'une réunion qui dans un cas analogue m'avait si bien réussi! La marche si simple dans les trois premiers jours me donnèrent raison; mais bientôt les accidents survinrent rapides et formidables; ce qui me trompa surtout, c'est que localement ils prirent les allures du phlegmon diffus et non point de l'arthrite suppurée. Cette forme de complication n'avait rien d'insolite, l'ouverture de la bourse séreuse anté-rotulienne y donne souvent lieu. Aurais-je empêché son développement en laissant dès le début la plaie ouverte? Mais alors je transgressais le précepte formel de réunir les plaies pénétrantes des articulations.

J'ai hésité à pratiquer une opération radicale dès le début, parce que celle-ci eût été refusée à coup sûr, et lorsque le moment arriva de prendre un parti, il était déjà trop tard, et nous étions débordés par les symptômes généraux.

Il faut ajouter ce fait au martyrologe des plaies pénétrantes du genou traitées par les moyens anodins, et je regrette de n'avoir pas été plus hardi; aussi en pareil cas je n'hésiterai plus à me montrer plus radical.

Lorsque autrefois je portai devant vous cette question importante, j'espérai que, puisant dans votre vaste expérience, vous voudriez bien citer tous les faits de votre pratique, afin que de leur réunion et de leur comparaison on pût tirer des préceptes plus sûrs, plus formels pour la thérapeutique de ces redoutables accidents. Mon appel à cette époque fut à peine entendu; je le renouvelle aujourd'hui, et je vous demande si en pareille circonstance vous eussiez agi comme moi ou différemment.

Je vous adresse donc les questions suivantes: Fallait-il amputer ou réséquer de suite? Fallait-il réunir et attendre? La réunion manquée, fallait-il agir immédiatement, et lors même que l'arthrite purulente n'existait pas encore?

C'est avec des faits nombreux diversement traités qu'on pourra seulement savoir lequel de ces partis est le meilleur. Tous sont graves, tous donneront des revers; mais quel est celui d'entre eux qui diminue la chance d'une mortalité si effrayante?

DISCUSSION.

M. RICHET. Notre honorable collègue, en nous invitant à rappeler nos souvenirs personnels sur la question qu'il soulève, nous prend un peu au dépourvu. Bien des moyens ont été proposés contre les grands accidents des plaies pénétrantes du genou. Je ne les ai pas tous mis en usage; ainsi, n'ai-je pas employé la méthode proposé par Reybard. Persuadé que tous les accidents tiennent à la rétention du pus, le chirurgien de Lyon proposait non-seulement d'ouvrir l'articulation, mais de trépaner les condyles. Il y a dans son mémoire deux cas de guérisons. J'ai eu recours aux grandes incisions, et dans un cas j'ai cru devoir, pour ouvrir l'articulation, cerner la rotule par une vaste incision demi-circulaire, qui me permît de la relever avec les parties molles, et d'agir dans l'articulation que je détergeai à l'aide de lavages. Il fallut cependant pratiquer l'amputation de la cuisse, et le malade succomba. J'ai été assez heureux, au contraire, pour guérir d'une arthrite traumatique suppurée un malade auquel j'appliquai de larges vésicatoires, d'après la méthode préconisée par notre collègue M. Fleury (de Clermont).

M. DOLBEAU. Je suis un peu surpris d'entendre déclarer à M. Verneuil que nous manquons de règles bien établies pour le traitement des plaies pénétrantes du genou. Il est démontré que bon nombre de malades ont guéri sous l'influence du repos, des réfrigérants et de la réunion. Il en est d'autres chez lesquels l'arthrite purulente s'est montrée. Je considère que dans ce cas il faut amputer et se hâter, car je ne connais pas de traitement efficace. Mais si la nature de la plaie le permet, je ne crois pas qu'un chirurgien ait le droit de poser d'emblée la question d'amputation. Je n'ai pas à vous exposer la manière de mettre en usage les moyens dont je parlais tout à l'heure. Je dirai seulement que je repousse la suture et que la réunion ne doit être tentée qu'à l'aide des agglutinatifs et en particulier du collodion.

Voici maintenant ce que j'ai observé. Un malade atteint d'une plaie bornée aux parties molles, mais assez étendue pour permettre de voir un des condyles fémoraux, a guéri sous l'irrigation. Chez un autre, il n'y avait qu'une plaie dont la pénétration avait pu paraître douteuse à quelques-uns; elle avait été produite par un caillou pointu. Arthrite purulente, refus d'amputation, mort. Enfin, j'ai vu survenir aussi l'arthrite purulente chez un malade auquel j'avais ponctionné le genou pour une hydarthrose. Je l'ai amputé et il a guéri.

M. LEGOUEST. La question d'amputation pour les plaies pénétrantes du genou ne peut être posée aussi catégoriquement que le voudrait M. Verneuil. Je rappellerai pour plus de commodité la division classique des plaies par instruments piquants, tranchants et contondants. Si la plaie par instrument piquant ou tranchant a été produite de telle façon que les parties molles nettement divisées n'aient pas subi d'attrition, que les os soient demeurés intacts, il ne faut pas hésiter à chercher à guérir par les moyens tout à l'heure indiqués par M. Dolbeau; mais, comme notre collègue, je repousse les sutures, quelles qu'elles soient. J'ai vu dans ces conditions plusieurs guérisons se produire. J'ai même vu la guérison obtenue dans un cas de plaie pénétrante par balle, les os n'étaient pas atteints.

Je reconnais toute la gravité de l'arthrite traumatique, mais je ne crois pas que nous soyons aussi désarmés qu'on semble le croire. C'est à peine si l'on songe aujourd'hui à se servir des sangsues; j'ai vu cependant dans quelques cas des arthrites heureusement modifiées sous leur influence. Il m'a été donné aussi d'en voir guérir à la suite des vésicatoires. Voici donc des moyens de prévenir l'arthrite et de la combattre.

La question d'amputation ou de résection ne se pose immédiatement que lorsque les os sont atteints. Vous trouverez dans le Manuel de Percy le cas d'un capitaine de navire qui guérit d'une plaie pénétrante du genou compliquée de lésions osseuses; il ne guérit, il est vrai, qu'après avoir traversé les plus grands accidents. Vous en trouverez d'autres à titre de cas rares dans les auteurs. Je dirais volontiers que de semblables faits ne servent qu'à induire les jeunes chirurgiens en erreur. Il m'arrive souvent de rencontrer dans mon quartier un enfant auquel j'ai vidé deux ou trois fois le genou par la ponction. L'articulation était remplie de pus. Je proposai l'amputation, elle fut refusée, et depuis le malade a guéri et se promène dans les rues. Il s'agit, il est vrai, d'un enfant, et tant de choses guérissent chez eux qui déjouent toutes les médications chez l'adulte. Il n'en est pas moins vrai qu'avec une arthrite traumatique du genou arrivée à la suppuration la question de l'amputation se pose inévitablement.

Mais c'est pour les cas que je viens de rappeler en dernier lieu, et non pour les pénétrations simples qu'elle est impérieusement et fatalement posée. Elle ne peut l'être, immédiatement du moins, en l'absence de complications.

M. MARJOLIN. Je partage les idées que vient d'exposer M. Legouest. Je crois cependant que l'on peut encore tenter la conservation lorsque les os sont atteints, mais il faut pour cela que la contusion n'ait pas été violente. Je crois que dans le cas de M. Verneuil la contusion violente qui avait accompagné la plaie rendait les accidents bien difficiles à conjurer. Je fais la part de guérison plus facile chez les enfants que j'ai surtout observés, il ne faudrait pas croire qu'ils guérissent tous, tant s'en faut. Je rejette d'une manière absolue l'emploi de la suture, cependant je rapproche les lèvres de la plaie à l'aide des agglutinatifs. Je repousse aussi l'emploi de la glace, les irrigations me semblent de beaucoup préférables, les ventouses scarifiées, les émollients complètent à peu près la série des moyens que je mets en usage.

COMMUNICATIONS.

Cancer du testicule. — Récidives.

M. TILLAUX fait une communication qui a pour but de compléter une observation publiée dans un Mémoire sur la maladie kystique du testicule qu'il a lu à la Société il y a plusieurs mois. Il s'agit d'un homme de trente-sept ans auquel M. Tillaux enleva, au mois de septembre 1864, à l'hôpital Lariboisière, une tumeur kystique du testicule, tumeur dont il plaça le point de départ dans les lymphatiques de l'organe, après en avoir fait une dissection très-minutieuse. Toute la question était de savoir si la production morbide se reproduirait ou non, si elle infecterait ou non l'économie.

M. Tillaux crut trouver un élément de pronostic dans l'origine lymphatique des kystes; il émit l'espoir que son malade guérirait sans récidive; mais cet espoir a été déçu. Le jeune homme a succombé ces jours derniers, et l'autopsie faite par M. le docteur Raynaud, à l'Hôtel-Dieu, a permis de constater un cancer de la rate, du diaphragme, de la plèvre gauche, du poumon et des deux cornes postérieures du cerveau. La fin de cette intéressante observation sera du reste publiée *in extenso* par M. Raynaud.

C'était donc bien à un cancer de la pire espèce que M. Tillaux avait eu affaire et c'est en vain qu'il a fait des efforts pour déterminer, pièce en main, la bénignité où la malignité de la maladie kystique du testicule.

Staphylôme sphérique congénital des deux cornées.

M. DOLBEAU. Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à votre examen si compétent les yeux d'un petit enfant venu au monde, à huit mois, dans le service de M. le professeur Depaul. Notre collègue, retenu par des devoirs officiels, m'a chargé d'examiner les pièces et de les apporter en son nom.

Pendant la vie, car cet enfant a vécu quelques heures, on a été frappé de deux choses : 1° de la saillie exagérée des deux cornées; 2° de l'aspect laiteux que présentent ces membranes.

Vus de côté, les yeux du petit enfant présentaient une apparence singulière; à la partie antérieure de chaque globe, il semblait qu'il y eût une petite sphère de cristal surajoutée au bulbe oculaire; l'œil paraissait très-brillant et cependant la cornée n'avait pas sa transparence habituelle; en outre, à la partie antérieure de la cornée, et suivant le diamètre vertical de cette membrane, il y avait une sorte de rainure transparente qui permettait de voir l'iris et les chambres de l'œil. Il semblait que la pupille fût verticale, et cependant, en y regardant de près, on voyait que l'orifice pupillaire avait sa forme circulaire.

Examinez, Messieurs, ce vice de conformation, puis nous ouvrirons les yeux et nous analyserons alors l'état anatomique de ces yeux.

Examen des deux globes. — L'énucléation de l'œil, étant préalablement faite, on trouve que la sclérotique est amincie par places, et laisse voir par transparence la teinte noire de la choroïde.

Œil droit. — L'œil droit est incisé de la manière suivante. A l'aide d'une pince, on fait un pli à la sclérotique en un point situé à peu près à égale distance de la cornée et du pôle postérieur du globe de l'œil. Puis on incise la sclérotique en ce point, et on continue l'incision de manière à diviser l'œil en deux segments : l'un antérieur, l'autre postérieur. La choroïde est respectée, et on détache de cette membrane la sclérotique incisée. On aperçoit alors, dans l'épaisseur de la choroïde et sur sa face externe, quelques taches rouges dues à des extravasations sanguines. La choroïde étant séparée de la rétine, on voit que ces hémorrhagies choroïdiennes n'existent pas sur la face antérieure. La pupille est parfaitement normale, centrale et circulaire, la chambre antérieure n'offre pas d'altération.

Sur la face postérieure de la cornée, on trouve deux dépressions produites par l'écartement des lames postérieures de cette membrane. C'est à la plus grande d'entre elles qu'est due la teinte rouge que l'on apercevait par transparence à travers la cornée. Cette teinte rouge avait la forme d'un losange allongé dans le sens vertical et pouvait faire croire à une pupille déformée et semblable à celle du chat.

Ces solutions de continuité ressemblent à l'écartement des bords d'une plaie faite à l'aide d'un instrument tranchant.

La plus grande d'entre elles a une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Sa position est près de la partie interne, et elle occupe la cornée en ce point dans toute son étendue, ses extrémités sont très-près de la sclérotique. La plus petite est environ de moitié moins longue que celle que nous venons de décrire, et elle est située en dehors de la précédente, à peu près au centre de la cornée.

Œil gauche. — Les altérations de l'œil gauche sont analogues à celles de l'œil droit.

Fongus tuberculeux du testicule. — **M. DEMARQUAY** présente une tumeur du testicule récemment enlevée et donne les renseignements suivants. (Cette observation sera publiée.)

M. GUYON. J'ai eu l'occasion d'étudier deux tumeurs du testicule en apparence semblables à celle que M. Demarquay vient de vous présenter. L'une d'elles a été montrée à la Société anatomique (*Bulletins*, 1857, p. 31); dans l'un et l'autre cas, la nature tuberculeuse, d'abord soupçonnée, fut complétement infirmée par l'examen microscopique. Cet examen fut fait par MM. Verneuil, Robin et moi-même.

M. VERNEUIL. Il s'agissait, en effet, d'une modification toute particulière de l'épithélium dont je n'ai pas observé d'autre exemple.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

98. De la pellagre, par M. Monribot.
99. Des principales eaux arsénicales de l'Auvergne (Mont-d'Or, La Bourboule, Saint-Nectaire, Royat), par M. Tournadre.
100. De la chorée, par M. Perrigault.
101. De la péricardite hémorrhagique, par M. de Lacrousille.
102. Considérations relatives à l'hygiène des nouveau-nés, par M. Ollivier.
103. Des paralysies consécutives à l'empoisonnement par la vapeur de charbon, par M. Laroche.
104. Recherches anatomiques et physiologiques sur la moelle des os longs; par M. Christot.
105. Considérations sur la convalescence qui succède aux maladies aiguës, par M. Layriose.
106. De l'avortement au point de vue médical, obstétrical, médico-légal, légal et théologique, par M. Ferdut.
107. Considération sur l'étiologie de la paralysie générale progressive, par M. Lagardelle.

Par décret en date du 26 août 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Cabrol, médecin principal de 1re classe.
Au grade de chevalier : M. Potier, médecin-major de 2e classe.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. L. H., élève en médecine	5
MM. les professeurs de l'École de médecine et de pharmacie de Nancy	53
G. Goupil, médecin aide-major	6
G.	20
Nélaton	100
Le docteur A. D.	2
Merle fils, négociant à Bagnols	1
M. le professeur Bouillaud	40
Total	227 fr.
Liste précédente	2,018 fr.
Total général	2,245 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considération sur l'étiologie et le traitement du goître aigu, à propos d'une épidémie observée dans la garnison de Clermont-Ferrand, pendant les deuxième et troisième trimestres 1862, par L. HALBRON, docteur en médecine, médecin aide-major de première classe; brochure in-8° de 24 pages; 1 franc. Paris, 1865; chez J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

De la maladie kystique du testicule, par le docteur E. CONCHE. Un vol. in-8°. Prix : 2 fr. *franco* dans toute la France. Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, t. IV, in-8, 1864-1865. Prix : 5 fr. rendu *franco* dans toute la France. Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 104. — MARDI 5 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 5 SEPTEMBRE 1865. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

§ 4. De l'excès de fibrine concrète dans les maladies; de la dyscrasie fibrineuse et de la plasticité du sang.

L'inflammation joue un rôle si important dans la production excessive de la fibrine que depuis les travaux de MM. Andral et Gavarret on a souvent identifié la phlegmasie avec ce qu'on a appelé l'hypérinose ou dyscrasie fibrineuse; il y a dans cette interprétation des erreurs graves qu'il importe de signaler, pour ne pas fausser la loi énoncée par ces éminents observateurs.

Cette loi, en effet, ne s'applique pas également à toutes les phlegmasies; si le processus inflammatoire est consécutif à une maladie générale, comme la dothiénentérie, la variole, etc., l'excès de fibrine ne se produit pas d'une manière aussi marquée, ni aussi constante que dans les phlegmasies dites légitimes.

C'est surtout lorsque les éléments fébrile et inflammatoire sont réunis que la crase du sang se modifie; mais la fièvre seule ne provoque rien de semblable; c'est donc l'inflammation qu'il faut invoquer en pareil cas.

Une autre condition favorable au développement de la fibrine, c'est la localisation de la maladie dans certains organes, particulièrement le poumon, et certaines membranes séreuses, telles que la plèvre, le péricarde, les synoviales. C'est particulièrement dans les inflammations rhumatismales des synoviales qu'on observe ce développement excessif de la fibrine, qui peut se traduire par 5 et 7 au lieu de 3, chiffre normal.

C'est aussi dans ces cas que Denis (de Commercy) a constaté l'augmentation de la plasmine; ses recherches, bien que fondées sur une méthode absolument différente, viennent confirmer de tout point la doctrine formulée par Andral et Gavarret.

Dans l'état physiologique, le sang contient 3,6 de fibrine concrète, 22 de fibrine dissoute, c'est-à-dire 26 de plasmine et 53 d'albumine. Dans la pneumonie, la plasmine s'est élevée à 56, c'est-à-dire au double.

De ces 56 parties de plasmine, 17 appartiennent à la forme concrète; c'est donc la fibrine concrète qui a le plus notablement augmenté. Dans la fièvre rhumatismale, on a trouvé 10 de fibrine concrète, 31 de fibrine dissoute; mais dans tous ces cas les proportions excessives ne s'établissent qu'aux dépens des autres albuminates; chaque fois que la plasmine s'accroît, la sérine diminue en proportion, et au lieu du chiffre 53, je trouve dans le rhumatisme 46, et dans la pleuro-pneumonie 38.

Il semble donc que la quantité de matières plasmatiques ou albuminoïdes n'augmente pas d'une manière absolue dans les phlegmasies les plus légitimes. Il existe même des inflammations, telles que l'encéphalite et la méningite, qu'elles soient fébriles ou apyrétiques, qui n'ont jamais le privilége d'augmenter le chiffre de la fibrine concrète.

On ne peut donc pas identifier l'inflammation avec l'hypérinose, qui n'exprime qu'un fait corrélatif, c'est-à-dire une transformation de l'albumine en plasmine.

A plus forte raison ne saurait-on considérer l'excès de matière plasmatique comme la cause de l'inflammation; il y a une vingtaine d'années on professait à Vienne que la crase fibrineuse devait être considérée comme le fait primordial, le point de départ de l'inflammation; le sang se charge de fibrine par suite d'une diathèse appelée inflammatoire qui ne diminue que lorsque la fibrine s'est déposée dans un organe ou un tissu quelconque; il y a dans ce court énoncé autant d'hypothèses que de mots.

Rien ne prouve, en effet, que la fibrine concrète soit augmentée avant le développement de l'inflammation. Andral et Gavarret ont clairement démontré que ces deux phénomènes sont connexes, que la fibrine s'accroît avec les progrès de la phlegmasie, mais que jamais cette production exagérée ne précède la manifestation des phénomènes locaux inflammatoires.

La fibrine, ne pouvant ni se former ni augmenter primitivement dans le sang, Virchow l'a considérée comme un produit qui prendrait naissance dans les tissus eux-mêmes; lorsqu'un organe est enflammé, certains éléments histologiques se détruisent, leurs déchets constituent la fibrinogène qui, en définitive, serait une substance rétrograde.

En supposant que ce premier point soit indiscutable, ce qui est loin d'être vrai, on peut facilement comprendre comment la fibrine s'accumule dans le sang; au fur et à mesure que les métamorphoses dénutritives s'opèrent dans l'organe malade, la lymphe en entraîne le produit ultime dans le système sanguin, et cela d'autant plus facilement que l'organe est plus riche en vaisseaux lymphatiques; c'est là ce qui explique, d'après Virchow, pourquoi le sang est toujours hyperfibrineux dans les inflammations pleuro-pulmonaires, pourquoi, au contraire, dans les encéphalites, le sang n'éprouve aucune modification appréciable; dans le cerveau, en effet, il n'existe que de très-rares vaisseaux lymphatiques, tandis qu'ils prédominent dans les organes respiratoires.

Si cette explication était vraie, si l'hypérinose mesurait exactement la richesse lymphatique des organes, le sang devrait être singulièrement appauvri en fibrine, lorsqu'il s'agit de l'inflammation des séreuses articulaires qui possèdent à peine quelques vaisseaux lymphatiques; or, c'est précisément le contraire qui a lieu. Il n'existe point d'inflammation, ni d'affection quelconque d'aucun organe qui dépasse le rhumatisme articulaire, sous le rapport de la production de fibrine (Bouillaud).

Donc l'hyperfibrinose n'est ni cause, ni effet, ni synonyme de l'inflammation, elle ne précède point la manifestation des phénomènes inflammatoires, ne leur succède point dans toutes les conditions et elle peut se montrer dans les états physiologiques ou morbides qui n'ont aucun caractère phlegmasique, ainsi qu'on l'observe dans la grossesse. Il n'est donc pas possible d'expliquer l'altération du sang par la facilité du transport de la fibrine; je me hâte d'ajouter que rien n'est moins démontré que l'origine locale de la matière fibrinogène.

En fait, la fibrine n'augmente ni par l'action topique des organes phlogosés, ni par un développement spontané; il n'existe point de dyscrasie fibrineuse d'origine locale ni de crase primitive.

Voici l'interprétation la plus plausible : le rapport entre la sérine et les matières plasmatiques s'est interverti; celles-ci, ayant augmenté, quoiqu'en général d'une manière relative, doivent naturellement fournir une masse plus considérable de fibrine concrète. Mais il reste à savoir sous quelle influence la sérine s'est transformée en plasmine? L'activité de la circulation et des oxydations dans les inflammations fébriles détermine un contact plus fréquent de l'oxygène avec les tissus et le sang; l'albumine du sérum sous l'influence de l'oxydation plus active forme ces produits plasmatiques qui, en se concrétant, sont plus près de la matière inorganique que la sérine. La fibrine serait donc, comme le croit le professeur Robin, un produit rétrograde.

De la fibrine dans les anémies. — Les saignées, loin de diminuer la fibrine concrète, tendent plutôt à l'augmenter; Magendie, en pratiquant pendant trois jours de suite une forte saignée à un chien, et réinjectant chaque fois le sang défibriné, obtint le deuxième jour autant de fibrine que la veille, et le troisième jour plus que les jours précédents. Cl. Bernard constate les mêmes faits; les dernières saignées contiennent plus de fibrine, mais celle-ci devient moins élastique et plus molle (Frémy).

Dans les anémies faibles, Andral et Gavarret trouvent 3 de fibrine concrète, et dans les anémies fortes 3,3 pour mille parties de sang. Toutefois, lorsqu'il y a eu des hémorrhagies intenses ou répétées, l'on voit parfois diminuer la fibrine et la sérine en même temps que les globules. Chez une femme qui avait éprouvé des métrorrhagies très-abondantes, le sang ne contenait plus que 1,8 en fibrine, et 61 en matériaux solides du sérum.

Ainsi, en général, dans les anémies, la fibrine dépasse le chiffre normal; mais il s'agit surtout de la fibrine concrète; or, nous savons que la fibrine qui reparaît sous cette forme est empruntée à la sérine ou à la fibrine dissoute.

Il n'y a donc pas excès de fibrine, mais une plasmine imparfaite et plus facile à dissocier.

CAUSES ACCESSOIRES DE LA COAGULATION.

La coagulation est le résultat du dédoublement de la plasmine; les circonstances qui favorisent cette modification isomérique sont l'oxygène du sang, certains agents physiques qui troublent la circulation; enfin les éléments histologiques du sang ou des parois vasculaires exercent des influences diverses sur la production de ce phénomène.

§ I. Des gaz coagulants. Oxygène.

Les divers gaz contenus dans le sang exercent sur la plasmine une action diamétralement opposée; l'oxygène en favorise le démorphisme, l'acide carbonique le ralentit; je ne parle pas de l'ammoniaque dont la présence en nature dans le sang doit être considérée comme douteuse.

La coagulation de la fibrine au dedans comme au dehors de l'économie se lie intimement, d'après Virchow et d'autres expérimentateurs, à la combinaison de l'oxygène avec le sang; la fibrinogène de la lymphe ne devient fibrine que quand, dans les vaisseaux, elle éprouve le contact de l'oxygène; nous avons déjà réfuté l'existence de la fibrine dans le sang; c'est la plasmine qui seule s'y retrouve toute formée; c'est sur cette substance que l'oxygène agit en favorisant son dédoublement. Les arguments ne manquent pas pour prouver au moins son influence auxiliaire.

Au contact de l'air, le sang se coagule plus vite et plus complétement qu'à l'abri de l'air; si on soustrait le sang entièrement à l'action de l'air, la coagulation peut être empêchée ou retardée; si, au contraire, on augmente les points de contact avec l'atmosphère, la coagulation est prompte et le caillot consistant; ainsi, si on reçoit le sang dans un vase plat, le caillot est volumineux et la coagulation procède de la superficie vers le fond.

A cette première argumentation, Brüke oppose une expérience contraire pour prouver que l'oxygène n'exerce qu'une influence très-contestable sur la coagulation; ce physiologiste recueille du sang dans un tube sous le mercure ou l'huile, c'est-à-dire à l'abri complet de l'air; or, au bout d'un certain temps, la coagulation ne saurait plus être empêchée; on peut même, pour éviter toute objection, priver le sang de l'oxygène que contiennent ses globules, et dont on serait tenté d'invoquer l'action coagulante; par la pompe aspirante, les globules peuvent être désoxydés, et cependant la coagulation finira par s'opérer.

Une autre preuve, invoquée en faveur de l'action coagulante de l'oxygène, est tirée du degré de coagulabilité que présenteraient les divers sangs physiologiques selon leur imprégnation plus ou moins complète par l'oxygène; le sang artériel qui est plus oxygéné se coagule, dit-on, plus vite, et donne un caillot plus ferme que le sang veineux. Le sang des animaux, qui respirent dans une atmosphère pure, se concrète plus rapidement que dans les conditions inverses; chez les animaux asphyxiés par défaut d'oxygène, la coagulation est même presque impossible; enfin la respiration de l'oxygène pur augmente la fibrine et la rend plus coagulable (Gardner).

De tous ces arguments, il n'en est pas un qui résiste à un examen sérieux; l'inhalation d'oxygène n'agit point sur la fibrine (Regnault et Reizet), la fluidité du sang des asphyxiés, et la diminution de coagulabilité du sang veineux s'expliquent par la présence en excès de l'acide carbonique bien plutôt que par le défaut d'oxygène.

Une expérience plus décisive en apparence, en faveur de l'action coagulante de l'oxygène, consiste à lier la jugulaire et à laisser pénétrer l'air au-dessous de la ligature; le sang se coagule immédiatement en ce point, tandis qu'il reste fluide au-dessus du point lié; Claude Bernard se servit même de cette injection d'air pour coaguler le sang des sinus vertébraux. Quelle que soit, du reste, la veine dont on cherche à coaguler le sang, il est une condition préalable pour que le contact de l'air, avec le vaisseau ouvert, détermine la coagulation, il faut que la circulation soit ralentie; dès que le cours du sang a diminué de vitesse, la fibrine se concrète sous l'influence de l'air. Si, la circulation étant ralentie, on remplace l'air ou l'oxygène par l'hydrogène, par l'azote, ou même par l'acide carbonique, la coagulation n'en a pas moins lieu. Donc, il semble qu'il suffise de l'interposition d'un fluide gazeux quelconque pour obtenir le même résultat; toutefois l'oxygène agit d'une manière plus certaine que les autres gaz. C'est l'acide carbonique qui s'oppose le plus longtemps à la coagulation.

§ II. — Coagulants physiques ou mécaniques. — Ralentissement de la circulation. — Corps étrangers. — Chaleur.

Le ralentissement de la circulation est une condition favorable à la coagulation, mais il n'en est pas la cause efficiente. Chez les animaux hibernants, la circulation est si ralentie que le sang est comme figé (Hunter), cependant cette stagnation n'est pas encore la coagulation tant que le sang reste refroidi. Mais si, chez un animal hibernant réchauffé, on retarde le cours du sang, ce liquide ne tarde pas à se coaguler.

Le contact du sang avec des corps étrangers est plus efficace pour produire la coagulation; il suffit de battre le sang ou de

(1) Voir les numéros des 8, 29 et 31 août.

l'agiter avec des balles de plomb pour obtenir la condensation de la fibrine; si on introduit dans une veine un corps étranger quelconque, aurait-il la ténuité d'une aiguille, on voit bientôt le sang se déposer, se coaguler autour de ce corps, et ce caillot devenir à son tour le point de départ de stratifications successives. Supposez que ce corps étranger provienne du système circulatoire lui-même, qu'il s'agisse d'un caillot veineux ou d'une embolie; ce corps, une fois fixé, formera le point de départ, le noyau d'une série de couches fibrineuses, comme s'il s'agissait d'un corps étranger ayant traversé les parois du vaisseau.

Enfin les rugosités que présentent parfois les parois vasculaires, par suite d'un athérome, d'un dépôt crétacé ou d'une destruction, ou même le plissement de la membrane interne, suffisent souvent pour arrêter et coaguler le sang, en un mot, pour agir à titre de corps étranger.

La chaleur est un agent puissant de coagulation, le froid la retarde ou l'empêche; chez les animaux à sang froid, en hiver, la coagulation est tellement lente qu'on peut filtrer le sang de la grenouille, les globules restant sur le filtre (Müller, Bernard).

L'action de la chaleur se démontre de plusieurs manières, et une foule de circonstances favorables à la coagulation se rattachent à l'excès de température. Ainsi, pendant la digestion, le sang est plus coagulable, parce que sa température est plus élevée que pendant l'abstinence. Ainsi, dans un vaisseau vivant ou dans le cœur, le sang conserve sa fluidité pendant un certain temps (Brüke); mais, si on vient à chauffer le conduit vasculaire, la coagulation commence.

La coagulation peut même se faire spontanément dans le vaisseau ou dans le cœur au bout d'un certain temps, qui commence précisément avec la disparition de l'irritabilité musculaire. Or, la perte de l'irritabilité est due à ce que le muscle s'acidifie et devient rigide par la coagulation du suc musculaire; la chaleur agit de même, elle produit sur le suc musculaire et sur le sang un effet identique et simultané; ils se figent tous deux (Bernard).

La chaleur, toutefois, ne suffit pas seule pour décider la coagulation; la section du filet cervical sympathique produit un excès très-marqué de température dans le sang des vaisseaux de la face, et cependant le sang ne se coagule pas, c'est qu'en même temps son cours s'accélère; supprimez cette cause, et la coagulation se fait.

§ III. — **Influence des globules sur la coagulation.**

D'après Colin, les globules rouges, en s'agglomérant, ont le pouvoir d'agir comme des corps étrangers, et de décomposer la fibrine, qu'il considère comme un albuminate alcalin. Or les globules s'accumulent dès que le sang est sorti des vaisseaux; si leur agglomération est prompte, la fibrine se coagule plus lentement; ainsi, chez les animaux, la lenteur de la coagulation est en raison inverse de la précipitation des globules; c'est chez le cheval que les hématies s'empilent le plus vite et que la coagulation est le plus lente; vient ensuite le chien, le lapin et finalement le porc, l'oiseau; chez ce dernier, le sang se prend immédiatement en masse, car ses globules se précipitent lentement.

Voici d'autres preuves invoquées par Cohn : le sang, traité par une solution saline, ne se coagule pas, parce que les globules tombent rapidement; le sang, placé sous la pompe aspirante, reste fluide, parce que les globules se disséminent; certains transsudats ne se coagulent pas dans l'économie, étant privés de globules; mais, s'ils restent stationnaires, on y trouve des cellules d'exsudat ou des flocons fibrineux qui font l'office de corps étrangers et agissent comme coagulants.

Enfin, comme preuve pathologique, Colin invoque les phénomènes de l'anémie; le sang anémique présente une diminution de globules rouges, un excès de globules blancs, quelquefois un certain excès de fibrine, et il se coagule facilement; or, comme les leucocytes ne forment pas masse, comme les globules rouges sont trop rares pour se précipiter immédiatement, ils se rassemblent dans le plasma et favorisent la coagulation.

Cette théorie, si bien édifiée en apparence, ne soutient pas l'examen; en effet, les globules peuvent manquer entièrement, et cependant la coagulation a lieu, c'est ce qui arrive chez le cheval; la partie supérieure du caillot est privé de corpuscules et se coagule néanmoins. Le nombre des globules n'a d'action que sur la forme, mais non sur la formation du caillot. Enfin l'action des globules serait uniquement mécanique si elle était démontrée, et la doctrine n'aurait plus le caractère vitaliste que l'auteur lui assigne.

§ IV. **La vitalité des parois vasculaires est un obstacle à la coagulation du sang.**

La paroi des vaisseaux exerce sur le sang une influence diamétralement opposée aux agents physiques, elle fluidifie le sang; pour le prouver, il suffit d'étudier ce qui se passe lorsqu'on place le sang dans un organe vivant ou au contraire dans un vase inerte. Renfermé dans le cœur, la veine d'un animal vivant, ou dans un vaisseau chylifère, le sang reste fluide au moins une demi-heure; si, au contraire, on emploie un vaisseau ou un cœur privé de vie depuis quelque temps, la coagulation se fait en quelques minutes, même à l'abri du contact de l'air. En général, dès que l'irritabilité s'éteint, les tissus perdent leur pouvoir fluidifiant (Bernard, Brüke); ainsi, chez les oiseaux, les organes musculaires sont rapidement privés d'excitabilité, le sang se coagule très-vite; au contraire les membranes, provenant d'un animal à sang froid, peuvent maintenir la fluidité pendant douze heures et même vingt-quatre heures. Supposez maintenant qu'on sépare le sang de la paroi vasculaire en interposant un cylindre de verre, tout le sang qui est dans le vase se coagule, et le reste se maintient liquide. Il semble donc que toute paroi morte suffise pour produire la coagulation (Brüke).

Mais cette expérience ne prouve qu'une seule chose, c'est que tout corps étranger introduit dans un vaisseau peut figer le sang. Si on introduit un corps inorganique ou un fragment de fibrine dans un vaisseau, un caillot se forme immédiatement autour de ce corps; Brüke dit qu'en pareil cas le sang se fige, parce qu'il n'a plus de contact avec la paroi. Mais, lorsqu'une embolie fibrineuse circule avec le sang, n'est-ce pas ce caillot migrateur qui devient le point de départ d'une nouvelle coagulation, comme un cristal de sulfate de soude, introduit dans une solution saline, provoque une nouvelle cristallisation ? Or la coagulation se fait, même quand l'embolie est en contact avec la tunique vasculaire.

Tout ceci prouve l'action des corps étrangers sur le dédoublement de la plasmine, mais ne prouve pas en faveur de l'action exclusive de la paroi.

En effet, il peut arriver que les caillots intra-veineux se creusent des canaux où le sang continue à passer à l'état fluide, tant que le courant général est rapide; or, en pareil cas, cette colonne liquide est séparée de la paroi du vaisseau, et cependant elle ne se coagule pas. Ainsi voilà du sang qui reste fluide malgré l'éloignement de la paroi, de même que tout à l'heure le sang se coagulait autour d'une embolie malgré le voisinage de la paroi vivante.

Les preuves indirectes tirées de la pathologie ne sont donc pas concluantes. Voici un dernier argument invoqué par Brüke.

Dès qu'un vaisseau est altéré, le sang s'y coagule; mais ce n'est pas parce que les membranes sont lésées, ni parce que le sang est privé de leur action vitale, que la coagulation s'opère; la paroi agit simplement comme ferait une surface rugueuse, c'est une action purement mécanique; en effet l'inflammation artérielle ou veineuse, la dégénérescence athéromateuse, n'entraîne pas toujours la condensation du sang, il faut que la circulation se ralentisse; or une faiblesse générale du cœur et un sinus valvulaire suffisent pour former les thromboses marastiques; ce sont encore des conditions mécaniques qui agissent en pareil cas, car la paroi est intacte.

Au résumé, les données pathologiques s'expliquent par les influences physiques, les expériences sur les parois saines sont bien instituées; mais, comme la contre-épreuve manque, on ne saurait en déduire cette conséquence, que la paroi seule soit assez puissante pour préserver le sang de la coagulation; car, si on introduit dans un cœur vivant du sang étranger, c'est-à-dire qui provient d'un autre animal ou d'une autre région circulatoire, ce sang perd sa fluidité. Quant à l'innervation, si elle jouait un rôle quelconque, ce serait par l'intermédiaire de la paroi vasculaire.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Fongus tuberculeux du testicule.

M. A..., âgé de trente-cinq ans, architecte, est entré à la Maison municipale de santé le 27 juillet 1865.

Ce malade, qui paraît d'une constitution assez faible, dit cependant s'être toujours bien porté; il n'a jamais fait de maladie grave. Il ne connaît pas d'antécédents pathologiques dans sa famille. Il dit n'avoir jamais contracté la syphilis, dont il ne présente du reste aucune trace.

Huit mois avant son entrée à la Maison de santé, ce malade s'aperçut que son testicule gauche était plus gros que normalement. Il n'y éprouvait aucune douleur; il ressentait seulement à de rares intervalles quelques petits élancements.

Ce testicule augmenta peu à peu de volume; il était très-dur, nous dit le malade; la peau restait normale. Mais un mois avant son entrée, elle devint rouge, luisante, et, trois semaines après, elle s'ouvrit dans le point le plus saillant de la tumeur, c'est-à-dire à sa face antérieure.

Voici quel est l'état du malade le jour de son entrée :

Le testicule droit paraît sain et d'un volume normal; toute la partie gauche du scrotum forme une tumeur dure, volumineuse et assez pesante. A la partie antérieure, la peau est rougeâtre et tendue, et au centre de cette partie il existe une petite ulcération fongueuse large de 1 centimètre. La tumeur est toujours indolente, même à la pression dans toute son étendue; il est impossible de retrouver le testicule, ce qui montre que c'est bien cet organe lui-même profondément altéré qui constitue la tumeur.

Au point de vue de son état général, le malade paraît très-affaibli. Il a beaucoup maigri, il est sujet depuis quelque temps à des sueurs nocturnes; cependant il ne tousse pas. Dès son entrée, on soumet le malade à un régime tonique et réconfortant.

Mais l'ulcération, qui à l'entrée du malade était à peine de 1 centimètre, s'agrandissait rapidement, et elle ne tarda pas à envahir presque toute la face antérieure de la partie gauche du scrotum.

A l'entrée du malade, son état général ne permettait pas de tenter une opération; mais, cet état s'améliorant sous l'influence du régime, M. Demarquay se décida à pratiquer l'ablation de la tumeur le 21 août.

Comme nous l'avons dit, la peau était détruite par ulcération sur presque toute la face antérieure de la tumeur. M. Demarquay commença la dissection autour de la partie ulcérée. Cette dissection fut longue et pénible à cause de l'adhérence très-intime de la tumeur aux parties voisines. Son adhérence à la cloison scrotale était même telle qu'on fut obligé d'enlever cette cloison; on mit ainsi à nu le testicule du côté droit. Lorsqu'on fut arrivé à la partie supérieure de la tumeur, il fallut prendre de grandes précautions pour éviter la blessure du corps caverneux correspondant auquel la tumeur adhérait. Enfin, on coupa le cordon, et la tumeur fut définitivement enlevée. Il fallut faire de nombreuses ligatures, car l'état général du malade devait faire éviter une perte de sang un peu abondante. Néanmoins, dans la journée, il se déclara dans l'angle supérieur de la plaie, près du corps caverneux, une hémorrhagie abondante qu'on dut arrêter par le fer rouge.

Le malade eut dans la journée quelques vomissements qu'on pouvait attribuer au chloroforme.

Le lendemain et les jours suivants, l'état du malade devint très-satisfaisant.

Rien de particulier à noter du côté de la plaie.

La tumeur enlevée a la forme d'un ovoïde un peu aplati. Son poids est de 180 grammes. La grande circonférence mesure 22 centimètres, la petite en mesure 19. La surface de section est lisse, et offre une couleur blanc jaunâtre. Sur un point de son étendue est un petit îlot de couleur noirâtre que l'examen microscopique a montré être un débris de tissu sain de la glande séminale. Cette coupe seule fait voir que la tumeur est constituée par une dégénérescence totale de la glande et de l'épididyme tout à fait confondue avec elle. En haut et comme englobée par la tumeur, on voit une partie rouge et comme charnue : c'est l'origine du cordon, qui paraît être resté sain.

Voici quel a été le résultat de l'examen microscopique, qui a été fait par M. le docteur Ranvier :

Dans les portions jaunâtres et caséeuses qui forment la plus grande partie de la tumeur, on trouve des noyaux et des cellules ratatinées, une substance amorphe parsemée de fines granulations graisseuses; cette matière unit fortement entre eux les autres éléments, de telle sorte qu'il est difficile de les désagréger; de gros corpuscules noirs, granuleux, formés par des cristaux de margarine ou de stéarine en aiguilles, et réunis de telle sorte qu'ils vont en rayonnant d'un point central, enfin des granulations et des gouttelettes de graisse libre.

Il n'est pas possible d'observer dans cette masse caséeuse de vestiges des canalicules spermatiques. On y remarque quelques vaisseaux paraissant oblitérés.

A la limite de la grande masse caséeuse, on trouve vers quelques points un tissu grisâtre et translucide. Ce tissu est constitué par des éléments cellulaires du tissu connectif accumulés en grande quantité entre les tubes séminifères. Les parois de ceux-ci sont fixées par le tissu de nouvelle formation; leur épithélium a subi la dégénérescence graisseuse dans quelques points, mais non dans tous.

En résumé, cette production pathologique doit être rangée dans le groupe des produits tuberculeux. La dégénérescence caséeuse n'a pas pour point de départ des granulations *grises*, qui ne se rencontrent pas ici, mais bien du tissu connectif de nouvelle formation développé entre les conduits spermatiques.

CAS D'ATTAQUES D'HYSTÉRIE

à forme extraordinaire alternant avec de l'ataxie musculaire, complication de somnambulisme naturel (1);

Par M. le Dr Michéa.

Réflexions. — La nature des phénomènes convulsifs ne peut souffrir le moindre doute. Il est évident qu'il s'agissait d'attaques hystériques. Seulement ces attaques revêtaient une forme extraordinaire, puisque pendant toute leur durée le sujet se livrait à des séries de culbutes qu'il exécutait avec une aisance prodigieuse, puisqu'il faisait sur son lit ou sur le parquet de sa chambre des sauts de carpe tels, que son corps s'élevait à une hauteur de plus d'un mètre et demi, puisqu'il avait enfin tant de dextérité dans ses sauts et ses gambades, qu'il parvenait du premier coup à accrocher l'anneau de la sonnette de son lit à la pointe de la flèche de celui-ci.

D'une autre part, il est difficile de rencontrer un cas plus tranché d'ataxie musculaire sous la forme hémiplégique. Je dis à dessein ataxie et non pas paralysie. En effet, ici les actes locomoteurs ne sont pas abolis, à proprement parler, dans le côté droit, puisque le sujet, quand il est couché ou assis, remue le bras et la jambe de ce côté à peu près avec autant de liberté qu'avant d'être malade, c'est-à-dire puisque ses mouvements volontaires n'ont presque rien perdu de leur force. Seulement il ne peut plus coordonner, combiner, régler, équilibrer ces mouvements quand il marche ou quand il les exécute dans la position verticale.

On ne peut songer ici à rattacher l'ataxie musculaire ni à une lésion anatomique des cordons et des racines postérieurs de la moelle (sclérose spinale postérieure), ni à une altération matérielle du cervelet ou de la périphérie des nerfs sensitifs, car alors il serait impossible de comprendre comment le sujet qui, dans l'intervalle de ses attaques convulsives, était incapable de marcher, de se tenir debout, de se servir de sa main droite pour manger et s'habiller, pouvait au milieu de ces mêmes attaques, c'est-à-dire deux fois par jour, recouvrer la faculté de coordonner ses mouvements, pouvait se lever seul de son lit, marcher sans soutien, se servir de sa main droite comme de sa main gauche pour accomplir tous les sauts et toutes les gambades auxquels il se livrait. Évidemment l'ataxie musculaire dépendait d'un trouble purement fonctionnel, et ce trouble consistait dans des paralysies du sentiment (anesthésie cutanée et anesthésie musculaire). En effet, dans tout le côté droit du corps, quand l'ataxie musculaire succédait à l'attaque convulsive, la peau était tellement insensible, qu'on pouvait la pincer et la piquer, etc., sans que le sujet en éprouvât le plus léger sentiment de douleur, et que d'une autre part, quand on y appliquait simultanément les deux pointes mousses d'un compas, selon la méthode de Henri Weber, il ne percevait jamais que la sensation d'une seule pointe, quel que fût l'écartement des deux branches du compas.

Relativement à l'anesthésie musculaire et à la paralysie du

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

sens musculaire ou du sentiment d'activité musculaire, qui n'en est qu'un mode, elles étaient non moins indubitables, car le sujet, quand on lui bandait les yeux, perdait dans tout le côté droit, surtout dans l'extrémité supérieure, le sentiment exact du poids et de la résistance, et car, en outre, il n'avait plus la conscience de la direction des mouvements qu'on imprimait à son bras droit.

L'explication de la force, de l'agilité ou de la dextérité que les hystériques peuvent manifester au milieu de leurs attaques, fut fort embarrassante après la chute de la pathologie démoniaque. Naguère encore elle déconcertait bien des physiologistes. « Quelle est donc, disait en 1837 l'éminent secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, à propos de ces femmes que, suivant les propres expressions de Georget, cinq ou six personnes ont peine à contenir quand une seule suffirait hors le temps des attaques; quelle est donc, disait M. Dubois (d'Amiens), la nature de ce nouveau principe qui communique tant d'énergie à un être si faible lorsqu'il règle lui-même ses mouvements? » Et, en désespoir de cause, il ajoutait : « Il faut en convenir, les moyens que la nature emploie lorsqu'elle doit arriver ou lorsqu'elle cherche à arriver à un but déterminé, nous sont inconnus, mais le but n'en existe pas moins. (*De l'Hypocondrie et de l'Hystérie*, p. 250.) »

D'après M. Briquet, les formes extraordinaires de la convulsion hystérique auraient pour cause une perturbation toute cérébrale. « C'est, dit cet auteur, par l'effet de l'impression faite sur l'imagination qu'on peut expliquer les sauts et les postures extraordinaires ainsi que les sortes de tours de force qu'exécutent des hystériques au moment de leurs attaques convulsives. Il aura suffi de parler à une fille atteinte de convulsions d'une autre fille qui aura eu des convulsions extraordinaires, ou bien de la vue de ces convulsions, pour que, involontairement, et sans même avoir la conscience d'avoir été frappée de cette vue ou de ce récit et de s'en être piquée d'émulation, elle ait à son tour des convulsions tout aussi singulières, et même encore plus extraordinaires que celles qui lui ont servi de modèle... Une attaque de convulsions hystériques n'est autre chose que la répétition exagérée des actes par lesquels les émotions morales se manifestent au dehors, actes auxquels peuvent, en raison de diverses influences, celle de l'âge entre autres, se joindre divers phénomènes particuliers qui dépendent de ces influences. (*Traité de l'hystérie*, p. 374 et 375.) »

Ainsi, selon M. Briquet, le jeune âge serait une circonstance qui aiderait beaucoup à faire comprendre l'agilité et la dextérité extraordinaires que déploient certaines hystériques au milieu de leurs attaques convulsives. Sans doute, la circonstance dont il s'agit doit être prise en considération, mais elle est insuffisante relativement aux attaques des hystériques sur le retour où l'on peut observer cette agilité, cette dextérité, ces postures singulières tout aussi bien que dans les attaques d'hystérie survenant à l'époque de la puberté.

L'explication proposée par M. Briquet soulève une autre objection. En effet, si, comme le pensent certains auteurs, au nombre desquels se trouve M. Dubois (d'Amiens), tous les rapports physiologiques entre le cerveau, organe de la vie psychique, et la moelle allongée et la moelle épinière, sources de la vie automatique, sont interrompus dans les accès bien caractérisés d'hystérie; si, quoique continuant plus ou moins à fonctionner chacun séparément, le système cérébral et le système spinal perdent alors l'influence qu'ils exercent l'un sur l'autre, on ne comprend pas comment les émotions, la mémoire, l'instinct d'imitation peuvent jouer le rôle que leur attribue M. Briquet.

Il est établi aujourd'hui en physiologie que le sens, appelé musculaire par Charles Bell et sentiment d'activité musculaire par Gerdy, est, sinon la seule source, du moins une des sources de la faculté de combiner, de coordonner, d'équilibrer les mouvements. En effet, les sujets atteints d'une paralysie de ce sens ou de ce sentiment, paralysie qui n'est, je le répète, qu'un mode de l'anesthésie du tissu musculaire; ces sujets, dis-je, atteints de paralysie du sens musculaire ou du sentiment d'activité musculaire, deviennent, comme on le sait, maladroits. Ils ne peuvent plus marcher avec précision ou sans soutien, ni même se tenir debout, et quand on leur place un bandeau sur les yeux, ou qu'ils se trouvent dans l'obscurité, ils ne savent plus distinguer la direction des mouvements qu'on imprime, ou qu'ils impriment eux-mêmes, à leurs membres. C'est précisément le cas de notre malade dans l'intervalle de ses attaques convulsives.

Or, si la paralysie du sens musculaire ou du sentiment d'activité musculaire explique pourquoi les ataxiques sont gauches, maladroits, incertains dans leurs mouvements, inhabiles à les coordonner et à les équilibrer, il s'ensuit logiquement que l'exaltation de ce même sens ou de ce même sentiment peut donner la raison des phénomènes inverses chez les hystériques, c'est-à-dire expliquer l'agilité, la dextérité, la prestesse qu'on observe parfois chez ces malades; qu'elle peut rendre compte de l'aptitude qu'ils ont à accomplir pendant leurs attaques convulsives des mouvements extraordinaires qu'ils exécutent avec l'aisance et la précision de ceux des bateleurs.

L'hyperesthésie musculaire chez les hystériques est, du reste, un symptôme aujourd'hui hors de doute. M. Briquet a établi lui-même par des faits nombreux que ce symptôme qu'il nomme myosalgie est très-fréquent chez ces malades, plus commun que l'hyperesthésie cutanée, car, partielle ou générale, la myosalgie y existerait chez les six septièmes des sujets (410 fois sur 430 cas), tandis que la dermalgie se manifesterait seulement sur un neuvième.

Or, si la paralysie du sens musculaire ou du sentiment d'activité n'est qu'un mode de l'anesthésie des muscles, l'exaltation de ce même sens ou de ce même sentiment ne peut être qu'une variété de la myosalgie.

Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont, il est vrai, empêché d'explorer la sensibilité musculaire et la sensibilité cutanée chez Charles ***, pendant ses accès convulsifs; mais nous avons pu, en revanche, nous livrer sans aucun obstacle à cette exploration chez d'autres hystériques dont les attaques avaient beaucoup d'analogie avec les siennes. Chez une dame de quarante-cinq ans qui, pendant ses accès, renversait le tronc en arrière, marchait sur ses mains avec une jambe relevée, se transportait d'une extrémité de sa chambre à l'autre au moyen d'une seule jambe; chez cette dame, dis-je, qui étonnait tous les assistants par ses postures étranges et qui était très-surprise elle-même de tous les mouvements difficiles qu'elle accomplissait sans aucun effort; l'hyperesthésie musculaire était très-évidente pendant toute la durée des accès, car la moindre pression des parties charnues, surtout la pression des muscles vertébraux, faisait pousser des cris à la malade. Il y avait également de la dermalgie, car la peau de certaines régions, notamment celle du front, était douloureuse au plus léger contact.

De plus, le tégument externe jouissait d'une si grande délicatesse tactile, au front principalement, que la malade y percevait le déplacement des moindres courants d'air, le mouvement et la chaleur, par exemple, de l'haleine des personnes qui parlaient devant elle à plus d'un mètre de distance. De là chez cette dame, qui convertissait en signes toutes les vibrations de l'air, imperceptibles pour d'autres personnes, l'illusion qu'elle avait un sixième sens au front, qu'elle pouvait entendre et converser par le front.

L'hypothèse, d'après laquelle l'exaltation du sens musculaire interviendrait dans les gambades, les cabrioles, les sauts de carpe, les culbutes des hystériques, aurait encore pour elle ce fait très-exact, admis par M. Briquet, à savoir que chez ces malades la myosalgie occupe surtout les muscles des gouttières vertébrales, c'est-à-dire précisément ceux qui agissent le plus dans les exercices des bateleurs. On sait en effet que ce sont les muscles sacro-lombaire, long-dorsal, transversaire et transversaire épineux qui entrent en contraction de haut en bas, quand sur les places publiques ces hommes renversent le tronc en arrière, marchent ou se tiennent en équilibre sur la tête.

Quelle que soit la cause des convulsions extraordinaires qui avaient lieu deux fois par jour chez notre jeune hystérique, l'ataxie musculaire dont elles étaient suivies constitue un fait d'alternance à l'appui de l'hypothèse d'après laquelle l'innervation se comporterait à la manière d'un fluide dont la quantité est déterminée, et qui, par conséquent, doit tendre à s'épuiser momentanément sur tous les points de l'économie où il en a été fait une trop grande dépense.

CALCULS VÉSICAL ET URÉTHRAL. — TAILLE.

(Observation recueillie par M. le Dr L. SORBETS, d'Aire (Landes).)

Du Fau (Jean), né à Duhort-Bachen (Landes), âgé de dix-huit ans, éprouve depuis son enfance les symptômes propres à l'affection calculeuse. Douleurs du côté de la vessie et à l'extrémité de la verge; envies très-fréquentes d'uriner, puis incontinence d'urine; positions variées dans le lit; jet interrompu, etc. M'ayant consulté à l'âge de quinze ans, je reconnus, à l'aide du cathétérisme et du toucher rectal, un calcul dans la vessie. Malgré les douleurs et les difficultés de la miction, il ne voulut pas consentir à se laisser opérer.

Il y a quelques mois à peine, des symptômes autrement graves se manifestèrent du côté des voies urinaires. Ils étaient dus à une complication assez rare, à la présence d'un calcul uréthral. Le cathétérisme fut impossible. Le toucher extérieur faisait reconnaître une production lithique, tandis que par le toucher rectal on constatait dans la vessie une pierre d'un assez fort volume.

Les longues souffrances, un mauvais régime, et les troubles fonctionnels produits par le développement des calculs, avaient réduit ce jeune homme à un état de maigreur très-prononcé. Son teint pâle et le peu de développement de son système musculaire prouvaient le trouble amené dans son organisation par cette cruelle affection.

Décidé cette fois à le débarrasser de ses calculs, je fis appel, pour faire cette opération, à l'habileté chirurgicale de mon honorable collègue, le docteur Dupouy (de Bascons), qui pratique, depuis plusieurs années, avec un rare bonheur, toutes les opérations relatives aux affections des voies urinaires. En général, il donne la préférence à la lithotritie chez les adultes, et à la taille chez les enfants. Telle était aussi l'opinion de Roux qui, dans son Mémoire lu devant l'Académie (1847), signala les avantages de la taille sur la lithotritie, surtout chez les enfants. Cependant MM. Civiale, Ségalas et Le Roy (d'Étiolles) ont publié des cas intéressants suivis de succès obtenus chez les enfants à l'aide de la lithotritie. Il faut reconnaître alors des circonstances spéciales qui désignent, dans l'espèce, le choix du procédé, subordonné à des indications particulières.

L'état du malade constaté avec le plus grand soin, il s'agissait, pour triompher de cette complication, de choisir le meilleur procédé opératoire. Quel était-il? On pouvait par la lithotritie broyer le calcul uréthral, et, dégageant ainsi la portion prostatique de l'urèthre pour arriver dans la vessie, terminer l'opération par la taille. On pouvait encore donner passage au calcul engagé dans l'urèthre à l'aide d'une incision faite à la peau, ouvrir l'urèthre, et cette boutonnière pouvait servir de point de départ pour les autres temps de la cystotomie, dont je ne décrirai pas toutes les phases. Ce fut là le procédé adopté.

Après avoir introduit avec assez de difficulté un cathéter cannelé dans la vessie, le docteur Dupouy fit une incision parallèle à la direction de l'urèthre; il arrive ainsi jusqu'au calcul engagé dans le canal, qu'il retira à l'aide des pinces de Hunter. Ce calcul, de forme pyramidale, avait le volume d'une petite amande. Puis, saisissant un bistouri convexe, il mit en usage le procédé connu sous le nom de taille périnéale latéralisée; il fit l'incision oblique qui du raphé allait se terminer sur le milieu d'une ligne, allant de l'anus à la tubérosité ischiatique; l'index de la main gauche fut placé de la manière connue de tous les chirurgiens, et servant de guide au bistouri droit. Cet instrument pénétra jusqu'au fond de la rainure du cathéter que je tenais en place. Le doigt servit alors de guide au lithotome, celui-ci a été introduit à son tour dans la vessie, et, par une pression exercée sur le levier, la lame s'est développée en se retirant et a incisé les parois vésicales suivant une direction analogue à l'incision extérieure.

A l'aide des tenettes, un calcul oblong assez volumineux fut retiré. Mais comme il présentait un col et que sa partie postérieure était adhérente, il se sépara en deux parties. Nous introduisîmes le doigt dans la vessie par la plaie extérieure dans le but de déterminer la vraie situation de cette partie du calcul qui se trouvait enchatonnée. Elle fut enlevée sans trop d'effort, et ce temps termina ainsi cette opération qui se fit dans les meilleures conditions.

Le jeune homme n'avait pas été soumis aux inhalations du chloroforme.

Les deux calculs qu'on venait de retirer, de même composition chimique, offraient un noyau central d'acide urique autour duquel on distinguait les couches concentriques superposées de coloration grise (phosphate de chaux). Ils étaient lisses, ovoïdes et très-durs.

Le malade fut transporté dans son lit. Pour tout traitement, on le mit dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin; il fut soumis à un régime sévère. Ayant voulu s'en écarter, il fut pris de quelques accidents inflammatoires, orchite et péritonite, qui furent rapidement enrayés.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut écoulement d'urine par la plaie vésicale. Peu à peu la cicatrisation des parois du réservoir de l'urine se fit. Aujourd'hui la miction a lieu naturellement, toute douleur a disparu et la guérison est radicale.

DU DÉLIRE NERVEUX

à la suite des maladies aiguës,

Par M. le docteur MOUSSAUD (de Niort).

Le 4 janvier dernier, à la suite de quelques imprudences commises, le sieur M..., de Niort, âgé de vingt et un ans, soldat faisant partie de la réserve, fut pris de tous les symptômes d'une pleuro-pneumonie : fièvre ardente, céphalalgie, vomissements, douleur aiguë au côté droit, etc.

Deux jours après, à ma première visite, je constatai ces symptômes, plus une matité occupant toute la partie postérieure de ce côté de la poitrine et l'existence de crachats rouillés. M... est d'une assez forte constitution. Son tempérament est nerveux et un peu lymphatique. Le traitement de cette maladie, dont la durée fut de dix jours environ, consista en deux saignées du bras faites à deux jours d'intervalle, 15 sangsues sur le côté, potion stibiée à 0,80, un large vésicatoire sur le côté malade.

Au dixième jour, à partir du début de l'affection, tous les symptômes tenant à la fluxion de poitrine semblaient disparaître, et l'on commençait l'alimentation, mais la convalescence ne s'établit pas franchement; quelques symptômes nouveaux apparurent : troubles gastriques, inappétence, langue saburrale, et en outre quelques symptômes nerveux; parole brève, œil fixe, de l'incohérence dans les idées, absence complète de sommeil.

Les deux jours suivants, ces symptômes nerveux augmentèrent, et un délire complet s'établit. Le malade est agité, veut se lever; il demande des armes pour combattre des ennemis qui en veulent à sa vie; il prend pour des monstres menaçants des moules en plâtre qui se trouvent dans l'appartement, et pour calmer son délire on est obligé de les briser en morceaux. L'insomnie continue toujours.

A quoi avions-nous affaire dans la circonstance? S'agissait-il d'une inflammation du cerveau ou d'un délire nerveux? Nous inclinâmes sans hésiter vers cette dernière opinion, car les antécédents, l'état du pouls, l'état normal de la peau, éloignaient toute idée d'une inflammation du cerveau ou de l'encéphale. En conséquence, nous prescrivîmes la potion suivante :

Eau distillée de laitue.	125 grammes.
Extrait aqueux d'opium. . . .	15 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise. .	40 gouttes.
Sirop diacode.	20 grammes.

Cette potion, donnée par petites cuillerées depuis cinq heures jusqu'à neuf heures, n'avait produit aucun effet. A ce moment, je la fis administrer à plus forte dose.

A dix heures, commencement de sommeil. A onze heures, le malade dort complétement, ce qui n'avait pas eu lieu depuis quatre jours. Le sommeil dura jusqu'au lendemain sept heures.

A dater de ce moment, le délire cessa; le malade fut parfaitement calme, et la convalescence marcha de la façon la plus heureuse, de telle sorte que le 20 janvier M... était complétement rétabli.

Le fait pathologique dont nous venons de donner une courte description n'est pas le seul que nous ayons rencontré dans notre pratique : le hasard nous a merveilleusement servi sur ce point.

En 1854, le sieur P..., cordonnier à Mauzé, âgé de trente-deux ans, tempérament nerveux très-prononcé, eut une scarlatine angineuse présentant une certaine intensité.

Vers le onzième jour, à l'époque de la desquamation, alors que le pouls était lent, la peau fraîche, la langue humide, en un mot que tous les symptômes de la convalescence se manifestaient, P... fut pris d'agitation, d'insomnie, de loquacité, et bientôt après d'un délire nerveux fort intense; ce délire était triste, le malade répétait sans cesse qu'il allait mourir, avait des hallucinations, tout était menaçant autour de lui.

Après une nuit très-agitée, je lui fis administrer 20 centigrammes d'opium en pilules à doses fractionnées. Un sommeil de plusieurs

heures s'établit, le malade se réveilla parfaitement calme, et la convalescence marcha avec une parfaite régularité.

— En 1862, le sieur S..., maçon, âgé de vingt et un ans, tempérament lymphatique nerveux, eut une dyssenterie intense qui exigea des moyens diététiques prolongés.

Au moment où la convalescence paraissait s'établir, et que l'alimentation était déjà commencée, le délire nerveux apparut à peu près avec la même forme que celle dont nous avons ci-dessus parlé, et les mêmes moyens thérapeutiques triomphèrent de l'affection.

— Enfin, Mme D..., femme de l'instituteur du B..., près Mauzé, présenta un cas entièrement analogue à la suite d'une pleurésie aiguë. Ce cas a été observé par mon successeur à Mauzé.

De ces diverses observations résulte que le délire nerveux paraît assez fréquemment non-seulement à la suite de la fièvre typhoïde, comme plusieurs auteurs l'ont signalé, mais encore après les maladies aiguës de diverses natures, et particulièrement chez les sujets d'un tempérament nerveux, irritable, surtout lorsque des moyens actifs et débilitants ont été employés dans ces maladies, et que la diète a été prolongée. Il arrive alors une sorte de rupture dans l'équilibre qui existe habituellement entre le système sanguin et le système nerveux ; celui-ci prend de l'empire, de là une surexcitation cérébrale et une altération des fonctions intellectuelles. Il est à remarquer aussi que l'insomnie la plus complète a été observée chez tous ces malades, et que c'est en leur procurant du sommeil que la guérison a eu lieu. L'insomnie, en effet, est souvent une cause de délire non-seulement à l'état pathologique, mais encore à l'état physiologique.

On a remarqué, en effet, que le délire nerveux survenait chez certaines personnes privées de sommeil pendant plusieurs nuits, obligées de veiller attentivement, surtout chez les infirmiers des asiles d'aliénés. L'opium était alors employé avec succès et ramenait les choses à l'état normal.

Le délire nerveux a été décrit par tous les auteurs ; mais les observations publiées à ce sujet étant assez rares, nous avons pensé que celles que nous livrons à la publicité pouvaient présenter quelque intérêt aux praticiens.

CINQUANTE CAS D'OVARIOTOMIE.

Le docteur S. Wels communiquait, le 27 juin dernier, à la Société médico-chirurgicale de Londres les résultats d'une nouvelle série de cinquante cas d'ovariotomie.

L'auteur a construit une table qui montre d'un coup d'œil ces résultats : le chiffre des succès est à celui des guérisons comme 2 est à 1.

L'âge le plus favorable à la réussite de l'opération paraît être vingt-cinq à quarante ans.

Le célibat ou le mariage ne semblent avoir que peu d'influence sur l'issue de l'opération.

Les malades des hôpitaux guérissent plus facilement que ceux de la ville.

Le résultat de l'opération dépend peu de la saison dans laquelle on la fait.

Les adhérences du kyste avec les parois abdominales ou avec les intestins sont peu importantes, tandis que les adhérences avec la vessie, les vaisseaux iliaques, les uretères, le rectum sont très-défavorables.

Un court pédicule est également une circonstance défavorable.

Il n'est pas douteux que la guérison se fait mieux lorsque l'extrémité du pédicule est maintenue en dehors du péritoine que lorsqu'elle est abandonnée dans la cavité abdominale, et de ces derniers cas les plus favorables sont ceux où le pédicule est très-court.

Le volume de la tumeur ovarienne n'exerce aucune influence sur le résultat ; mais il n'en est plus de même de la consistance qui prolonge la durée de l'opération.

L'état général du malade est bien plus utile à connaître au point de vue des chances de l'opération que le volume et l'état de la tumeur.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 août 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Influence de l'eau dans la production du lait. — **M. ISIDORE PIERRE** n'a pas l'intention d'entrer, quant à présent, comme partie dans les débats auxquels pourra donner lieu la communication du docteur Dancel, au sujet de l'influence de l'eau comme boisson sur l'abondance de sécrétion du lait. « Je n'opposerai pas, dit-il, par exemple, la Beauce à la Normandie, où les vaches de même race donnent des quantités de lait si différentes ; la question serait ici un peu plus complexe. Je me bornerai à dire à M. le docteur Dancel qu'il aurait pu invoquer comme autorité l'immortel auteur des *Géorgiques*, qui, dans son livre III, vers 394, dit :

At cui lactis amor, cytisum lotosque frequentes
Ipse manu salsasque ferat præsepibus herbas.
Hinc et amant FLUVIOS *magis, et magis* UBERA *tendunt...* »

Étude des pays chauds considérée dans ses rapports avec l'homme et surtout l'Européen. — **M. L. CARADEC** lit sous ce titre un Mémoire qui est renvoyé à une Commission composée de MM. Andral, Velpeau, Boussingault, Roulin.

Choléra. — **M. CAYETANO SOLA** adresse à M. le président une Lettre dans laquelle il annonce qu'il possède depuis plusieurs années, par suite d'une tradition de famille, un remède contre les coliques. Ce remède, appliqué en 1854 dans divers cas de choléra, aurait produit les meilleurs effets. Aujourd'hui que cette maladie fait des ravages dans plusieurs parties de l'Europe, l'auteur qui n'a, dit-il, aucune connaissance médicale, désirerait que ce moyen fût examiné et expérimenté.

A cette lettre est joint un paquet contenant la plante ou le mélange de plantes sèches dont il s'agit.

— Le Frère **RAFAELLE DA LORETO** écrit pour annoncer qu'il possède une teinture médicamenteuse de l'usage externe et interne de laquelle il a obtenu les meilleurs effets dans les cas de rage, de morsures de vipères et d'empoisonnement par les champignons. Il pense qu'elle pourrait être essayée contre le choléra, et offre d'en envoyer un échantillon et d'en faire connaître la composition.

Si l'auteur envoie cette recette avec le médicament dont il s'agit, le tout sera renvoyé à l'examen d'une Commission compétente.

— **M. ANDREA HORTOLUZZI** adresse une Lettre concernant la cause du choléra et les moyens de la combattre.

— **M. LUIGI FIORI** adresse une Note sur le traitement du choléra, qu'il ne regarde pas comme contagieux, et offre de faire publiquement les expériences nécessaires pour prouver l'exactitude de son opinion.

— **M. STIEMER**, qui a adressé en 1858 un ouvrage intitulé : *le Choléra,* écrit aujourd'hui à l'Académie pour appeler son attention sur les mesures préventives et curatives qu'il a recommandées dans ce livre.

— **M. TORASSI** annonce qu'il a employé avec succès contre le choléra la santonine associée à l'huile de ricin.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS *pendant l'année* 1865.

108. Études sur l'étiologie de la cataracte, par M. Renal.
109. De l'aphonie nerveuse, par M. Lagarde.
110. Considérations sur l'accouchement prématuré artificiel au point de vue des rétrécissements du bassin, par M. Bichemin.
111. Du mode d'innervation du cœur, par M. Berthelot.
112. De la diarrhée chez les vieillards, par M. Thévenon.
113. Des plaies du conduit laryngo-trachéal, par M. Peyre.
114. De la péritonite chronique, par M. Clément.
115. De la cataracte zonulaire et de son traitement, par M. Galligny de Bonneval.
116. Essai sur la névrophonie dite toux des aboyeurs, par M. Bertrand.
117. Nécrose, trépanation sur la continuité des os longs, par M. Belle.
118. De l'emploi des injections sous-cutanées dans des cas de vomissements, de diarrhées et de névralgies intercostales chez les phthisiques, par M. Codresco.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 6 septembre, à huit heures précises du soir, à l'Hôtel-de-Ville.

Ordre du jour. — 1° Des maladies régnantes, par les membres de la Société ;

2° Structure anatomique et propriétés physiologiques de la glande thyroïde, par M. le docteur Kofmann ;

3° Des fluxions veineuses, par M. le docteur Dupré ;

4° Relation entre la vaccine et la syphilis, rapport sur cette question, par M. le docteur Girault.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, par Claude Bernard, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur au Collége de France. 1 vol. in-8° de 400 pages. Prix : 7 fr. Vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

De l'hystérométrie et du cathétérisme utérin, de leurs applications au diagnostic et au traitement des maladies de l'utérus et de ses annexes et de leur emploi en obstétrique, leçons professées à l'hôpital Beaujon, par P.-C. Huguier, chirurgien honoraire des hôpitaux et hospices civils de Paris. 1 vol. in-8° de 384 pages, avec 4 planch. lithographiées. Prix : 6 fr. Vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

Traité théorique et pratique de l'obésité, avec plusieurs observations de guérison de maladies occasionnées ou entretenues par cet état anormal, par F. Dancel, docteur en médecine ; 1 vol. in-8° ; prix : 6 francs. Paris ; Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 SEPTEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Encore une séance où la vaccine est discutée.

Combien de temps dureront donc ces persistantes controverses qui ballottent les esprits de théorie en théorie?

Sans doute, il en sera ainsi jusqu'à ce que l'on ait donné à l'idée de Jenner ce qui lui manque : le reflet d'une grande vérité. On n'oublie pas que la vaccine ne peut rentrer absolument dans aucune loi physiologique. On sait qu'il y a des enfants vaccinés qui gagnent néanmoins la variole, et il est des hommes qui se souviennent du rôle passé du vésicatoire permanent dont le principe n'était guère éloigné de celui de la vaccine.

MM. Chauveau et Auzias Turenne ont lu chacun une note sur la vaccine et la variole; M. Auzias Turenne a voulu généraliser, et dans sa troisième conclusion il a nié, sans doute involontairement, l'efficacité de la vaccine, parce que, d'une part, l'auteur pense que la vaccine n'est pas la variole, et que, à supposer que la vaccine soit une variole mitigée, il affirme qu'une maladie virulente mitigée ne met pas à l'abri de son propre virus si celui-ci est très-énergique.

M. Auzias est un chercheur convaincu, il se comprend sans doute, et l'on voit poindre dans ses paroles une tendance à faire entrer dans un même cadre la variole et la syphilis. Nous ne voulons pas médire de la proposition aventureuse d'inoculer des chancres mous pour prévenir la syphilis ou la guérir. Nous dirons seulement en général que, pour le triomphe d'une idée, ce ne sont ni les images ni la prolixité des phrases incidentes qui donnent de la force à des conclusions, mais que ce sont plutôt des faits et la logique.

M. Piorry a répondu à M. J. Guérin. Son discours n'a manqué ni de verve ni de solidité, même lorsque les arguments frappaient sur M. J. Guérin. En dehors de toutes questions de détails, et sans songer à la thoracentèse, nous reconnaîtrons toutefois, à ce dernier académicien, une juste et large part à la régularisation et à l'installation dans la science de la méthode sous-cutanée. — Dr Armand Després.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

COUENNE DU SANG.

§ Ier. Couennes physiologiques.

On appelle couenne la portion superficielle du caillot, dépourvue de globules rouges, c'est une couche de plasmine qui s'est concrétée en fibrine incolore après que les globules ont quitté la surface du caillot.

Le développement de la couenne suppose donc un retard dans la formation ou rétraction du caillot, ou bien une précipitation plus rapide de globules rouges.

Déjà, dans le caillot normal, la partie inférieure est toujours plus foncée et plus molle que la couche supérieure, ce qui dépend surtout de l'accumulation des globules rouges au fond du coagulum; la couche superficielle contient moins de globules rouges, mais un plus grand nombre de globules blancs qui ne peuvent ni s'accoller, à cause de leur forme sphéroïdale, ni graviter à cause de leur légèreté spécifique.

Lorsque les hématies ont commencé à se précipiter, avant que la fibrine ne soit concrétée, la portion qui surnage forme une couche incolore; ne renfermant pas de globules rouges, elle se contracte plus facilement que le caillot sous-jacent; il en résulte qu'elle a toujours une épaisseur moindre que le cruor; par sa contiguïté avec ce dernier, elle en soulève les bords, de sorte que finalement elle prend une forme concave et en même temps une consistance très-ferme, c'est la couenne complète. La couenne se forme dans toute espèce de sang, même physiologique, pourvu qu'il ait la propriété de se coaguler lentement (Polli); ainsi la saignée pratiquée aux chevaux se couvre constamment d'une couenne épaisse; au contraire, le sang des oiseaux se prenant rapidement en masse, on n'a jamais pu constater dans le coagulum l'existence d'une portion incolore.

Chez l'homme, on l'observe parfois, soit temporairement pendant la période de digestion, soit d'une manière permanente, particulièrement lorsque l'individu est débilité (analyses confirmatives de Lehmann et Denis). Ainsi il est bien démontré que la couenne n'est pas un phénomène exclusivement morbide, on en retrouve le type parfaitement caractérisé dans les conditions physiologiques, pourvu que la coagulation marche avec lenteur, la vitesse d'abaissement des globules restant la même. En voici la preuve expérimentale.

Coagulation ralentie. — On peut transformer facilement le sang normal en sang couenneux, il suffit de ralentir le dédoublement de la plasmine; en ajoutant au sang du sulfate de soude, la fluidité de la fibrine se maintient alors assez longtemps pour que la couenne se forme.

La contre-épreuve est tout aussi facile à exécuter, et le sang couenneux peut être rendu à son état ordinaire lorsqu'on hâte la transformation de la plasmine; pour cela, le meilleur moyen est de multiplier le contact du sang avec l'oxygène, en faisant écouler le liquide par un jet très-mince, ou en le recevant dans un vase plat.

Ainsi il est prouvé qu'en enrayant la formation de la fibrine concrète, on favorise le développement de la couenne. Toutefois ce retard est loin d'être la seule cause du phénomène; la couenne ne mesure pas toujours la lenteur du dédoublement ni de la rétraction de la plasmine (Robin); la couche décolorée peut manquer d'une manière absolue dans le sang qui se coagule ou se rétracte lentement; d'une autre part, elle recouvre parfois le sang qui s'est pris rapidement en caillot; en ce cas, il faut invoquer une autre cause.

On admet généralement, depuis les recherches de MM. Andral et Gavarret, que l'excès de fibrine est une circonstance favorable à la formation de la couenne; toutefois on ne peut pas affirmer un rapport constant entre la marche de la coagulation et la quantité de plasmine; en général, lorsqu'elle prédomine aux dépens de la sérine, par cela même que la masse de plasmine à coaguler est plus considérable, les globules ont le temps d'achever leur gravitation avant la dissociation complète de la plasmine. Dans les maladies, qui sont remarquables par leur richesse en fibrine concrète comme les phlegmasies, la couenne manque rarement, grâce à la masse plastique qui doit se coaguler; mais il n'en est pas moins vrai que le sang pauvre en plasmine peut se couvrir de couenne; il intervient alors une autre cause, c'est la précipitation des globules.

Gravitation rapide des globules. — Les hématies se précipitent plus vite dans le sang couenneux que dans le sang normal. Nasse l'a démontré de la manière la plus péremptoire; il mesure comparativement la hauteur de la couche fibrineuse déglobulée dans diverses espèces de sangs, et il constate que dans le sang normal la portion décolorée mesure 0,34 au bout de trois quarts d'heure et 0,98 après quatre heures, tandis que dans le sang couenneux elle mesure 1,15 et 2,4.

Or cette différence dans la hauteur de la portion décolorée tient à l'absence de globules, qui ont quitté rapidement la surface du sang couenneux. Cette gravitation est telle, qu'elle suffit quelquefois seule pour déterminer la formation de la couenne, même lorsque la coagulation de la fibrine s'opère dans le laps de temps ordinaire.

Quelle est la cause de cette submersion prématurée des globules?

La première condition est la diminution de nombre; on a remarqué, en effet, depuis longtemps que le sang chargé de globules, tel qu'il existe chez les pléthoriques, ne forme qu'un caillot mou, et ne se couvre jamais de couenne; au contraire, si le sang est pauvre en éléments morphologiques, comme dans l'anémie, la chlorose, l'état de grossesse, la couenne est de règle générale.

Dans ces divers sangs, comme la plasmine conserve à peu près son chiffre normal, il est évident que la couche aglobulique ne s'accroît qu'aux dépens de la partie inférieure du cruor; mais alors les globules agglomérés dans ce dernier point se comportent-ils relativement au plasma de la même manière que dans l'état normal? les rapports de diffusion entre les hématies et le liquide plasmatique ne sont-ils pas modifiés? Tout porte à le croire.

Carl Schmidt a démontré, en effet, que l'hémato-cristalline ferrugineuse augmente dans les dernières portions de la saignée, ainsi que dans le sang des anémies en général. Or, s'il en est ainsi, le poids spécifique des hématies doit augmenter en proportion; c'est là une circonstance éminemment favorable à leur précipitation.

Une deuxième cause peut être invoquée; c'est une action chimique de l'hémato-cristalline; si l'on admet que cette substance, qui est très-analogue à la plasmine, favorise et hâte son dédoublement, on s'expliquera aisément pourquoi l'hémato-cristalline étant entraînée avec les globules au fond du vase, la dissociation de la plasmine s'opère avec plus de lenteur et de difficulté.

Quant aux globules blancs, ils ne jouent dans la formation de la couenne qu'un rôle secondaire; par suite de leur poids spécifique moindre, ils restent dans les couches supérieures, ou se trouvent dispersés par côtés, lors de la gravitation des hématies. On sait d'ailleurs qu'à chaque nouvelle perte de sang les leucocytes augmentent de nombre, et quelquefois au point de constituer la moitié de la couenne; on peut s'en assurer facilement en traitant un fragment de couenne par l'acide acétique faible qui la rend transparente.

§ II. Couennes inflammatoires.

La couenne existe dans deux séries de conditions pathologiques entièrement opposées, les phlegmasies et les états anémiques.

Elle est si fréquente dans les phlegmasies qu'on l'a désignée sous le nom de croûte inflammatoire; c'est surtout dans celles qui s'accompagnent d'un excès de plasmine, que la couenne se manifeste sûrement; on en a conclu qu'elle est l'indice d'un état hyper-fibrineux ou plastique du sang.

Mais pour rester dans la stricte observation des faits, il faut dire que si la plasmine proprement dite a augmenté, c'est en grande partie aux dépens des autres albuminates; par conséquent, le sang ne présente pas une exubérance telle de matières protéiques, qu'il soit plus apte à réorganiser les tissus détruits par l'inflammation; en un mot, il n'est pas plus plastique que dans l'état ordinaire.

D'une autre part, l'augmentation absolue et surtout relative de la plasmine étant incontestable dans les états inflammatoires, la masse de fibrine concrète qui se forme en pareil cas ne peut achever sa rétraction que quand les globules ont déjà gagné le fond de la saignée; il en résulte une décoloration de la couche supérieure de fibrine concrète, c'est-à-dire la couenne.

La couenne est donc plutôt l'indice d'un ralentissement de la métamorphose des matières plasmatiques, qu'elle n'est le signe pathognomonique de l'inflammation ou de la fièvre; tout ce qu'on peut affirmer, c'est que la phlegmasie est une condition prédisposante, mais non la cause de la couenne.

§ III. Couennes de l'anémie.

Le sang des anémies, bien qu'il présente une constitution tout opposée au sang inflammatoire, se couvre comme celui-ci très-fréquemment d'une couenne surmontant un caillot ordinairement très-dense; ce fait déjà signalé par Borsieri et vérifié par tous les observateurs prouve clairement que toute couenne n'est pas le signe d'une inflammation.

Dès la deuxième saignée, même d'un individu sain, le sang tend manifestement à se couvrir d'une couche couenneuse, et cette couenne qui augmente dans les saignées suivantes est malheureusement encore aujourd'hui considérée comme le signe d'une diathèse inflammatoire; selon la judicieuse remarque de Hardy et Béhier, c'est cet aspect du sang qui encourage certains praticiens à persister fatalement dans leur méthode de traitement, et semble justifier de nouvelles émissions sanguines, tandis que le sang ne fait alors que traduire de plus en plus la dépréciation des globules ou l'imperfection des matières plasmatiques.

Dans le sang des anémies d'origine hémorrhagique, la couenne est la règle générale; il en est de même dans les anémies de l'inanition, des mineurs, dans celles qui résultent de l'intoxication saturnine, syphilitique, de la diathèse tuberculeuse ou cancéreuse, enfin et surtout dans l'anémie dite spontanée, la chlorose.

Dans tous ces cas, Andral et Gavarret attribuent la formation de la couenne à un excès de fibrine par rapport aux globules; mais à la condition que la coagulation ne soit pas trop rapide; c'est là, en effet, une circonstance des plus importantes.

Mais la cause véritable du phénomène est la gravitation trop prompte des globules; quand leur nombre est diminué, leur hématine augmente, et, par conséquent, leur poids spécifique les entraîne rapidement, de manière que la fibrine ait le temps de se condenser isolément à la surface du caillot.

Quand il y a à la fois diminution des globules et augmenta-

(1) Voir les numéros des 8, 29, 31 août et 5 septembre.

tion absolue de la fibrine, la couenne est constante; c'est ce qu'on voit dans le sang des femmes pendant les cinq derniers mois de la grossesse; il est alors aussi chargé de fibrine que dans les inflammations, aussi pauvre en globules que dans les anémies, autant pourvu de globules blancs que dans les leucocytoses, triple condition favorable à la formation des couennes; dans la maladie de Bright on observe les mêmes circonstances et le même phénomène.

Résumé de l'histoire de la couenne.

La couenne n'est qu'un phénomène physique dû à la lenteur du dédoublement de la plasmine, ou bien à la gravitation prématurée des globules; dans les deux cas, il en résulte que la couche supérieure de plasmine reste incolore par l'absence d'hématies; c'est cette plasmine normale qui forme la couenne, même celle qu'on appelle couenne pathologique.

1° Parmi les conditions favorables à sa formation, on cite en premier lieu l'excès de fibrine des phlegmasies; mais, dans le sang dit plastique, les matières fibrineuses n'augmentent en général qu'aux dépens des autres albuminates, par conséquent il n'y a pas excès absolu de substances plasmatiques.

Que cette prédominance soit réelle ou seulement relative, elle ne suffit pas pour produire la couenne; la cause véritable du phénomène est celle-ci : l'hémato-cristalline contribue au dédoublement de la plasmine; lorsque la masse à métamorphoser est trop considérable, les cristaux du sang ne suffisent plus à ce but; le travail isomérique se ralentit, les globules gravitent avant que la coagulation ne soit achevée; de là la décoloration de la couche supérieure de fibrine concrète, c'est-à-dire une couenne parfaite.

2° La diminution des globules forme une deuxième condition favorable à la formation de la couenne, c'est pourquoi le sang des anémies et de la chlorose présente ordinairement sur le caillot une surface blanche; mais l'appauvrissement du sang en hématies ne détermine pas absolument le caractère couenneux.

Les globules doivent, tout en diminuant de nombre, augmenter de poids spécifique, grâce à l'excès relatif d'hémato-cristalline, et c'est en effet ce qu'on observe dans les dernières portions de la saignée, ainsi que dans les chloro-anémies.

Ainsi, dans ces divers cas, la couenne n'est qu'un phénomène mécanique, tandis que dans la première catégorie de faits, l'hémato-cristalline étant insuffisante pour transformer la plasmine, il s'agit d'un phénomène chimique.

Nous sommes donc autorisés à dire que l'aspect couenneux du sang peut faire supposer un sang déglobulé ou relativement pauvre en hémato-cristalline.

3° Mais la couenne n'a pas toujours la valeur d'un signe, parfois elle n'est que l'indice probable d'une débilitation; elle peut même se produire physiologiquement, c'est ce qui a lieu chaque fois que la coagulation se ralentit, la plasmine et les globules conservant leurs proportions normales; en pareil cas le sang n'est-il pas chargé d'un excès d'acide carbonique, ainsi que cela a lieu chez les individus affaiblis, dont les muscles respiratoires fonctionnent d'une manière incomplète.

L'acide carbonique retarde, comme nous l'avons démontré, le dédoublement de la plasmine, c'est-à-dire la coagulation de la fibrine; cela suffit pour qu'une couenne se forme, même s'il n'y a ni excès de plasmine ni déficit de globules.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. Triquet.

De la reproduction de la membrane du tympan.

Pendant le cours de l'otite catarrhale grave, j'ai souvent remarqué une destruction plus ou moins complète de la membrane du tympan.

Ce sont principalement les segments inférieurs et latéraux qui subissent ces graves lésions, telles que : ulcérations, perforations avec perte de substance plus ou moins considérable. J'ai exposé l'an dernier, en traitant de l'otite catarrhale et phlegmoneuse (1), comment ces accidents se produisaient quand une otite sur-aiguë, accompagnée d'oblitération de la trompe et d'un épanchement abondant de mucosités dans l'oreille moyenne, était seulement traitée par les injections adoucissantes et les vésicatoires volants appliqués derrière l'oreille.

Dans ces cas, fort communs dans la pratique, la cavité tympanique, se trouvant rapidement convertie en cavité close par suite de l'oblitération inflammatoire de l'orifice interne de la trompe, le muco-pus, accumulé dans la caisse, cherche à se frayer une issue au dehors.

Des six parois qui forment cet hexaèdre irrégulier, la paroi externe seule est susceptible de déplacement; repoussée de dedans en dehors et du côté du conduit auditif par l'épanchement muco-purulent, elle se tend autant que peut le permettre l'élasticité de la cloison, puis elle se déchire ou se rompt pour livrer passage à la matière de l'épanchement qui remplit la caisse. Quelquefois la déchirure ou rupture est simplement linéaire, ainsi que je l'ai démontré au chapitre des perforations.

Cette déchirure linéaire se voit surtout pendant l'otite catarrhale aiguë, et chez les sujets dont la constitution est bonne.

Chez les malades lymphatiques, à constitution molle et plus ou moins strumeuse, la déchirure présente une perte de substance plus ou moins considérable, et il n'est pas rare de trouver un segment large de la cloison ainsi détruit, soit par un travail d'absorption ulcérative, soit par un véritable sphacèle, soit par un ramollissement gangréneux.

Les deux segments latéraux et le segment inférieur peuvent ainsi disparaître complétement; on voit alors le fond de la caisse tout à fait à nu, avec sa membrane muqueuse, rouge, gonflée, villeuse, et à la surface de laquelle un observateur attentif peut, à la faveur de bons instruments, voir le muco-pus se répandre à mesure qu'il est sécrété par les cryptes mucipares.

Mais si le segment supérieur de la membrane, formé, comme on le sait, par une bande triangulaire de la peau du conduit auditif, est intact ou à peu près, et que le manche du marteau, malgré ces ravages étendus, reste encore fixé à sa place, de curieux phénomènes de réparation et même de reproduction peuvent avoir lieu dans un certain nombre de cas.

J'ai été témoin bien des fois de la puissance vraiment merveilleuse de la nature médicatrice; j'ai aussi pendant longtemps assisté à ce travail réellement prodigieux de reproduction sans vouloir ajouter foi au témoignage de mes propres yeux. Mais enfin, vaincu par l'évidence, je me suis vu forcé de reconnaître que chez les enfants, les adultes même, dans la force de l'âge bien entendu, la plus grande partie de la membrane du tympan peut se reproduire complétement après avoir été détruite.

C'est là un fait d'observation qui, tout extraordinaire qu'il paraisse au premier abord, n'en est pas moins pour cela très-vrai et très-exact; d'ailleurs je l'ai fait constater bien des fois par les élèves ou les jeunes médecins qui me font l'honneur de suivre les conférences cliniques de mon dispensaire.

C'est une sorte de reproduction de toutes pièces de la cloison; la membrane régénérée, sans avoir le brillant, le poli, la forme parfaitement identique de la toile primitive détruite, en présente cependant l'aspect très-ressemblant et une partie de ses propriétés : ainsi c'est bien la même cloison nacrée, bleuâtre, mais les tons irisés, brillants n'existent plus; la face externe n'est plus concave, elle est plane, elle est plus opaque, elle a cessé d'être translucide; le manche du marteau se voit à sa place ordinaire, rougeâtre et comme tomenteux; enfin l'ouïe reste sensiblement affaiblie de ce côté et pendant un temps plus ou moins long.

Je sais bien que des objections ne manqueront pas de s'élever contre l'interprétation du phénomène que je viens d'exposer.

Ainsi, l'on pourra me dire, si une perforation de la longueur d'une tête d'épingle ou à peu près est souvent si difficile à cicatriser, et même parfois ne se cicatrise pas du tout, comment admettre qu'un des segments de la membrane, antérieur, postérieur ou inférieur, ayant été détruit d'une manière bien certaine, puisse, sous l'influence d'un traitement approprié, se réparer et même se reproduire complétement.

A cette objection, je réponds : Comment cette reproduction peut-elle se faire dans une aussi grande étendue, je n'en sais vraiment rien; mais le fait est vrai. J'en ai été témoin plusieurs fois et je le certifie.

On me dira encore : Mais la tuméfaction des parties membraneuses du fond du conduit auditif aura refoulé, repoussé en dedans, du côté de la caisse, la cloison tympanique. Un hiatus plus ou moins étroit se montrant au fond de l'oreille et entre les parties gonflées, aura pu faire croire sincèrement à une destruction plus ou moins grande du tympan, qui n'existait pas; puis, une fois la tuméfaction inflammatoire dissipée, les membranes, reprenant leur place naturelle, on a pu croire de très-bonne foi que la cloison avait réparé la brèche, que l'on avait cru exister dans une partie quelconque de sa surface.

Cette objection a quelque chose de spécieux; mais elle n'est pas plus sérieuse que la précédente. Quand j'affirme que j'ai constaté une perte de substance dans la cloison tympanique, j'affirme un fait dont je suis sûr et certain; et j'étais trop en garde contre une interprétation facile et séduisante, pour laisser supposer qu'il y ait eu de ma part erreur ou illusion.

Voici ce que j'ai vu et bien vu sur la manière dont cette reproduction s'accomplit.

Contrairement au mode de réparation que la nature emploie pour cicatriser les perforations, et qui consiste, comme on le sait, en des dépôts ou exsudats de lymphe plastique, sur les bords mêmes de la solution de continuité, bientôt suivis de la formation de granulations, ici je n'ai rien vu de semblable; c'est un travail de réparation tout différent : de petits filaments grisâtres se détachent du pôle supérieur de la membrane resté intact, et descendent dans toutes les directions pour se diriger, les uns en bas, les autres sur les côtés, de manière à former un tissu lamelleux feutré, qui rappelle assez bien la structure de la membrane première. Ce travail se fait très-rapidement, et quelquefois est complet dans l'espace d'un septénaire. J'ai été dans plusieurs circonstances où ne peut plus étonné de voir entièrement comblées, et sous l'influence d'un traitement général et des moyens simples que j'ai rapportés en traitant des perforations (1), ces grandes pertes de substances qui occupaient un ou plusieurs segments entiers de la cloison tympanique.

J'ai pu, l'hiver dernier, en observer deux exemples bien manifestes sur trois malades; le premier était un enfant âgé de huit ans, de la rue Saint-Martin; le deuxième, sur un entrepreneur en bâtiments demeurant rue du Bac; le troisième, sur une petite fille qui m'avait été adressée par le docteur E. Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux;* tous les trois avaient été affectés d'une violente otite catarrhale, double chez le premier enfant; du côté droit seulement chez les deux autres malades. Ces otites, extrêmement aiguës et douloureuses, avaient été traitées d'abord comme cela arrive d'habitude, par des injections adoucissantes, un vésicatoire derrière l'oreille, et sans résultat, car, dans un espace de temps relativement assez court, un écoulement très-abondant de pus avait fait irruption par le conduit auditif. Consulté dans ces circonstances et à cette période de la maladie, il m'avait été facile de reconnaître une destruction, que je présumais complète, de la membrane du tympan. Toutefois, après un traitement approprié de plusieurs semaines et qui avait consisté en moyens généraux, calomel au début, puis iodures, huile de morue, etc., fumigations acétiques faibles et graduées, instillation d'une mixture boratée, j'eus la satisfaction de voir ces grandes déchirures avec perte de substance, comblées comme par enchantement, avec retour de l'ouïe à un état passable.

En méditant attentivement sur ces guérisons vraiment surprenantes, je me suis souvent demandé si la bande cutanée triangulaire, ou pôle supérieur du tympan, qui supporte le manche du marteau et qui avait échappé à la destruction partielle de l'organe en lui conservant les derniers et plus précieux vestiges de sa structure première, si, dis-je, cette zone dermoïde n'était point l'agent direct et immédiat de cette reproduction merveilleuse.

La multiplication si facile des éléments de tissus conjonctifs ou lamineux, si abondants dans cette zone de la membrane du tympan, ne suffirait-elle pas à nous rendre un compte satisfaisant de ces régénérations étendues. J'incline à admettre cette version; mais, comme je ne pourrais la développer qu'en entrant dans le domaine des hypothèses, je m'arrête ici.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, octobre 1864.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, mars 1865.

CROUP LARYNGO-BRONCHIQUE

sur un enfant de quinze ans et demi. — Trachéotomie et guérison,

Par M. le docteur Savornin fils, médecin du bureau de bienfaisance du XIXe arrondissement (La Villette).

Les auteurs le plus autorisés du temps s'accordent à considérer le croup, alors qu'il a atteint les rameaux bronchiques, comme mortel, et quelques-uns même font de cet envahissement de l'arbre aérien une contre-indication absolue à la trachéotomie.

Le fait suivant dont j'ai été témoin formerait une exception. Je le publie pour sa rareté même et à cause de l'âge avancé de l'enfant, sans vouloir tirer aucune conclusion envers la règle posée par les respectables auteurs dont j'ai parlé. « Je l'ai soigné, Dieu le guérit », répéterai-je volontiers après Ambroise Paré.

Le 21 juillet 1865, à sept heures du soir, je fus appelé en toute hâte auprès du jeune Solleau, âgé de quinze ans et demi, apprenti relieur, demeurant rue de Flandre, 175 ; il étouffait.

Je me trouvai bientôt près du malade. C'était un enfant assez faible pour son âge, de tempérament sanguin, mais à face anxieuse, à respiration précipitée et sifflante, ayant 160 pulsations à la minute. Ce qui attira d'emblée mon attention fut la présence de deux adénites sous-maxillaires, du volume d'un œuf de poule, empâtées et un peu douloureuses. L'examen de la gorge me fit voir, sur chaque amygdale, une petite fausse membrane grande comme la moitié de l'ongle. Cependant, l'enfant eut un accès de toux au timbre croupal, et quand je lui adressai la parole, il me répondit d'une voix cassée, sombre et basse. Je demandai au père si l'enfant n'avait pas craché quelque peau, on me présenta immédiatement un fragment de fausse membrane à forme tubulée. Le diagnostic était évident : j'annonçai aux parents que l'enfant avait le croup. Ils furent stupéfaits, d'autant que, comme je l'appris, un confrère dont je voulus ignorer le nom avait déjà été appelé trois fois et avait assuré que ce n'était rien, se bornant à prescrire de la tisane de chiendent et des fumigations de sureau.

Quoi qu'il en soit, j'ordonnai : 1° sulfate de cuivre 0,50, eau distillée 50 gr., à prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes, jusqu'à concurrence de trois vomissements; 2° insufflations dans la gorge, toutes les heures, avec poudre de tannin et d'alun, mélangés à parties égales; 3° gargarisme : chlorate de potasse 8 gr. pour 220 de véhicule; 4° eau rougie; 5° chocolat.

Le 22 juillet. Même état. Le vomitif, employé entièrement, n'a pu procurer que deux ou trois vomissements et l'expulsion de quelques petits lambeaux de fausse membrane. Pouls à 150. L'auscultation révèle une diminution du murmure respiratoire des deux côtés. (Continuer le traitement et le régime.)

Le 23. L'enfant est plus mal : la trachéotomie est proposée et acceptée. Avec l'assistance de mon père, vieux praticien et, comme moi, docteur en médecine, je la pratique suivant la méthode et les indications de M. le professeur Trousseau. L'enfant montre un courage remarquable et l'opération s'exécute rapidement, sans hémorrhagie artérielle ou veineuse : la trachée est incisée, la pince dilatatrice introduite, la canule mise en place, mais l'air ne passe point. Je retire la canule... Aussitôt l'enfant est pris d'un accès de toux violente et, par deux fois, me couvre de mucosités sanglantes, si bien que, maintenant toujours ouverte la plaie trachéale, je me protége avec une serviette. La toux se calme au bout de quelques secondes, et je réintroduis la canule par laquelle, cette fois, l'air passe définitivement. Le pansement effectué et l'enfant reporté dans son lit, j'examine la serviette et j'y trouve une pièce anatomique que j'ai conservée : c'était un long tube pseudo-membraneux de 0,10 cent. de long, ayant la consistance du parchemin mouillé, déchiré presque entièrement en deux bandelettes à son extrémité supérieure, et présentant à sa base deux bifurcations se terminant elles-mêmes, l'une par quatre, l'autre par six subdivisions dichotomiques, dans lesquelles j'ai pu faire pénétrer des épingles à suture.

J'avais bien évidemment affaire à un croup pulmonaire, et, suivant les données de la science, je dus porter le pronostic le plus défavorable.

Le soir, je sus que l'enfant avait dormi dans la journée et pris du

chocolat. Il avait aussi expectoré de nouveaux lambeaux de tubes pseudo-membraneux. Pouls à 120. La voix est perdue. J'engage à donner à l'enfant tout ce qu'il voudra, sauf des fruits; eau rougie à volonté.

Le 24. L'opéré se trouve bien et a rendu une grande quantité de fausses membranes par sa canule. Il a mangé de la viande et bu quelques gorgées de bière qui lui ont fait plaisir; quelques heures de sommeil. Respiration précipitée et pouls à 124. Cautérisation de la plaie, sans enlever la canule, avec une solution d'azotate d'argent au cinquième. (Même prescription.)

Le 25. A ma visite du matin, je trouve l'enfant dans une angoisse épouvantable. La respiration est excessivement précipitée; le pouls ne peut se compter. Les yeux, enfoncés dans les orbites, sont à demi fermés, et les pupilles aussi dilatées qu'elles puissent l'être : le nez et les extrémités sont froids. M'étant assuré de la propreté de la canule interne, j'introduis à plusieurs reprises la pince à fausses membranes sans rien ramener. Je préviens le père qu'une terminaison fatale est imminente. (Cautérisation de la plaie *ut supra;* potion calmante : laudanum de Syd. 0,25, eau de laitue 120, sirop simple 30, éther sulf. 0,35, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.)

Le 26. Je retrouve l'opéré vivant; après une agonie prolongée jusqu'à onze heures du soir, ce pauvre enfant a pu expulser un lambeau de fausse membrane desséchée, gros comme une plume d'oie et long de 0,03 centimètres. Dépression vitale : anxiété, respirations multipliées, pouls filiforme à 140. (Cautérisation de la plaie avec le crayon d'azotate d'argent, la canule ayant été enlevée; nourriture à volonté; continuer la potion suivant le besoin; cinq cuillerées à café de rhum dans le courant de la journée.)

Le 27. Sentiment de mieux-être, respiration un peu moins précipitée, pouls à 120. Expectoration de mucosités rougeâtres; râles souscrépitants gros à la base du poumon gauche. L'enfant a mangé du chocolat et du poisson; sommeil. (Cautérisation; continuer la prescription et le régime.)

Le 28. Même état. L'expectoration pseudo-membraneuse a disparu; les crachats commencent à être rendus par la bouche. (Cautérisation de la plaie; même régime.)

Le 29. L'expectoration sanglante diminue; pouls à 130; sommeil. (Supprimer le rhum; cautérisation.)

Le 30. Ablation de la canule et pansement avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre; la voix reparaît, mais cassée; sommeil. (Cautérisation; même régime.)

Le frère du malade m'avertit qu'il a mal à la gorge. En soignant le malade et jouant avec lui, malgré mes avertissements, il a contracté une angine couenneuse que je cautérise vigoureusement avec l'azotate d'argent.

Le 31. État stationnaire. Le malade avale de travers, si bien qu'une partie de la nourriture revient par le nez et la plaie trachéale. (Aliments épais; pour la boisson, le malade lui-même a imaginé de boire avec un tuyau de paille; vin de quinquina.)

Les 1er, 2, 3 et 4 août. Rien à noter que le retour de la gaieté; la fièvre est tombée.

Le 5. Un peu de toux; envies de vomir; bouche amère. (Émétique 0,05 centigr. pour 60 de véhicule, à prendre par cuillerées à café toutes les dix minutes, jusqu'à quatre ou cinq vomissements.)

Le 6. L'appétit a reparu; sommeil et gaieté; pouls à 92. Déglutition difficile. La plaie du cou est considérablement revenue sur elle-même, et c'est à peine si, dans les grandes expirations de toux, il s'échappe quelques bouffées d'air sous les bandelettes.

Le 7. L'enfant a mieux dormi encore que d'habitude; il tousse un peu; pouls à 100. (Julep gommeux 100 gr., extrait thébaïque 0,05, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures, suivant le besoin. Quelques gouttes de bordeaux à la fin du repas.)

Le 8. Diminution de la toux; sommeil et appétit. L'enfant assure qu'il ne passe plus d'air par sa plaie.

Le 9. La mère se plaint en riant que son enfant mange comme quatre. Il n'avale plus de travers que les liquides. La plaie du cou est complétement cicatrisée. Il y a eu un peu de toux pendant la nuit. (Extrait thébaïque 0,15 en 20 pilules, à prendre d'heure en heure, suivant le besoin.)

Le frère du malade est guéri de son angine couenneuse, assez maligne du reste, et qu'il n'a fallu quelquefois cautériser jusqu'à trois reprises par jour, pour l'empêcher de faire des progrès trop grands.

Le 10. Toux persistante, quoique faible. Ronchus sibilants et ronflants, pendant la toux, à la base de chaque poumon et en arrière. (Emplâtres de thapsia et pilules opiacées de 0,01 centigr.)

Le 11. Mauvaise nuit, à cause des emplâtres; toux diminuée; pouls à 92. (Supprimer le vin de Bordeaux; infusion pectorale; émétocathartique jusqu'à concurrence de deux vomissements; pilules opiacées.)

Le 12. Toux diminuée. Le malade se lève pour la première fois.

Le 13. Mieux décidé. (Régime à volonté; Bordeaux.)

Le 16. Depuis trois jours, l'enfant ne peut lire que les gros caractères d'imprimerie; les petits sont couverts d'un brouillard. (Souscarb. de fer; vin de quinquina; pil. opiacées.)

Le 21. L'enfant sort; la vue revient un peu, mais la voix reste cassée. Il est probable qu'avec le régime tonique que je lui prescris, la guérison des complications paralytiques ne tardera pas.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 septembre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux exemplaires du n° 7 du *Bulletin du conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département des Hautes-Alpes;*

2° Une lettre concernant un nouveau mode de traitement du choléra, par M. le docteur Pons, de Bez. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un Mémoire sur le choléra, par M. le docteur Wiener (de Vienne);

2° Une note sur le même sujet, par M. Lubanski, médecin polonais;

3° Une lettre imprimée sur le choléra, adressée au directeur du journal italien *Provincia*, par M. le docteur Benedetto Trompeo;

4° Une lettre d'une dame italienne, Mme Marietta Castiati, sur un remède nouveau, l'huile tirée des baies du *sophora japonica*, contre le choléra;

5° Une lettre de M. le docteur Delaporte, membre correspondant à Vimoutiers, relative à la constatation des naissances et des décès à domicile.

LECTURES.

Vaccine et variole.

M. CHAUVEAU (de Lyon), membre correspondant de l'Académie, au nom d'une Commission lyonnaise réunie pour l'étude des effets des vaccinations et inoculations varioliques, lit une nouvelle note sur l'inoculation du virus prétendu vaccino-variolique et ses dangers.

Il établit, conformément à sa première communication, que dans ces inoculations ce que l'on inocule est toujours, ou au moins presque toujours, une éruption générale de variole.

L'orateur a compté les expériences, et il résulte des observations faites à Lyon, c'est-à-dire de dix inoculations pratiquées sur des enfants avec le virus prétendu vaccino-variolique, que dix fois il y a eu une éruption généralisée, qu'une fois l'enfant est mort, que trois fois l'enfant a été en très-grand danger, et qu'un des enfants a donné la variole à sa mère et à un autre enfant.

Malgré les expériences de Ceely, malgré les idées théoriques si brillamment défendues par MM. J. Guérin et Depaul, la Commission lyonnaise est d'avis que le but cherché est atteint, et qu'on est désormais fixé sur la valeur de l'inoculation à l'aide du virus tiré des pustules de variole de la vache inoculée avec la variole humaine. Insister aujourd'hui, renouveler les expériences, paraît à la Commission lyonnaise un acte contraire à ce que l'humanité exige, et la Commission se considérerait répréhensible si elle continuait de telles recherches.

M. DEPAUL. Je regrette la phrase de M. Chauveau. La question n'est pas jugée dans le sens qu'indique cet orateur.

La Commission a, dans une de ses premières conclusions, rejeté un fait où il y avait eu seulement une inoculation locale et pas d'éruption générale. La Commission lyonnaise dit que ce fait est une exception, ce n'est pas mon avis. Nous avons vu ce qui se passait dans les inoculations de la variole humaine à l'homme; il y avait souvent des éruptions locales, et dans ces cas l'éruption générale se bornait à des boutons que l'on pouvait compter.

Je veux ici faire des réserves sérieuses.

M. CHAUVEAU. Je n'attaque pas la question de doctrine; je ne nie pas les faits contraires à ceux que nous avons observés.

Nous avons eu dix inoculations, et dix fois il y a eu variole.

Peut-être m'exalté-je dans mes convictions; mais je ne crois pas m'avancer en mettant M. Depaul au défi d'inoculer la vaccine avec le prétendu virus vaccino-variolique! Que M. Depaul, du reste, apporte ses faits ou qu'il fasse des expériences, nous discuterons.

M. DEPAUL. Niez-vous les observations de Ceely?

M. CHAUVEAU. Il y a eu dans tous les cas des inoculations de variole.

— **M. AUZIAS TURENNE** lit une note intitulée : *Réflexions critiques sur les rapports qui existent entre la variole et la vaccine, à propos du travail de la Société des sciences médicales de Lyon.*

Voici les conclusions du travail :

1° Les virus varient de forme et d'intensité et de qualité en raison de plusieurs circonstances que ne doivent jamais négliger les chercheurs, et tous ceux qui s'efforcent de tourner au bénéfice de la santé publique ces redoutables en même temps que précieux agents de la nature.

2° Pour obtenir des virus énergiques il faut d'abord, entre autres conditions, en semer les germes sur des organismes qui leur conviennent et faire ensuite la récolte à propos.

3° Une maladie virulente faible, qualifiée par les mots : d'ébauchée, d'abortive, de fausse, etc., ne met pas complétement à l'abri de son propre virus si celui-ci est très-énergique. On comprend donc que la vaccine ait pu perdre temporairement une partie de son crédit que les vaccinations sont destinées à lui rendre.

4° Sous ce rapport, effectivement, une maladie faible réitérée peut, jusqu'à un certain point, remplacer une atteinte plus vigoureuse de cette même maladie, la quantité suppléant en quelque sorte à la qualité. C'est là un important secret de la prophylaxie et de la thérapeutique.

5° Toutefois, un organisme ne laisse pas que d'être menacé d'une maladie virulente pour laquelle il constitue un excellent terrain quand il n'en a pas subi l'évolution complète. Lorsqu'une maladie virulente éruptive est inoculée, au contraire, par accident, la lésion élémentaire de l'éruption générale ne ressemble pas absolument à celle de l'accident primitif dont elle n'égale pas d'ordinaire le développement ni la puissance virulente (vaccine syphilis, etc.). On dirait que l'accident primitif acquière en profondeur et en lenteur ce que l'éruption générale gagne en superficie; l'un semble être la condensation et l'autre la dissémination du principe virulent. Le premier représente le virus qui pénètre dans l'organisme; la seconde, le virus qui s'en échappe.

6° Tantôt le *grease* pustuleux prend sur le cheval une extension qu'on ne rencontre jamais ailleurs; tantôt, au contraire, il se montre comme avorté, c'est que dans ce dernier cas l'animal a souvent éprouvé dans son très-jeune âge une forme indécise du *grease* pustuleux.

7° Toutes choses égales, d'ailleurs, le cheval comme un autre animal ou l'homme, doit fournir le meilleur vaccin par les boutons d'insertion, qui au surplus existent seuls ordinairement.

8° Un cheval inoculé de la variole peut en devenir un agent de transmission au même titre qu'un homme vacciné auquel on a inoculé la même maladie; mais ce cheval, pas plus que cet homme, ne peut être considéré comme ayant eu la variole complète; il est même plus que douteux qu'il soit mis de cette façon pour aussi longtemps que l'homme vacciné à l'épreuve de la vaccine.

9° La vaccine diffère de la variole par un grand nombre de caractères, outre ceux qui ont depuis longtemps leur place dans la science et qui ont été spécialement mentionnés par la Commission lyonnaise.

10° La fièvre aphtheuse, qui n'est qu'un pemphygus aigu dont l'homme fournit des exemples, n'est pas produite par le même principe que la vaccine.

11° Ces deux maladies, qui ne se ressemblent point, ne se suppléent ni ne s'excluent mutuellement sur aucun organisme, non plus dans le temps que dans l'espace.

12° Enfin la clavelée, maladie virulente tuberculo-bulleuse et papulo-vésiculeuse du menton, se trouve dans le même cas que la fièvre aphtheuse relativement à la vaccine, maladie du cheval, ou à la variole, maladie de l'homme. Elle diffère de l'une et de l'autre dans son principe comme dans la plupart de ses attributs et de ses conséquences. (Renvoyé à la Commission de vaccine.)

Discussion sur la thoracentèse.

M. PIORRY rappelle quel était le but de sa première argumentation et quels faits lui avait suggérés sa bonne opinion de l'ouverture de la poitrine sous l'eau.

Les questions que j'abordais, dit l'orateur, étaient générales; M. Guérin les a réduites à des considérations relatives à une méthode qu'il croit lui appartenir, à une revendication personnelle, et je regrette d'être obligé de le suivre sur ce terrain.

Il me serait bien facile, Messieurs, d'étaler devant vous un grand luxe d'érudition, et je n'aurais pour le faire qu'à citer vos propres travaux consignés dans les bulletins de l'Académie en 1836 et 1837; l'article *empyème*, de Rullier, du *Dictionnaire des sciences médicales* publié en 1815; les observations consignées dans les journaux de médecine, et notamment dans la *Gazette des Hôpitaux*, sur des cas de thoracentèse opérés avec plus ou moins de succès; de très-nombreuses thèses de la Faculté, parmi lesquelles il faut citer celle de premier ordre que M. Meunier a soutenue le 30 août 1861 avec tant d'éclat, et de recourir à l'excellent ouvrage de M. le docteur Boinet sur les injections d'alcool et d'iode dans la plèvre, etc. Quand on a beaucoup lu, quand on n'a pas vu sa mémoire faiblir, et quand on a autour de soi des élèves dévoués qui secondent par leurs recherches les travaux auxquels on se livre, une telle érudition est facile.

Je n'avais pas mentionné dans la note que j'avais eu l'honneur de lire devant l'Académie le travail de M. Guérin sur la thoracentèse, parce qu'il ne s'agissait pas pour moi de parler alors des innombrables recherches du même genre qui ont été faites sur ce sujet; je m'empresse de réparer l'oubli volontaire que j'avais fait.

La méthode sous-cutanée appliquée à la thoracotomie était connue et proposée bien avant les recherches de M. Guérin, qui cependant lui a donné une extension. « Bell (*Cours complet de chirurgie,* traduction de Bosquillon, t. V, p. 144, 1796), et depuis lui quelques chirurgiens ont recommandé qu'avant d'inciser les téguments on les fît tirer fortement en haut, dans le but de prévenir par le défaut de parallélisme qui doit s'ensuivre entre la plaie extérieure et celle qui pénètre dans la poitrine, l'entrée de l'air dans cette cavité. » *Dictionnaire des sciences médicales,* t. XII, p. 82, article *Empyème*, par Rullier) Boyer lui-même tendait le tégument avant de faire la ponction, de façon à ce qu'il recouvrît le trajet que le trocart avait suivi, etc., etc.

Que l'on fasse un pli au tégument et une ponction ensuite, ou que l'on tire fortement la peau loin du lieu où l'on veut introduire l'instrument, et que dans les deux cas on ramène ce tégument sur la plaie, le procédé conduit exactement au même résultat, celui d'oblitérer l'ouverture que l'on a pratiquée.

Quant à la canule de forme plutôt plate que ronde de M. Guérin, elle n'a aucun avantage sur celles qui présentent cette dernière forme, car la petite plaie qui est le résultat de la ponction faite avec le trocart dont on se sert vulgairement, diffère à peine par sa configuration, alors que l'instrument est retiré, de celle qui est produite par une lame plate aiguë et à longue tige qu'a proposée M. Guérin. Un petit coup de lancette fait au tégument, comme je le fais avant la perforation de la paroi pectorale, permet tout aussi facilement que ce dernier instrument de notre collègue d'introduire sans secousse dans le thorax la pointe du trocart et la canule qu'il sert à conduire. La facile sortie des lambeaux fibrineux contenus dans la plèvre dépend plutôt du diamètre de la canule que de sa forme, et il est même vrai de dire que certains grumeaux plastiques sortiraient plus facilement par un tube cylindrique que par une sorte de gaîne mince comme l'est celle qui a été proposée par M. Guérin.

Le robinet à double effet a été non-seulement confectionné mais encore proposé par M. Charrière père qui en a eu l'idée d'après un instrument en cuivre du même genre, d'origine anglaise. Ce robinet ingénieux remplit, sans addition de soupape, de baudruche, de caoutchouc, l'office d'une pompe foulante et aspirante; il rend impossible toute introduction d'air extérieur dans le thorax; mais il est dû, comme conception et comme exécution, non pas à M. Guérin, mais bien à M. Charrière dont il a reçu le nom.

Bien plus, voici que l'on vient de me faire voir une pompe foulante et aspirante, appartenant à M. le docteur Josse, d'Amiens, pompe qui a été confectionnée, du temps de la campagne d'Égypte, par M. Grangenet, fournisseur des instruments de chirurgie pour les armées du premier Empire. Elle porte un robinet semblable à celui dont il vient d'être question, seulement c'est en tournant le piston dans un sens ou dans l'autre que l'on ferme ou que l'on ouvre les deux ouvertures des canules, tandis que dans celui de M. Charrière, c'est sur la clef du robinet qu'il faut imprimer le mouvement.

M. Guérin me reprochait de ne pas avoir mentionné son appareil et son procédé, je crois maintenant qu'il pensera que j'en ai assez parlé aujourd'hui.

Je ne vois guère d'autre avantage à la sonde de M. Reybard sur la canule munie du robinet à double effet de M. Charrière que sa simplicité et que la facilité avec laquelle on peut se la procurer, mais encore n'est-elle qu'une modification ou si l'on veut qu'une heureuse application de ce qui avait été imaginé avant l'honorable médecin de Lyon, témoins : la vessie en caoutchouc de B. Bell appliquée sur la plaie du thorax; les appareils de Récamier et de Stansky, cités dans la thèse de M. Meunier (p. 106); la canule à soupape de M. Bouvier, etc. Toutefois, la baudruche ramollie par l'eau, et qui, par la pression de l'air, vient fermer l'ouverture du tube d'évacuation est un instrument des plus ingénieux et des plus utiles. Il a été proposé postérieurement aux travaux qui viennent d'être cités, ce qui prouve que dans la communication de M. Guérin, il n'avait pas dit le dernier mot sur la méthode à suivre dans l'opération de l'empyème.

Le procédé que j'ai suivi et que je propose non-seulement ne permet pas l'introduction de l'air dans la plèvre, mais il dispense d'employer une seringue pour faire des injections : d'abord d'eau, puis de teinture d'iode dans la poitrine. Il suffit de faire pratiquer une expi-

ration par le malade, alors que le siphon étant plongé dans l'eau, on ouvre le robinet de la canule pour que le pus soit lancé dans la bassine où on le voit coulant en jet et ne s'arrêtant que lorsque l'on ferme le même robinet. Lorsque cette fermeture a lieu, on fait inspirer largement le malade pour oxygéner le sang. Cette manœuvre est des plus utiles et je ne pense pas que d'autres l'aient proposée avant moi.

Je ne comprends pas l'avantage que trouvaient certains auteurs à ne faire sortir dans une première opération qu'une portion du liquide accumulé dans la plèvre. D'ailleurs, dans ma méthode, il ne peut entrer que de l'eau pure ou des liquides médicamenteux dans la cavité pleurétique; et il vaut beaucoup mieux que ceux-ci soient tout d'abord substitués au pus qui s'y trouvait que de laisser y séjourner ce liquide délétère.

Dans tous les procédés employés par les anciens, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il fallait absolument injecter au moyen d'une seringue ou d'une sorte de poche appliquée sur la plaie du thorax le liquide dont l'opérateur faisait choix. Il suffit de lire la thèse de M. Meunier, l'ouvrage de M. Boinet pour en avoir la preuve; soit que l'on térébrât une côte comme Hippocrate et M. Reybard l'ont fait ou proposé pour y fixer une canule à demeure, soit que l'on introduisit et que l'on maintînt celle-ci dans un espace intercostal, soit enfin que l'on n'eût recours qu'à de simples ponctions temporaires suivies d'introduction de liquides, ainsi que l'ont fait la plupart des opérateurs, toujours on a dû se servir d'une pompe foulante pour injecter l'agent médicamenteux dans la cavité pleurétique. Eh bien! dans la méthode que je propose c'est l'inspiration que le malade lui-même exécute avec un certain degré de force qui attire dans la poitrine l'eau de la bassine, et il suffit d'ouvrir le robinet quand le mouvement inspirateur a lieu pour qu'il en arrive ainsi : « Lorsque la plèvre est suffisamment lavée par l'eau tiède et pure, alors par le même procédé on y introduit de la teinture d'iode ou toute autre substance dont on fait choix. »

Je demande à mes honorables collègues si de tels procédés ne constituent pas un progrès réel résultant d'une idée nouvelle, et bien autrement nouvelle que la méthode de M. Guérin, qui n'est qu'une série de modifications apportées à des procédés que l'on trouve partout indiqués avant lui, tandis que personne n'a parlé avant moi de l'ouverture de la plèvre sous l'eau et, par conséquent, des *inspirations* comme moyen de faire pénétrer les liquides médicamenteux dans les plèvres.

Ici l'orateur parle des injections détersives dans les plèvres; il dit :

La méthode des injections dans la cavité thoracique, et qui remonte à Hippocrate, n'a été bien appréciée que dans ces derniers temps; mais il faut, autant que possible, laver préalablement et avec un soin extrême la cavité pleurale avec un liquide capable d'entraîner au dehors le pus qu'elle contient. Jamais, dans ma pratique, je n'ai recours à des injections alcoiodiques dans des abcès quels qu'ils soient, sans avoir vidé et lavé ceux-ci de la manière la plus complète et la plus attentive.

Certes, en adoptant avec MM. Velpeau, Boinet et tant d'autres, les injections alcoiodiques dans les cas de pyopleuries, je suis loin de penser que d'autres liquides, tels que l'eau ammoniacale employée avec succès dans les abcès par mon honorable collègue et ami M. le docteur Jobert, que l'eau chlorurée employée par M. le docteur Bondant, l'alcool étendu, ne puissent aussi produire dans les cas d'empyème purulent de bons résultats; mais je ne puis oublier les faits innombrables dans lesquels la teinture d'iode iodurée, étendue d'un tiers ou même de moitié d'eau et administrée par moi en injections, a guéri un grand nombre de malades atteints de diverses lésions plus ou moins graves.

La thoracentèse doit-elle être pratiquée dans d'autres cas que les épanchements purulents? Convient-elle dans les cas de fistule pulmonaire et lorsqu'il existe une hydraéropleurie consécutive, un hydropneumothorax de Laënnec? Dans cet ensemble de lésions pathologiques, il n'y a certes aucun inconvénient à la pratiquer, et c'est cette raison qui m'a principalement conduit à y avoir recours sur mon malade de la Charité.

Lorsque du sang non altéré est accumulé dans la plèvre sans qu'il y ait d'ouverture extérieure ou pulmonaire, ce qui doit être bien rare, certes il ne faut pas plus opérer dans ce cas qu'il n'est convenable d'inciser la peau qui recouvre une ecchymose.

Mais, dans l'hydropleurite ou pleurésie inflammatoire avec épanchement séreux, dans les collections excessives exemptes de phlegmasies et survenant par stase veineuse ou autrement, est-il convenable d'avoir recours à la ponction de la plèvre?

Le seul cas, suivant moi, où il soit prudent de faire la thoracentèse, c'est celui où la proportion du liquide est telle que la suffocation devient imminente, et encore il ne faut jamais oublier qu'avant d'opérer dans un tel cas la thoracentèse, on doit avoir recours aux moyens qui réussissent presque constamment à diminuer la proportion du liquide épanché. Dupuytren ne voulut pas qu'on l'opérât, mais il aurait sans doute consenti à suivre la méthode qui m'a constamment réussi dans les cas d'hydropleurie ou d'hydropleurite non compliquée de maladie du cœur, de tubercules ou de toute autre organie mortelle.

Cette méthode est des plus simples; elle consiste dans l'emploi des moyens propres à priver le sang de l'eau qu'il contient, c'est-à-dire l'abstinence des boissons, la respiration d'un air sec et chaud, des émétiques et des purgatifs hydrorhéiques, ainsi que dans l'emploi de très-larges vésicatoires propres à faire évacuer une grande proportion de sérosité. Puisque avec des moyens si simples, que l'on peut si bien graduer suivant les cas, on peut avoir tant de succès, je me demande comment il se peut faire que dans des cas d'hydropleuries on ait pratiqué un si grand nombre de fois la thoracentèse.

L'orateur revient sur sa précédente argumentation, il dit : Une des parties du travail que j'avais communiqué à l'Académie à laquelle j'attachais le plus d'importance, et sur laquelle il était le plus utile que l'attention des médecins fût portée, c'était le positivisme avec lequel on pouvait, utilisant les moyens physiques de diagnose moderne, déterminer soit l'état de la plèvre et des poumons, soit les états organo-pathiques que présentaient le cœur, le foie, etc., soit encore les modifications survenues dans le siége de ces organes, soit enfin la présence ou l'absence des liquides, de l'air, des adhérences, des vésicules pulmonaires en contact avec telle ou telle région des côtes; c'était de préciser, déterminer, d'une manière tout à fait mathématique et rigoureuse, le lieu d'élection de la thoracentèse, non pas en se fondant sur des moyennes d'*à peu près*, sur des considérations anatomiques vraies en général, mais si souvent mensongères, alors qu'on les applique à des cas particuliers.

Je voudrais entrer dans des détails étendus sur un sujet aussi intéressant; je le ferais même si, dans la discussion actuelle, quelques personnes le jugeaient utile; je voudrais parler des phénomènes qui se passent vers les poumons et les plèvres, des circonstances physiologiques qui y donnent lieu; mais je trouve avoir suffisamment répondu à M. Guérin, et je me borne à conclure de ce qui précède :

1° Que la méthode de M. Guérin, ou que ce médecin croit être à lui, n'est pas nouvelle; qu'elle présente, cependant, des avantages, et que M. Guérin a fait une chose utile en la vulgarisant;

2° Que cette méthode est loin d'avoir été d'une telle importance qu'elle ait dispensé de faire sur la thoracentèse des recherches ultérieures;

3° Que l'ouverture de la plèvre et que l'évacuation des liquides qu'elle contient sous l'eau est une méthode à étudier, et qui, en théorie comme en pratique, est simple, facile, et présente des avantages sérieux;

4° Que je n'ai jamais pensé dire le dernier mot sur la thoracentèse.

Je laisse à M. Guérin sa satisfaction personnelle sur la valeur de son travail, mais je serais malheureux si je me contentais aussi facilement du mien. La science ne dit jamais son dernier mot, car son dernier mot c'est le progrès.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

119. De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées, par M. Jousset.

120. Aperçu historique sur Galien et ses œuvres, par M. Maillard.

121. Relation médicale d'une campagne dans les mers de Chine, de Cochinchine et du Japon, à bord du transport à batteries *la Dryade*, du 5 décembre 1859 au 5 juillet 1862, par M. Huguet.

122. Des perforations spontanées de l'appendice iléo-cœcal, par M. Crouzet.

123. Du delirium tremens, par M. Tonnellier.

124. Étude sur l'antagonisme de l'opium et de la belladone, par M. Camus.

125. Des calculs biliaires en général, des circonstances qui favorisent leur formation et du traitement en particulier, par M. Rouault.

— L'administration des eaux minérales d'Enghien vient de confier à M. le docteur Wertheim la direction du service d'hydrothérapie de cet établissement. M. Wertheim se propose d'appliquer à Enghien l'hydrothérapie simple ou l'hydrothérapie avec l'emploi de l'eau sulfureuse.

Essais d'hygiène et de thérapeutique militaires présentés à la Commission sanitaire des États-Unis, annotés et publiés en français par le docteur Thomas W. Évans. 1 beau volume in-8° de 588 pages. Prix : 7 fr. Paris, à la librairie Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme, par le docteur Jollin, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris. In-8°. Prix : 4 fr. Paris, 1865, P. Asselin, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 106. — SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 9 SEPTEMBRE 1865. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Observation d'anévrysme de la crosse de l'aorte qui aurait été méconnu si l'on n'eût eu recours à l'examen laryngoscopique.

On sait quels services a rendus, et rend encore chaque jour, l'examen au laryngoscope dans les cas si variés d'affection laryngée; mais, ce qu'on ne sait point, c'est que ce précieux mode d'investigation peut encore rendre de très-signalés services dans des maladies où on ne s'attendait guère à voir recourir à son emploi.

C'est ainsi que dans un cas d'anévrysme de l'aorte pectorale, dont l'observation a été présentée par M. Potain à la Société médicale des hôpitaux (séance du 24 mai dernier), on a pu appliquer utilement le laryngoscope au diagnostic de l'anévrysme aortique, et cela, dans un cas difficile où, sans l'aide de ce procédé d'exploration, la maladie aurait peut-être, jusqu'à la fin, été méconnue.

Il s'agissait, dans cette observation, d'un homme de soixante et un ans, cocher de fiacre, vigoureux et bien portant. Au mois d'octobre de l'année dernière, il avait, pour la première fois, ressenti un peu d'oppression, sans y attacher grande importance; mais, au mois de janvier, il s'était mis à tousser, et son oppression était devenue plus forte. Vers le mois de février, sa voix était devenue rauque, voilée, et, bientôt après, le malade était devenu presque aphone. Dans les derniers temps qui précédèrent son entrée à l'hôpital, il avait eu des accès d'oppression qui survenaient de temps en temps et devenaient de plus en plus pénibles.

Il entra à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Augustin, n° 33, le 28 mars de cette année. Il était d'apparence robuste, on ne lui trouvait pas de cyanose; cependant, habituellement oppressé, il se tenait constamment assis dans le lit, et on lui maintenait la tête fort relevée à l'aide d'oreillers. Il avait une toux fréquente, pénible, sans éclat, un peu éteinte comme la voix. La respiration était bruyante, on eût dit un bruit de cornage, l'inspiration et l'expiration étaient également pénibles.

On attribua d'abord tous ces accidents à une laryngo-bronchite aiguë. La profession du malade, l'exposant constamment au froid humide, rendait le diagnostic probable. Cependant la dyspnée persistant en même temps que l'aphonie, et la respiration devenant de plus en plus stridulente et bruyante, on fit l'examen laryngoscopique.

Le larynx était complétement normal, pas la moindre rougeur, pas de vascularisation; tout, dans cet organe, était pâle et décoloré à l'excès, et, tandis qu'on avait sous les yeux la glotte largement ouverte, le malade continuait à faire entendre son stridulus bruyant.

En poussant plus loin l'examen laryngoscopique, on put reconnaître que la vue, franchissant aisément la glotte largement ouverte, pénétrait profondément dans la trachée; mais, qu'arrêtée par une surface rougeâtre et saillante qui continuait la paroi gauche de la trachée, elle ne pouvait apercevoir l'éperon de division des bronches; on avait donc, de toute évidence, refoulement de la paroi trachéale par une tumeur, mais aucun battement ne se voyait au niveau des parois soulevées.

De plus, en faisant mouvoir la glotte, on reconnut que la corde vocale gauche était paralysée, tandis que la corde droite exécutait les mouvements voulus chaque fois que le malade inspirait légèrement ou faisait effort pour émettre un son, l'autre demeurait toujours et absolument immobile.

En outre, en auscultant le malade avec plus d'attention, on put constater qu'à travers le stridulus retentissant, qui résonnait dans toute la poitrine, on parvenait avec une attention suffisante à distinguer à droite le murmure vésiculaire normal, tandis qu'à gauche il était impossible d'en saisir nulle part la moindre trace. Cette absence de sonorité ne pouvait être attribuée à un emphysème normal ou à un épanchement pleurétique, puisqu'il n'y avait aucune altération de sonorité; à un affaissement secondaire de ce poumon, puisque le périmètre était égal des deux côtés; à une insuffisance des mouvements d'inspiration, puisqu'ils s'exerçaient avec la même intensité des deux côtés. Or, en rapprochant ce fait du rétrécissement observé, à l'aide du laryngoscope, dans la trachée, ainsi que de la paralysie du nerf récurrent droit amenant une paralysie de la corde vocale inférieure droite, on était amené à conclure qu'une tumeur comprimait à la fois la trachée, le nerf récurrent et la bronche droite; rien ne pouvait laisser soupçonner un abcès migrateur, il n'y avait point de cachexie, point d'adénite secondaire, pour qu'on eût pu croire soit à un cancer, soit à une altération des ganglions bronchiques.

On se trouvait donc amené, par exclusion, à formuler comme diagnostic l'existence probable d'un anévrysme prétendu, comprimant les organes voisins, et cela sans qu'il y eût rien au cœur, et alors que les deux artères radiales battaient des deux côtés avec la même intensité; le tracé sphygmographique était normal.

Cependant les accès de dyspnée augmentant d'intensité et de violence allaient en se rapprochant; vers le 26 avril, le malade fut pris de pneumonie, avec apparence externe et continue : il succomba le 28 avril.

A l'autopsie on trouva à la paroi postérieure et un peu supérieure de la crosse aortique une poche anfractueuse du volume d'une petite orange environ; appliquée en arrière, sur les corps de deux vertèbres, auxquelles elle adhère, elle s'est en ce point usée en partie, et l'os dénudé apparaît dans la poche anévrysmale ; par son côté droit, la tumeur est fortement adhérente à la trachée qu'elle refoule dans ce sens; mais en bas elle repose sur la bronche qu'elle déprime visiblement.

En disséquant cette pièce, on a mis à découvert le nerf récurrent, que l'on voit s'engager entre la tumeur et la trachée fortement accolées l'une à l'autre; il est là comme écrasé et aplati en une sorte de ruban fibreux.

L'examen microscopique des muscles laryngés a montré que les muscles du côté gauche étaient décolorés, atrophiés, et avaient leurs fibres en partie granuleuses, tandis que les muscles du côté droit étaient demeurés sains.

Telle est, en résumé, l'observation très-intéressante dont M. Potain a donné lecture devant la Société médicale des hôpitaux; le principal intérêt de cette observation consiste dans le service que peut rendre l'examen au laryngoscope pour le diagnostic des anévrysmes aortiques.

L'enrouement déterminé, dans certains cas de cette maladie, par la compression du nerf récurrent était chose connue, et les caractères laryngoscopiques de cette paralysie avaient déjà été constatés.

Mais ici, pour la première fois peut-être, ces caractères ont pu mettre sur la voie du diagnostic de la maladie principale, alors que celle-ci ne se révélait par aucun de ses signes habituels, et qu'elle eût probablement été méconnue, si l'on n'eût fait intervenir l'examen laryngoscopique.

Et dans ce cas, la précision du diagnostic importait beaucoup; on pouvait, en effet, en présence d'accès de dyspnée répétés et d'une suffocation imminente, pratiquer la trachéotomie; cette opération tout au moins inutile n'eût fait qu'apporter au malade de nouvelles souffrances, et n'est-ce point dans ce cas pour le médecin un devoir de conscience et d'humanité de ne jamais imposer à ses malades des moyens de traitement douloureux en vue de guérir une affection qui est, par elle-même, au-dessus des ressources dont notre art peut disposer?

Sur la cristallisation de l'urée à la surface de la peau dans l'urémie.

Drasche (de Vienne) signala pour la première fois cette cristallisation de l'urée à la surface de la peau chez des cholériques dans la période typhoïde. Depuis lors divers observateurs constatèrent le même phénomène. Le docteur Hirschsprung vient de publier dans l'*Ugeskrift for Læger* cinq faits de même genre observés chez des urémiques. Dans chacun de ces cas il n'y avait pas de transpiration appréciable. On recueillit sur divers points du corps, notamment le nez, les sourcils, les tempes et le cou, une poussière fine, blanche, sans apparence cristalline, assez adhérente à la peau. Cette poussière, dissoute dans l'eau, fut traitée ensuite par le nitrate de mercure et l'acide oxalique; elle donna les réactions de l'urée.

Cette cristallisation de l'urée n'apparaît que peu de temps avant la mort. Dans les cinq observations rapportées par M. Hirschsprung les malades succombèrent dans les vingt-quatre heures. D'après cet auteur, le phénomène dont il s'agit tiendrait à ce que les exhalations cutanées sont ordinairement peu abondantes chez les sujets atteints d'affections rénales. L'exsudation

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des affections génériques de la peau; par M. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis (1).

Le second volume du *Traité des affections génériques de la peau* vient de paraître. Ce volume forme la huitième publication que nous devons au médecin de l'hôpital Saint-Louis depuis qu'il s'est spécialement livré à l'étude des affections cutanées, et, hâtons-nous de le proclamer, aucune d'elles n'était inutile. On a souvent dit que M. Bazin présentait dans ses œuvres un grand nombre de répétitions; mais ceux-là seuls qui ne connaissent pas ses doctrines ont pu avancer une telle assertion.

Dans la doctrine du médecin de l'hôpital Saint-Louis, les affections de la peau sont dues à des causes exterieures ou sont le résultat d'une cause interne, d'un état général de l'homme.

Dans le premier cas, elles sont provoquées par des agents irritants appliqués sur la peau ou par l'ingestion de substances médicamenteuses toxiques, etc., telles que le copahu, l'arsenic. Ces affections forment le groupe des affections artificielles et pathogénétiques qui ont nécessité un volume spécial.

D'autre part, l'existence à la surface de la peau de parasites végétaux ou animaux donne aussi naissance à des affections de cause externe que M. Bazin a décrites sous le nom d'affections parasitaires.

Les affections de cause interne reconnaissent principalement pour origine la scrofule, la dartre, l'arthrite et la syphilis; de là la nécessité des traités des scrofulides, des herpétides, des arthritides et des syphilides. Jusqu'ici pas de double emploi; mais, au contraire, juste satisfaction donnée aux légitimes exigences de la doctrine. Jusqu'ici d'ailleurs aucune réclamation : l'objection ne commence qu'à l'apparition du *Traité des affections génériques de la peau*. Pourquoi ces deux volumes nouveaux? se sont demandé beaucoup de médecins. A cette question, voici la réponse :

Les affections cutanées ne sont pas toutes caractérisées par une même lésion élémentaire : ici on trouve des papules, là des vésicules, etc.; d'autre part, toutes les affections vésiculeuses, par exemple, ne présentent pas des vésicules de même dimension, offrant une semblable évolution ou une terminaison identique; on s'est donc trouvé dans la nécessité de reconnaître diverses espèces de boutons vésiculeux, de boutons papuleux et de boutons pustuleux; on a dès lors admis l'eczéma, l'herpès, la miliaire, la varicelle, comme autant de variétés distinctes des affections vésiculeuses.

Ce sont là les affections cutanées à proprement parler; ces affections sont des affections propres ou des affections communes.

On appelle affection propre une éruption qui ne traduit qu'une seule maladie, qui a une telle importance diagnostique que son existence seule permet d'affirmer celle de telle maladie. Le godet favique, la plaque muqueuse, l'acné varioliforme, sont des affections propres, parce qu'elles indiquent d'une manière irrécusable la teigne faveuse, la syphilis et la scrofule; avoir diagnostiqué ces affections propres, c'est avoir déterminé la maladie dont elles dépendent.

Les affections communes traduisent, au contraire, plusieurs maladies. L'eczéma, par exemple, est une affection commune, parce qu'il peut être produit par la scrofule, la dartre, l'arthritis, la syphilis. Ces affections communes constituent des affections génériques de la peau.

L'eczéma est, en effet, un genre en dermatologie, puisqu'il présente des caractères spéciaux, qui, d'une part, le différencient des autres affections vésiculeuses, telles que l'herpès, la miliaire, et, d'autre part, se retrouvent dans chacune de ses espèces scrofuleuse, arthritique, herpétique.

Enfin, il existe des espèces d'eczéma, parce que chez un arthritique l'eczéma, tout en conservant des caractères qui appartiennent au genre, offre des traits spéciaux qui le distinguent de l'eczéma scrofuleux ou de l'eczéma herpétique. On doit donc admettre des affections génériques de la peau, de genres dermatologiques, comme on doit admettre des genres en botanique et en zoologie.

C'est l'histoire spéciale des genres dermatologiques, de leurs espèces et de leurs variétés, que M. Bazin a entrepris dans son *Traité des affections génériques de la peau.*

Sans doute, dans les publications antérieures de M. Bazin on trouve la description des caractères appartenant aux espèces d'eczéma dite scrofuleux, dite arthritique, etc.; mais l'histoire du genre de l'affection générique n'existe nulle part, et celle des espèces est éparse dans les diverses publications, en sorte que, si l'on veut connaître les traits distinctifs des espèces de l'eczéma, de celles de l'acné, on doit les chercher dans le *Traité de la scrofule*, dans celui de l'arthritis, etc.

Il y avait donc nécessité urgente à donner l'histoire de chaque genre et à rapprocher les uns à côté des autres les caractères diagnostiques des espèces.

M. Bazin ne s'est pas contenté d'ailleurs de donner l'histoire du genre de ses espèces et de ses variétés, il a indiqué les espèces et variétés admises par les dermatologistes qui l'ont précédé et par ses contemporains, a discuté leur valeur et démontré la supériorité de ses divisions sur celle de ses devanciers.

On trouvera dans les deux volumes non-seulement l'exposé des doctrines de M. Bazin, mais encore celui des doctrines des médecins contemporains ou antérieurs.

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1865, Adrien Delahaye.

d'urée commencerait à se faire quand ce principe est accumulé dans le sang et n'est plus éliminé ni par les urines, ni par les vomissements, ni par les déjections alvines. Cette exsudation se fait presque constamment par les parties de la peau qui sont garnies de poils. L'absence de sueurs tendrait à prouver qu'elle se fait, comme Drasche l'avait dit, par les glandes sébacées. Ce qui confirme encore cette opinion, c'est que dans deux observations il existait une exsudation graisseuse sur toute la face.

Du goître aigu endémique.

M. Halbron, médecin-major de première classe, vient de publier un travail sur une épidémie de goître aigu qui a régné dans la garnison de Clermont, en 1862, sur des troupes de ligne et de cavalerie.

D'abord le 27e régiment d'infanterie de ligne fut atteint. C'était au mois de février. Parmi les compagnies détachées à Billom et parmi celles de Riom, quatre goîtres se sont manifestés. Deux hussards atteints d'engorgements thyroïdiens entrèrent à l'Hôtel-Dieu de Clermont, l'un le 9, l'autre le 26 avril. Durant le mois de mai, il n'entra qu'un seul goîtreux à l'hôpital, appartenant au 27e de ligne. Au mois de juin, le mal prit une grande extension; il atteignit vingt et un hommes d'infanterie, et deux seulement au régiment de hussards.

On pouvait jusque-là constater que la cavalerie jouissait d'une immunité relative; mais bientôt huit hussards furent atteints dans le courant du mois de juillet, et il y eut six autres soldats de ce régiment qui furent pris du mal au mois de septembre.

L'effectif moyen des troupes présentes à Clermont était de 1,166 hommes d'infanterie et 664 de cavalerie. Il y a eu en tout vingt-quatre cas de goître chez les hussards, et cinquante-trois pour le 27e de ligne.

Le fait capital de ces goîtres était un accroissement assez rapide quoique insensible pour les malades. Les malades étaient essoufflés et se plaignaient de douleurs dans la gorge et aux oreilles; il n'y avait pas de troubles cardiaques et la tumeur ressemblait entièrement au goître endémique.

M. Halbron considère cette affection comme une thyroïdite, liée sans doute à un refroidissement.

Le traitement qui a été mis en usage est le même que celui qu'a prescrit, en 1860, le docteur Dourif dans une épidémie semblable à celle de 1862.

Ce médecin donnait non de l'iodure de potassium, qui avait échoué chez des malades d'un autre service, mais de nombreux bains de vapeur, avec recommandation aux hommes de se coucher en sortant du bain. Il leur prescrivait en même temps de se tenir le cou enveloppé et d'éviter le refroidissement dans les cours de l'hôpital.

Il fut amené à l'idée d'employer cette méthode de traitement, parce qu'il lui semblait que la maladie étant née après une longue suite de jours froids et humides, devait être combattue efficacement par les révulsifs cutanés énergiques, tels que les bains de vapeur.

Cette médication réussit bien; tous les douze goîtreux guérirent après une durée moyenne de dix-neuf jours de traitement.

Pendant l'épidémie que j'ai observée, un certain nombre de malades ont été traités par M. Auclerc de la même manière, et ce médecin a obtenu par cette médication un plus grand nombre de guérisons que par les autres méthodes de traitement.

Que chez les hommes débilités et à tempérament lymphatique, à complexion molle, on emploie la médication iodée, rien de mieux; mais chez les hommes robustes et à tempérament sanguin, il y aurait tout avantage, ce me semble, à employer les révulsifs cutanés, les bains de pied sinapisés, etc., comme on le fait pour les angines et les amygdalites.

En principe, du reste, on aura recours aux boissons diaphorétiques et aux bains de vapeur.

On aura soin de soustraire les malades à toute cause de refroidissement et on veillera strictement à ce qu'ils aient constamment le cou recouvert d'une cravate de laine ou d'une couche de coton cardé à laquelle on superposera un morceau de taffetas ciré.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEGOUEST.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée gauche. Guérison par la compression indirecte.

Le sieur P..., chef armurier du 35e régiment de ligne, éprouvait, depuis deux ou trois ans, des douleurs dans le pied gauche et dans le bas de la jambe, lorsqu'en 1863, étant couché dans son lit, il porta par hasard la main dans le creux du jarret où il trouva des battements insolites en même temps qu'une tumeur profondément située et de la grosseur d'une petite noix. Il consulta un médecin, qui reconnut un anévrysme et l'engagea à entrer à l'hôpital. Pressé par ses affaires, le sieur P... ne put suivre immédiatement ce conseil. A la suite d'un travail forcé et très-fatigant, son pied resta froid pendant huit jours au moins, et ses orteils devinrent noirs; un repos au lit de quinze jours, des frictions excitantes, rétablirent les choses dans leur premier état.

Néanmoins le malade entra à l'hôpital militaire de Dunkerque, deux mois environ après s'être aperçu de son affection. Il y fut traité par la compression digitale, faite pendant un quart d'heure par heure, et, le jour seulement durant six semaines, sur l'artère fémorale au pli de l'aine. Un soulagement marqué, que le malade attribue au repos, se manifesta dans les douleurs du pied et de la jambe, l'anévrysme ne subit aucun changement.

Dans le cours de la même année 1863, P... se fait évacuer sur l'hôpital militaire de Lille. Il est soumis à l'usage du perchlorure de fer dix jours avant tout traitement, et il en prend à dose croissante pendant toute la durée de ce traitement, qui consiste dans la compression digitale, aussi continue et aussi complète que possible, pratiquée sur l'artère fémorale dans le pli de l'aine par des infirmiers. Après soixante heures de durée, la compression digitale, n'ayant amené aucun résultat et étant devenue insupportable, est remplacée par la compression mécanique, faite d'abord dans le pli de l'aine avec un tourniquet, puis cet instrument ne pouvant être toléré par le compresseur de Dupuytren, appliqué un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Pendant onze jours, nuit et jour, on fit alterner, de dix minutes en dix minutes, l'action du compresseur et la compression digitale sans déterminer aucun changement dans l'anévrysme.

Fatigué de l'inutilité de ce traitement et redoutant une opération, le malade sort de l'hôpital en juillet 1863, et reprend ses occupations. Il travaillait peu lui-même, se bornait à surveiller ses ateliers et restait presque toujours assis, la marche le fatiguant beaucoup, et son pied étant devenu douloureux au point de supporter à peine une chaussure. Deux ans se passèrent ainsi, pendant lesquels le médecin du malade l'avait rassuré en lui disant que, tant que son affection restait stationnaire, rien ne pressait d'agir.

En juin 1865, sans cause connue et probablement par le développement de l'anévrysme, les douleurs du pied et de la jambe s'accrurent, et la tumeur, restée jusqu'alors indolente, devint douloureuse. Obligé d'aller de Lyon à Douai, P... souffrit beaucoup pendant le voyage, et, à son arrivée, fut contraint de garder le lit par des élancements très-vifs dans le pied. Il retournait de Douai à Lyon quand, sous l'influence du transport en chemin de fer, ses douleurs dans le pied et dans la jambe devinrent intolérables; ne pouvant plus faire un pas et obligé de se faire porter, il interrompit son voyage, s'arrête à Paris et entre au Val-de-Grâce le 15 juillet dans l'état suivant.

Sujet bien constitué, de taille moyenne, sans embonpoint, âgé de trente-neuf ans, intelligent et disposé à tout supporter pour guérir. On trouve dans le creux du jarret, répondant exactement à l'interligne articulaire du genou, une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, arrondie, bien limitée, s'approchant beaucoup de la superficie, présentant des battements énergiques et des mouvements de dilatation considérables isochrones aux pulsations artérielles; incomplétement réductible par la compression directe, disparaissant par la compression de l'artère fémorale dans le pli de l'aine, au point de ne plus laisser qu'un peu d'empâtement du creux poplité; douloureuse, mais sans changement de couleur à la peau. Les quatre derniers orteils sont violacés et leur extrémité est presque noire; une petite ulcération existe entre les deux derniers orteils : douleurs aiguës dans le bas de la jambe et dans tout l'avant-pied; température du membre normale.

Il est impossible de sentir les battements de l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne. Quelques cataplasmes arrosés d'eau-de-vie camphrée améliorent l'état du pied; des frictions d'huile opiacée font disparaître les douleurs de la jambe.

Le lundi 24 juillet, l'appareil compresseur de Broca est appliqué : la pelote inférieure fonctionnant mal, la pelote supérieure seule est mise en action, le jour seulement et de demi-heure en demi-heure. Aucun changement ne se manifeste dans le membre, non plus que dans l'anévrysme.

Le 26, les deux pelotes de l'appareil, remises en état et fonctionnant bien, sont alternativement mises en action dans l'aine, d'une part, au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, de l'autre, et exercent sur l'artère fémorale une compression continue partielle. Le malade, intelligent et, par l'état qu'il exerce, habitué à manier les instruments, fait manœuvrer lui-même les pelotes avec beaucoup de dextérité; il assure que du 26 juillet au 11 août, pendant seize jours, l'appareil a toujours régulièrement fonctionné, sauf quatre ou cinq dérangements survenus la nuit pendant le sommeil.

Dès le 28, troisième jour de la compression, une phlyctène séro-sanguinolente se forme sur le deuxième orteil; l'engourdissement du pied rend les douleurs inappréciables; la tumeur semble moins réductible par la pression directe et conserve ses battements et ses mouvements de dilatation.

Pendant les jours suivants, la phlyctène du deuxième orteil se flétrit et se sèche, le pied et le pourtour des malléoles présentent un peu d'œdème; la tumeur toujours animée de battements et de mouvements de dilatation semble s'accroître et durcir.

Le 11 août le malade se plaint de vives douleurs aux points comprimés, et particulièrement au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

L'appareil compresseur est enlevé, et l'on constate que dans l'extension de la jambe, sur la cuisse, les battements de la tumeur sont à peine perceptibles, qu'ils reparaissent avec énergie lorsque la jambe est demi-fléchie, mais que la tumeur ne disparaît plus par la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine et présente une légère augmentation de volume et une dureté qui n'existait pas avant le traitement.

Le malade reste libre une demi-heure environ : à huit heures un quart il est soumis à la compression digitale dans le pli de l'aine, exercée aussi totalement et continûment que possible par MM. les médecins stagiaires qui se sont offerts spontanément pour la pratiquer. Dans la journée le patient a trois selles diarrhéiques pendant lesquelles la compression digitale est remplacée par la compression à l'aide d'un tourniquet. On constate que la tumeur durcit de plus en plus.

Le 12, à cinq heures du matin, la tumeur présente encore des battements; à neuf heures, tout battement a disparu, aussi bien pendant la flexion que pendant l'extension de la jambe : on sent battre l'artère collatérale interne tout à fait sous le doigt, en dehors du tendon des muscles de la patte d'oie. Le malade n'a pas dormi; il souffre beaucoup de l'application des doigts dans l'aine, néanmoins il demande que la compression soit continuée jusqu'au soir, *pour assurer sa guérison*.

La compression est arrêtée à huit heures dix minutes du soir, après trente-six heures d'application; la tumeur ne présente pas de battements; ceux-ci ont disparu entre la vingt et unième et la vingt-cinquième heure de la compression.

Le 13, le malade est encore fatigué, mais il est satisfait; les battements n'ont pas reparu dans le creux du jarret; tout le membre donne une sensation de chaleur interne un peu incommode; au toucher, la température est la même à gauche qu'à droite; pas de douleur dans le pied ni dans la jambe; l'ulcération située entre les deux derniers orteils est cicatrisée; le deuxième orteil se dépouille de l'épiderme desséché soulevé par la phlyctène dont il a été atteint; un peu de douleur et de tuméfaction dans l'aine, consécutives à l'application énergique des doigts.

Le 14. État très-satisfaisant; sensation de chaleur dans le membre; température normale au toucher.

Les 15, 16 et 17. Rien de nouveau.

Le 18. Un peu de douleur dans la tumeur.

Dans le premier volume, M. Bazin avait déjà donné l'histoire de l'érythème, de l'herpès, de l'eczéma, de l'acné, du sycosis, du lichen, du pityriasis et du psoriasis.

Dans le second, on trouvera l'exposé des genres suivants : urticaire, roséole, miliaire, varicelle, prurigo, impétigo, pemphigus, ecthima, rupia, furoncle, hydro-adénite, lupus.

Un exemple fera du reste mieux comprendre la valeur et l'importance du nouvel ouvrage de M. Bazin.

Dans le volume qui vient de paraître se trouve décrite la roséole, l'une des affections les plus intéressantes qui existent en pathologie cutanée.

M. Bazin définit le genre roséole un pseudo-exanthème non contagieux le plus ordinairement apyrétique, constitué par des taches rosées ou rouges, plus ou moins larges, non prurigineuses, disparaissant sous la pression du doigt, ne faisant aucune saillie dans le plus grand nombre des cas, et se terminant toujours par résolution avec ou sans desquamation de l'épiderme.

Cette définition, ajoute-t-il, sépare la roséole de l'érythème qui se manifeste sous forme de taches relativement larges et beaucoup moins nombreuses que celles de la roséole; 1° de l'urticaire dont la lésion primitive est une papule de forme particulière avec saillie et démangeaison; 2° des fièvres éruptives dans lesquelles la fièvre existe comme élément morbide, essentiel, tandis qu'elle fait défaut ou ne se montre que très-passagèrement dans l'affection qui nous occupe.

Après la définition, M. Bazin trace le tableau général des symptômes de la roséole, de la marche, la durée, la terminaison de cette affection, indique les caractères qui la distinguent de l'érythème, de l'urticaire, de la rougeole, de la scarlatine, du pityriasis, de la miliaire, enfin donne en quelques lignes une idée générale du pronostic et du traitement.

Là finit le premier chapitre essentiellement consacré à l'affection générique, à la roséole envisagée en elle-même et indépendamment de sa nature.

Dans les deuxième et troisième chapitres, M. Bazin indique quel est le classement de la roséole admis par les auteurs qui procèdent de Willan et d'Alibert, puis il donne le tableau des espèces et variétés de roséole acceptées par ses prédécesseurs.

En résumé, dit-il en terminant ce chapitre, toutes les classifications que je viens de faire passer sous vos yeux ne reposent que sur des considérations plus ou moins vagues de forme, d'aspect extérieur, de marche, de durée, etc. De là, les dissonances qui éclatent à chaque pas entre les partisans d'une même école, suivant l'importance relative attribuée par chacun d'eux à l'un ou à l'autre de ces caractères. Mais nulle part on ne trouve de règle fixe, de loi générale, rien en un mot qui surnage au milieu des détails infinis, dont les auteurs ont chargé leurs descriptions.

Enfin le quatrième chapitre est consacré à l'exposé des espèces et variétés de roséoles admises par M. Bazin.

Comme genre, dit-il, nous plaçons la roséole dans l'ordre des taches, entre l'érythème et l'urticaire.

Comme espèce, la roséole est tantôt de cause externe et tantôt de cause interne.

Parmi les roséoles de cause externe, nous trouvons la roséole estivale et celle produite par l'ingestion de certaines substances médicamenteuses (copahu, cubèbe, iodure de potassium, etc.), ou roséole pathogénétique.

La roséole de cause interne peut être idiopathique ou symptomatique.

La roséole idiopathique constitue une véritable maladie dans le sens absolu que nous attachons à ce mot, c'est-à-dire un état morbide général ayant ses lois particulières et son autonomie propre. Aussi la rapprochons-nous des véritables pyrexies exanthématiques.

La roséole symptomatique n'est que le reflet à la peau d'une maladie constitutionnelle, la dartre ou la syphilis.

Or, à chacune de ces trois espèces se rattachent un certain nombre de variétés, suivant la forme et la disposition des éléments éruptifs.

Toutes ces espèces et variétés de roséoles sont l'objet d'une description spéciale qui comprend l'énoncé de leurs caractères et les principales données diagnostiques, pronostiques, thérapeutiques qu'elles présentent.

Toutes les autres affections génériques sont décrites comme la roséole.

Je ne dois pas oublier d'adresser de sincères félicitations au jeune médecin qui s'est chargé de la rédaction de ces leçons. Il a d'ailleurs reçu déjà sa légitime récompense de la plume même de M. Bazin, qui dans la préface a écrit :

« Le public pourra facilement se convaincre que M. Guérard, qui déjà nous avait donné des preuves de son mérite comme écrivain et de sa facilité à reproduire fidèlement nos opinions doctrinales, n'est pas cette fois encore resté au-dessous de sa tâche, et qu'il a apporté, dans la rédaction de ce nouveau travail, le soin qu'il avait mis à rédiger nos leçons sur les affections cutanées artificielles. Qu'il me soit permis de lui adresser ici mes bien sincères remercîments. »

On a dit que M. Bazin avait eu le rare bonheur de trouver dans ses internes des élèves intelligents et dévoués. Il eût été plus vrai de dire : M. Bazin a eu et aura toujours de tels élèves, parce qu'il a mis tout son talent au service de la cause de la vérité, cause que ne déserteront jamais ni l'intelligence ni le dévouement absolu.

Dr BAUDOT,
ancien interne des hôpitaux.

Le 19. La douleur a disparu; le malade se fait promener en voiture dans les cours.

Les 20, 21 et 22. Le malade fait le tour de la salle en s'aidant d'une bequille; il lui semble que la tumeur du creux du jarret diminue de volume.

Les 23 et 24. La tumeur diminue manifestement.

Du 25 au 30. La tumeur ne présente rien à noter, sinon un peu de sensibilité. Le malade se lève pendant la plus grande partie du jour et peut être considéré comme guéri.

Il sort le 31, avec un congé de convalescence de trois mois; il nous promet de nous tenir au courant de son état et de venir nous revoir à l'expiration de son congé.

Je fondais peu d'espoir, je l'avoue, sur la compression indirecte comme moyen de guérison de cet anévrysme, en raison du peu de volume de la tumeur, de l'énergie des battements et des mouvements d'expansion dont elle était animée, de la régularité qu'elle présentait et de sa disparition presque complète lorsqu'on comprimait l'artère fémorale au pli de l'aine. Ces divers phénomènes me faisaient supposer que la cavité de l'anévrysme était fusiforme ou peu anfractueuse, que ses parois étaient minces et que le sang y circulait rapidement; conditions peu favorables à la formation des caillots.

Je ne doute pas, d'ailleurs, que ce ne soient ces circonstances qui aient amené l'insuccès des compressions faites précédemment, pendant le séjour du malade aux hôpitaux de Dunkerque et de Lille.

Je suis porté à croire que, dans les cas analogues à celui-ci, la compression digitale employée de prime abord ne peut être que rarement suivie de succès, parce qu'elle ne pouvait être ni exercée ni tolérée pendant un temps suffisamment long, et je pense qu'elle doit être précédée de la compression mécanique appliquée suivant le procédé de Belmas, jusqu'à ce qu'un commencement de modification se soit déclarée dans la tumeur; cette modification, consistant dans une légère augmentation de volume, dans une résistance et une dureté plus grande, enfin dans l'affaiblissement des battements et des mouvements d'expansion, peut se faire attendre fort longtemps.

DE LA REVACCINATION,

Par M. le Dr C. Binaut, professeur à l'École de médecine de Lille.

M. le professeur Binaut résume de la manière suivante un travail qu'il vient de publier sur l'importante question des revaccinations.

1° La revaccination a donné un grand nombre de succès, bien que faite à une époque considérée par les vaccinateurs comme peu favorable;

2° Ces succès ont été plus nombreux lorsque la petite opération a été faite de bras à bras, que lorsqu'elle a eu lieu avec du vaccin conservé;

3° Le nombre de pustules obtenues a été aussi plus considérables dans le premier que dans le second cas;

4° La revaccination faite avec du virus d'un *revacciné*, réussit aussi bien qu'avec celui d'une première vaccination; il n'y a pas de raison de penser qu'il est moins préservatif;

5° Il n'y a aucune différence appréciable entre une première et une deuxième vaccination, sous le rapport de l'incubation, de la marche, du volume des pustules, de l'époque de la chute des croûtes. Il n'en est pas de même du nombre des pustules et de l'accentuation des cicatrices; dans une première vaccination les pustules sont plus nombreuses et les cicatrices qui leur succèdent plus accentuées, plus gaufrées;

6° Les anciennes cicatrices, si marquées qu'elles soient, ne prouvent pas que la revaccination est inutile;

7° Les nouvelles cicatrices sont généralement moins marquées, moins étendues que celles provenant de la première vaccination; les nouvelles le sont d'autant plus que les anciennes le sont moins;

8° Mais la revaccination a plus de chance de succès lorsque les anciennes cicatrices sont peu prononcées, non que leur accentuation ait diminué, mais probablement parce que le premier vaccin était faible ou l'individu peu disposé à le recevoir au moment de la première vaccination;

9° Quant à l'âge, le plus grand nombre de succès a eu lieu de 31 à 40 ans; puis de 41 à 50, de 21 à 30, de 51 à 60, et enfin de 10 à 20 ans;

10° Le plus grand nombre des revaccinés que l'opération a forcés à garder le lit pendant quelques jours, avait été inoculé de bras à bras; mais l'intensité des phénomènes morbides n'a pas été plus grande chez ces personnes que chez les revaccinées avec du virus conservé sur verre; la plus malade de toutes l'avait été de cette dernière manière. Ces accidents ont été, du reste, ceux de la fièvre vaccinale, qu'on observe quelquefois à la suite d'une première vaccination;

11° Jamais aucun accident primitif autre que ceux signalés plus haut, ni aucun accident consécutif de quelque importance, n'a succédé à la revaccination, ni sur les personnes revaccinées elles-mêmes, ni sur celles, *non revaccinées*, se trouvant constamment en contact avec les premières;

12° Il est nécessaire, pour obtenir une immunité plus grande, de chercher, par tous les moyens, à régénérer le vaccin le plus souvent possible, en allant le chercher à sa source.

13° Il est urgent de faire des revaccinations sur une grande échelle; il serait prudent d'exiger des jeunes gens, au moment de leur entrée dans une institution quelconque, non-seulement la preuve qu'ils ont été vaccinés une première fois, mais un certificat de revaccination.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 août 1865. — Présidence de M. Giraldès, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. le Président** annonce que, par décret en date du 26 août, la Société de chirurgie est autorisée à prendre le titre d'*Impériale*. La Société prendra désormais ce titre dans tous ses actes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Anévrysme spontané de l'artère poplitée gauche.

M. Legouest présente à la Société un malade guéri d'un anévrysme poplité par la compression indirecte, et fait connaître les détails contenus dans l'observation suivante. (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Marjolin. J'ai employé dans trois cas la compression digitale; ce sont les élèves, les sœurs du service qui l'ont pratiquée; elle a été fort bien supportée. Il s'agissait, il est vrai, de comprimer l'humérale; mais je crois devoir demander à M. Legouest si la douleur éprouvée par le malade n'a pas été occasionnée par des pressions trop vigoureuses. — Interrogé dans ce sens, le malade répond que la douleur variait beaucoup d'intensité selon les aides.

M. Le Fort. Je crois la compression surtout douloureuse pour la fémorale, ce qu'expliquent très-bien ses intimes connexions avec les branches du nerf crural. La compression des troncs nerveux voisins de l'humérale est beaucoup plus facile à éviter.

M. Richet. La compression digitale me semble réaliser les conditions les meilleures. Je la considère comme la plus parfaite des méthodes de compression. Peut-être n'a-t-elle pas été douloureuse par elle-même chez le malade que nous venons de voir, mais parce qu'elle avait été précédée d'applications d'appareils.

M. Desormeaux. J'ai traité par la compression digitale un anévrysme du jarret. J'ai eu comme aides les internes et les élèves de l'hôpital Necker. La compression, faite pendant quarante-huit heures d'une façon continue, avait été plutôt insupportable par la fatigue et l'agacement qu'elle occasionnait au malade que par la douleur. Je dus cependant la faire suspendre, parce qu'une eschare s'était formée sous les doigts au pli de l'aine. Je mis le membre dans la flexion forcée, et j'attendis.

Le lendemain, la gangrène avait envahi la partie inférieure de l'abdomen, le haut de la cuisse, et, ses progrès ayant continués, le malade succomba. La compression était cependant faite dans de très-bonnes conditions; je crois donc qu'en présence de la possibilité de semblables accidents, elle ne saurait trop être surveillée dans son emploi.

M. Legouest. Je répondrai d'une manière générale que l'on produira inévitablement la douleur lorsque l'on se servira de la compression digitale. Il suffit de réfléchir aux conditions dans lesquelles on doit la pratiquer. Il est impossible de prévoir sa durée, et il y a presque toujours certitude d'une longue application. Des aides nombreux sont donc indispensables, et, le malade vous l'a dit lui-même, il en est qui dans leurs pressions dépassent la mesure nécessaire. En toutes circonstances vous vous trouverez dans de semblables conditions. Je crois donc la compression digitale douloureuse par elle-même, et je ne puis admettre avec M. Richet que l'application des appareils ait contribué à la rendre plus pénible. Chez mon malade, dans des essais antérieurs aux miens, elle avait été appliquée d'emblée sans être mieux supportée. Malgré tout, et même avec le fait de M. Desormeaux, ses inconvénients, ses dangers, ses insuccès ne peuvent être comparés à ceux de la ligature.

M. Velpeau. Il est certain que la compression digitale a ses difficultés et ses dangers; cependant, je crois que cette opération remplacera définitivement la ligature.

Il est surtout difficile d'en prolonger longtemps l'emploi sans être exposé à la voir incomplétement faite ou mal appliquée. Mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit continue. Chez un de mes malades, elle n'a jamais été pratiquée plus de trois heures de suite.

Nous sommes édifiés sur la valeur de la méthode, mais son mode d'application est à l'étude et n'est pas encore parfaitement régularisé. J'ai pu dans un cas réussir en recourant successivement à divers modes de compression. Il s'agissait d'un très-volumineux anévrysme poplité. La compression digitale, d'abord employée, fut bientôt insupportable. Je fis alors appliquer dans un autre point le compresseur de notre collègue M. Broca, dont il fallut aussi abandonner l'emploi. Cependant la tumeur avait été modifiée; la flexion forcée fut alors mise en usage, et, sous l'influence de ces divers modes de compression, le malade guérit définitivement.

M. Legouest. Je demanderai à M. Velpeau la permission de lui faire observer que chez mon malade la compression intermittente fut d'abord employée. Mais, reconnue insuffisante, elle dut être remplacée par la compression continue.

M. Desormeaux. L'on se méprendrait sur le but de ma communication si l'on pensait que je veux diminuer la valeur de la compression. Je suis très-disposé à y recourir encore à l'occasion; j'ai voulu seulement appeler l'attention sur la possibilité d'accidents graves dont elle a évidemment été la cause.

M. Guersant. Je poserais volontiers comme conclusion de tout ce qui vient d'être dit que, pour pratiquer la compression digitale, il est nécessaire de ne recourir qu'à un petit nombre d'aides. En présence de difficultés, d'inconvénients et de dangers réels, la qualité des assistants doit avant tout préoccuper le chirurgien.

Plaies pénétrantes du genou.

(Suite de la discussion.)

M. Verneuil. Je crois que déjà mon appel pressant de la dernière séance est bien justifié. Ce qui a été dit prouve, en effet, qu'il y a des préceptes, je ne pouvais l'ignorer, mais témoigne de leur insuffisance. Nous ne saurons bien ce qu'il y a de mieux à faire, dans un cas donné, que si vous continuez à nous faire connaître des faits assez nombreux pour qu'un parti soit pris en toute connaissance de cause.

M. Legouest veut que l'on ampute ou que l'on resèque toutes les fois que la plaie est compliquée de fractures. Pourquoi ai-je donc agi autrement? C'est qu'à côté du précepte j'avais à mettre un fait semblable à celui qui se présentait à mon observation et pour lequel les tentatives de conservation avaient pleinement réussi. Devant un nombre imposant de faits contraires je n'aurais pas hésité. J'ai soumis ma pratique à vos appréciations et je suis prêt encore à solliciter vos critiques, mais je veux d'abord répondre à celles que vous m'avez adressées.

D'un commun accord, vous rejetez la suture. Je pourrais répondre que déjà je l'avais employée avec succès, mais j'ai d'autres opinions que la mienne en sa faveur. Bonnet (de Lyon) la recommande dans ses deux éditions, et considère les agglutinatifs comme insuffisants. A. Cooper est plus formel encore. Pour lui, la suture est nécessaire dans certains cas. Je répéterais volontiers avec ce chirurgien qu'avec la peau mince du genou, qui se roule si facilement en dedans, tout autre moyen d'affronter les lèvres d'une plaie un peu étendue est infidèle. Cette manière de faire est d'autant plus soutenable que nos procédés de suture sont plus perfectionnés. Je ne puis accepter non plus que l'irrigation doive être préférée à la glace, quand il s'agit de mouiller tout le membre inférieur, et lorsqu'il est indispensable d'élever le talon pour que les lèvres de la plaie ne soient pas tiraillées. Il est trop évident que ce serait vouloir s'exposer à mouiller le malade tout entier! Avec une vessie de glace suspendue au cerceau, recouvrant toute l'articulation et n'appuyant que très-mollement sur elle vous évitez tout inconvénient. Je ne terminerai pas sans faire remarquer que les faits cités par M. Dolbeau et ce que nous a dit M. Richet semblent plaider en faveur des larges ouvertures.

M. Legouest. Je suis prêt à accepter les sutures dans les cas de plaies à lambeaux, lorsque l'on ne peut autrement soutenir et rapprocher les parties. Je ne les accepte alors qu'à la condition que l'on se contente de soutenir et de rapprocher. Je crois qu'en voulant dans ces cas un affrontement exact, on va au-devant d'accidents d'étranglement qu'il faut s'attacher à prévenir.

Mais je ne saurais faire de concessions en faveur de la glace. Je suis autant que possible opposé à son emploi.

A l'appui du traitement par la glace, Baudens a invoqué les succès qu'il a obtenus au Val-de-Grâce en 1848.

On trouve dans sa statistique que sur sept fractures de la cuisse il y a eu cinq morts: un des blessés a succombé le jour même; un autre le troisième jour, après avoir subi l'amputation immédiate de l'articulation de la hanche; un troisième le trente-quatrième jour, après avoir été amputé immédiatement; ils n'ont donc pas été soumis au traitement par la glace. Deux blessés traités par la glace ont été atteints d'accidents qui ont nécessité l'amputation consécutive à laquelle ils n'ont pas survécu. Restent donc deux blessés sur lesquels les renseignements ne pouvaient encore être complets au moment où Baudens faisait sa communication à l'Académie; il est dit seulement que l'un était dans un état grave, et que le second *devait* guérir prochainement. Quant aux *plaies pénétrantes du genou avec lésion osseuse*, au nombre de trois, toutes ont été suivies de mort: l'une huit jours après l'accident; les deux autres, le vingtième et le vingt-huitième jour, après avoir nécessité des amputations consécutives.

Il n'est pas possible de se faire de plus étranges illusions; sept fractures de la cuisse donnant un cas douteux de guérison; trois lésions des os de l'articulation du genou, trois morts: voilà ce qu'on appelle les bons effets de la glace!

Je n'emploie pas davantage les irrigations continues, je me borne à appliquer sur le genou, complétement immobilisé, des fomentations froides faites avec parties égales d'eau et d'eau-de-vie camphrée.

J'ai dit ne pas avoir grande confiance dans les incisions et les lavages. Je rappellerai à l'appui une tentative de conservation que j'ai faite il y a dix-huit mois pour un cas analogue à celui de M. Verneuil.

L'arthrite que j'avais cru pouvoir prévenir s'est déclarée, j'ai ouvert l'articulation, fait les lavages les plus consciencieux; il a fallu amputer; le malade a guéri. Je ne veux pas dire que dans tous les cas il faille se décider d'emblée à l'amputation ou à la résection. Je n'opérerais immédiatement, je le répète, que si le fracas était grand. Je n'hésiterais pas non plus dans un cas de fracture par balle, mais j'établis des réserves pour tous les autres cas.

M. Richet. Lorsque, dans la dernière séance, M. Verneuil nous mit en demeure de résoudre par des faits la question si grave du traitement des plaies pénétrantes de l'articulation du genou, comme la plupart de mes collègues, je fus pris un peu à l'improviste et au lieu d'observations précises nous ne pûmes apporter que des souvenirs un peu confus n'ayant par cela même que peu de valeur.

Depuis, j'ai recherché dans mes notes et j'ai retrouvé plusieurs observations qui pourront jeter quelque jour sur une des questions soulevées dans la discussion, celle des plaies d'armes à feu, ayant ouvert l'articulation fémoro-tibiale. Notre collègue, M. Legouest, si autorisé en pareille matière, nous a dit, sans restriction aucune, que pour lui toute plaie d'arme à feu pénétrante du genou ayant intéressé les os était un cas d'amputation, et qu'il fallait y procéder immédiatement, sans même attendre le développement d'accidents inflammatoires à peu près certains et toujours mortels.

Les faits qui ont passé sous mes yeux ne me permettent pas d'accepter cette opinion beaucoup trop absolue. Pendant les journées de Juin 1848, alors que j'étais chirurgien de l'ambulance établie aux Tuileries, j'ai eu malheureusement l'occasion de voir un grand nombre de plaies d'armes à feu. J'ai rassemblé avec soin toutes ces observations, et j'avais même à cette époque commencé un travail sur ce sujet, travail inédit dont je vous demande la permission d'extraire ce qui concerne les plaies d'armes à feu du genou.

J'y trouve d'abord trois observations de coups de feu ayant traversé l'articulation du genou, toutes trois heureusement terminées par la guérison.

Dans le premier cas il s'agit d'un garde national de Saint-Pol, nommé Abraham Haverlan, âgé de vingt-neuf ans, qui fut atteint le 26 juin sur la place du Carrousel d'un coup de feu au genou droit. La balle qui avait pénétré en avant au-dessus de la rotule ressortit en arrière au centre de la région poplitée; elle avait donc traversé les condyles, car on ne saurait admettre qu'elle puisse avoir passé d'avant en arrière sans intéresser les os. Le membre malade fut maintenu dans une gouttière demi-fléchie et dans une immobilité absolue; je fis pratiquer deux saignées, on maintint des cataplasmes froids, puis plus tard j'appliquai un bandage inamovible. Il n'y eut point d'autre accident qu'un peu de suppuration des plaies d'entrée et de sortie. Le malade fut guéri au bout de cinq semaines et se servait bien de son membre qui n'était pas ankylosé, mais seulement un peu roidi.

Le deuxième fait est celui d'un soldat du 51e de ligne qui eut les deux condyles du fémur traversés de part en part latéralement par une balle, à un centimètre au-dessus de l'interligne articulaire. Un gonflement considérable survint dès le lendemain et je me demandais si je ne devais point intervenir et pratiquer l'amputation de la cuisse, lorsque, ayant eu l'occasion de me rencontrer en consultation avec Baudens, je lui demandai son avis sur ce cas embarrassant. Il me rassura en me disant que les coups de feu qui intéressaient les parties spongieuses des os étaient beaucoup moins graves que ceux qui atteignent les diaphyses, parce qu'il n'y avait pas d'esquilles en général, et qu'il fallait attendre quoique l'articulation fût ouverte. Je me conformai à ce sage conseil, et le malade guérit sans autre accident qu'une assez longue suppuration du trajet de la balle. Le traitement fut le même que dans le premier cas.

Le troisième fait s'est passé dans le service dont était chargé mon collègue, M. Huguier, que je suppléais quelquefois. C'était un jeune garde mobile âgé de vingt-quatre ans, nommé Pierre Degroux, qui eut le genou droit traversé par une balle, et qui sortit en voie de guérison cinq semaines après l'accident sans avoir présenté d'autres phénomènes que ceux notés chez les précédents malades. Quant au traitement, ce malade fut saigné et maintenu dans une gouttière en même temps qu'on faisait des fomentations émollientes sur l'articulation.

J'ajouterai que M. Huguier, avec lequel je m'entretenais alors de ces faits, me dit avoir vu un cas non moins remarquable que les trois que je viens de rappeler brièvement, dans lequel la balle avait traversé la rotule à son centre et était ressortie en arrière. La guérison eut lieu aussi rapidement et sans plus d'accidents.

Voilà donc quatre cas de plaies pénétrantes de l'articulation du genou par coup de feu ayant intéressé les os qui ont guéri sans accident et par un traitement fort simple, l'immobilité, les saignées et les fomentations émollientes sur le membre blessé. Cela prouve au moins que l'opinion de M. Legouest est trop absolue et me semble devoir donner à réfléchir à ceux qui seraient tentés de la partager. Supposons, en effet, qu'on ait amputé ces quatre blessés; dans l'éventualité la plus heureuse, celle de la guérison de l'amputation de la cuisse, on les aurait mutilés; mais est-on bien sûr qu'ils eussent tous guéris de cette opération? Pour moi, j'en doute, surtout quand je me rappelle le petit nombre de ceux qui survivent à l'amputation de la cuisse dans nos hôpitaux. D'ailleurs, je ne suis point seul à soutenir cette question de la temporisation dans les plaies, que je considère, bien entendu, malgré les faits que j'ai vu passer sous mes yeux, comme excessivement graves; des chirurgiens militaires, dont assurément M. Legouest ne récusera pas la grande compétence, l'ont professée; ainsi Percy, Noël Rabasse, Bagieux et d'autres encore prétendent qu'on peut guérir bon nombre de ces plaies sans mutilation. M. Rabasse cite entre autres le fait de M. Ch. de Lameth qui, ayant eu l'articulation du genou traversée par une balle, guérit sans amputation; et il ne serait pas difficile d'en rassembler beaucoup d'autres.

En résumé, je pense qu'il ne faut pas dans les plaies d'armes à feu du genou, même celles qui intéressent les os, et je n'en conçois guère qui puissent ouvrir cette articulation sans léser plus ou moins le squelette, se hâter de faire l'amputation, car l'observation clinique démontre qu'un certain nombre guérissent sans accidents. Il faut maintenir le membre immobile, agir énergiquement par les antiphlogistiques généraux et couvrir l'articulation de fomentations émollientes; si les accidents surviennent il sera temps de penser à l'amputation de la cuisse; car, pour mon compte, je repousse la resection, au moins en thèse générale.

Dès que la suppuration a envahi la jointure, la question change de face, le danger alors est devenu pressant. La conduite qu'il faut tenir est la même, qu'il s'agisse alors d'une plaie par coup de feu ou par toute autre cause. C'est ce que je veux examiner maintenant; c'est ce sur quoi je pense M. Verneuil a surtout désiré voir porter la discussion.

Déjà, dans la dernière séance, j'ai rapporté l'opinion de Reybard, que je n'accepte pas; mais, je le répète, je serais disposé à largement inciser. Je crois qu'avec des incisions et des tubes à drainage convenablement disposés, on pourrait se ménager quelques chances de succès. J'ai réussi en incisant l'articulation du coude. Je ne veux pas en inférer que l'on doive réussir pour le genou, mais si l'on met cette grande et anfractueuse cavité articulaire dans des conditions telles qu'il n'y ait pas stagnation de matières putrides, on se rapprocherait des conditions que nous offrent des articulations moins grandes. En dehors de cette pratique, je ne vois que la resection sur laquelle j'ai donné mon opinion, et l'amputation de la cuisse dont vous connaissez les dangers.

M. LEGOUEST. Les observations semblables à celles de M. Richet ne manquent pas. Ce sont des faits extraordinaires; on les publie avec empressement. Déjà j'y ai fait allusion dans la dernière séance; je le répète, ce sont des cas exceptionnels, et ce n'est pas avec l'exception que se fait la science. On ne publie pas les faits de tous les jours, mais si vous pouviez faire la statistique des cas de fracture du genou par balle traités par l'amputation, malgré toute la gravité de cette mutilation faite dans de semblables circonstances, vous verriez que l'on guérit mieux les amputés que les malheureux auxquels on veut conserver les membres. Je n'ai donc pas dit que l'on ne pouvait pas guérir en tentant la conservation, mais l'entreprise est si périlleuse que mieux vaut l'amputation où la resection, leurs dangers sont moindres.

L'entreprise est tout aussi périlleuse même quand on incise, que l'on lave ou que l'on passe des tubes à drainage. Dernièrement encore j'étais consulté par un de mes collègues du Val-de-Grâce pour un cas de fracture avec plaie, pour laquelle le drainage et les injections avaient été institués. Le malade semblait perdu, l'amputation fut cependant décidée et faite séance tenante; nous avons été assez heureux pour le voir guérir. Je ne reproche pas aux observations de M. Richet de manquer de valeur et d'intérêt, on doit en tenir compte; mais devant la pratique de tous les jours elles ne prouvent pas assez.

M. PERRIN. Je crois devoir insister sur l'importance capitale des preceptes rappelés par M. Legouest, et n'ajouterai qu'une remarque sur les faits de M. Richet. Il s'agit de perforations sans fracas des os, ce sont là des cas fort différents de ceux qui réclament une opération immédiate.

M. DEMARQUAY. J'ai vu guérir aussi un cas de plaie du genou par balle, il y avait perforation des condyles fémoraux. Je considère aussi que ces faits doivent former une catégorie distincte. Dans le cas de M. Verneuil, la plaie était contuse, il y avait un épanchement dans l'articulation. Je crois que mieux eût valu inciser et rigoureusement immobiliser.

M. VERNEUIL. M. Demarquay vient de supposer un cas qui ne ressemble en aucune façon au mien. La plaie n'était pas contuse, et l'articulation ne renfermait primitivement aucun épanchement. Le traitement qu'il propose peut être accepté dans les conditions spéciales dont il a parlé, mais non dans le cas dont j'ai entretenu la Société.

M. RICHET. J'ai peine à considérer comme exceptionnels des faits recueillis dans un grand service de chirurgie et sans aucun choix, puisqu'ils comprennent la totalité des cas de blessure du genou par arme à feu qui y ont été observés. L'opinion qu'ils m'avaient suggérée est d'ailleurs défendue par plusieurs chirurgiens militaires, et ce que vient de nous dire M. Perrin est à l'appui de ce que j'avance. Les épiphyses plus molles, moins résistantes que les diaphyses, se laissent plus facilement pénétrer sans éclater, de là une moindre gravité, et ces heureuses conditions peuvent, on le comprend, souvent se reproduire pour le genou. La curabilité de ces plaies, pour certains cas, ne me semble pas contestable, c'est là seulement ce que je tiens à établir.

M. LEGOUEST. Je crains que cette discussion ne modifie ni mes idées ni celles de mon honorable contradicteur. Je lui demande donc la permission d'affirmer que je crois être dans la vérité en disant que des faits semblables aux siens sont très-exceptionnels et très-heureux. Percy, sur lequel s'appuie M. Richet, le reconnaît lui-même. Les faits dont a parlé M. Perrin ne sont pas des cas d'opération immédiate, mais de là à admettre l'innocuité des blessures des extrémités osseuses, qui font après tout des plaies articulaires compliquées, il y a une distance que je ne saurais franchir, surtout quand il s'agit d'une aussi vaste articulation que le genou.

Après toutes nos grandes guerres européennes, l'impression qui tend à prévaloir parmi nous et à l'étranger, c'est que les plaies d'articulation par balle ne se prêtent pas à la conservation. Pourquoi aurait-on cherché à faire des resections s'il en eût été autrement? Je crains donc que notre habile collègue ne défende une opinion aujourd'hui abandonnée par presque tous.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

126. Recherches chimiques et physiologiques sur la fève de Calabar, par M. Vée.

127. Étude sur la dyssenterie, par M. Beauchef.

128. Considération sur les constitutions médicales de la pneumonie catarrhale, par M. Guillabert.

129. Considérations sur quelques procédés nouveaux en chirurgie, par M. Epailly.

130. Des écoulements purulents du conduit auditif et de la lésion consecutive des sinus méningiens, par M. Sentex.

131. Considérations sur les présentations de la face dans les accouchements, par M. Forcade.

132. Hygiène de la première enfance, par M. Suchet.

133. Du traitement local des tumeurs blanches du genou et de l'ankylose consécutive, par M. Queirel.

134. Anatomie pathologique du tissu fibro-plastique, par M. Carrera.

Par divers arrêtés ministériels :

M. le docteur Vaillant, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du cours d'anatomie comparée et de physiologie des animaux près la Faculté des sciences de Paris, en remplacement de M. Milne-Edwards (Alphonse), appelé à d'autres fonctions.

M. Bruch, chargé provisoirement des fonctions de professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique externe à ladite École.

Assistance publique (Des divers modes de l') appliquée aux aliénés, par A. PAIN, médecin adjoint de l'asile privé de Clermont, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 66 pages. Prix : 4 fr. 50. Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 107. — MARDI 12 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 12 SEPTEMBRE 1865. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

INFIRMERIE DES INVALIDES. — M. MARTIN.

Hémiplégie droite. — Aphasie. — Hémorrhagies et ramollissement du cerveau.

(Observation recueillie par M. le docteur CHAUVEL, médecin aide-major.)

D... (Pierre), âgé de cinquante-deux ans, entre à l'Infirmerie, salle Saint-Louis, n° 56, le 20 janvier 1865. Santé autrefois excellente, pas de maladies antérieures; soldat dans la garde de Paris.

En 1863, première attaque de paralysie, hémiplégie droite incomplète, sans lésion de la parole; séjour de trois mois à l'hôpital du Val-de-Grâce. Le malade en sort assez bien pour pouvoir reprendre son service.

En avril 1864, nouvelle attaque, paralysie du côté droit beaucoup plus prononcée, perte de la parole. Après quelque temps de séjour au Val-de-Grâce, le malade ne voyant pas sa position s'améliorer, prend sa retraite et rentre dans sa famille. Tout le traitement auquel il est soumis consiste en frictions avec de l'huile camphrée sur les parties paralysées.

Admis aux Invalides en janvier 1865, sa position était absolument la même qu'après sa seconde attaque.

État actuel. — Hémiplégie droite très-prononcée. Perte des mouvements plus complète au membre supérieur, qui est tout à fait inerte, et dont les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main. Au membre inférieur, les mouvements, quoique faibles, sont cependant assez prononcés pour que le malade puisse l'utiliser dans la marche. Sensibilité à la douleur conservée. Température un peu diminuée, mais sensibilité au calorique intacte. Pas d'atrophie musculaire du côté paralysé. Langue un peu déviée à droite, sans paralysie bien marquée de la face. Le malade se lève et marche, mais très-difficilement. L'appétit est conservé, et les fonctions digestives s'exécutent normalement. Pas de paralysie des sphincters, du rectum et de la vessie.

Jusque-là rien que de normal dans la maladie; mais, en même temps que la paralysie, existe une perte complète de la parole, qui date de la dernière attaque, il y a neuf mois. A toutes les questions qu'on lui adresse, D... répond invariablement par ces mots : Ba, ba, ba; bon, bon, bon. Ah! bougre... Jamais il ne prononce un autre mot, mais il semble donner à celui-ci des intonations différentes, suivant ce qu'il veut exprimer, et l'accompagne de mouvements de tête et de rire, lorsqu'il pense que sa réponse a été comprise.

Persuadé que dans le plus grand nombre des cas de telles lésions ne se montrent qu'accompagnées d'un affaiblissement concomitant et souvent considérable des facultés intellectuelles, nous avons tenu à bien constater chez notre malade l'état de ces facultés. Doué d'une intelligence ordinaire, il savait très-bien lire et écrire avant sa dernière attaque. Depuis, il prend souvent un livre et paraît s'occuper attentivement de sa lecture. Chez lui, la vue et l'ouïe sont parfaitement conservées; rien donc de ce côté ne peut l'empêcher de comprendre les questions qui lui sont adressées, et pour y répondre, semblable au muet de naissance s'il n'a perdu que la parole, il aura toujours à sa disposition le geste et l'écriture, puisque, au dire de sa femme, il s'est, depuis sa maladie, habitué à tracer les lettres de la main gauche.

Il n'y a pas là qu'une simple perte de la mémoire des mots, car non-seulement le malade ne peut nommer les objets usuels qu'on lui présente et dont il se sert chaque jour (couteau, fourchette, livre, etc.), mais il ne peut répéter leur nom qu'on vient de prononcer devant lui. Il ne semble pas nous comprendre quand nous le prions de nous indiquer par des gestes l'usage de ces différents objets.

Nous lui avons présenté un ouvrage en gros caractères, ses yeux erraient sur le papier; mais il lui a été tout à fait impossible de nous désigner du doigt telle ou telle lettre qu'il avait sous les yeux et que nous lui nommions à haute voix.

Restait l'écriture. Mais à toutes les questions, à toutes les demandes, il répondait invariablement, automatiquement, en traçant sur le papier et avec beaucoup de peine les cinq lettres de son nom. Il ne peut prononcer qu'un mot, sa main se refuse aussi à en écrire plus d'un, et certes entre ces deux mots il n'existe aucun rapport.

Nous l'avons interrogé sur toute chose, et de toutes les façons, jamais nous n'avons pu surprendre un signe, un geste, qui pût nous faire croire qu'il avait compris la question. Quelquefois cependant il reste quelque temps attentif; il laisse échapper quelques sons inarticulés; il semble chercher un mot, un geste, qui réponde à sa pensée; il s'irrite, il se fâche, et toujours la scène se termine par une explosion de ba, ba... bon, bon... Ah! bougre...

Jamais depuis sa dernière attaque on ne l'a vu se livrer à un des jeux qui lui étaient habituels.

Toutefois, il reconnaît sa femme, ses enfants; il semble tout joyeux lorsqu'ils viennent le visiter. Lorsque nous approchons de son lit, il sourit, il nous tend la main; il semble vouloir remercier et de l'intérêt qu'on lui porte et des soins qu'on lui donne. Il est évident qu'il se souvient, qu'il aime encore comme il le faisait autrefois, que chez lui les sentiments ont survécu à l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Bien des questions se présentent à l'esprit de l'observateur en présence d'un fait semblable; mais ici nous ne voulons pas les aborder. Nous avons vu que chez notre malade l'intelligence était profondément affaiblie. Les faits précédents ne laissent aucun doute à cet égard.

On prescrit au malade une bonne alimentation; chaque jour on le lève, on le promène dans la salle, on l'assied dans un fauteuil pour éviter tous les acidents qui résultent trop souvent chez les paralytiques d'un décubitus prolongé.

Dans le courant de février, le malade est pris d'une céphalalgie violente; le pouls se développe et monte à 125; les battements du cœur sont très-énergiques et très-étendus. La percussion dénote une hypertrophie considérable de cet organe; le premier bruit s'accompagne d'un souffle musical, qui se prolonge vers l'aorte et a son maximum d'intensité à la base.

Sous l'influence de la diète, d'une saignée et de la digitale, les accidents s'apaisent, mais le bruit de souffle s'affaiblit sans disparaître, indice d'une lésion organique persistante. Le malade revient à un état assez satisfaisant.

Un jour de mai, nous le surprenons assis dans un fauteuil, ses lunettes sur le nez, un livre à la main; il paraissait très-attentif à sa lecture; mais au bout d'un quart d'heure il n'avait pas encore tourné la page.

A partir des premiers jours d'août, il s'affaiblit beaucoup. L'œdème envahit les membres paralysés, les poumons s'engorgent à leur base, et le malade expectore quelques mucosités sanguinolentes.

Le 25 août, on le lève pour aller à la garde-robe, et quelques instants après on le trouve sur le siége, la tête penchée sur la poitrine; il venait de succomber.

Autopsie le 26 août, vingt heures après la mort.

Cerveau. La calotte crânienne enlevée, on voit la dure-mère plissée sur la partie antérieure de l'hémisphère cérébral gauche, et en la soulevant avec les doigts, on sent que dans ce point, et au-dessous d'elle, il existe un vide considérable. Le cerveau enlevé est pâle, anémié, l'hémisphère gauche à sa partie antérieure est considérablement réduit de volume; il s'affaisse sur la table; et le lobe frontal est d'au moins deux centimètres plus bas que celui du côté droit. Au toucher, il donne la sensation d'une substance semi-liquide, la pie-mère en s'en détachant en enlève la couche superficielle, et cette membrane enlevée, il coule sur la table. Une coupe perpendiculaire faite suivant sa longueur nous montre les altérations suivantes :

Toute la couche superficielle est ramollie et à l'état de bouillie blanchâtre. Cette lésion s'étend à tout le lobe antérieur et à environ la moitié antérieure du lobe moyen de l'hémisphère cérébral gauche. Cette couche ramollie circonscrit deux kystes principaux, d'aspect différent correspondant à deux foyers hémorrhagiques bien distincts.

Le plus considérable, du volume d'un gros œuf de pigeon, situé dans la partie centrale de la substance blanche du lobe antérieur et empiétant un peu sur le lobe moyen, se rapproche beaucoup plus des faces interne et inférieure du cerveau. Il est vide, et sa paroi affaissée sur elle-même, est formée par une fausse membrane, dure, résistante, fibreuse et comme incrustée de plaques calcaires. Elle a une épaisseur qui dans certains points atteint près d'un millimètre et demi. Le second foyer, plus récent, contenant encore une matière grumeleuse, lie de vin, du volume d'une noix, à paroi formée par une fausse membrane encore incomplète et mal limitée, est situé dans la partie externe et dans la couche plus superficielle du lobe frontal du même côté. Il correspondrait assez bien à la seconde et à la troisième circonvolution de ce lobe. Nous ne pouvons être plus affirmatif, car telle était la diffluence de la substance cérébrale à la périphérie, qu'il nous eût été très-difficile de trouver et d'assigner des limites bien marquées aux circonvolutions comprises dans le ramollissement.

En outre de ces deux foyers principaux, il en existait encore quelques autres plus petits, du volume d'un pois, situés à la partie antérieure et externe du lobe frontal, dans les couches périphériques, et dont les caractères semblaient les rattacher à la même date que celui que nous venons de décrire.

La partie postérieure de l'hémisphère gauche, ainsi que l'hémisphère cérébral droit n'offraient aucune altération.

Nous avons cherché en vain une obstruction ou une autre lésion des artères cérébrales, nous les avons trouvées saines, non athéromateuses, et leur calibre partout normal.

Cœur. Hypertrophie considérable de la paroi portant principalement sur le ventricule gauche. Pas de lésions valvulaires. La crosse aortique, surtout à son origine, est parsemée de plaques athéromateuses nombreuses, soulevant en plusieurs points la tunique interne; l'ayant perforée par places, et ayant laissé dans ces points de véritables ulcérations.

Les poumons, surtout le droit, sont à leur partie inférieure le siége d'un engouement hypostatique considérable.

Les autres organes sont sains.

Ce qui nous semble le plus remarquable dans ce fait, c'est la coïncidence de deux raptus hémorrhagiques, correspondant tous les deux à des attaques bien distinctes et donnant lieu à des lésions fonctionnelles dissemblables. Un premier épanchement sanguin se forme dans la substance blanche centrale affectant la partie postérieure du lobe frontal gauche et un peu le lobe moyen; il produit une hémiplégie droite sans lésion de la parole. Il marche rapidement vers la guérison; le sang se résorbe, le cerveau cesse d'être comprimé, et parallèlement les mouvements se rétablissent dans les membres paralysés. Mais survient une seconde attaque; l'hémiplégie droite reparaît plus complète; la parole se perd; de nombreux foyers se sont formés, et le plus considérable correspond à la seconde et à la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche. Moins heureux cette fois, le malade ne revient pas à la santé, la substance cérébrale se ramollit autour des foyers hémorrhagiques dont le sang ne s'est pas résorbé, et la mort arrive par les progrès lents d'une affection aortique, cause probable des accidents cérébraux.

Ce qui ressort de cette observation, c'est que la perte de la parole n'a pas suivi la première hémorrhagie; qu'elle ne s'est produite qu'à la suite d'une seconde, lorsque les deuxième et troisième circonvolutions cérébrales du lobe frontal gauche ont été atteintes, et sous ce rapport elle vient confirmer la théorie émise par le savant chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. C'est un fait de plus à ajouter à ceux déjà publiés, et c'est ce qui nous a engagé à le faire connaître avec autant de détails. L'aphasie se montre sous des aspects si différents, tantôt partielle, tantôt complète, ici avec l'intégrité de l'intelligence, ailleurs avec la perte presque absolue des facultés intellectuelles, etc., que nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de bien préciser l'état dans lequel se trouvait notre malade sous ces divers rapports, espérant que notre bon vouloir nous ferait pardonner la longueur de l'observation.

HOTEL-DIEU DE CLERMONT-FERRAND. — M. FLEURY.

Observations de deux hernies inguinales étranglées, l'une par les fibres du grand oblique, l'autre par la gaîne du cordon des vaisseaux spermatiques.

(Par M. COUILLARD, interne du service.)

Un assez grand nombre de malades affectés de hernies étranglées sont opérés tous les ans à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Clermont. Chez la plupart d'entre eux les hernies sont simples et n'offrent rien de spécial. Comme partout les succès sont mêlés au revers. Les premiers l'emportent sur les seconds, si les malades arrivent de bonne heure et si les tentatives de taxis n'ont pas été trop prolongées. Si, au contraire, le mal a été méconnu, ou, ce qui est le plus ordinaire, si le médecin a été appelé trop tard, s'il a perdu un temps précieux à faire un traitement médical, ou s'il a compté sur les efforts de la nature, l'opération ne réussit pas, bien plus elle accélère la mort du malade et compromet gratuitement la chirurgie et ceux qui la pratiquent.

Dans ces derniers temps nous avons observé deux malades chez lesquels les hernies ont offert une particularité assez remarquable. L'un avait une hernie placée en dehors du canal inguinal, étranglée par les fibres du grand oblique, l'autre une hernie située dans la gaîne du cordon des vaisseaux spermatiques.

OBS. I. — Chez le premier l'intestin adhérait au sac dans une certaine partie de son étendue; une perforation en a été la conséquence, mais la fistule stercorale qui s'est établie a guéri seule. C'est un jardinier de Clermont, nommé Pierre T..., âgé de trente-huit ans. Cet homme, fort et bien constitué, portait depuis l'âge de dix ou douze ans une tumeur dans l'aine droite, qui sortait et rentrait, sans qu'il lui soit jamais survenu aucun accident. Il n'avait pas employé de bandage pour la maintenir réduite.

Le 11 juin il fit un faux pas et se redressa brusquement pour ne pas perdre l'équilibre, mais l'effort qu'il fit pour éviter une chute détermina la sortie et l'étranglement de la hernie. La douleur qu'il ressentit fut instantanée et augmenta bientôt d'intensité. Après des tentatives infructueuses pour faire rentrer la tumeur il revint à Clermont à pied, se mit au lit, renouvela les tentatives de taxis qui n'eurent pas un résultat plus satisfaisant, il se décida alors à faire appeler un médecin.

Des bains prolongés, une pommade belladonée, de la glace furent inutilement employés. Quelques pilules d'opium cependant calmèrent la douleur. Mais dès l'instant où une opération devenait nécessaire le malade résolut d'entrer à l'hôpital où il fut reçu dans la soirée du 13.

On observe dans la région inguino-iliaque une tumeur dure, d'un volume d'un petit œuf de poule, peu douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau, dont le grand diamètre est dirigé dans le sens du canal inguinal, mais qui s'arrête brusquement à l'aine droite. Sans sa position et son obliquité, on pourrait croire à l'existence d'une hernie crurale, mais cette dernière est moins élevée et

ordinairement plus arrondie. Si elle n'était pas située en dehors de l'anneau inguinal, on pourrait croire à la présence d'un bubonocèle; mais à cette période de leur évolution ces hernies inguinales s'étranglent bien rarement.

Le ventre est ballonné, mais encore souple; quelques anses intestinales se dessinent sur ses parois; des hoquets, des vomissements verdâtres se reproduisent de temps en temps. La figure est colorée sans offrir une altération bien marquée, la soif est vive, une sensation de froid se manifeste aux extrémités.

Des pilules d'opium sont prescrites pendant la nuit, et l'opération est pratiquée le lendemain matin (14 juin).

Une incision de 10 à 12 centimètres est faite à la tumeur suivant son grand diamètre; la peau et une épaisseur assez considérable de tissu adipeux sont divisés; la dissection est ensuite continuée, et on arrive sur le sac qui ne présente pas une grande épaisseur. Sa section met à nu l'intestin qui adhère à l'enveloppe péritonéale par son extrémité inférieure et par une partie de sa face postérieure. Cette complication empêche de contourner l'anse intestinale et de reconnaître la disposition de son pédicule.

En glissant péniblement le doigt au-devant de ce pédicule, au lieu d'une surface arrondie analogue à celle des anneaux, on a la sensation de brides fibreuses résistantes qui paraissent formées par les fibres de l'aponévrose du grand oblique. Un bistouri dirigé sur la face pulmonaire de l'index gauche en pratique la section. La réduction s'opère alors avec facilité, mais l'intestin adhérant au sac dans une assez grande étendue est refoulé avec lui. On le laisse au niveau de l'ouverture qui lui a livré passage.

La hernie ne provient donc ni du canal inguinal ni de l'anneau crural, mais d'une ouverture accidentelle qu'elle s'est formée à travers l'aponévrose du grand oblique. L'inspection des organes rend parfaitement compte de ce qu'avait d'insolite la tumeur lorsque le malade a été soumis à notre examen.

La plaie est pansée simplement. Au bout de quelques heures le malade a éprouvé un soulagement assez prononcé; les coliques, sans disparaître complétement, se sont apaisées. Dans la soirée, le pouls s'étant élevé, une saignée de 500 grammes a été pratiquée. Les lavements administrés n'ont pas amené d'évacuations, et quoique le hoquet ait disparu, il y a encore quelques vomissements, ce qui fait craindre que le cours des matières n'ait pas été rétabli.

Le 15 juin. L'état général est bon; mais le ventre est encore ballonné et douloureux; les matières n'ont pas repris leur cours; une péritonite est imminente. (Onctions d'onguent napolitain, cataplasmes.)

Le 16. Aux symptômes précédents viennent s'ajouter des vomissements bilieux, qui prennent bientôt l'odeur des matières stercorales. Pendant la nuit, frisson d'un quart d'heure.

Le 17. La plaie, qui n'avait jusqu'ici rien offert de particulier, présente aujourd'hui un aspect grisâtre et laisse exhaler une odeur fétide; elle est lavée avec de l'eau chlorurée et pansée avec de la charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée.

Le 18, l'intestin s'est perforé au niveau de la plaie, et une quantité considérable de matières s'est échappée; à dater de ce moment, les vomissements s'arrêtent, le ventre s'assouplit, tous les symptômes graves disparaissent. Les débris du sac et le tissu cellulaire environnant se sont sphacélés et se détachent insensiblement. Les matières s'écoulent librement par l'ouverture artificielle qu'elles se sont créée; l'appétit reparaît, la quantité des aliments que l'on accorde au malade est successivement augmentée.

Enfin le 27 juin, des gaz, bientôt suivis de matières bilieuses, se sont échappés par l'anus. La plaie s'est rétrécie, et, le 15 juillet, le malade peut quitter l'hôpital, sinon complétement guéri, du moins dans un état assez satisfaisant pour faire considérer la guérison comme prochaine, la plus grande partie des matières fécales sortait par le fondement.

Les adhérences, qui unissaient l'intestin au sac herniaire, n'ont pas été étrangères aux phénomènes qui se sont produits; ce sont elles qui ont contribué à intercepter le cours des matières pendant quelques jours, et, sans la perforation qui s'est faite spontanément, le malade aurait succombé à un étranglement interne.

Obs. II. — Le nommé G... (Jean), âgé de trente-neuf ans, exerce la profession de charbonnier à Jumeaux. Cet homme, qui s'est toujours bien porté, est atteint depuis son enfance d'une hernie inguinale du côté droit. Comme il n'en a jamais été incommodé, l'idée de porter un bandage ne lui est jamais venue et ne lui a été suggérée par aucun médecin.

Dans la matinée du 7 juillet de cette année, il sentit, à la suite d'un effort, sa hernie grossir et descendre dans les bourses. Il essaya inutilement de la faire rentrer. De retour chez lui, il se mit au lit; mais bientôt des vomissements, des hoquets, se manifestèrent.

Le premier médecin qui fut appelé, grand partisan du système Raspail, lui fit appliquer de l'eau sédative sur la tumeur. L'effet de cette médication ne répondit pas à son attente.

Le lendemain, un second fut mandé, et, comme les accidents continuaient, il eut recours au taxis qui fut répété le 9 et le 10. Le troisième jour, il se décida à faire une application de sangsues; mais reconnaissant, quoique un peu tard, que sa médication n'avait aucun succès, il engagea le malade à se faire transporter à Clermont. Celui-ci, espérant toujours échapper à une opération, ne se mit en route que le 13. L'étranglement existait donc depuis sept jours. Les conditions étaient loin d'être bonnes.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, l'état général était des plus graves. Le faciès était grippé, la peau d'un jaune terreux. Les hoquets étaient fréquents, les vomissements répétés, le ventre ballonné était distendu par des anses intestinales. Le pouls était assez plein et peu fréquent, ce qui nous faisait espérer que le péritoine était encore intact.

La région inguinale n'offre aucun des caractères que présentent les hernies. Le testicule droit est rouge, enflammé, ayant à peu près un volume double de celui du côté opposé, et fait entendre, lorsqu'on le comprime, un gargouillement manifeste. Le cordon des vaisseaux spermatiques a la forme d'un long cylindre qui, par son extrémité supérieure, touche à l'anneau, tandis que l'inférieure se continue avec le testicule. Sans les antécédents, on ne pourrait soupçonner un étranglement herniaire, on croirait plutôt à une orchite.

Il n'y avait pas de temps à perdre : une incision est pratiquée dans la direction du grand diamètre de la tumeur. Les enveloppes du testicule sont épaisses, résistantes et saignent abondamment; car, indépendamment de trois jets artériels, le sang s'écoule en nappe comme d'un tissu érectile. Une tumeur molle et fongueuse, ayant la forme d'un champignon, est mise à nu. Sa partie la plus déclive est percée d'une large ouverture en forme d'entonnoir d'où s'échappent des gaz et des liquides à odeur caractéristique.

Une constriction très-forte existe à la racine du testicule, c'est elle qui est le siége de l'étranglement; car, au-dessus, les deux portions d'une anse d'intestin grêle paraissent faire partie du cordon des vaisseaux spermatiques et remontent avec lui jusqu'à l'anneau inguinal. L'anse intestinale est donc renfermée dans la gaîne du cordon et ressemble au double canon d'un fusil à deux coups. Elle a accompagné le cordon jusqu'au testicule, et c'est là qu'elle s'est étranglée et gangrenée.

L'anneau a été légèrement débridé, afin de faciliter la réduction de la portion d'intestin qui était saine.

Le bourrelet fongueux, qui était le résultat de l'étranglement, est resté au niveau de l'ouverture herniaire où le malade a dû le maintenir avec la main.

La cavité dans laquelle était contenue l'anse d'intestin est épaisse, d'une consistance cartilagineuse. Elle a refoulé le testicule à la partie interne des bourses et a comprimé la tunique vaginale. On la remplit de charpie imbibée d'eau-de-vie camphrée.

Des pilules d'extrait thébaïque sont administrées d'heure en heure, afin d'amener du calme et de favoriser les adhérences.

Il y a encore eu dans la journée un vomissement, mais les matières se sont échappées en grande partie par l'ouverture intestinale, et, à partir de ce moment, l'abdomen s'est affaissé. Cette amélioration a persisté pendant deux jours, et tout faisait espérer que le mieux irait en progressant.

Mais, dans la soirée du 15, une exaltation assez prononcée se manifeste. Le malade parle, gesticule avec violence; il est en proie à une agitation extrême. Il quitte son lit, se promène dans la salle, reste sourd à toutes les exhortations qu'on lui adresse. Ce délire, qui est purement nerveux, le résultat des excès alcooliques auxquels se livrait notre malade, finit par céder aux préparations d'opium, mais il en résulte un affaissement extrême qu'augmente encore la déperdition qui se fait par l'anus contre nature.

Sa famille désire le ramener dans son village. Il quitte l'hôpital le 22. Sa faiblesse est telle qu'il est douteux qu'il puisse la surmonter. Nous avons, en effet, appris depuis qu'il avait succombé au bout de quelques jours.

Chez ce malade, la hernie s'était donc engagée dans la gaîne du cordon au lieu de passer au devant d'elle. L'anse intestinale comprimée par cette tunique fibreuse avait la forme d'un double ruban qui avait été étranglé au niveau du testicule.

Cette tumeur ressemblait plutôt à un engorgement du testicule et du cordon qu'à une hernie abdominale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

des diverses espèces de pneumonie aiguë ou chronique (1),

par le docteur V. Cornil.

La structure du poumon nous servira de base à la classification des diverses espèces de pneumonies; elle sera aussi simple que cette structure même, et comme on trouve dans le poumon des alvéoles dont les parois sont formées de tissu fibreux et élastique où passent les vaisseaux, et une surface muqueuse constituée par une membrane hyaline recouverte de quelques cellules épithéliales pavimenteuses, de même on pourra diviser les pneumonies en intra-vésiculaires ou parenchymateuses et extra-vésiculaires ou interstitielles.

Elles peuvent être aiguës ou chroniques, et comprennent les espèces suivantes :

Pneumonies intra-vésiculaires.	1° La pneumonie aiguë franche, lobulaire ou fibrineuse.
	2° La pneumonie catarrhale, lobulaire, aiguë ou chronique (caséeuse).
Pneumonies interstitielles.	3° Aiguë (très-rare).
	4° Chronique.

Cette dernière comprend elle-même un grand nombre de variétés.

1° Commençons par la plus commune, la pneumonie aiguë, fibrineuse ou croupale (Rokitansky).

On l'a divisée en trois périodes d'hypérémie, d'hépatisation rouge et grise. Cette période d'hypérémie simple, sans hépatisation, est admise bien plutôt par analogie et par des preuves indirectes que par la constatation *de visu*. Car si nous rencontrons une hypérémie simple, nous ne savons pas si elle aurait abouti à une hépatisation fibrineuse, et si nous la trouvons autour de masses hépatisées, nous ne savons pas si c'est une lésion initiale ou consécutive. Autour des noyaux d'inflammation dans le poumon comme dans tous les organes, il s'établit toujours, en effet, une congestion sanguine, une fluxion collatérale intense. Dans ces parties, outre la circulation plus active, on trouve aussi comme sa conséquence directe une formation exagérée d'éléments cellulaires dans l'intérieur des alvéoles. C'est là un fait physiologique constant que partout où l'afflux du sang est plus considérable qu'à l'état normal, sous quelque influence que ce soit, inflammation, gêne mécanique de la circulation veineuse, etc., les cellules de la partie qui en est le siége sont toujours en hypergénèse. Je reviendrai bientôt sur ce point en étudiant la congestion pulmonaire isolée; pour le moment, j'admettrai avec tous les auteurs un premier stade caractérisé par la congestion, mais sans en avoir la preuve absolue.

Dans le second stade ou d'hépatisation rouge, le poumon est tuméfié, solidifié; sa surface pleurale est constamment, j'insiste sur ce point, recouverte d'une pseudo-membrane molle. La surface de section en est granuleuse et rouge. Le tissu est friable et plonge au fond de l'eau.

(1) Lu à la Société médicale d'observations dans la séance du 26 mai.

Tels sont les caractères de l'hépatisation rouge sur lesquels je n'insisterai pas, parce qu'ils sont bien connus; je désire seulement faire remarquer que, si on lave sous un filet d'eau ce tissu pour le débarrasser du sang qui s'écoule à sa surface, celle-ci, de rouge qu'elle était, devient grise ou gris jaunâtre; de telle sorte que le nom d'hépatisation grise pourrait lui être appliquée alors, bien que, par le râclage, on n'obtienne pas de liquide puriforme. Ce serait une fausse interprétation que de l'appeler hépatisation grise, car ce nom a été réservé aux cas où la coupe du poumon se recouvre d'une nappe de pus.

Si l'on râcle avec le scalpel la coupe du poumon hépatisé, on obtient de petits grumeaux grisâtres granuleux; et en ouvrant les bronches jusqu'à leurs dernières divisions, on y trouve habituellement des coagulations grises et molles qui les remplissent plus ou moins.

Ces petits grumeaux représentent le moule interne des alvéoles et des groupes d'alvéoles qui sont en continuité avec une petite bronche, ainsi qu'on peut s'en assurer en les regardant au microscope avec un faible grossissement.

On voit alors des coagulations fibrineuses qui ont pris la forme d'une petite bronche et du groupe des alvéoles où elles se terminent.

On a bien la preuve du siége du produit nouveau dans l'intérieur des alvéoles en examinant à un faible grossissement des coupes minces du poumon hépatisé faites à l'état frais. Sur de pareilles coupes, on peut s'assurer que les alvéoles sont remplies et distendues par les mêmes coagulations. Les parois des alvéoles ne sont pas épaissies dans la pneumonie aiguë ou le sont à peine, épaississement qui est dû en grande partie à ce que les vaisseaux qui passent dans ces cloisons sont turgides et remplis de sang.

Les coagulations de l'intérieur des bronches et des alvéoles, ainsi que les fausses membranes de la surface pleurale présentent la même structure microscopique. On y trouve de la fibrine et des globules de pus, et cela dans les masses en hépatisation rouge toute récente, qui ne datent certainement pas de vingt-quatre heures. Ce que nous savons de la rapidité de formation des globules de pus sur les surfaces muqueuses nous rend parfaitement compte de ce fait. Ainsi, lorsqu'à la suite d'une impression de froid on éternue, que la muqueuse nasale devient humide et qu'un coryza commence, dans les premières gouttes de sérosité limpide qui s'écoulent on trouve déjà quelques leucocytes. La même chose a lieu dans le poumon. Là, à la surface pleurale, dans les alvéoles et les petites bronches, ces éléments se forment très-rapidement et en quantité considérable en même temps que de la fibrine est exsudée des vaisseaux et se coagule sous forme de minces filaments en chevelu qui enserrent les leucocytes dans leur réseau.

Qu'on les étudie par la dilacération avec les aiguilles ou sur des coupes, à l'état frais ou durcies, toujours on y retrouve ces deux éléments fibreux et leucocytes. Ces derniers sont en nombre étonnant si l'on songe à la rapidité de leur formation au début de la pneumonie. Ils sont enfermés dans la fibrine coagulée comme les globules rouges dans un caillot récent. Ce sont bien réellement des leucocytes, leur grosseur, leur aspect granulé, leur réaction avec l'acide acétique, rien n'y manque.

La fibrine et les globules de pus se disposent irrégulièrement dans les alvéoles et sous forme de couches parallèles à la surface de la plèvre.

Ici surgit une question aussi pleine d'intérêt que difficile à résoudre : comment et d'où viennent les éléments de cet exsudat? Il y a là des faits certains, d'autres hypothétiques. Il est d'abord bien établi que les matériaux solides du sang ne s'épanchent pas d'ordinaire dans l'intérieur des alvéoles; ce qui le prouve, c'est qu'après avoir fait durcir les pièces et en avoir fait des préparations avec le rasoir, on ne trouve pas de globules rouges dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires. Il est aussi bien sûr que des leucocytes naissent dans l'intérieur des cellules épithéliales préexistantes par formation endogène.

Mais le nombre des cellules en formation endogène est très-restreint en comparaison du nombre infini des leucocytes, et la formation endogène ne peut pas en rendre compte. Il est difficile d'admettre que les cellules épithéliales des alvéoles si rares à l'état normal que leur existence même est contestée par beaucoup d'histologistes, puissent suffire à donner naissance à une telle multitude d'éléments nouveaux. D'un autre côté, il est bien évident que la fibrine transsude à travers les parois des capillaires, ainsi que les liquides nourriciers (blastème) qui servent à former les leucocytes. Aussi croyons-nous que ces éléments naissent à la fois et dans l'intérieur des cellules et dans un blastème épanché en dehors des cellules. Nous pouvons voir, dans l'intérieur d'une cellule, la multiplication des noyaux par scission, leur passage à l'état de leucocytes, la distension, l'état vésiculeux des cellules mères, contenant jusqu'à cinq ou un plus grand nombre de leucocytes; mais le mode de naissance de ces éléments dans le blastème extra-cellulaire nous est encore complétement inconnu.

C'est là, du reste, une question de pathologie générale qui ne rentre pas directement dans mon sujet.

D'après les développements dans lesquels je viens d'entrer, il me semble bien démontré que le second degré de la pneumonie lobaire est caractérisé par un exsudat fibrinoso-purulent dans les alvéoles, dans les bronches et à la surface pleurale correspondante, lorsque l'hépatisation est arrivée à cette surface. Les choses se passent exactement de la même manière chez les adultes et chez les vieillards. On peut même dire que l'état granuleux du poumon est plus prononcé chez ces der-

niers par la raison simple que les alvéoles du poumon sont plus dilatées, l'emphysème y étant plus fréquent. Il en résulte que les coagulations qui se moulent sur elles sont plus volumineuses et les granulations de la pneumonie plus apparentes, ainsi que nous l'a souvent fait observer M. Charcot.

Voyons ce qui se passe lorsque la résolution a lieu à cette période. La fièvre est tombée et le malade semble guéri, mais il persiste un état local du poumon manifesté à l'auscultation par des râles vésiculaires. Voici ce qu'on trouve dans ces pneumonies en résolution : Les alvéoles pulmonaires peuvent s'insuffler, elles sont incomplétement remplis par des leucocytes en dégénération graisseuse, par des amas de ces mêmes granulations libres ou réunies dans une même enveloppe (corps granuleux). C'est une émulsion graisseuse qui favorise la résorption des parties de l'exsudat qui n'ont pas été expectorées. A l'œil nu, cet état que j'ai observé plusieurs fois, notamment dans un cas inséré dans les *Bulletins* de la Société, se traduit par une consistance anormale et une coloration jaunâtre de la portion du poumon encore altérée. C'est ce que, pendant un certain temps, on désignait sous le nom de tuberculisation de l'exsudat. A cette période, la pneumonie peut passer à l'état chronique, ce qu'on voit parfois chez les vieillards; nous y reviendrons bientôt.

Le troisième degré, ou d'hépatisation grise, bien plus fréquent chez les vieillards que chez les adultes, est caractérisé à l'œil nu par ce fait que la surface de section granuleuse de la portion malade se recouvre d'une couche de pus. Mais le caractère microscopique de ce degré ne peut pas consister seulement dans la présence de globules de pus, puisque nous avons vu qu'ils existent dès le premier jour de l'hépatisation, et il ne faut pas confondre, dans le langage médical, liquide puriforme et globules de pus. Dans le deuxième degré, les leucocytes sont emprisonnés dans un coagulum à moitié solide. Dans le troisième degré, ils sont libres, parce que la fibrine a passé de l'état fibrillaire à l'état granuleux et s'est dissociée; ils roulent les uns sur les autres, et, comme leur hypergénèse continue, ils forment, comme tous les éléments libres quand ils sont petits et abondants, un liquide laiteux puriforme. Ainsi la seule différence, entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation purulente, c'est que dans cette dernière la fibrine s'est liquéfiée en devenant granuleuse et que les leucocytes sont libres. Ils ne tardent pas à devenir granuleux, à se remplir de granulations graisseuses, en même temps que les parois alvéolaires s'amincissent et quelquefois se détruisent après s'être ramollies pour constituer de petits abcès.

On voit combien est simple ce processus de la pneumonie lobaire. Dans la première période, ou d'engouement, congestion et hypergénèse de jeunes cellules; dans la deuxième, ou d'hépatisation rouge, exsudation de fibrine à l'état fibrillaire, avec hypergénèse de leucocytes; enfin dans la troisième, ou hépatisation grise, liquéfaction de la fibrine avec continuation de la génèse des leucocytes.

La pneumonie lobaire a trois complications anatomiques constantes : 1° La pleurésie; 2° la bronchite; 3° la congestion pulmonaire. Toutes les fois que l'hépatisation a envahi tout un lobe, la plèvre correspondante se recouvre de couches plus ou moins épaisses de fibrine et de pus. Rarement, il faut le dire, cette pleurésie pseudo-membraneuse s'accompagne d'un épanchement de liquide notable par les signes physiques de percussion et d'auscultation, ce qui fait que, dans le langage des cliniciens, le mot de pleuro-pneumonie est rarement prononcé, car on le réserve aux complications de la pneumonie par un épanchement pleural abondant. On observe toujours aussi une rougeur intense de la muqueuse bronchique et, autour des masses hépatisées, une congestion œdémateuse plus ou moins étendue, qui joue un grand rôle dans le pronostic de la pneumonie. Dans ces parties, en effet, les alvéoles sont remplies par un liquide séro-sanguinolent plus ou moins aéré, l'hématose y est incomplète, et c'est surtout à cette complication que s'adressent les moyens thérapeutiques locaux tels que les saignées locales et les vésicatoires.

La bronchite, qui accompagne la pneumonie aiguë, ne doit pas non plus faire donner à ces cas le nom de broncho-pneumonie qui sert, dans le langage de la plupart des auteurs, à désigner un état tout différent, la pneumonie catarrhale ou lobulaire.

D'après ces données, je n'aurai pas besoin de m'étendre longuement sur l'examen des crachats de la pneumonie. Il est facile de prévoir qu'on y trouve des concrétions fibrineuses représentant le moule des terminaisons bronchiques contenant beaucoup de leucocytes colorées par la matière colorante du sang, quelquefois aussi par des globules rouges. Les modifications des crachats, suivant les périodes de la maladie, découlent naturellement de l'étude que nous venons de faire du contenu des alvéoles du poumon. J'indiquerai seulement la manière employée dans le service de M. Charcot, pour reconnaître les concrétions fibrineuses, procédé simple qui consiste à délayer, dans un grand verre rempli d'eau, les crachats pneumoniques.

Comme lésion des liquides dans la pneumonie aiguë, signalons aussi, avant de passer outre, l'examen des urines qui révèle très-souvent une quantité notable d'albumine et, constamment, une diminution ou une absence absolue du chlorure de sodium. Cette dernière particularité, découverte par Redtenbacher, a été vérifiée depuis par tous les observateurs, Niemeyer, Hughes, Bennett, etc., et se trouve en détail dans le livre de L. Beale que viennent de traduire nos excellents amis, Ollivier et Bergeron.

2° La deuxième variété d'inflammation du poumon, la pneumonie catarrhale ou lobulaire (broncho-pneumonie, bronchite capillaire, etc.), si bien décrite par les médecins de l'enfance et résumée dans le livre de MM. Hardy et Béhier, est un état anatomique complexe. On y trouve, en effet, isolées ou réunies, cinq lésions bien distinctes qui sont : Des noyaux lobulaires d'hépatisation, de la congestion, de l'atélectasie ou état fœtal, des vésicules pleines d'un liquide puriforme, de la bronchite.

Les noyaux lobulaires d'hépatisation, habituellement sphériques lorsqu'ils sont petits, sont caractérisés à l'œil nu par la consistance pâteuse, la friabilité, la tuméfaction du tissu pulmonaire, et leur coloration, rouge d'abord, puis grisâtre. Leur surface est plane, ou à peine granulée et sèche. Leur volume est très-variable, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix et plus, quelquefois une grande partie d'un lobe est uniformément infiltrée. Les deux poumons en sont quelquefois farcis. Lorsqu'ils sont très-petits, rien n'est plus facile que de les confondre avec une tuberculisation miliaire. J'aurai toujours présents à la mémoire deux poumons abandonnés sur une table d'autopsie, dont l'intérieur était criblé de petites masses, de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois, grises, opaques et friables. On avait diagnostiqué, pendant la vie, une tuberculose aiguë, et, après l'inspection rapide des poumons, le médecin de l'hôpital, les élèves du service, s'étaient glorifiés d'avoir porté un diagnostic aussi exact. Cependant ces granulations n'étaient pas semi-transparentes et dures comme le sont les tubercules miliaires; de plus, il n'y en avait aucune à la surface des plèvres viscérale ni pariétale. Il n'y en avait non plus ni dans la trachée, ni dans le péritoine, ni dans l'intestin, ni dans aucun viscère. Ces données me firent hésiter sur la nature de l'altération du poumon, et l'examen microscopique me donna la preuve que c'était là simplement une pneumonie lobulaire.

Voici, en effet, ce qu'on y trouve toujours au microscope. Les alvéoles pulmonaires sont remplis incomplétement par des cellules épithéliales granuleuses contenant plusieurs noyaux, quelquefois vésiculeuses et par des leucocytes. Entre elles se trouve un liquide granuleux. Les leucocytes n'y sont pas en aussi grande abondance que dans la pneumonie aiguë, il n'y a pas non plus de fibrine sous forme fibrillaire; par contre, les cellules épithéliales, les corpuscules muqueux, y sont plus nombreux. En raclant la surface de section avec un scalpel, on n'a pas de petits grumeaux, mais seulement un liquide grisâtre et troublé. Les plus petites granulations sont constituées par un groupe de 15 à 20 alvéoles altérés. Les alvéoles pulmonaires ne sont pas non plus exactement remplis et distendus, ce qui explique pourquoi l'insufflation peut encore réussir à y faire pénétrer une certaine quantité d'air.

Lorsque la maladie entre en résolution, les éléments épithéliaux et les leucocytes qui remplissent les alvéoles passent à l'état granulo-graisseux de la même manière que dans la pneumonie fibrineuse, et sont ensuite expectorés et résorbés. Mais, lorsque la maladie traîne en longueur, alors que les forces du malade sont épuisées, alors surtout que les noyaux d'hépatisation lobaire sont nombreux, gros et rapprochés les uns des autres, il peut se faire que le poumon n'ait aucune tendance à revenir à l'état normal. A l'autopsie de pareils sujets, la coupe du poumon présente des masses lobulaires à section plane, grise, légèrement granuleuse, sèche, exactement semblables à l'œil nu et au microscope à la tuberculose infiltrée ou pneumonie caséeuse. Les alvéoles pulmonaires sont remplis d'éléments transformés ou détruits granulo-graisseux. Il peut même y avoir des lobules ramollis et des excavations caverneuses. S'il n'existe alors aucune granulation tuberculeuse à la surface de la plève pulmonaire ou costale, ni à la trachée ni dans les intestins, si surtout l'altération est localisée à un seul poumon, on a bien réellement affaire à une pneumonie catarrhale terminée par infiltration graisseuse de l'exsudat et non à une tuberculisation. C'est ce qu'on appelait, il y a quelques années, tuberculisation de l'exsudat. C'est une forme de pneumonie de longue durée qui a été parfaitement décrite par Reinhardt, Villemin et Niemeyer, forme qu'il est d'autant plus facile de confondre avec la tuberculose pulmonaire qu'elle accompagne très-souvent les granulations tuberculeuses. C'est elle que Laennec a baptisée du nom d'infiltration tuberculeuse grise ou tuberculose infiltrée.

Les cas dans lesquels cette pneumonie se rencontre seule, sans granulations tuberculeuses, ne sont pas très-rares; pendant la maladie qui marche assez rapidement, en six semaines ou deux mois, on hésite à porter le diagnostic entre bronchopneumonie ou tuberculisation aiguë, incertitude que ne dissipe pas toujours l'autopsie quand elle est insuffisamment faite. Bien plus, les anatomo-pathologistes, qui ont le mieux étudié ces lésions, les ont rapportées tantôt à une pneumonie simple terminée par l'infiltration graisseuse, tantôt à un mode particulier de tuberculose sans granulations, la tuberculose infiltrée (Niemeyer).

Mais les caractères propres à cette pneumonie catarrhale suffisent toujours pour la faire sûrement reconnaître et spécialement pour la différencier des granulations tuberculeuses qui ont un autre siége et des éléments tout différents.

La congestion pulmonaire, c'est-à-dire l'afflux exagéré du sang dans les vaisseaux, s'accompagne toujours, pour peu qu'elle soit intense, de phénomènes qui se passent dans l'intérieur des alvéoles. Tantôt il s'y fait une accumulation de sérosité claire ou teintée par l'hématine; le tissu pulmonaire pressé laisse écouler alors un liquide séreux, citrin ou rouge, plus ou moins spumeux. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent dans la pneumonie lobulaire, l'afflux considérable de liquides nutritifs détermine une hypergénèse d'éléments épithéliaux. Le tissu pulmonaire rougi est engoué, tuméfié, il ne laisse pas aussi facilement dégorger lorsqu'on le presse entre les doigts; le liquide sanguinolent qui en sort est plus épais et troublé, il est aussi moins spumeux. C'est ce qu'on a appelé carnification, engouement, c'est une congestion active et inflammatoire, formatrice d'éléments nouveaux. On trouve dans le liquide contenu dans les alvéoles de grandes cellules sphériques distendues et colorées en jaune par l'hématine, cellules en formation endogène, et de jeunes éléments, corpuscules muqueux ou leucocytes. C'est la congestion qui probablement précède l'hépatisation et qui, lorsqu'elle survient dans un poumon dont le tissu conjonctif est épaissi, lui donne l'apparence d'une hépatisation planiforme.

L'atélectasie pulmonaire ou état fœtal, très-fréquente dans la pneumonie catarrhale, peut aussi se rencontrer comme lésion isolée dans certaines maladies, la fièvre typhoïde par exemple. Elle consiste dans l'affaissement des alvéoles, qui sont vides d'air et dont les parois sont en contact. Les parties atélectasiées d'un poumon se reconnaissent à la surface pleurale, parce qu'elles sont déprimées et de coloration rouge ou violacée. Sur une surface de section, elles sont molles, élastiques, rouges, ne laissent pas échapper d'air et plongent au fond de l'eau. Mais les portions malades se laissent insuffler très-facilement, se distendent alors en reprenant leur coloration et leur niveau normal à la surface du poumon. Aux moyens physiques d'exploration de la poitrine, les parties atélectasiées donnent de la submatité à la percussion et un bruit de souffle tubaire à l'auscultation; lorsqu'elles sont assez étendues et superficielles pour être facilement accessibles, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de m'assurer de ce fait.

Dans certains cas, le tissu pulmonaire privé d'air est néanmoins tuméfié; sa surface de section est rouge, ou d'un rouge noirâtre, il n'a pas la souplesse ni la résistance à la déchirure de l'atélectasie simple. C'est cet état qu'on appelle habituellement splénisation par la comparaison qu'on en fait avec le tissu de la rate. Là, sous l'influence d'une forte congestion, il s'est formé de jeunes éléments dans l'intérieur des alvéoles privés d'air.

Ainsi l'atélectasie peut être simple, ou accompagnée de la congestion pulmonaire et de l'hypergénèse d'éléments épithéliaux.

Je n'insisterai pas sur les lésions de la bronchite, non plus que sur l'étude des vacuoles ou vésicules qui, lorsqu'on les pique, laissent échapper une gouttelette de liquide laiteux ou jaunâtre, et qui sont très-probablement dues à l'accumulation du mucus bronchique dans des alvéoles emphysémateux.

Eh bien! cet ensemble de lésions qui constituent la pneumonie lobulaire se trouve très-rarement chez les vieillards, autant du moins que nous pouvons en juger dans la période d'années qui viennent de s'écouler. Car il est probable, et l'excellence d'observateurs tels que Hourmann et M. Dechambre, tels que Gillette motive cette restriction, que les formes de pneumonie varient suivant les années, et que, sous certaines influences climatériques, on voit prédominer les broncho-pneumonies chez les vieillards. Mais, je le répète, elles sont si rares actuellement, que MM. Charcot et Vulpian n'en ont pas rencontré un seul exemple depuis cinq ans qu'ils sont médecins de la Salpêtrière.

DE L'ARTHRALGIE DU GENOU

dans la méningite tuberculeuse.

Le docteur Lund appelait récemment (*Journal für Kinderkrankheiten,* mars et avril) l'attention des médecins sur un signe nouveau qu'il avait eu l'occasion d'observer quatre fois sur trente cas de méningite tuberculeuse.

Il s'agit d'une douleur persistante et parfois très-vive de l'articulation fémoro-tibiale. Cette douleur est exagérée par tous les mouvements et résiste à l'emploi de topiques calmants. Elle ne s'accompagne d'aucune modification de l'apparence extérieure de la jointure, et est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. Elle peut apparaître quelque temps avant l'apparition des accidents cérébraux ou bien seulement lorsque ces accidents ont déjà fait explosion.

Elle a été observée aussi bien dans des cas à marche très-aiguë que dans ceux à marche lente. C'est dans des cas aigus accompagnés de convulsions violentes qu'elle s'est présentée avec la plus grande intensité. Les enfants sur lesquels cette arthralgie a été notée appartenaient aux deux sexes et étaient âgés de six à quatorze ans.

M. Lund n'a jamais observé semblable douleur chez les enfants en dehors de la méningite tuberculeuse. Si ce fait venait à se confirmer, on aurait là un nouveau sujet d'une grande importance dans une maladie dont le diagnostic au début est souvent obscur.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — OPÉRATION. — GUÉRISON.

Par M. le docteur G. PHILIPPART (de Roubaix).

Joséphine L..., femme B..., est âgée de trente ans, mariée depuis six ans, tempérament sanguin, bien réglée, n'a jamais eu d'enfants. Elle me dit qu'elle se croyait enceinte il y a dix-neuf mois. A quatre mois de grossesse, elle se plaignit de douleurs dans le bas-ventre. Elle fit appeler son médecin, qui lui pratiqua une saignée. Du quatrième au septième mois, elle fut saignée quatre fois. Vers la fin du septième mois, des douleurs d'accouchement se déclarent; son méde-

cin, mandé près d'elle, croit l'accouchement prochain; elle perd un peu de sang, les douleurs continuent pendant vingt-quatre heures, puis tout paraît rentrer dans l'ordre. Les seins gonflent et sécrètent du lait pendant près d'un mois. Le médecin, qui croyait à une position naturelle de l'enfant, rassura la femme B... en lui disant que l'enfant viendrait naturellement à terme.

A part quelques douleurs insignifiantes, dix mois s'écoulent et l'accouchement ne se fait pas.

Elle appelle de nouveau son médecin, qui la visite, et croit reconnaître cette fois qu'elle n'est pas enceinte.

La femme B..., inquiète sur sa position, va se confier à un uroscope bien connu de nos environs, qui la traite pour une hydropisie. Notre malade prit une quantité de diurétiques et de drastiques pendant quatre mois; l'hydropisie ne disparaissant pas, et, fatiguée de son traitement, elle s'adresse à un médecin de notre ville, qui s'exprime en ces termes :

« Les médecins que vous avez consultés jusqu'à ce jour se sont trompés. Vous êtes bien enceinte et votre grossesse est toute naturelle; le col de la matrice est presque entr'ouvert, l'enfant est dans une bonne position, avant huit jours vous accoucherez. »

La femme B... comptait cependant quinze mois de grossesse; néanmoins, toute joyeuse d'une pareille consultation, elle attend avec impatience le délai fixé; les huit jours passent et l'accouchement ne se fait pas. Elle arrive au terme de dix-neuf mois.

C'est alors que le 3 décembre 1864, je suis demandé pour lui donner mes soins.

La femme B... jouit encore d'une bonne santé; le ventre a presque l'ampleur d'une femme au terme de sa grossesse; le côté gauche est douloureux à la pression; le pouls est à 80; la langue humide, l'appétit est bon.

Le toucher fait reconnaître :

1° Le col de la matrice est refoulé en haut derrière le pubis;

2° On sent une tumeur volumineuse de la forme d'une tête de fœtus presque à terme derrière le cul-de-sac vaginal;

3° Par le toucher rectal, on circonscrit facilement la tumeur, et il est bien facile de reconnaître une fontanelle et les os du crâne d'un enfant presque à terme.

Je reconnais une grossesse extra-utérine, et j'annonce que la malade n'accouchera jamais si ce n'est par une opération. Elle refuse; mais, comme il n'y avait guère urgence d'opérer, je lui dis qu'on pouvait attendre.

Le 19 décembre, à cinq heures du matin, je suis appelé en toute hâte. Des douleurs se déclarent, le ventre est très-douloureux, du côté gauche principalement; la face paraît s'altérer; le pouls est à 100. Elle réclame avec instance sa délivrance. Dans l'après-midi, assisté de mes confrères MM. les docteurs Carette et Martin, je procède à l'opération.

La femme, placée comme pour l'opération de la taille et le spéculum introduit, je pratique une large incision sur la tumeur qui fait saillie dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher nous fait reconnaître immédiatement une adhérence complète de la tête du fœtus avec le kyste. Mon incision ayant ouvert une fontanelle, on introduit facilement le doigt dans le crâne, et nous ne retirons de notre opération qu'un peu de pulpe cérébrale.

Reconnaissant avec mes confrères l'impossibilité de terminer l'accouchement, nous remettons la femme au lit, nous rassurons son moral en lui annonçant une délivrance prochaine.

Nous prescrivons le repos le plus absolu, la diète, une boisson antispasmodique.

Le 20, la malade a peu dormi; le pouls est à 100, la langue reste humide, le ventre douloureux; un écoulement fétide se fait par le vagin. Elle désire prendre un peu de nourriture.

Bouillon, repos, injections émollientes dans le vagin.

Le 21, mauvaise nuit; soif, langue sèche, pouls à 120; deux selles, ventre très-sensible; l'écoulement fétide continue accompagné de la pulpe cérébrale.

Injections avec la liqueur de Labarraque; fomentations émollientes sur le ventre. On nourrit la malade.

Le 22, bonne nuit; pouls à 110; ventre moins sensible; deux selles; la soif diminue, la langue reste cependant un peu sèche; elle a de l'appétit; l'écoulement est de plus en plus fétide.

Extraction d'un pariétal.

Les injections avec la liqueur de Labarraque sont poussées trois fois le jour. On continue les fomentations sur le ventre; on nourrit la malade, on ajoute une limonade au vin.

Les 23 et 24, même état.

Le 25, l'écoulement a une odeur repoussante. La malade se maintient.

Injections avec l'eau phéniquée trois fois le jour.

Le 3 janvier, extraction du coronal et d'une partie de la mâchoire supérieure.

Le 4, la malade paraît perdre de ses forces; le pouls est à 130; elle a des nausées; le ventre est d'une sensibilité extrême; la soif augmente, perte de l'appétit; l'écoulement, qui a toujours une odeur repoussante, infecte la chambre de la malade.

J'essaye l'extraction du fœtus sans aucun résultat.

J'allais infailliblement perdre ma malade, quand le 5 au matin, armé d'une longue et forte pince à griffes que j'avais fait confectionner exprès, j'accroche l'enfant par le col, et je parviens avec précaution et non sans émotion à extraire le fœtus en entier. Cet enfant, du sexe féminin et qui paraissait presque à terme, était en pleine putréfaction. La poitrine, ouverte, ne laissait plus aucune trace des organes thoraciques; le ventre, aussi ouvert, ne laissait plus voir aucun des organes abdominaux. Le cordon ombilical n'existait plus; le kyste était plein d'un putrilage infect, au milieu duquel on reconnaissait encore le placenta.

Sitôt la délivrance terminée, le kyste est lavé à grande eau et finalement quelques injections d'eau phéniquée.

Cette délivrance ranime le moral de la femme B...; la joie est peinte sur sa figure.

Depuis cette époque, elle va de mieux en mieux; tous les symptômes alarmants disparaissent comme par enchantement; elle mange quelques jours après avec appétit, les forces reviennent. On continue quelque temps les injections d'eau phéniquée dans le kyste, et un mois après la délivrance la femme sort parfaitement guérie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 septembre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Épidémie de Savoie produite par les poêles en fonte. — **M. CARRET** adresse sur ce sujet la note suivante :

« Cinq ans d'observations constantes, dit l'auteur dans la lettre qui accompagne ce Mémoire et adressée à M. le secrétaire perpétuel, me permettent d'affirmer qu'un bon nombre d'épidémies d'hiver, que l'on désigne ordinairement sous les noms de *méningite cérébro-spinale*, de *typhus cérébral*, de *fièvres rémittentes graves*, sont tout simplement des intoxications par le gaz oxyde de carbone que dégagent les poêles en fonte.

« Cette opinion a de prime abord rencontré une vive opposition. Mais une épidémie que j'ai pu annoncer plusieurs mois d'avance au lycée de Chambéry a ébranlé tous mes confrères, et aujourd'hui la plupart partagent ma manière de voir sur les effets toxiques de ces appareils. »

A l'appui de son opinion sur la nature et la cause de cette épidémie, M. Carret adresse une note de son neveu, M. Jules Carret, élève du laboratoire de M. Fremy, relative à la présence de l'oxyde de carbone dans l'air d'une salle chauffée par un poêle en fonte.

Il résulte des expériences auxquelles s'est livré M. Jules Carret au mois d'août dernier, dans une salle du collége de Chambéry cubant 264 mètres et fortement chauffée pendant environ quinze heures, que le gaz toxique existait bien réellement dans l'air de cette salle, comme le lui a démontré son action sur le chlorure d'or, en donnant naissance, dans chacune des boules de l'appareil de Liebig dont il se servait, à un précipité grisâtre et à la formation d'une multitude de lamelles à éclat métallique doré.

(Renvoi à la Commission pour le prix des arts dits insalubres.)

— **M. ESPAGNE**, dans une lettre adressée à M. le secrétaire perpétuel, annonce que le mercure et ses préparations jouissent d'une action préservatrice contre le choléra épidémique. Il appuie cette opinion sur ses observations personnelles faites en 1849 et en 1854 dans les hôpitaux de Montpellier, dans lesquels on a remarqué qu'aucun décès par suite du choléra n'a eu lieu dans les salles de ces établissements où les malades affectés de maladies syphilitiques et soumis au traitement mercuriel étaient soignés.

— **M. J.-F. SAUNDERS** adresse la recette d'un médicament contre le choléra, employé, assure l'auteur, avec succès dans l'épidémie de 1849.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recueil des travaux de la Société médicale allemande de Paris, publié par les docteurs LIEBREICH et L. LAQUEUR. Session de mai 1864, mai 1865, 1er fascicule. In-8° de 180 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, à la librairie Victor Masson et fils, place de l'École-de-Médecine.

La Parole rendue aux sourds-muets et l'Enseignement des sourds-muets par la parole, par A. HOUDIN. Un vol. in-8°. Prix : 4 fr. rendu *franco* dans toute la France. Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Etude sur la digestion et l'alimentation, mémoire lu à l'Institut (Académie des sciences), par le docteur SANDRAS. In-8° de 42 pages. Prix : 1 fr. *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, *libraire*-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 108. — JEUDI 14 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 14 SEPTEMBRE 1865. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 SEPTEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Dans la dernière séance, M. Chauveau avait prêté à M. J. Guérin une opinion qui n'était pas celle de cet honorable académicien. M. J. Guérin a réclamé : pour lui la variole et la vaccine de l'homme ne sont pas identiques.

M. J. Guérin a contesté la signification et la valeur des expériences de la Commission lyonnaise que M. Chauveau représentait à l'Académie. Il a dit : Ce n'est pas la variole de l'homme qui peut fournir le vaccin, c'est la maladie vaccinogène, et il pense qu'on doit faire de nouvelles expériences d'après ces données. On verrait alors, disait-il, comment la variole des animaux, s'atténuant en passant sur l'espèce humaine, peut devenir la vaccine.

La théorie de M. J. Guérin a un bon côté. Nous voudrions toutefois qu'il fût démontré que l'inoculation de la vaccine aux animaux leur donne une variole vraie, par réciprocité avec ce qui se passe dans l'échange de variole et de vaccine ou variole locale, quand on inocule la variole aux animaux, pour la reporter à l'homme. A un autre point de vue, on a peine à comprendre que la variole des animaux, mitigée et devenue vaccine en passant sur l'homme, puisse mettre celui-ci en garde contre l'influence du virus de la variole humaine. Au moins avec la théorie de l'identité de la variole et de la vaccine, les choses allaient assez bien. Mais les expériences ont contredit la théorie, et les vaccinateurs en restent toujours au même point.

Théoriquement ils ne savent pas ce qu'est le virus-vaccin, et, en pratique, la vaccine reste un expédient.

La discussion sur la thoracentèse s'épuise. MM. Briquet et Piorry ont parlé incidemment de faits récemment envoyés à l'Académie à l'occasion de la discussion. Parmi les observations dont il a été question, le lecteur remarquera un nouveau cas de thoracentèse pratiquée avec le bistouri pour un épanchement purulent de poitrine et qui a été suivi de guérison.

Ce n'est pas la première fois que nous insistons sur des faits de ce genre. La *Gazette des Hôpitaux*, souvent citée dans le cours de la discussion académique, en a fourni plusieurs exemples, et nous ne craignons pas de nous avancer en disant que, si l'on faisait une statistique des opérations de thoracentèse dans les cas d'épanchements purulents, on trouverait proportionnellement, au nombre des opérations, au moins autant de pleurésies purulentes guéries par la thoracentèse avec le bistouri que par la méthode sous-cutanée ; et il ne serait peut-être pas même besoin de compter les observations où une plaie d'une ponction sous-cutanée étant devenue fistuleuse, on s'est trouvé dans les conditions d'une thoracentèse faite avec le bistouri.

Dr Armand Després.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

ÉTIOLOGIE DES ANÉMIES.

§ 1. — Anémies d'exsudations et d'hémorrhagies.

La plupart des fonctions de l'économie, surtout les sécrétions, ne peuvent s'accomplir qu'en éliminant ou en usant une partie des principes constituants du sang, il y a donc dans l'économie une cause normale de déperdition. Lorsque le sang n'est dépouillé que partiellement, ainsi à la suite des sécrétions ou des exsudations morbides, séreuses ou muco-purulentes, la débilitation sera plus ou moins lente à se produire, selon le genre d'éléments qui se perdent, mais l'anémie manque rarement de se produire.

L'affaiblissement sera aussi rapide que considérable si la déperdition atteint le sang dans son ensemble, ainsi qu'on l'observe dans les hémorrhagies. Quelle que soit la cause de ces pertes, pour peu qu'elles se prolongent, s'exagèrent ou se répètent, il en résultera un trouble profond dans la circulation et les échanges moléculaires, par conséquent dans la composition intime du sang lui-même, de là des anémies d'origine hémorrhagique.

§ 2. — Anémies d'inanition, d'inoxydation et d'épuisement.

Les pertes subies par l'organisme se réparent par l'alimentation et l'oxygène respiré ; à l'aide de ces deux moyens il y a une tendance constante au rétablissement de l'équilibre organique. Dès que l'un ou l'autre vient à faire défaut, à diminuer ou à subir quelque altération qualitative, ou bien enfin à s'assimiler plus difficilement, la composition du sang ne tarde pas à se modifier, parce qu'il perd sans cesse sans acquérir en proportion.

De ces deux principes régénérateurs, l'aliment sert à reconstituer la trame organique et à développer les forces ; les principes azotés et carbonés qui composent l'aliment ne servent à l'économie qu'en subissant des métamorphoses, des combustions incessantes ; si ces matériaux combustibles sont en déficit, l'organisme use ses propres tissus, et il se produit une anémie d'inanition.

Lorsque c'est l'élément comburant, c'est-à-dire l'oxygène qui manque, il en résulte une anémie par inoxydation ; c'est ce qui a lieu toutes les fois que la quantité d'air respirable n'atteint plus les limites physiologiques que l'acide carbonique augmente, ou bien enfin lorsque la suface respiratoire elle-même vient à diminuer ; dans tous ces cas, les échanges entre les gaz du sang et l'atmosphère ne peuvent plus se faire librement ; l'oxygène, que les globules doivent apporter aux organes, ne peut plus suffire ni aux combustions intimes ni au fonctionnement des globules eux-mêmes.

Au résumé, l'organisme ne peut se maintenir intact, que si la balance s'établit entre les déperditions et les recettes nutritives.

Mais ce bilan se modifie sans cesse par le fonctionnement des organes ; pour peu que celui-ci soit exagéré, le mouvement nutritif s'accomplit suivant d'autres lois, c'est ce qui a lieu surtout par l'exercice des fonctions musculaires ; le travail physique, la fatigue, produisent des oxydations plus actives et nécessitent par conséquent des conditions nouvelles ou spéciales de régime et d'aération ; si elles font défaut, il s'ensuit une usure des tissus qui peut conduire à la perte des forces, à l'amaigrissement et peut-être à l'anémie. Cette anémie d'épuisement chez l'ouvrier exige une étude approfondie et mérite de fixer toute notre attention.

§ 3. — Anémies dégénératives et toxiques.

Les matériaux d'assimilation, quelle que soit leur nature ou leur provenance, doivent subir diverses élaborations avant de constituer les principes du sang ; c'est surtout dans les glandes lymphatiques et lymphoïdes, dans la rate et peut-être dans le foie que se passe cette transformation ; c'est là que se développent les leucocytes, qui sont eux-mêmes la principale origine des hématies ; l'intégrité de ces divers organes formateurs des globules est donc une condition nécessaire pour le maintien de l'état normal du sang. Or, c'est le caractère des diathèses, de la scrofule, comme de la tuberculose ou du cancer, d'envahir les glandes ; il en résulte une de ces anémies graves et complexes qu'on peut appeler dégénératives ou diathésiques.

Les poisons, les virus, les miasmes, en pénétrant dans l'économie par les diverses voies d'absorption, atteignent tout aussi fréquemment les glandes lymphatiques, les troublent dans leur structure ou leurs fonctions, et produisent ainsi par voie détournée une altération du sang. Il se peut enfin que les agents toxiques altèrent directement les éléments histologiques du fluide sanguin ; dans l'un et l'autre cas, il se développera une anémie toxique.

L'empoisonnement saturnin se manifeste souvent par une altération du sang et des reins (Ollivier) avant de se localiser dans l'intestin.

L'intoxication palustre nous fournit un exemple d'anémie miasmatique, comme la syphilis peut servir de type aux anémies virulentes.

§ 4. — Des chloroses.

Les trois groupes d'anémies par déperditions, privations et dégénérescences sont loin de comprendre toute l'histoire de ces états morbides si variés ; il reste à élucider la question éminemment pratique des affinités avec la chlorose et les cachexies ; ce sera le chapitre complémentaire de cette longue étude.

La chlorose et l'anémie sont-elles entièrement identiques, ou, au contraire, absolument distinctes, ou bien enfin la chlorose n'est-elle qu'une variété, qu'une forme de l'anémie ? Ces trois opinions ont été soutenues tour à tour par nos cliniciens les plus exercés. En prenant pour point de départ les altérations du sang, on ne saurait méconnaître le caractère anémique de la chlorose, et si les analyses n'ont pas toujours répondu à l'attente des expérimentateurs, c'est qu'ils n'ont pas tenu compte des périodes d'amélioration qui se manifestent même dans les chloroses les plus invétérées ; l'aglobulie ou l'hydrémie ne manquent jamais entièrement d'une manière permanente.

Mais, bien qu'il y ait identité de lésions, des différences réelles séparent ces deux états au point de vue étiologique.

Ce qui me frappe d'abord dans le développement de la chlorose, c'est qu'elle naît indépendamment des causes générales qui produisent l'anémie ; les pertes excessives, les privations n'y sont habituellement pour rien, ou du moins la maladie peut s'observer chez des individus placés dans les meilleures conditions hygiéniques. C'est ce qui explique pourquoi il est si difficile d'avoir prise sur elle, et pourquoi l'influence salutaire des circumfusa n'est presque jamais que temporaire. Si l'anémie a le plus souvent des causes tangibles, c'est le contraire pour la chlorose ; l'une résulte de déperditions ou de déficit alimentaire, ou d'insuffisance atmosphérique ; l'autre prend sa source dans la constitution de l'individu. C'est en réalité, comme le dit Grisolle, une anémie, mais une anémie spéciale, qui me paraît résulter de l'activité excessive des fonctions de développement, c'est-à-dire de l'accroissement exagéré ou de l'ovulation ou de la gestation. C'est aussi l'opinion de Monneret.

Chaque fois qu'il y a disproportion entre les forces de *développement* et les moyens réparateurs, la chlorose peut en être la conséquence ; celle-ci ne dépend donc pas exclusivement des fonctions de puberté ; il existe, en effet, une chlorose de l'enfance, de l'âge de puberté, de l'âge adulte et une chlorose puerpérale.

I. ÉTIOLOGIE DES ANÉMIES D'HÉMORRHAGIES.

Que les hémorrhagies soient artificielles, comme la saignée, physiologiques, comme la menstruation, ou bien enfin de l'ordre pathologique, il suffit que les pertes de sang soient intenses ou répétées pour qu'elles provoquent le développement de l'anémie.

Hémorrhagies physiologiques.

Autrefois on considérait la menstruation comme un acte dépuratoire, et le sang menstruel comme une substance nuisible destinée à être éliminée de l'économie, sous peine d'accidents graves de nature chlorotique ; la physiologie nous a appris à envisager les règles comme une fonction de l'ovaire et une altération concomitante de la muqueuse utérine ; la maturation et la chute périodique de l'œuf ovarique, résultant du développement de ses cellules, c'est là le fait primordial de la menstruation.

L'écoulement sanguin n'est que la manifestation extérieure d'un travail local qui se manifeste dans les voies génitales, particulièrement de la muqueuse utérine ; le processus histologique, provoqué par l'excitation fonctionnelle de l'ovaire, présente une grande analogie avec les inflammations catarrhales (Virchow). Par suite de cette lésion, les petits vaisseaux de la muqueuse utérine sont à leur tour diminués de cohésion et se rompent à chaque hyperémie fluxionnaire. L'hémorrhagie n'est donc pas, comme on le croyait, l'effet de la rupture des vésicules de Graaf ; la perte de sang n'est que le signe de la congestion et de la lésion nutritive, que l'utérus éprouve dans la grande série des excitations fonctionnelles périodiques de tout l'appareil sexuel.

Qu'il se développe aussi d'autres congestions utérines que celles qui dérivent de l'ovaire, qu'il y ait des hémorrhagies analogues et une sorte de fausse menstruation dans un grand nombre de maladies aiguës, particulièrement dans la variole, la fièvre typhoïde, le choléra, la pneumonie, c'est une question mise hors de doute par les travaux de Virchow et de Gubler, qui sont arrivés aux mêmes résultats, aux mêmes conclusions. On commet une erreur en attribuant aux fièvres ou aux phlegmasies ce pouvoir de hâter le retour des règles ; ces hémorrhagies, quelle que soit leur abondance, ne sont que des pseudo-menstruations sans maturation concomitante des cellules de l'œuf ; c'est un processus hémorrhagique, qui s'étend souvent même à tout l'appareil sexuel, sous forme d'ecchymoses sous-muqueuses et d'hyperémies avec ou sans rupture des capillaires, c'est-à-dire avec ou sans perte de sang (Virchow).

Or ces déperditions, qui se reproduisent jusqu'à deux ou trois fois dans le même mois, et dont le mécanisme diffère si complétement de la fonction menstruelle, ne devront inspirer aucune crainte sérieuse de métastase, et comme par leur abondance ou leur répétition elles peuvent amener promptement

(1) Voir les numéros des 8, 29, 31 août, 5 et 7 septembre. Ce tableau étiologique, publié par erreur dans la leçon du 8 août, doit être rectifié et complété par ce qui suit.

les phénomènes de l'anémie, le traitement anti-hémorrhagique devra être appliqué dans toute sa rigueur.

Les métrorrhagies, qui accompagnent et suivent l'accouchement, laissent souvent une empreinte profonde dans l'organisme; ce sont en effet de véritables hémorrhagies traumatiques qui ne cessent que par suite du développement spontané d'une thrombose dans les veines utérines; aussi les accouchées, et surtout celles qui allaitent leur enfant, présentent pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, les traits d'une anémie évidente, qu'on peut même observer sur les nourrices qui arrivent des campagnes les plus salubres.

Les hémorrhagies utérines qui se manifestent à l'époque de la ménopause déterminent souvent l'appauvrissement du sang, et la période dite critique est marquée par l'anémie, comme nous verrons la période de formation se signaler par les phénomènes de la chlorose.

Hémorrhagies pléthoriques.

Les hémorrhagies de l'ordre pathologique ne produisent ordinairement l'anémie que quand elles ont pour siége les membranes muqueuses, et que le sang peut s'extravaser librement au dehors. Si elles résultent d'une perforation (traumatique, tuberculeuse ou carcinomateuse) des vaisseaux, elles tendent rarement à se reproduire, et d'ailleurs l'anémie ne serait qu'un épiphénomène au milieu de ces graves lésions.

L'anémie domine, au contraire, à la suite des *affections* hémorrhagiques, soit primitives, comme le scorbut, le purpura, soit consécutives à une lésion du foie (ictère grave, fièvre jaune), ou à une altération de la rate et des ganglions lymphatiques (hémorrhagie paludéenne, leucocythémie).

Il reste à discuter l'influence pathogénique des hémorrhagies appelées dynamiques qui comprennent les flux de sang dus à la pléthore générale ou à la congestion locale, les hémorrhagies succédanées ou métastatiques; ce sont ces flux sanguins qui méritent le plus d'attention, leur caractère critique étant souvent invoqué par les théoriciens pour justifier une inaction préjudiciable. C'est au flux hémorrhoïdal, aux épistaxis et à certaines hémoptysies qu'on a attribué ces priviléges; la perte de sang serait, en pareil cas, le moyen naturel de faire cesser ce qu'on a appelé la pléthore.

La pléthore a été définie et envisagée de trois manières entièrement opposées, c'est-à-dire au point de vue physique, chimique et dynamique; pour la plupart des médecins des deux derniers siècles, c'est une augmentation de la masse du sang, *plethora ad molem* (Gaubius); les médecins contemporains (Grisolle, Becquerel et Rodier), qui désignent cet excès de sang sous le nom de polyémie, lui attribuent le rôle principal dans le développement des désordres fonctionnels de la pléthore.

La pléthore a été considérée comme une polyémie.

Mais comment démontrer l'accroissement anormal du sang quand le chiffre physiologique lui-même, qu'on a fixé arbitrairement à un cinquième du poids du corps, ne repose sur aucune donnée certaine. Les expériences sur les animaux ne donnent elles-mêmes que des indications contradictoires (voir la partie physiologique); à plus forte raison est-il impossible de pratiquer une vérification chez l'homme sain ou malade. Vogel a proposé d'estimer la masse totale du sang par celle de l'hématine. On peut mesurer, dit-il, la quotité d'hématine contenue dans un liquide donné, en comparant sa coloration avec celle de divers échantillons préparés à l'avance et dont on a déterminé la richesse en matière colorante; mais ce procédé, fondé sur la chromométrie de Welker, que nous avons déjà critiquée, est resté à l'état de projet; dans l'état actuel de la science, on ne saurait être fixé sur l'existence de la pléthore totale ou pléthore vraie.

En se plaçant au point de vue de la masse du liquide, comme les partisans de la polyémie, Beau a constaté la corrélation de certains phénomènes de la pléthore, non plus avec la totalité du plasma, mais avec la surabondance de l'eau du sérum; ce serait la pléthore séreuse. Les faits observés par Beau sont incontestables; mais comme cette fausse pléthore se rencontre dans des conditions différentes de celles de la pléthore vraie, comme d'une autre part elle accompagne presque toujours l'anémie globulaire, le mot hydrémie, proposé par Bouillaud, mérite la préférence, par cette raison bien simple, que l'excès d'eau n'est souvent que relatif; par conséquent, il ne constitue pas toujours une augmentation de la masse entière du liquide, et ne suffit pas pour distendre les vaisseaux, ce qui est le propre de la pléthore.

La pléthore est-elle une hyperglobulie?

L'analyse chimique du sang des individus d'apparence pléthorique semble justifier l'opinion des médecins qui, avec MM. Andral et Gavarret, Monneret, Béhier et Hardy, considèrent la pléthore comme résultant d'un excès de globules, sans tenir aucun compte de la quantité totale du sang. En effet, sur 31 saignées la moyenne des hématies se montait à 141 au lieu de 127, chiffre normal. Mais nous savons qu'on a contesté précisément cette moyenne physiologique, ainsi que la méthode d'analyse des globules qui lui sert de base.

Il est vrai, ainsi que le fait observer judicieusement Jaccoud, que le même procédé ayant été appliqué à toutes ces analyses comparatives, il n'y a plus à tenir compte de cette dernière cause d'erreur; reste toujours l'objection tirée des oscillations considérables que l'élément globulaire peut subir d'un individu à l'autre, sans sortir des limites physiologiques; ainsi la plupart des chiffres indiqués par Andral et Gavarret se rapprochent de 135, qui serait le chiffre normal pour Becquerel et Rodier, tandis que le pesage des globules *humides*, par le procédé de Carl Schmidt et de Sclarek, fournit comme la méthode de numération des globules secs, préconisée par Andral et Gavarret, une moyenne de 125 à 130 comme représentant l'état naturel; par conséquent, chaque fois que le sang présente plus de 135 parties de globules rouges (sur 1000), il doit être considéré comme anormal; l'hyperglobulie ne saurait en ce cas être mise en doute.

Mais cette lésion ne présente pas toujours les mêmes caractères de permanence.

Après un examen attentif des analyses intéressantes pratiquées par Andral et Gavarret, il me semble utile d'établir une distinction fondée sur le caractère transitoire ou persistant de la multiplication des hématies; cette dichotomie est déjà consacrée dans la science pour les globules blancs: il existe, en effet, une affection ordinairement chronique, caractérisée par une accumulation considérable de leucocytes dans le sang; c'est la maladie appelée leucytémie; il peut se faire d'une autre part, principalement dans la convalescence des maladies aiguës, une augmentation transitoire de ces globules blancs, qu'on distingue sous le nom de leucocytose.

Or, au début de certaines phlegmasies ou fièvres (rougeole, fièvre typhoïde, etc.), on constate un excès de globules rouges qu'on pourrait appeler hémacytose.

Cet état, dépourvu de toute valeur nosologique, ne saurait en aucun cas être considéré comme l'indice ou le synonyme de pléthore, et encore moins comme une indication thérapeutique de la saignée; c'est une interprétation erronée et dangereuse, qu'on a attribuée gratuitement aux éminents observateurs qui nous ont fait connaître ce phénomène. Lorsque cette modification du sang est permanente, au point de constituer une véritable polycytémie, qu'elle soit le résultat d'une prédisposition héréditaire, ou bien qu'elle soit due à un régime trop abondant, azoté ou excitant, elle peut devenir le point de départ d'une série d'accidents qu'on rapporte à la pléthore; mais cette dyscrasie est loin de produire fatalement les mêmes effets, elle peut exister sans dommage aucun; cela est vrai, surtout des polycytémies héréditaires, et l'on voit des individus, ayant toutes les apparences de la pléthore, jouir d'une santé parfaite.

La prédominance des cellules rouges dans le sang ne saurait donc être considérée que comme une imminence morbide; ce qui constitue la maladie, ce sont les troubles vasculaires, et c'est là la justification des médecins, qui, se plaçant exclusivement au point de vue dynamique, c'est-à-dire des forces de la circulation, n'admettent qu'une pléthore *ad vasa*.

La pléthore n'existe que comme trouble vasculaire. — Lorsqu'il y a disproportion, défaut d'accommodation entre la capacité des vaisseaux et la quantité de sang, quand même celle-ci serait normale, il en résulte une tension exagérée, ou une contraction plus active dans certains canaux; de là des hyperémies locales dans les départements vasculaires, dont les parois cèdent le plus facilement; ces congestions peuvent augmenter au point qu'il en résulte des déchirures dans les tuniques des capillaires, et par conséquent des hémorrhagies interstitielles ou externes; ainsi tension artérielle augmentée, ailleurs des stases ou bien encore des flux de sang, c'est là le cortége de la pléthore, qu'on peut, par conséquent, appeler à bon droit pléthore *ad vasa*.

L'hyperémie ayant son siége habituel dans les petits vaisseaux de la face, les pléthoriques ont une coloration rouge, persistante et une chaleur faciale qui augmentent encore par les moindres exercices, ou par l'usage des boissons spiritueuses, de manière à produire l'aspect apoplectiforme; si l'afflux de sang vers l'encéphale vient à s'exagérer, il en résulte une torpeur intellectuelle avec tendance au sommeil; quand enfin la stase sanguine s'opère dans les veines, le système de la veine porte semble plus souvent compromis, et il se manifeste la série de phénomènes, qu'on a appelée pléthore abdominale (constipation, hémorrhoïdes, flatuosités, dyspepsie, développement du ventre). Dans ces circonstances, on peut, avec l'autorité de Boerhaave, invoquer, outre la pléthore *ad vasa*, une pléthore *ad vires*, provenant de la faiblesse du cœur. Lorsque les ondées cardiaques n'ont plus l'énergie suffisante pour déplacer le sang contenu dans les artères, une stase se forme de proche en proche dans les capillaires et les veines.

Ainsi, la pléthore *ad vasa* n'est le plus souvent que le résultat d'une hyperémie passive; l'aspect des pléthoriques trompe souvent sur leur degré de force, et cela est si vrai, que Stahl et son école, qui ont fait jouer un si grand rôle à la pléthore, dans le développement des hémorrhagies, ont reconnu eux-mêmes l'inanité de leur théorie, dans les cas nombreux où les saignées et les hémorrhagies dites critiques sont restées impuissantes à guérir la maladie.

Il y a plus, les pléthoriques supportent souvent très-mal les émissions sanguines, et il n'est pas rare qu'en pareil cas le traitement ne jette promptement les malades dans un état absolument opposé, c'est-à-dire dans un état d'anémie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

des diverses espèces de pneumonie aiguë ou chronique (1),

par le docteur V. CORNIL.

J'arrive maintenant à la seconde division des pneumonies, à celles dont les lésions ont pour siége spécial le tissu fibro-élastique des cloisons interalvéolaires et interlobulaires, à la pneumonie interstitielle.

Elle peut être aiguë ou chronique.

3° La première, la pneumonie interstitielle aiguë, est extrêmement rare; c'est à peine si l'on connaît quelques exemples de suppuration isolée du tissu conjonctif interlobulaire et sous-pleural, suppurations qui ont pour effet d'isoler et de disséquer en quelque sorte des lobules du poumon appendus à leurs bronches respectives. Nous n'avons trouvé mentionné que trois cas de cette forme, publiés par Hodgkin, Stokes et Rokitansky. C'est surtout dans les cas de pleurésie qu'on observe cette curieuse lésion.

4° Quant à la pneumonie interstitielle, qui a pour effet la multiplication des éléments du tissu conjonctif des cloisons, la formation des noyaux et des fibres nouvelles de tissu conjonctif, elle est essentiellement chronique de sa nature. On l'a comparée à bon droit avec l'épaississement du tissu conjonctif du foie et des reins qui constitue l'hépatite, la néphrite interstitielles ou cirrhoses, nom qu'on a aussi appliqué à la même maladie du poumon (Corrigan). Cependant il ne faudrait pas croire que cet épaississement caractéristique des cloisons alvéolaires soit toute la maladie; il se passe aussi des modifications du contenu des alvéoles, ainsi que nous le verrons bientôt.

Mais, avant de donner les détails anatomiques de la pneumonie interstitielle, appelée le plus souvent pneumonie chronique, voyons sous quelles influences, à la suite de quelles maladies, elle se développe.

Elle est partielle ou étendue à tout un poumon, très-rarement aux deux; elle est primitive ou consécutive. Un état physiologique, assez commun du poumon chez les vieillards, doit être regardé comme une pneumonie interstitielle; c'est une sorte d'induration de couleur ardoisée qui s'observe au sommet des poumons. Le tissu ainsi altéré est dur, élastique, non crépitant, noirâtre, il présente quelquefois à sa surface des cicatrices déprimées et des adhérences pleurales. Sur une coupe, on voit un tissu ferme, formé des cloisons très-épaissies avec effacement des alvéoles, presque entièrement composé de tissu fibreux, dense, riche en pigment noir; souvent existent aussi des noyaux caséeux ou calcaires logés dans de petites cavités kystiques, sphériques. Ces cavités peuvent être aussi cylindriques et même se continuer avec une bronche. C'est là ce qu'on a regardé comme des tubercules guéris; mais ces petites masses caséeuses enkystées peuvent tout aussi bien résulter d'un petit abcès pulmonaire guéri ou d'une dilatation bronchique isolée au milieu d'une partie du poumon qui ne respire plus.

La pneumonie interstitielle partielle vient souvent à la suite des congestions pulmonaires répétées et des infractus hémoptoïques ou noyaux d'apoplexie pulmonaire chez les malades atteints d'affections cardiaques. Virchow a parfaitement mis en évidence l'action de ces causes pour la produire. Le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux turgides s'hypertrophie à la longue par le surcroît d'activité nutritive qu'y détermine un afflux plus considérable de sang, et, en même temps, la matière colorante de sang lui communique une coloration rouge, puis noirâtre, par le dépôt de pigment noir. Nous reviendrons bientôt sur ce dernier point.

Les bronchites répétées, les dilatations bronchiques, les pneumonies aiguës, les abcès du poumon, la gangrène, les tubercules pulmonaires, la pleurésie chronique, s'accompagnent aussi, bien plus souvent qu'on ne croit, de pneumonie interstitielle plus ou moins limitée. Il est universellement reconnu que les dilatations de bronches viennent souvent avec la pneumonie interstitielle; mais cependant il ne faudrait pas s'exagérer la relation de cause à effet entre ces deux lésions, car l'une ou l'autre d'entre elles se rencontre souvent à l'état isolé.

Dans la tuberculisation chronique du poumon, les lobes supérieurs sont presque toujours, autour des cavernes anciennes, très-durs et de consistance fibreuse, en même temps que de coloration ardoisée. C'est là, en effet, qu'on a le plus souvent occasion de voir la pneumonie interstitielle. Le même effet se produit autour des abcès guéris et anciens du poumon, quelle que soit, du reste, leur cause.

Presque toujours dans ces points, en même temps que le tissu interalvéolaire est considérablement épaissi, les cloisons interlobulaires et interlobaires le sont à un haut degré, ainsi que les couches sous-pleurales. Celles-ci atteignent une épaisseur de 1 à 6 millimètres.

Cet exposé montre combien est large le cadre de la pneumonie interstitielle partielle. Dans presque tous ces cas, la couleur des parties altérées est gris-ardoisé ou noirâtre, ce qui tient à un dépôt de pigment noir dans les cloisons d'une part, et dans les éléments cellulaires libres dans les alvéoles d'autre part.

Bien plus rare est la pneumonie étendue à tout un poumon ou aux deux poumons, c'est elle qu'on désigne plus spécialement sous le nom de pneumonie chronique, c'est à elle que se rapporte l'excellente thèse d'agrégation de M. Charcot. Elle est plus fréquente dans les hospices consacrés à la vieillesse que dans les hôpitaux d'adultes, et, dans une seule année passée à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot, j'ai pu en recueillir sept observations avec autopsie, dont deux étaient relatives à des pneumonies aiguës passant à l'état chronique. Elle peut donner lieu à la formation de cavités caverneuses, ainsi que MM. Monneret, Hardy et Béhier, Charcot, en ont donné des exemples. M. Charcot en distingue trois formes différentes par leur couleur, l'hépatisation rouge, l'hépatisation grise et la jaune. Il ne faudrait pas croire que ce soit là des formes comparables à celles de la pneumonie aiguë et qu'il y ait réellement

(1) Fin. — Voir le précédent numéro.

entre elles un rapport constant de succession. Je crois, au contraire, que la différence de couleur tient simplement à ce que dans l'une il y a un peu de sang, dans les deux autres des éléments épithéliaux en dégénération granulo-graisseuse épanchés dans l'intérieur des alvéoles. J'en donnerai bientôt les preuves. Mais, indépendamment de ces pneumonies interstitielles qui, le plus souvent, succèdent à une ou plusieurs pneumonies aiguës, il en est une autre forme assez fréquente et primitive, c'est l'altération du poumon des ouvriers mineurs, des fondeurs en cuivre, des aiguiseurs, etc., la phthisie noire, l'anthracosis. Il peut, dans ces cas, ne pas y avoir trace de tubercules pulmonaires, et j'ai fait, en 1864, trois autopsies de ces malades où il n'y avait ni tuberculose infiltrée ni granulations tuberculeuses dans les poumons, les plèvres et les autres organes. Ces lésions, bien différentes de la tuberculisation, appartiennent en propre à la pneumonie interstitielle ; ce qui les distingue et en fait une forme à part, c'est la coloration ardoisée ou noire due à une infiltration de pigment noir dans les cloisons épaissies et dans les éléments (leucocytes ou corps granuleux) qui remplissent les alvéoles. Cette forme est souvent accompagnée de cavernes ulcéreuses.

Maintenant que nous avons passé rapidement en revue les diverses conditions au milieu desquelles naît la pneumonie interstitielle, nous pouvons l'étudier en détail en tant que lésions anatomiques. Elle présente à l'étude deux parties constituantes : 1° Les cloisons interalvéolaires; 2° les éléments contenus dans les alvéoles.

Les cloisons sont toujours épaissies, c'est la lésion distinctive et constante; elles sont quelquefois si épaisses que les cavités alvéolaires qu'elles limitent en sont réduites de moitié ou des deux tiers, quelquefois même elles n'existent plus et sont remplacées par du tissu conjonctif. Les cloisons sont composées de tissu lamineux et élastique très-dense contenant plus ou moins de noyaux. Les vaisseaux qui y passent montrent quelquefois un épaississement notable de leurs tuniques. En outre, il se fait très-souvent des dépôts de pigment noir dans les cloisons, spécialement autour des noyaux, de telle sorte que les dépôts pigmentaires ont, à un fort grossissement, la forme de corpuscules étoilés anastomotiques. Dans les parties les plus indurées, par exemple dans les couches corticales du poumon, il n'existe plus de cavités alvéolaires, mais on peut encore s'assurer qu'il y en avait primitivement à la disposition des vaisseaux et à la configuration des traînées de pigment qui ont conservé la forme des alvéoles solidifiées.

Pendant que les cloisons des alvéoles s'hypertrophient, que se passe-t-il dans leur intérieur? Ici, le processus est plus complexe, et l'on peut rencontrer diverses espèces d'éléments. Ce sont tantôt les produits de régression granulo-graisseuse d'une pneumonie fibrineuse ou catarrhale en résolution, c'est-à-dire des leucocytes granuleux, des granulations graisseuses libres, des corpuscules granuleux de Gluge, des cellules pavimenteuses plus ou moins altérées. Alors la partie malade offre à l'œil nu, sur une coupe, une coloration grise ou jaunâtre.

D'autres fois, à ces éléments s'ajoutent ceux d'un véritable épanchement sanguin, c'est-à-dire des hématies et un liquide coloré en rouge par elles.

Alors, indépendamment des globules rouges plus ou moins altérés, on rencontre beaucoup de grandes cellules vésiculeuses sphériques, généralement sans noyau, mesurant de 0,012 à 0,016, contenant un liquide rosé ou du pigment sanguin. Là, comme dans toute hémorrhagie pulmonaire, la matière colorante du sang s'épanche dans les cellules distendues par un liquide, et se dépose sous forme de pigment à l'intérieur des cellules. Le pigment de couleur rouge est le plus souvent amorphe, mais on peut y trouver, ainsi que Virchow l'a montré en 1847 (*Archives*, t. I[er]), des cristaux d'hématoïdine. En même temps existent presque toujours des cellules contenant du pigment noir. Lorsque les alvéoles pulmonaires renferment ainsi du sang épanché, la coupe des parties malades offre à l'œil nu une coloration rouge, et, comme elles sont remplies, il en résulte une apparence granuleuse. On donne alors à cet état le nom d'hépatisation rouge; mais, comme cela résulte de ce qui précède, c'est tout simplement une apoplexie pulmonaire surajoutée aux lésions de la pneumonie chronique.

Enfin, dans la phthisie des ouvriers mineurs, des fondeurs en cuivre et des aiguiseurs, les éléments prédominants, qui remplissent les alvéoles pulmonaires, sont des leucocytes et des cellules sphériques volumineuses, éléments qui sont recouverts de pigment noir et qui en contiennent même assez souvent dans leur intérieur. Lorsqu'on examine au microscope les crachats noirâtres de ces malades pendant leur vie, ou le contenu des alvéoles pulmonaires après leur mort, on voit un liquide contenant en suspension une infinité de petites granulations ou fragments noirs et des éléments figurés sphériques, qui sont les uns des corpuscules de pus, les autres de grands corpuscules de 0,012 à 0,016, formés par une membrane d'enveloppe et un contenu liquide finement granuleux. A la surface de ces éléments sont déposées les mêmes particules noires qui sont libres dans le liquide; mais, en outre, ils en contiennent dans leur intérieur, ce dont il est facile de s'assurer avec un fort grossissement.

Dans ces cas d'anthracosis, ainsi que je l'ai dit déjà, les cloisons épaissies qui séparent les alvéoles sont aussi infiltrées des mêmes granulations pigmentaires disposées autour des noyaux et des prolongements des corps étoilés du tissu conjonctif, de façon à représenter une vague ressemblance avec les corpuscules osseux.

Nous nous trouvons ici en face d'un problème qui exige une explication, sinon une solution définitive. Comment et d'où viennent ces particules noires? sont-elles toujours des particules de carbone venues de l'extérieur? Proviennent-elles de la matière colorante du sang? Les deux opinions ont été produites par d'éminentes autorités. Il est incontestable, d'après les observations de Virchow que j'ai eu l'occasion de vérifier plusieurs fois, que, dans les noyaux hémoptoïques du poumon (apoplexie pulmonaire), il n'y ait des cellules distendues contenant du pigment noir à côté de celles qui contiennent du pigment rouge.

Mais ce mode de formation du pigment noir est-il applicable aux cas d'anthracosis? Ici, l'introduction mécanique de fragments de charbon, soit avec l'air inspiré (Tardieu), soit par la déglutition et leur passage dans le sang (Villaret), est trop évidente pour qu'on puisse la discuter; aussi croyons-nous, avec M. Robin, que c'est là le mode habituel de formation de la pneumonie interstitielle ardoisée ou noirâtre des mineurs et des aiguiseurs. On en aurait une démonstration absolue si l'on pouvait différencier par les réactifs chimiques les particules noires du charbon de celles qui succèdent aux hémorrhagies; mais, par malheur, elles ont les mêmes réactions propres au carbone.

Je n'entreprendrai pas de tracer le tableau de la maladie des ouvriers mineurs, terminée par la fièvre hectique, cette longue agonie de plusieurs mois avec tout son cortége, l'amaigrissement progressif, les frissonnements du soir, les sueurs des nuits, la perte de l'appétit, la diarrhée, etc. Ces symptômes coïncident alors avec la formation de cavités ulcéreuses du poumon communiquant avec les bronches. Les crachats noirs, dont l'abondance étonne au premier abord, contiennent comme élément prédominant des leucocytes. N'a-t-on pas là tous les symptômes d'une tuberculisation pulmonaire, bien qu'il n'y ait pas de granulations tuberculeuses, et pourrais-je citer un exemple plus démonstratif pour prouver que ce qu'on appelle les signes généraux des tubercules ne sont autres que ceux d'une suppuration chronique du poumon?

Telle est, en résumé, l'anatomie pathologique des lésions diverses appelées pneumonies; je me suis attaché surtout à décrire les changements visibles au microscope qui ont lieu dans l'alvéole pulmonaire. C'est seulement, en effet, par le microscope qu'on peut analyser et comprendre les phénomènes intimes qui se passent alors dans le poumon. Par ce moyen seul, leur étude est claire, intelligible et surtout basée sur l'observation exacte; par ce moyen seul, on peut reconnaître le siége précis et la véritable nature des produits morbides.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 septembre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les rapports sur la maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département de la Somme. (Commission des épidémies.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans le département de l'Aude. (Commission des épidémies.)

3° Une demande de M. Guillaume Glettly (de Lyon) en autorisation d'introduire et de vendre en France les eaux minérales *del Bagnolo di Cometo*, situées près de Civita-Vecchia. (Commission des eaux minérales.)

4° Un Mémoire de M. Pascal sur l'alcoolé de Guaco. (Commission des remèdes secrets.)

5° La recette d'un remède contre le choléra formulée par M. Rust de Grabord, Mecklembourg. (Commission du choléra.)

6° Un Mémoire de M. Silva, pharmacien à Bayonne, sur la *pathologie, la thérapeutique et la récolte des sangsues*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lefebvre (de l'Eure) accompagnant une brochure intitulée : *Lettre à M. Pascal, à propos des paroles académiques de M. Velpeau sur l'aphasie.*

2° Une lettre de M. le docteur Stanski relative à la discussion sur le virus variolique, à propos de la récente communication de M. Chauveau, pour établir que la contagion de la variole n'avait pas eu lieu par une contagion à distance.

3° Une lettre de M. le docteur Maurin accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Prophylaxie du choléra.* (Commission du choléra.)

4° Une lettre de M. le docteur Bataillhé adressant un pli cacheté intitulé : *Recherches cliniques et expérimentales sur l'inoculation et le traitement de l'érysipèle,* et contenant la relation du cas de choléra asiatique, le seul peut-être que l'on ait encore vu cette année à Paris.

— **M. DEPAUL** présente au nom de l'auteur, M. Plaite, une brochure intitulée : *Nouveau moyen de prophylaxie infaillible applicable chez la femme*, et qui consiste dans un tube muni d'éponges que l'on applique dans le vagin. L'auteur l'a appelé *coléocoréthron*.

— **M. MÉLIER** dépose sur le bureau un travail manuscrit relatif au rôle de l'ozone dans la production des différentes affections, par M. le docteur Jobert, médecin sanitaire embarqué à Marseille. (Commissaires : MM. Mêlier et Chatin.)

— **M. BÉCLARD** donne lecture d'une note de M. le docteur Gustave Lagneau, intitulé : *De la puberté féminine en France au point de vue ethnologique.*

— **M. LARREY** offre à l'Académie un ouvrage en anglais, intitulé : *Essai de médecine, de chirurgie et d'hygiène militaire*, publié par la Commission sanitaire des États-Unis. Ce volume contient 17 monographies.

Discussion à propos du procès-verbal.

M. J. GUÉRIN. Je veux, dit l'orateur, relever deux erreurs dans ce qu'a dit M. Chauveau.

En premier lieu il y a une erreur en ce qui me concerne. M. Chauveau a dit : Nos expériences sont contraires à la doctrine si brillamment défendue par MM. J. Guérin et Depaul. Je n'ai pas dit que la variole et la vaccine étaient une même chose, que la vaccine était la variole de l'homme transplantée sur un animal et reportée ensuite sur l'homme; j'ai dit tout le contraire. Pour moi la vaccine n'est pas la variole. J'ai dit qu'il y avait un lien de parenté entre la vaccine et la variole. J'ai dit que la variole des animaux donnait à l'homme la vaccine, et j'ai ajouté qu'il fallait recourir à des expériences qui confirmassent le fait.

La seconde erreur que je relèverai est celle-ci : Le point de départ des expériences de la Commission lyonnaise est faux; on a transplanté la variole humaine, et il fallait au contraire, pour éclairer la question dans le sens où l'a comprise l'Académie, chercher la maladie vaccinagène, c'est-à-dire la variole des animaux et l'inoculer à l'homme.

En fait, je vois dans les expériences de Lyon que la variole humaine a produit quelque chose de local. Cela prouve, comme je l'ai avancé, que la variole perd quelque chose en passant sur les animaux.

J'ajoute que réciproquement la variole des animaux produit un résultat analogue. Quand on l'inocule à l'homme, elle perd de sa qualité, et devient la vaccine.

Au reste, les expériences sont à refaire; il faut inoculer non plus le virus de la variole des animaux inoculés avec le virus varioleux de l'homme; ce qu'il faut, c'est inoculer la variole des animaux à l'homme.

Discussion sur la thoracentèse.

M. BRIQUET communique à l'Académie une observation qui lui a été envoyée par un médecin de province dans laquelle, après plusieurs ponctions successives de la poitrine avec la canule de Reybard pour un épanchement purulent, une incision de quatre centimètres a été faite dans un espace intercostal; une suppuration longue, une pénétration continuelle de l'air, ont entraîné à la longue la fièvre hectique et la mort, malgré des injections iodées répétées.

Je voudrais, dit l'orateur, ajouter quelques mots. J'ai dit, dans mon précédent discours, que quand plusieurs ponctions avaient été faites dans une cavité pleurale et avaient donné issue à du pus, on pouvait faire une contre-ouverture à un point déclive. M. Barth a objecté que le poumon pouvait être blessé, et il a fourni des faits à l'appui de sa supposition. Je dirai que ces faits sont très-rares.

Il y a d'ailleurs un moyen d'éviter cela. On peut, comme l'a indiqué M. Chassaignac, faire une contre-ponction de dedans en dehors avec un trocart courbe.

Comme la guérison d'un épanchement de poitrine ne peut se faire que quand le poumon revient prendre sa place contre les plèvres costales, tout ce qui peut favoriser la sortie entière du pus est une bonne chose, et à cet égard je crois que les injections ne sont bonnes que quand il est possible de faire ressortir tout le liquide injecté, et cela est facile lorsqu'on emploie le bain de M. Chassaignac.

Quant à l'entrée de l'air, elle est minime lorsqu'on emploie le tube en caoutchouc perforé. L'ouverture d'entrée et l'ouverture de sortie se rétrécissent et ferment l'accès à l'air.

RAPPORTS.

Thoracentèse. — **M. PIORRY** lit :

1° Un rapport sur une note de M. le professeur Tigri relative à un travail ayant trait à la thoracentèse; le rapporteur donne un exposé des vues théoriques de M. Tigri sur le rôle de l'air sur les tissus.

La Commission propose d'adresser des remercîments à l'auteur. (Adopté.)

2° Un rapport sur un travail de M. le docteur Content à propos de la thoracentèse.

Sur sept observations réunies par M. Content, dit M. Piorry, deux des faits sont des exemples d'abcès en dehors des plèvres. Parmi les cinq autres faits, il y a un cas de pleurésie purulente traitée par l'ouverture simple avec le bistouri, et qui a guéri. Sur trois cas de pleurésie séreuse, il y a eu deux morts, et j'en profite pour rappeler que les pleurésies séreuses, guérissant souvent d'elles-mêmes, la thoracentèse dans ces cas a peut-être été inopportune.

Quoique un malade ait guéri après une thoracentèse avec le bistouri, j'aurais mieux aimé la thoracentèse par la méthode sous-cutanée. Le livre de M. Boinet sur l'iodothérapie renferme un certain nombre de cas de pleurésie purulente guéris par la ponction et les injections iodées.

Le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer le mémoire au comité de publication. (Adopté.)

— L'ordre du jour de la prochaine séance porte une lecture de M. Mayne, et un discours de M. Velpeau sur la thoracentèse et la méthode sous-cutanée.

La séance est levée à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 juin 1865. — Présidence de M. GUIBOUT, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

1° Une notice sur les eaux de la Bauche; rapporteur M. Géry fils.

2° Le recueil des travaux de la Société médicale d'Indre-et-Loire; rapporteur M. Giraud-Teulon.

De l'incubation du chancre. — **M. LAGNEAU.** Vers la fin de l'année dernière, je crus devoir combattre l'absolutisme de certaines propositions émises devant la Société de médecine de Paris dans le cours d'une discussion sur l'unitéisme et le dualisme chancreux.

Une de ces propositions limitait l'incubation du chancre infectant entre quinze et vingt-cinq jours.

Après avoir dit que souvent l'incubation était moins longue, et qu'exceptionnellement elle se prolongeait davantage, je rapportai l'observation d'un jeune homme qui avait deux petites ulcérations légèrement indurées, situées près du frein du prépuce, avec adénite multiple indolente, et m'avait assuré n'avoir vu paraître ces ulcérations qu'un mois après s'être exposé, ce mois s'étant écoulé dans la plus complète continence.

A ce fait je puis aujourd'hui en ajouter un autre. Je viens d'obser-

ver tout récemment un jeune homme qui porte à la lèvre inférieure du côté droit, près de la ligne médiane, une ulcération recouverte d'une pellicule se reformant constamment. Cette ulcération présente une induration étendue quoique mal délimitée. Comme la plupart des chancres céphaliques, cette ulcération est donc indurée, et n'est pas comparable aux très-rares chancres mous céphaliques dont MM. Buzenet (1), Nadau des Islets (2), Huebbenet de Kieff (3), Melchior Robert (4), etc. ont cité des exemples. Cette ulcération indurée labiale s'accompagne d'une adénite sous-maxillaire considérable, qui forme un engorgement indolent du côté droit. Or ce jeune homme est parfaitement certain de ne s'être exposé que cinq semaines avant l'apparition de l'ulcération de la lèvre. Depuis, cette ulcération a été plusieurs fois cautérisée, quelques macules et boutons peu caractéristiques commencent à se manifester sur le corps.

Quoique les très-longues incubations paraissent plus exceptionnelles que les très-courtes, plusieurs observateurs ont eu l'occasion de les signaler.

Une incubation de trente jours a été observée par M. Diday (5), qui remarque que les incubations prolongées précédant la manifestation du chancre infectant se montrent principalement dans les cas de contagion par accidents secondaires. Selon ce syphiliographe, les chancres primitifs, suite d'une contagion d'accidents secondaires, auraient une incubation moyenne de vingt-neuf jours (6).

D'après M. Follin, l'incubation du chancre infectant serait ordinairement de deux à six semaines (7).

Dans une statistique sur la durée de l'incubation du chancre, M. Rey indique deux cas dans lesquels l'incubation aurait été de deux mois (8).

Enfin, récemment, M. Alf. Fournier a rapporté une observation curieuse dans laquelle l'incubation se trouve être de soixante-douze jours (9).

Maladies régnantes. — M. GÉRY père rappelle que la Société a émis le désir que chacun de ses membres fît part de ses observations sur la constitution médicale régnante. A ce propos, M. Géry père rapporte avoir constaté dans le même quartier, et dans l'espace d'une quinzaine, deux cas non équivoques de choléra sporadique. L'un des deux malades a guéri après avoir présenté tous les signes de l'affection, sauf la cyanose. L'autre est mort au bout de douze heures. C'était un homme de cinquante-six ans.

M. DELASIAUVE a remarqué que depuis quinze jours environ les accès étaient d'une fréquence particulière chez les épileptiques.

Les chutes qui en ont été la conséquence ont entraîné souvent des lésions fort graves.

Depuis la même époque, les congestions cérébrales ont été nombreuses à Bicêtre; plusieurs ont été mortelles; toutes se sont accompagnées d'une élévation remarquable des forces.

Monomanie. — M. DELASIAUVE communique à la Société un exemple de monomanie enté sur une manie ancienne et développée récemment dans les circonstances qui suivent.

Un homme possédant des notions anatomiques et physiologiques étendues prétendait depuis plusieurs années que son cerveau était le siége d'une hypérémie contre laquelle il croyait urgent d'employer les moyens thérapeutiques les plus énergiques. Il gardait une diète rigoureuse, réclamait de larges émissions sanguines et des bains prolongés. Ses préoccupations hypochondriaques troublaient son repos au point qu'il changeait incessamment de demeure, portant sur les conditions ordinaires de la vie les jugements les plus excentriques et entretenant chacun des dangers imaginaires que courait sa santé.

Dans l'espoir de calmer son agitation, un de ses parents lui donna avis que des renseignements avaient été pris par la police au sujet de ses perpétuels changements de domicile.

Depuis lors, l'idée que la police s'est occupée de lui n'a cessé de dominer l'esprit du malade. Il n'ose séjourner nulle part dans la crainte d'être arrêté. Il se croit l'objet d'une surveillance occulte et concentre tous ses efforts à en déjouer l'activité.

Tel est, en résumé, l'état mental du malade dont parle M. Delasiauve. Ce qu'il présente de remarquable c'est l'existence d'un délire maniaque, né de cause purement morale et l'impossibilité d'attribuer la monomanie à la préexistence de phénomènes généraux.

M. GUIBOUT a pu observer le malade dont parle M. Delasiauve. Comme dans ce cas-là il a vu plusieurs fois la substitution d'une idée fixe à une autre se produire chez les aliénés.

C'est ainsi qu'un magistrat enfermé dans un établissement persista pendant tout un hiver dans la persuasion qu'il avait reçu une mission du ciel, et que le contact de ses doigts pouvait foudroyer ceux qui le subiraient s'ils étaient coupables de quelque faute. Aussi s'évertuait-il à ne toucher personne dans la crainte d'être cause de leur mort.

Au bout de quelques mois, le malade se prit à croire qu'il était un grand coupable.

Dès lors, il consacra son temps à s'imposer des expiations et abandonna tout à fait l'idée de mission céleste qui l'avait dominé jusque-là.

M. DELASIAUVE considère, en effet, comme assez fréquente cette substitution d'une idée fixe à une autre. Il en donne l'exemple suivant :

Une jeune fille accueillait les assiduités d'un jeune homme. La mère y mit ordre et on la maria.

Peu de temps après, la mère est tourmentée du scrupule d'avoir pesé sur les inclinations de sa fille.

Ensuite elle croit que sa fille lui est devenue hostile.

Sous l'empire de cette idée, elle éprouve un sentiment d'anxiété indéfinissable, une céphalalgie presque constante et de l'insomnie. Puis tout à coup le cours de ses préoccupations change, et bien qu'elle se rende compte de la perturbation de son intelligence, elle ne peut se défendre à l'égard de son mari d'un sentiment de jalousie que rien ne justifie.

A partir de ce moment, les doutes que la malade avait éprouvés à l'endroit de l'affection que lui portait sa fille se sont évanouis complétement.

M. GUIBOUT. Il n'est pas très-rare de voir des troubles intellectuels se développer sans qu'on puisse en saisir l'étiologie.

Ainsi, une dame de quarante-cinq ans, peu portée aux idées mystiques, croit tout à coup entendre une voix lui dire que sa mère est damnée.

Elle reste pendant un mois environ dans une agitation extrême, puis elle vient à Paris, toujours poursuivie par la voix. L'insomnie persista pendant six mois, au bout desquels la malade commença à goûter un peu de repos. Le retour du sommeil fut le signal de la disparition de l'idée fixe; mais cette dame, jusque-là peu sensuelle, tomba dans un état d'excitation nymphomaniaque qui dura un mois, s'affaiblit et finit par disparaître.

Il est assez fréquent, ajoute M. Guibout, de voir les excitations érotiques restées latentes jusque-là se manifester chez des femmes de quarante-cinq à cinquante ans, à partir du moment où les règles se suppriment. L'âge de la ménopause qui est celui des hypérémies utérines est souvent aussi celui des passions sensuelles.

M. DELASIAUVE a observé un grand nombre de faits qui lui font partager l'opinion de M. Guibout.

Quand l'âge de la ménopause est arrivé, et que le flux cataménial cesse de se présenter périodiquement et régulièrement, il n'est pas rare de voir naître, à la suite de la congestion utérine, un érotisme physique excessif chez des natures froides jusque-là.

M. GUIBOUT croit que dans la pathologie de la femme il faut tenir grand compte de ces causes d'excitations inattendues, et coïncidentes à l'abolition des fonctions menstruelles.

M. DUCHENNE (de Boulogne) fait remarquer qu'en effet les femmes nymphomaniaques sont presque toujours d'un âge mûr.

L'excitation érotique s'allie souvent chez elles avec les habitudes de la plus austère réserve, et ce qui distingue le genre des excitations qui les poursuivent ont leur caractère tout matériel.

En pareil cas, les médecins anglais conseillent et pratiquent l'excision du clitoris. Non-seulement cette opération met un terme aux besoins sexuels immodérés, mais il arrive qu'elle développe chez les femmes qui l'ont subie une aversion prononcée pour le coït.

Le secrétaire annuel, Dr COLLINEAU.

(1) *Du chancre de la bouche*. Thèse n° 225; Paris, 1858.
(2) *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*. Thèse n° 284; Paris, 1858.
(3) *Union médicale*, 20 mai 1858. — *Annuaire de la syphilis pour* 1858, par Diday et Rollet, 1859, p. 280, etc.
(4) *Nouveau traité des maladies vénériennes*; Paris, 1861, p. 579.
(5) *Histoire naturelle de la syphilis*, p. 70 et p. 256, obs. X.
(6) *Gazette médicale de Lyon*, 1er mai 1860, p. 209.
(7) *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 646.
(8) *Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, 1858-59, p. 477.
(9) *Recherches sur l'incubation de la syphilis*, 1865, Paris. — Voy. *Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1865, p. 153.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la trichine et de la trichinose, par le Dr Henri RODET, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-8 de 52 pages et 1 planche. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1865, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Mémoire sur la structure et la texture des artères, par le Dr GIMBERT. In-8 de 68 pages et 3 planches. Prix : 3 fr. Paris, 1865, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Nouveaux éléments de botanique contenant l'organographie, l'anatomie et la physiologie végétales, les caractères de toutes les familles naturelles, par Achille RICHARD. 9e édit., augmentée de notes additionnelles par Charles MARTINS, professeur de botanique à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1864. 1 vol. in-18 avec 500 fig. dans le texte. Prix : 6 fr. Paris, librairie F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 109. — SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 16 SEPTEMBRE 1865. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De quelques lésions anatomo-pathologiques peu connues de la scarlatine.

I. La muqueuse gastro-intestinale est, dans la scarlatine, le sujet d'altérations récemment constatées par le docteur Samuel Fenwick (*British. med. Journal*, août). L'examen microscopique a été fait chez quinze malades qui avaient succombé à la scarlatine.

Dans les cas légers, l'inflammation de l'intestin paraît avoir seulement pour résultat une infiltration granulo-graisseuse de la muqueuse. Dans les cas plus graves, les glandes sont obstruées par des cellules épithéliales; des extravasations sanguines se font dans les villosités qui sont chargées, ainsi que les autres parties de la muqueuse, de petites cellules et de granulations. Dans un cas, la muqueuse était entièrement séparée des villosités, à l'exception seulement de quelques petits lambeaux qui restaient encore adhérents. Les orifices saillants et proéminents des glandes de Lieberkuhn donnaient à la muqueuse l'apparence d'un crible.

Après la deuxième ou la troisième semaine, les tubes glanduleux sont moins distendus. Un cul-de-sac terminal est cependant encore rempli d'une substance granuleuse qui masque en grande partie les cellules normales, tandis que ces cellules sont mieux dessinées près de l'orifice des tubes. A cette époque, les cellules en question sont parfois très-volumineuses, remplies de graisse ou recouvertes de granulations; elles sont très-adhérentes entre elles, mais très-peu à sa membrane fondamentale, dont il est très-facile de les détacher.

II. Cette desquammation de l'épithélium stomacal, dans le cours ou au déclin présumé d'une scarlatine, peut être constatée par deux procédés : l'examen des vomissements et les résultats de l'autopsie.

M. Fenwick n'a eu qu'une seule fois l'occasion d'examiner les matières vomies, vers la troisième semaine de la maladie : ces matières contenaient des moules fibrineux des glandes tubuleuses de l'estomac, et l'autopsie montra que la muqueuse était enflammée. Des lambeaux de pseudo-membranes, mélangés de granulations, de tubes glanduleux desquammés adhéraient en partie au pourtour des glandules.

Il faut noter encore que, malgré ces altérations, la sécrétion de la pepsine avait persisté. Ce fait a été démontré directement par des expériences de digestion artificielle, qu'il serait inutile de détailler.

III. L'examen de la peau a été fait chez trois des sujets qui succombèrent à la maladie. On peut ainsi résumer les lésions observées : il n'y avait pas d'extravasation sanguine dans les culs-de-sac glandulaires, mais dans un cas de petites ecchymoses au voisinage des canaux excréteurs des glandes sudoripares. La couche de Malpighi était épaissie et on trouvait interposées, entre ses éléments normaux, de nombreuses cellules avec noyaux arrondis et volumineux.

La membrane propre des glandes sudoripares était épaissie et leur revêtement épithélial tellement augmenté de volume, qu'il obstruait presque entièrement les conduits excréteurs : dans quelques conduits excréteurs, l'épithélium était détaché de la membrane propre, et dans les culs-de-sac, il avait presque entièrement disparu, laissant la membrane propre à nu ou recouverte çà et là de quelques petits débris.

Cathétérisme utérin et des explorations utérines dans l'aménhorrée primitive.

Parmi les moyens thérapeutiques appliqués aux maladies de l'utérus, le cathétérisme utérin est peut-être le plus discuté. Des observations ont couru de bouche en bouche, de livre en livre, qui ont contribué à éloigner les praticiens de l'usage de la sonde utérine.

M. Huguier qui, depuis de longues années, s'occupe de la question, a fait des leçons sur le sujet (1).

Entre les nombreuses leçons qui constituent l'ouvrage, nous choisissons ici un passage intéressant. En dehors de difficultés qui peuvent surgir de certaines susceptibilités sociales à l'égard des jeunes filles, nous pensons que les enseignements de M. Huguier sont logiques et d'accord avec les principes de la science.

Voici les propres paroles de l'auteur sur la valeur du cathéterisme utérin dans l'aménorrhée primitive.

Si une jeune fille, arrivée à l'âge de la puberté et même de la nubilité, n'est pas encore réglée, le premier devoir du thérapeutiste n'est pas, comme le font malheureusement certains médecins, de lui administrer des emménagogues locaux et généraux qui peuvent aggraver sa position sans produire le phénomène désiré, mais bien de rechercher avec soin quelle est la cause de cette aménorrhée. S'il croit la trouver dans une mauvaise hygiène et une mauvaise constitution, il s'empressera de combattre ces deux grandes causes.

Si les règles, au bout d'un certain temps, n'apparaissent pas, il devra, avant d'avoir recours à des moyens énergiques et plus directs, visiter avec la plus grande attention les organes sexuels. Si le praticien n'était retenu par un sentiment de convenance que chacun comprend, il eût été plus sage et plus utile de commencer par cette visite. On s'assurera si les organes ne font pas défaut, s'ils ne sont pas frappés d'un arrêt de développement. Si le bassin, les seins et les caractères extérieurs de la vulve, sont ce qu'ils doivent être à cet âge, on examinera si l'ouverture vulvaire, le vagin, le col de l'utérus et son orifice, ne présentent pas quelques vices de conformation susceptibles de s'opposer à l'écoulement de sang menstruel. Il sera même nécessaire de pratiquer, avec les plus grands ménagements, le cathétérisme explorateur pour s'assurer que la voie utérine est libre, que la cavité cervicale ou l'orifice supérieur ne sont pas le siége d'un rétrécissement ou d'une oblitération plus ou moins complète. S'il en était ainsi, on comprend qu'administrer des emménagogues avant d'avoir rétabli la liberté de la voie génitale ou de s'être décidé à laisser la malade dans la position où elle se trouve, ce serait s'exposer en pure perte à aggraver son état ou même exposer la malade à de plus grands dangers, en favorisant le développement d'une accumulation de sang dans l'utérus ou d'une hématocèle péri-utérine.

Avant de pratiquer le cathétérisme comme d'administrer des remèdes ménorrhéiques, il faudra toujours, quelle que soit la position de la personne pour laquelle on est consulté, se poser la question de la possibilité d'une grossesse, car les exemples ne sont pas très-rares de femmes devenues enceintes, bien qu'elles n'aient jamais été réglées.

Après cet examen minutieux, si l'on ne trouve rien d'anormal dans la disposition de l'appareil utéro-ovarique, on pourra, en toute conscience et sécurité, recourir aux emménagogues locaux et généraux. Si ceux-ci ont été employés inutilement pendant un temps convenable, si la santé, dont vous ne voyez pas d'autres causes de dérangement que l'absence des règles, continue à s'altérer, vous n'aurez plus d'autres moyens à mettre en usage que l'introduction dans l'utérus d'une sonde de gomme élastique souple et mince à son extrémité. On sait que l'un des plus grands reproches adressés au pessaire intra-utérin dit redresseur est de causer un écoulement sanguin, de faire avancer les règles, de déterminer des ménorrhagies et même des métrorrhagies.

M. Huguier ajoute : Mais, entre un instrument dur, inflexible, d'un volume assez considérable qui n'agit que par pression, qui est laissé constamment à demeure pendant un long temps, et un instrument flexible, doux, dont l'extrémité est fine et souple, qui se ramollit même encore sous l'influence de la chaleur du lieu, qui agit sans la moindre pression, seulement à la manière d'un stimulant et d'un excitant dont la présence n'est pas permanente, il existe de grandes différences, et les utéropathologistes n'ont pas tardé à utiliser cette faculté stimulante et congestive de la sonde, tout en évitant les dangers du pessaire intra-utérin.

Cependant, dit l'auteur, il ne faut pas se faire illusion sur la valeur du moyen que nous conseillons. Les phénomènes de la menstruation ou de l'ovulation ayant leur point de départ dans les ovaires, l'utérus et les parties voisines n'en recevant en quelque sorte que le contre-coup, si les ovaires sont absents, atrophiés ou détruits, tout ce que l'on tentera pour déterminer le flux menstruel sera le plus souvent inutile.

L'expérience et l'observation ont démontré que le développement des seins et des organes génitaux externes, au moment de la puberté, est en rapport direct avec celui de l'appareil ovarique; que pour les jeunes femmes, chez lesquelles ces organes sont bien développés, se manifestent des désirs, des besoins sexuels, des émotions, des sensations jusque-là inconnues; que de temps en temps, et quelquefois irrégulièrement, tous les mois, ou tous les deux ou trois mois, les prodromes de la menstruation se font sentir en même temps qu'une turgescence, une chaleur et une sensibilité anormales se montrent dans les seins. C'est précisément chez les jeunes filles où ces caractères anatomo-pathologiques existent, que l'on pourra et que l'on devra, lorsque les moyens ménorrhéiques ordinaires auront échoué, avoir recours à l'introduction de la sonde, la stimulation utérine agissant sur les ovaires comme la stimulation agit sur la glande mammaire. Dans les circonstances opposées, dans le silence de l'appareil utéro-ovarique, on devra hésiter ou mieux s'abstenir si la santé n'est pas dérangée.

Ainsi donc, nous ne saurions trop le répéter, le véritable criterium de l'intervention est dans les phénomènes du molimen menstruel, revenant à des intervalles déterminés vers les organes péri-utérins, ou se montrant sur d'autres appareils.

(1) *De l'hytérométrie*, par Huguier. Paris, J.-B. Baillère, 1865.

Grossesse extra-utérine tubaire. — Corps jaune sur l'ovaire du côté opposé.

La tocologie est fertile en faits extraordinaires; la bibliothèque obstétricale renferme déjà un grand nombre de faits dont nous pourrions dire, comme Fontenelle : Nous le croyons puisque vous nous le dites, mais nous l'aurions vu que nous ne le croirions pas.

Voici un de ces faits extraordinaires :

M. Michaël Sadler, chirurgien honoraire de Beckett dispensary, a publié le fait suivant dans le *Medical Times and Gazette* du 5 août dernier :

Mme D..., âgée de vingt-deux ans, mariée depuis deux mois, fut atteinte subitement de douleurs abdominales très-vives le 25 mai 1865, à huit heures du soir. La dernière menstruation avait eu lieu quatre semaines et trois jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Elle était abattue et vomissait. Lorsque je vis la malade, elle était pâle, sa peau était chaude, et le pouls était si misérable qu'on le sentait à peine. La malade parlait néanmoins facilement, et elle avait toute sa connaissance.

Le lendemain matin, elle avait succombé.

A l'autopsie, en ouvrant la cavité abdominale, on a trouvé le petit bassin et le flanc gauche remplis de sang, et l'on a constaté que ce sang provenait de la rupture d'une portion distendue de la trompe de Fallope du côté gauche. Et dans cette portion de la trompe, il y avait près de l'utérus un chorion distinct. L'embryon était passé dans la cavité abdominale.

L'utérus contenait une membrane caduque.

La partie la plus remarquable de ce cas est que dans l'ovaire gauche il n'y avait pas de corps jaune, tandis que dans l'ovaire droit on trouvait très-distinctement un corps jaune bien net. De la sorte, l'on devait envisager ainsi le fait : l'œuf, après l'imprégnation, aurait croisé le fond de l'utérus, et aurait passé dans l'ouverture de l'extrémité interne de la trompe gauche.

M. Sadler ajoute qu'il a montré la préparation qu'il a faite des organes au docteur Priestley, professeur d'accouchement à King's college. Cet accoucheur a, dit l'auteur, « confirmé mes opinions sur ce fait. »

L'autorité des deux praticiens est une garantie que nous ne récusons pas; mais les détails de l'observation sont brefs, et l'on peut être surpris par ce fait et par l'interprétation qui en a été donnée.

BRONCHITE CAPILLAIRE

et albuminurie consécutive. Paralysie de la vessie; traitement par l'électricité. Guérison.

Par le docteur A. COURTOIS (de Coulommiers).

Le 21 avril de l'année dernière, je fus appelé pour donner mes soins à M. H..., atteint depuis le 3 du même mois d'une bronchite très-intense, et dont l'état alarmant commençait à inspirer de vives inquiétudes à sa famille. Appelé en consultation deux fois déjà, à huit jours d'intervalle, un traitement actif avait été ordonné; mais moitié faiblesse de la part du médecin traitant, moitié répugnance de la part du malade, on l'avait fait pendant vingt-quatre heures, après quoi on avait agi comme auparavant, ce qui revient à dire qu'on ne faisait presque plus rien.

Le traitement employé tout d'abord avait consisté en kermès pris très-incomplétement, en poudre de Dower, en cinq frictions réitérées d'huile de croton dont pas une n'avait produit d'effet, et en deux vésicatoires appliqués le jour des consultations. Voici maintenant en quelques mots les antécédents du malade :

M. H..., âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament nerveux très-prononcé, a eu dans sa jeunesse de fréquentes attaques de nerfs dont les renseignements très-incomplets ne me permettent pas de juger la nature. Forcé, pour cause de fatigue et d'hémoptysies fréquentes, de cesser l'exercice du cheval, dont il avait du reste un peu abusé (le malade était alors dans sa vingtième année), il eut, à partir de cette époque, et sans

s'être enrhumé jamais, des accès d'asthme, faibles et rares d'abord, puis fréquents et intenses au point d'amener presque la suffocation. Depuis trois ans environ, à la suite d'un presque empoisonnement par le datura stramonium, dont l'usage avait été conseillé, les accès d'asthme ont complétement disparu. Une bronchite, qui remonte à deux ans, et une paresse de la vessie pour laquelle M. Gosselin a été consulté, telles sont les seules autres affections dont se souvient notre malade.

Voici aujourd'hui l'état de M. H... Le décubitus dorsal est impossible, et le malade, bien que très-affaibli, a passé les quatre dernières nuits dans son fauteuil. Face tantôt pâle, tantôt colorée, exprimant à un haut degré l'anxiété et la souffrance. Peau chaude et souvent couverte de moiteur. Langue blanche, humide, rouge sur ses bords. Soif assez vive, malaise, inappétence, ventre légèrement ballonné, urines fortement colorées, non albumineuses. Douleurs assez vives dans la poitrine.

Pouls régulier, mou, dépressible, 120 pulsations. Céphalalgie peu intense et intermittente. Toux fatigante; voix faible et cassée, crachats demi-transparents, écumeux et sales. Dyspnée continuelle avec des accès de suffocation considérables. Respiration haute, 40 inspirations par minute. Pas d'œdème aux membres inférieurs.

La percussion permet de constater dans toute l'étendue de la poitrine une sonorité normale. A l'auscultation, on entend des râles sibilants et ronflants (ces derniers même à distance), accompagnés de râles sous-crépitants fins et à grosses bulles, et cela en avant et en arrière dans toute l'étendue des poumons. Rien du côté du cœur. Je prescris le traitement suivant :

Un large vésicatoire sur le devant de la poitrine, celui qui avait été appliqué par derrière n'est pas encore sec; toutes les heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Infusion d'hyssope.	100 gr.
Kermès	0,60 cent.
Teinture de lobélie enflée.	1 gr.
Sirop de Tolu	30 gr.
— belladone.	30 gr.

Extrait de quinquina. Une cuillerée à dessert de sirop de codéine pour la nuit (la paresse de la vessie me fait ménager les opiacées), et des sinapismes aux membres inférieurs.

Les deux jours suivants, à part quelques oscillations de peu d'importance, l'état reste le même. On continue le traitement. Lavement laxatif pour détruire la constipation.

Le 25, la faiblesse est extrême, le pouls petit, 140 pulsations. Oppression considérable. Même potion avec 1,50 de teinture de lobélie. Continuation du reste du traitement.

Le 26, l'état du malade s'aggrave encore; la face est pâle, tirée; les lèvres et les pommettes se cyanosent, le pouls est faible, petit, irrégulier, presque impossible à compter. Sueurs froides; tendances aux syncopes. Respiration exagérée, 50 inspirations par minute. Dyspnée extrême. Demi-coma; ventre très-ballonné, douloureux. Le malade n'a plus parfaitement conscience de ce qui se passe autour de lui, cependant, il prend encore, bien qu'avec difficulté, les boissons qu'on lui donne. Urines et selles involontaires. Bouche sèche. Dans la poitrine, les râles sous-crépitants à grosses bulles dominent. Râle trachéal entendu à distance. Rien au cœur.

Même traitement. Sinapismes. Vin d'Alicante par cuillerées à bouche toutes les heures.

Le lendemain, amélioration légère. Même traitement.

Le 28, le mieux est encore plus sensible; la respiration devient plus facile, et le malade reprend connaissance. Œdème aux membres inférieurs. Friction avec parties égales de teinture de scille et de teinture de digitale. Continuation du traitement. Bouillons légers.

Le 1er mai. Amélioration lente mais continue. Douleur vive entre les deux épaules. L'œdème augmente. Traces d'albumine dans les urines. Même traitement. Vésicatoire au point douloureux.

Du 2 au 8 mai, sous l'influence d'une alimentation plus substantielle et du vin de quinquina, la situation devient encore plus satisfaisante. Les râles muqueux à grosses bulles sont les seuls qu'on entende encore dans la poitrine. Constipation et ballonnement du ventre. Vessie plus paresseuse.

J'ordonne par jour trois des pilules suivantes :

Extrait de rhubarbe . .	1,50	pour 30 pilules.
Extrait de quinquina . .	5	
Strychnine.	0,05	
Lactate de fer.	1,50	

Lavement purgatif. Continuation des frictions. A partir de cette époque, la poitrine va définitivement mieux, et on suspend la potion au kermès et à la teinture de lobélie.

Le 9. La vessie qui depuis quelques jours ne se vidait plus que par regorgement, sans pourtant que le malade en ait eu conscience, est devenu aujourd'hui douloureuse, et forme une tumeur ovoïde qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La sonde amène une urine claire, fortement colorée, et contenant un peu d'albumine. Soulagement notable. Même traitement, et en plus : purgatif avec résine de scammonée 0,30 cent., gomme gutte 0,05 cent., et extrait alcoolique de noix vomique 0,03 cent.

A ma visite du soir, je trouve le malade calme, mais assez faible. Le pouls est assez bon, régulier, mais un peu inégal. La poitrine va très-bien.

Rien de particulier les deux jours suivants. L'appétit semble revenir. L'œdème ne se voit plus qu'aux pieds, à la partie inférieure des cuisses, au scrotum et à la verge, où il y a paraphimosis. Même traitement. On est obligé de sonder deux fois par jour, car la vessie ne fonctionne plus.

Le 12. Pas de fièvre. Gaz assez abondants. Une légère envie d'uriner s'est fait sentir, mais la vessie se laisse toujours distendre. Urines louches, albumineuses. Même traitement. Alimentation plus abondante.

État plus inquiétant vers le soir. Bâillements, pandiculations, douleurs d'entrailles s'irradiant dans tout le corps, frissons, soubresauts des tendons, sueurs froides, grincements de dents; pupilles égales, mobiles; vue normale, pas de céphalalgie, intelligence nette, parole sûre. J'ordonne 0,5 cent. de sulfate de quinine, un lavement antispasmodique (4 gr. assa fœtida), et la continuation du reste du traitement.

A part un accès de fièvre qui fut léger, la journée du 13 fut bonne; mais le lendemain il y eut des bâillements et de légers vomissements. Gaz abondants. Épigastre douloureux, langue blanche, humide, inappétence, sueurs abondantes, faiblesse; oppression légère, rien cependant à la poitrine. Battements du cœur plus forts, mais réguliers; selles et urines involontaires, ces dernières boueuses et ammoniacales. Albumine; jambe gauche normale; jambe droite encore enflée. Le malade ne les remue l'une et l'autre qu'avec beaucoup de difficulté. Le scrotum et le prépuce sont moins distendus.

L'intelligence est nette, mais la parole lente et embarrassée. Sommolence; pas de céphalalgie. Limonade purgative.

Le 15. A l'exception de quelques sueurs légères, la nuit n'a pas été trop mauvaise, et le malade remue ses jambes plus facilement.

A partir de ce jour, à part une consultation avec M. le professeur Gosselin, dont notre malade est le client à Paris pendant la saison d'hiver, et qui voulut bien approuver mon traitement, il n'y eut rien de particulier. La maladie suivit une marche graduellement décroissante; l'albumine, qui avait fait craindre à M. Gosselin une lésion rénale, finit par disparaître; l'œdème seul persista encore longtemps, pour disparaître à son tour. Restait donc en question la paresse des membres inférieurs et la paralysie de la vessie. L'électricité était évidemment appelée là à jouer son rôle, et la première application en fut faite un peu plus tard, au commencement de septembre. Sans entrer ici dans des considérations spéciales sur le choix d'un instrument, je dirai que l'appareil magnéto-électrique de Gaiffe est celui dont je fis usage. Les appareils à pile me paraissent inférieurs, bien que M. Grenet en ait inventé un dont M. Hiffelsheim, de regrettable mémoire, se servait de préférence à tous les autres.

Un pôle introduit dans la vessie, et l'autre sur l'abdomen; des séances très-faibles d'abord et de courte durée, puis de plus en plus fortes et de plus en plus longues, me permirent d'arriver à une guérison complète avec un nombre de séances assez peu considérable, puisque le traitement commencé le 4 septembre finit le 21 octobre.

Depuis cette époque, la guérison s'est bien soutenue, et les jambes elles-mêmes fonctionnent aussi bien qu'on pouvait le désirer.

Cette observation présente plus d'un enseignement pratique. Il est certainement peu de maladies aussi communes que l'inflammation des bronches, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique. Dans le premier cas, celui qui nous occupe ici, la maladie, d'un pronostic en général peu grave, cède assez facilement à un traitement approprié; mais, si on la laisse marcher seule, il peut arriver, et nous venons d'en rapporter un exemple, que l'inflammatoin se propage par voie de continuité aux dernières ramifications bronchiques, et alors on doit concevoir de vives inquiétudes. « La maladie est sévère, dit Graves dans ses *Leçons cliniques*, et si elle n'est pas rapidement domptée, la terminaison fatale est proche. » C'est en effet ce qui faillit arriver. Je ne m'appesantirai pas sur le traitement, commandé et indiqué en quelque sorte par les circonstances, je dirai seulement que la teinture de lobélie enflée employée ici, m'a rendu de grands services contre la dyspnée qui tourmentait si cruellement le malade. Dans bien des cas déjà ce médicament, trop peu employé en France, m'a donné d'excellents résultats. Mais, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, dans la dyspnée liée à un emphysème pulmonaire, on n'obtient que des résultats nuls, et parfois une aggravation manifeste des symptômes, ce qui m'est arrivé une fois.

On a pu voir également dans le cours de cette observation l'albumine apparaître dans les urines, s'y maintenir pendant longtemps à une dose considérable, et enfin finir par disparaître. Quelques douleurs lombaires et abdominales persistantes et dues simplement à des gaz avaient effrayé la famille, et on avait vu M. Gosselin qui, probablement mal renseigné et n'étant pas sur les lieux, avait laissé entrevoir la possibilité d'une lésion rénale. Pour moi, qui avais vu les choses de plus près, devais-je y croire? Je pense que non. En effet, d'après la marche des accidents, en admettant même qu'il n'y eût pas de superalbuminose sanguine absolue, il y avait au moins une superalbuminose relative, amenée d'abord par le défaut d'élaboration des matières albuminoïdes dans l'estomac, et ensuite par défaut de combustion respiratoire. Or on sait, d'après les expériences de Claude Bernard sur l'influence des nerfs vasomoteurs sur la sécrétion des glandes salivaires, que la fluxion des organes sécréteurs en général et celle du rein en particulier est d'autant plus grande que leur activité sécrétoire est plus active, et que cet effort redouble pour donner issue à l'albumine du sérum lorsque celle-ci ne fait pas partie intégrante de la sécrétion. (Gubler, Albuminurie, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*) C'est ce qui est arrivé ici. Sous l'influence du passage dans le rein des matières protéiques non élaborées, il y a eu hypérémie rénale, mais rien de plus. La lésion fonctionnelle dominait toute la question, et dès lors, le reste n'ayant plus qu'une importance secondaire, j'avais peu à m'en préoccuper.

DEUX CAS DE RUPTURE DU CŒUR

Chez des épileptiques.

Par M. le docteur LUNIER.

(Observations lues à la Société de médecine de Paris.)

Le principal mérite des observations dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir est sans contredit leur extrême rareté.

Les cas de rupture spontanée du cœur, sans lésion préalable de l'organe, sont déjà assez peu nombreux. Rochoux, en 1822 (1), en a même mis en doute la possibilité, bien que Morgagni (2) et M. Rostan (3) en eussent, avant cette époque, rapporté des observations authentiques; mais, aujourd'hui, on admet sans conteste que le cœur peut se rompre sans que son tissu soit aucunement lésé; bien que cependant, comme l'a fait observer Dezeimeris (1), on ait noté, dans presque toutes les observations de cette nature, un certain degré d'hypertrophie.

Mais, ce qui est encore beaucoup plus rare, Messieurs, ce sont les observations de rupture du cœur dans un accès d'épilepsie. Je n'ai pu, après bien des recherches, en trouver qu'un seul cas dans les annales de la science. Il est rapporté par Short (2) à la page 119 du tome II de ses *Recherches et observations médicales* (3).

Les deux observations que j'ai recueillies à trois semaines d'intervalle (4) me paraissent donc avoir, au moins sous ce rapport, un certain intérêt.

Ces observations remontent à la fin de l'année 1861, alors que j'étais encore médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Blois. En voici la relation aussi abrégée que possible.

Obs. I. — Louis R..., soixante-neuf ans, écrivain public, transféré de Bicêtre à Blois le 30 septembre 1850, était depuis longues années atteint d'une affection épileptique compliquée de manie chronique. Les crises convulsives ne revenaient guère que tous les trois mois, mais étaient d'une violence extrême.

Cet homme, d'une assez bonne constitution d'ailleurs, n'avait offert jusqu'alors aucun symptôme d'affection du cœur; lorsque le 2 décembre 1861, à quatre heures du soir, pendant un accès tellement violent qu'on avait cru devoir le porter sur son lit, il mourut subitement.

Nous fîmes l'autopsie vingt-quatre heures après la mort.

La poitrine ne porte aucune trace de contusion.

Face décolorée, rigidité cadavérique.

Les os du crâne sont épais et durs. La dure-mère est notablement épaissie; il y a un peu de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien en est infiltré; la pie-mère est vivement injectée.

La substance blanche est indurée, comme tassée, surtout au niveau du corps calleux.

A l'ouverture de la cavité thoracique, on aperçoit le péricarde énormément distendu. L'incision de cette poche fibreuse laisse voir le cœur perdu, pour ainsi dire, au milieu de caillots de sang.

Sur la face postérieure de l'organe, vers la partie moyenne et près du bord gauche, nous découvrons une déchirure irrégulière, à bords frangés, à direction parallèle au sillon longitudinal, longue de 22 à 25 millimètres. Cette solution de continuité établit une large communication entre le ventricule gauche et le péricarde.

Des brides charnues réunissent en plusieurs points les bords épais de la solution de continuité.

Du côté de la cavité ventriculaire, nous distinguons bien nettement deux pertuis assez étroits, distants l'un de l'autre d'un centimètre environ et convergeant obliquement vers l'ouverture extérieure qui est beaucoup plus étendue.

Nous examinons les orifices et les valvules avec le plus grand soin et nous ne trouvons que quelques concrétions cartilagineuses au niveau du bord adhérent des valvules sygmoïdes, mais sans trace aucune de rétrécissement.

Les parois du ventricule gauche sont légèrement hypertrophiées, mais sans qu'il y ait ni augmentation ni diminution de la cavité ventriculaire.

En faisant une coupe perpendiculaire à l'axe du cœur, au niveau de la partie moyenne de la déchirure, nous constatons que la paroi du ventricule gauche a 18 millimètres d'épaisseur au niveau de la déchirure et 22 millimètres partout ailleurs.

Les parois du ventricule droit n'ont, au même niveau, que 4 millimètres d'épaisseur.

Obs. II. — Gervais M..., tailleur, âgé de quarante-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, est entré à l'asile de Blois le 27 mai 1852. Atteint depuis longues années d'une affection épileptique, ce malade avait tous les quinze jours environ, et pendant quatre à cinq jours, une série d'accès extrêmement violents, avec agitation maniaque consécutive.

Pendant les huit années que j'ai vu ce malade, à peu près tous les jours, je n'ai jamais constaté chez lui aucune trace de maladie du cœur, non plus d'ailleurs que des autres organes.

Le 27 décembre 1861, à deux heures du matin, le surveillant de ronde le trouve mort dans son lit, sans que rien, pendant la nuit, ait éveillé l'attention des gardiens ou des autres malades.

M... avait eu dans la journée de violents accès d'épilepsie et nous pensâmes qu'il était mort d'asphyxie pendant une crise convulsive.

A l'autopsie, nous trouvons les lésions organiques suivantes :

Le poumon gauche est refoulé en arrière dans la gouttière vertébrale par le cœur enveloppé de son péricarde. L'incision de cette poche fibreuse donne lieu à l'écoulement de deux verres environ d'un sang noir mêlé de caillots.

Le cœur est petit. Un peu à droite du sillon antérieur, le long de la cloison interventriculaire, nous remarquons une déchirure à peu près parallèle à ce sillon, longue de 6 à 7 centimètres, et occupant toute l'épaisseur de la paroi antérieure du ventricule droit. Les piliers qui masquent en partie cette déchirure du côté de la cavité ventriculaire, sont conservés, et c'est à travers leurs interstices que cette cavité communique avec celle du péricarde. Les bords de la solution de continuité sont éraillés comme l'est un morceau d'étoffe auquel on fait un trou avec le doigt.

Le cœur examiné avec le plus grand soin n'est le siége d'aucune lésion. Les valvules sont saines; nous ne constatons ni insuffisance ni rétrécissement.

Au moyen d'une coupe faite perpendiculairement à l'axe du cœur, vers la partie moyenne, où siége d'ailleurs la déchirure, nous consta-

(1) Des Ruptures du cœur; *Thèse de Paris*, 1822, n° 215.

(2) *De sedibus et causis morborum*, L. II, epist. XXVII, n° 2.

(3) Mémoire sur les ruptures du cœur; dans le *Nouveau journal de médecine*, avril 1820, t. VII, p. 265.

(1) Recherches sur les ruptures du cœur; *Archives générales de médecine*, 1834, 2e série, t. V et VI.

(2) Tissot, *Traité de l'épilepsie*, 1772, p. 197.

(3) Medical observations and inquiry.

(4) M. Rostan, sur les cinq cas rapportés dans son *Mémoire de 1820*, en avait observé trois dans l'hiver de 1816 et les deux autres dans l'espace de quinze jours. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence?

tons que les parois du ventricule droit ont de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et celles du ventricule gauche de 12 à 13 millimètres.

Quelles conclusions tirer des deux faits qui précèdent. La rupture du cœur a eu lieu, chez l'un de mes malades certainement et chez l'autre très-probablement, pendant un accès d'épilepsie.

Dans les deux cas, le cœur n'offrait aucune lésion qui pût expliquer cette rupture. Elle n'a certainement point eu pour cause une violence extérieure; on peut donc la considérer comme spontanée.

Dans les deux cas également, la rupture du cœur nous paraît devoir être attribuée à la gêne apportée à la circulation par l'accès d'épilepsie et aux efforts violents qu'ont dû faire les ventricules pour repousser le sang dans les artères comprimées. Le cœur, en un mot, a dû se rompre chez mes deux malades comme se rompt l'utérus pendant l'acte de l'accouchement, lorsqu'une résistance quelconque s'oppose à l'expulsion du fœtus.

Dans la première de nos observations, comme dans celle de Short, c'est le ventricule gauche qui était rompu. C'est, en effet, à la grande circulation que l'accès convulsif porte principalement obstacle par la compression que les muscles convulsés exercent sur les gros vaisseaux.

Chez le second de mes malades, cependant, la lésion avait son siége sur le ventricule droit. Nous pensons qu'il faut l'attribuer à ce que chez ce malade il y a eu d'abord un commencement d'asphyxie, comme cela a lieu assez souvent chez les épileptiques qui meurent la nuit pendant un accès convulsif, et que l'obstacle au cours du sang s'est fait principalement sentir dans la petite circulation ou circulation pulmonaire.

Chez ce malade, en effet, nous trouvâmes dans le péricarde une grande quantité de sang noir encore liquide mêlé seulement de quelques caillots.

Bien que les deux observations que je viens de rapporter, Messieurs, soient, avec celle de Short, les seules que je connaisse, je ne puis croire que les accidents de cette nature ne soient pas plus fréquents. Je suis convaincu que si dans tous les cas de mort subite, chez des épileptiques, on ne se contentait pas le plus communément d'ouvrir le crâne et le rachis, on rencontrerait plus souvent la rupture du cœur. Je crois donc devoir appeler sur ce point l'attention des médecins que leur position appelle plus particulièrement à faire des autopsies chez des épileptiques.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 septembre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. LÉON LABBÉ. La présentation faite par M. Legouest m'engage à signaler un cas analogue dont je présenterai l'observation dans l'une des prochaines séances.

Il s'agit d'un homme chez lequel la guérison d'un anévrysme poplité a nécessité l'emploi des divers modes de compression, digitale, à l'aide des appareils, par flexion du membre. Ces divers moyens mis successivement en usage, ainsi que le recommandait M. Velpeau dans la dernière séance, ont donné un résultat complet, mais après un temps très-long.

— **M. LE PRÉSIDENT** donne lecture d'une lettre de S. E. M. le Ministre de l'instruction publique, qui lui transmet l'ampliation du décret du 26 août.

DÉCRET.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu la demande formée par la Société de chirurgie de Paris, en date du 6 avril 1865;

Vu le décret du 29 août 1859, par lequel cette Société savante a été reconnue d'utilité publique;

Notre Conseil d'État entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. La Société de chirurgie de Paris est autorisée à prendre le titre d'Impériale.

Art. 2. Les articles 5 et 10 des statuts de ladite Société seront remplacés par les deux articles suivants, et l'article 8 est supprimé :

Art. 5. « *Le nombre des titulaires est fixé à 35; celui des associés étrangers à 20; celui des correspondants nationaux à 100, et celui des correspondants étrangers à 70. Le nombre des membres honoraires est illimité.* »

Art. 10. « *Les associés et correspondants étrangers sont choisis par la Société, sur la présentation et le rapport d'une Commission spéciale, parmi les chirurgiens célèbres par leurs travaux, leur pratique et leurs écrits, et parmi ceux qui ont envoyé un travail manuscrit ou imprimé.* »

Art. 3. Notre Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Fait au palais de Fontainebleau, le 26 août 1865.

Signé : NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Signé : V. DURUY.

Pour ampliation :

Le conseiller d'État secrétaire général,

Ch. ROBERT.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que M. Oscar Heyfelder, membre correspondant à Saint-Pétersbourg, et M. Salmon, membre correspondant à Chartres, assistent à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. Paul Dauvé adresse plusieurs observations de lésions traumatiques des genoux par coup de feu. (Commission : MM. Verneuil, Desormeaux, Lefort.)

— M. Mascarel adresse trois observations de plaie pénétrante du genou. Ces observations seront lues dans la prochaine séance.

— M. Larrey fait hommage de son discours prononcé au nom de l'Académie de médecine aux obsèques de M. Gimelle.

— Un rapport sur les travaux insérés dans la *Gazette médicale de Mexico.*

— La Société reçoit en outre :

Du service de santé de l'armée et de l'organisation qu'il réclame. Statistique médico-chirurgicale des ambulances et des hôpitaux de l'armée d'Orient, par M. Garreau.

— **M. DOLBEAU**. J'ai l'honneur de vous présenter, de la part de l'auteur, M. le docteur Fumouze, un travail sur l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum.

En 1843, M. le professeur Denonvilliers exécutait pour la première fois une opération qu'il avait imaginée pour enlever avec sécurité la partie terminale de l'intestin. Ce procédé n'a jamais été décrit; on le trouve mentionné seulement dans un ou deux livres classiques.

M. Fumouze a, je crois, rendu service à la chirurgie en décrivant avec soin le manuel opératoire de l'ablation du rectum.

On trouve encore dans le travail que je dépose sur le bureau une comparaison entre tous les procédés connus, et l'auteur fait bien voir que le procédé ano-coccygien, ou de M. Denonvilliers, mérite la préférence absolue.

La même incision peut encore servir à l'ablation des tumeurs de la cloison recto-vaginale, etc.

Deux planches annexées à la thèse font bien comprendre les temps importants de cettte laborieuse opération.

La thèse de M. Fumouze est un travail relatif à la médecine opératoire.

Plaie par arme à feu de la région sus-claviculaire.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse la lettre suivante :

A Monsieur le Président de la Société impériale de chirurgie.

Monsieur et cher collègue,

Je viens demander votre avis et celui de la Société de chirurgie pour un cas grave et embarrassant.

Voici de quoi il s'agit :

Un jeune homme de quinze ans, fils d'un honorable confrère, s'exerçait, vendredi dernier 1er septembre, au tir au pistolet avec son frère; celui-ci lui présenta le pistolet tout armé, le coup partit, et la balle (balle conique Flauber) pénétra dans le cou.

Les deux jeunes gens étaient en face l'un de l'autre, à moins d'un mètre de distance, le pistolet était dirigé un peu en haut.

Celui qui a été blessé inclinait légèrement la tête à gauche.

La balle est entrée dans le côté droit du cou, un travers de doigt au-dessus de la clavicule; elle a traversé le sterno-mastoïdien (faisceau antérieur) et s'est perdue dans les parties profondes du cou.

Le blessé est tombé à terre sans perdre connaissance, a cru que son *bras était cassé*, s'est relevé assez promptement, et a attendu dans un fauteuil l'arrivée des médecins.

La plaie donna peu de sang; le col de la tunique (tunique de collége), la cravate et le col de chemise ont été traversés, mais aucun lambeau de ces parties n'a été entraîné avec le projectile.

Un des médecins qui portèrent les premiers soins à notre malade introduisit un stylet dans la plaie à une assez grande profondeur; mais il ne sentit pas la balle, et d'ailleurs un écoulement abondant de sang rutilant, mais sans jets saccadés, fit cesser les investigations. Une légère compression suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

Le malade était loin de Nantes; on résolut de le ramener immédiatement dans sa famille. Il fit, accompagné par un médecin, plusieurs lieues en voiture et dix lieues en chemin de fer, et il supporta très-bien ce voyage.

Je le vis le lendemain matin samedi en compagnie de plusieurs confrères.

La plaie de la peau était béante et humide, notablement plus grande que l'ouverture faite aux vêtements.

Sous cette plaie, et surtout en avant, nous remarquâmes une tuméfaction bien limitée paraissant avoir son siége dans le sterno-mastoïdien. La douleur à la pression est assez vive en ce point; il n'y a pas de douleur en arrière, et le toucher ne révèle en aucun point la présence de la balle.

Aucun battement anormal n'existe au niveau de la blessure, et on ne trouve aucun indice d'infiltration sanguine dans le cou.

Il y a de la gêne dans les mouvements de déglutition, une faiblesse notable dans tout le bras et une douleur légère dans les parois thoraciques du même côté.

La balle avait-elle traversé le sterno-mastoïdien pour passer en dehors de la veine jugulaire interne, au-dessus de la convexité de l'artère sous-clavière, sans léser ces vaisseaux et les branches qu'ils fournissent?

La balle avait-elle, enfin, été s'amortir sur la colonne vertébrale après avoir atteint une des racines du plexus brachial?

C'était notre espérance, mais cette espérance était mélangée de bien des craintes.

Nous crûmes prudent de nous abstenir de toute exploration, et d'attendre.

Nous prescrivîmes le repos, la diète et des applications sur la plaie de compresses imbibées d'eau et de teinture d'arnica.

Samedi soir, il y eut de la fièvre, mais elle se dissipa dans la nuit.

La journée de dimanche ne présenta rien de particulier; la tuméfaction qui existait sous la plaie a disparu, la dysphagie a beaucoup diminué, mais la faiblesse du bras persiste, quoiqu'il n'y ait pas, à proprement parler, de paralysie.

Ce matin, lundi, en explorant de nouveau le cou, nous avons senti, au niveau de la plaie et en arrière, un frémissement vibratoire très-marqué, ce frémissement se prolonge en arrière sous la clavicule et correspond très-bien à la direction de la sous-clavière.

L'auscultation fait entendre le thrill intermittent. Il est impossible de dire s'il est continu, intermittent, parce que la prudence ne permet pas de presser beaucoup et de prolonger les recherches. Le thrill existe dans les mêmes points que le frémissement vibratoire, et, en outre, on le retrouve au-dessous de la clavicule, il n'y en a aucune trace dans la carotide.

Ces signes indiqueraient une communication entre l'artère sous-clavière et une des veines voisines, probablement la jugulaire interne auprès de sa réunion avec la sous-clavière. Dans cette supposition, l'artère serait donc blessée à une petite distance de son origine du tronc brachio-céphalique, vers le point où elle fournit la vertébrale.

Nous avons prescrit sur la région malade des sachets de baudruche remplis de glace, et nous nous demandons avec anxiété quelle doit être notre conduite ultérieure.

En présence de semblables difficultés, je désire beaucoup connaître l'avis de la Société de chirurgie, nos confrères et moi serons heureux d'en profiter.

DISCUSSION.

M. LARREY. Je n'oserais, pour ma part, formuler un conseil; nous savons tous combien cela est difficile en l'absence du malade, même avec des renseignements aussi précis que ceux qui nous sont transmis. S'il m'est permis de faire connaître mon impression, je dirai que l'on doit actuellement s'en tenir à l'expectation, mais être prêt à aller, s'il le fallait, chercher le vaisseau divisé et à en faire la ligature; toutefois je ne voudrais aucune recherche incertaine qui serait difficile, sinon dangereuse.

M. BROCA. M. Letenneur est surtout préoccupé de la lésion probable de la sous-clavière près de son origine. Je crois donc que notre collègue de Nantes serait désireux de connaître l'avis de la Société sur l'opportunité de la ligature en cas d'accident.

M. LE FORT. L'observation est trop récente pour que l'on puisse considérer comme définitive l'opinion de notre collègue sur la communication artério-veineuse. Toujours est-il que j'aurai surtout en vue la blessure de l'artère.

Dans six cas de plaies du cou avec lésions vasculaires, la guérison a été obtenue par l'expectation, cela est d'abord utile à rappeler. Sur 150 ligatures de la sous-clavière, on a, dans une quinzaine environ, lié en dedans ou entre les scalènes. Un seul malade a guéri, tous les autres ont succombé à des hémorrhagies. On a toujours trouvé l'artère obturée par un caillot du côté du cœur, toujours aussi le bout périphérique avait été la source de l'hémorrhagie. Dans le seul cas heureux on avait lié la sous-clavière et la vertébrale. Il semble, en effet, que ce soit par cette branche de la sous-clavière que le sang est surtout ramené. Aussi, dans le travail auquel ces faits servent de texte, ai-je proposé de lier simultanément la sous-clavière et la vertébrale. Je suis d'avis que l'expectation seule est de mise en ce moment pour le malade de M. Letenneur; mais en cas d'hémorrhagie je croirais nécessaire de lier la sous-clavière et la vertébrale.

M. RICHET. Je partage l'avis de M. Larrey et sa sage réserve, et je pense qu'il est bien difficile de donner un conseil utile quand on n'a pas vu le malade. Néanmoins je crois qu'il est bon que chacun de nous fasse connaître les faits analogues dont il a été témoin et qui peuvent alors servir de guide dans ces cas difficiles. Pour mon compte j'en ai observé deux qui portent avec eux, si je ne me trompe, un utile enseignement. Et tout d'abord je dirai qu'il me semble que, dans le cas de M. Letenneur, le projectile a dû intéresser une artère et une veine, puisqu'il y a un bruit de souffle avec *thrill* et que les vaisseaux lésés peuvent être la veine et l'artère sous-clavière, car le malade a cru avoir le bras cassé, ce qui indique que le plexus brachial a dû être touché. Ceci soit dit pour légitimer le rapprochement que je veux faire : voici maintenant ma première observation.

On m'amena, au commencement de 1864 à la Pitié, une jeune fille de 18 ans, qui venait de recevoir de son amant, à la sortie d'un bal public, un coup de couteau-poignard qui avait pénétré au-dessus de la clavicule droite, à peu près au niveau de sa partie moyenne. Il s'en était suivi une telle effusion de sang, que la blessée tomba immédiatement en syncope et fut apportée en cet état dans mes salles. Bientôt elle reprit ses sens, et alors on constata qu'elle suffoquait et crachait du sang. D'ailleurs l'hémorrhagie par la plaie était arrêtée par un caillot, et l'on se contenta, en attendant mon arrivée, de la soutenir par une légère compression.

Je trouvai la malade dans une anxiété extrême et suffoquant, elle crachait de temps à autre un peu de sang; la percussion du côté droit de la poitrine nous fit reconnaître une matité absolue en avant et en arrière et du haut en bas; le cœur était refoulé à gauche, à l'auscultation on trouvait des râles muqueux lointains et du souffle à l'expiration; la plaie sus-claviculaire était fermée par un caillot noirâtre, mais il n'y avait ni soulèvement ni bruits anormaux dans le voisinage; on percevait les battements de la sous-clavière jusque vers la lèvre supérieure de la plaie; là ils s'arrêtaient brusquement et on ne les retrouvait plus ni dans l'axillaire, ni dans la brachiale, ni dans la radiale. Le membre thoracique droit était froid et un peu tuméfié; les trois premiers doigts, pouce, index et médius, étaient insensibles; la malade disait ne pas éprouver de douleur et sentir seulement de l'engourdissement dans ces doigts qu'elle ne pouvait pas du tout remuer. Mon diagnostic fut celui-ci : L'artère sous-clavière a été coupée en travers et en totalité, ainsi qu'une des racines du nerf médian; la cavité pleurale a été ouverte et s'est emplie de sang; le poumon a été blessé et l'hémorrhagie est momentanément suspendue par un caillot occupant les deux bouts de l'artère divisée.

Ce diagnostic fut confirmé par mon ami, le professeur Gosselin, qui voulut bien m'aider de ses conseils dans ce cas difficile, et à la suite de la consultation qui eut lieu entre nous il fut décidé : 1° qu'il n'y avait rien à faire pour le moment qu'une compression légère et l'application de la glace sur la région sus-claviculaire; 2° qu'en cas d'hémorrhagie on tenterait de lier les deux extrémités de l'artère divisée, et, si on le pouvait, un ou deux des affluents du bout inférieur, ainsi que cela avait été recommandé.

Heureusement, je ne fus pas mis en demeure d'exécuter ce programme; tout se passa à merveille, et six semaines après l'accident la jeune fille sortait de la Pitié, ne conservant que sa paralysie des trois doigts indiqués et un peu d'oppression. Il est bon de dire que les battements avaient déjà reparu quarante-huit heures après dans la radiale, mais perceptibles seulement à l'aide du sphygmographe de M. Marey, ainsi que peut se le rappeler M. Broca qui vint voir ma malade, et ce ne fut guère que vingt jours après qu'on put les apprécier à la radiale avec le doigt.

Ce fait montre, ce me semble, qu'il ne faut pas se hâter d'agir, quil importe de compter sur la puissance médicatrice de la nature et ne pas courir au-devant des accidents. J'avoue que bien souvent,

m'adressant la question de ce qu'il faudrait faire s'il survenait une hémorrhagie, je me suis senti embarrassé, quoique j'eusse cependant pour m'appuyer dans la tentative de ligature des deux bouts de l'artère blessée l'opinion de mon prudent et habile collègue, M. Gosselin.

Voici le second fait; malheureusement pour celui-ci j'ai égaré les notes que j'avais prises, en sorte que je ne pourrai que l'esquisser à grands traits.

Dans le service d'A. Bérard, à l'hôpital Necker, en 1842, entra un homme qui, dans une rixe à la barrière du Maine, avait reçu un coup de pointe au-dessus de la clavicule droite. Une compression énergique avait arrêté l'écoulement de sang qui n'avait pas, d'ailleurs, été très-abondant, et peu de jours après nous constatâmes qu'il s'était établi une tuméfaction au-dessous de la cicatrice avec un bruit de souffle accompagné d'un frémissement vibratoire des plus manifestes. Le malade voulait absolument que Bérard le débarrassât de ce bruit de *chute d'eau*, de *cataracte*, qui l'empêchait de reposer la nuit tant il était prononcé. Ce chirurgien le fit voir à Diffenbach, qui vint un jour visiter le service, et après une courte conférence il fut décidé qu'il ne fallait rien faire, à moins qu'il ne survînt d'autres accidents, une hémorrhagie par exemple. On ne convint pas toutefois du parti qu'il faudrait prendre dans ce cas. Plusieurs semaines après, le malade sortit de l'hôpital avec *sa varice anévrysmale*, réclamant toujours une opération.

Voilà donc encore un cas où l'expectation et une compression légère ont suffi pour obtenir un résultat relativement heureux; je serais donc disposé, dans le cas de M. Letenneur, où un anévrysme artério-veineux semble déjà s'être développé, à ne rien faire autre chose jusqu'à nouvel ordre qu'une légère compression, et, dans le cas où surviendrait une hémorrhagie, à aller hardiment à la recherche des deux bouts de l'artère blessée. Je sais bien que, d'après les faits cités par M. Giraldès dans son rapport sur le cas de M. Le Fort, cette pratique est rarement suivie de succès, mais c'est qu'en pareils cas je n'en vois pas d'autre.

M. GIRALDÈS. La communication artério-veineuse est un fait qui nous sera confirmé, je crois, par la suite de l'observation. Je suis d'autant plus disposé à le penser qu'il s'agit d'une plaie par balle.

Déjà, j'ai parlé devant la Société d'un chiffonnier que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Charité (*Bulletin*, t. V, 1854-55, p. 70). Cet individu avait été blessé dans la région supérieure et latérale gauche du cou par un pistolet dit coup de poing, tiré à bout portant. Quelques jours après, gonflement pâteux de la région et frémissement analogue à de la crépitation; le lendemain frémissement et bruit à double courant très-distincts. Ces bruits se renforcèrent encore et ils existaient lorsque le malade quitta l'hôpital un mois après. Il y revint mourir d'un anthrax. A l'autopsie je trouvai l'artère carotide interne perforée à son origine dans l'étendue d'un centimètre, la veine jugulaire interne n'offrait qu'une ouverture de trois millimètres; il y avait des grains de plomb entre les deux vaisseaux.

Dans un rapport sur un travail de M. Le Fort où j'ai réuni, avec beaucoup de peine et pour la première fois, tous les faits connus de ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes, j'ai cherché à démontrer que l'hémorrhagie se reproduisait toujours par le bout inférieur. J'avais conclu à la nécessité de la ligature des deux bouts de la branche divisée. (*Bulletin*, t. Ier, 2e série, 1861, p. 130.)

Nous serions tous fort embarrassés, en cas d'accident, si nous étions en présence du malade de M. Letenneur. Cependant je crois qu'il faudrait résolûment agrandir la plaie, chercher la source de l'hémorrhagie et lier les deux bouts du vaisseau divisé, quel qu'il soit.

M. DEMARQUAY. Si l'on admet que la jugulaire interne et la sous-clavière sont probablement atteintes, on ne peut, il me semble, même en cas d'accidents, chercher à pratiquer une ligature. Je crois que, loin d'être éclairé par l'hémorrhagie, le chirurgien verrait s'effacer sous elle tous les détails anatomiques si complexes de la région. Personne ne saurait nier la grande habileté chirurgicale de Blandin, je l'ai vu ne pouvoir arriver à terminer une ligature de carotide externe, et ce souvenir doit être présent à l'esprit de M. Marjolin. Je serais donc d'avis de s'en tenir à la compression médiate; car, en admettant même que l'on trouvât les deux bouts de l'artère divisée, on n'aurait pas pour cela mis le malade à l'abri de l'hémorrhagie.

M. HEYFELDER. Je ne prends pas la parole sur le fond de la question, je vais rappeler un fait curieux de blessure du cou qui n'a d'autre analogie avec celui que vous étudiez que le siége anatomique. Mais, avant tout, je dois exprimer la satisfaction que j'éprouve, en vous entendant discuter sur un fait soumis à votre appréciation par un de vos collègues éloignés. Cela démontre l'importance de votre position scientifique, le prix que l'on attache à vos avis, et honore à la fois la société et le correspondant qui a recours à ses lumières. Rien de semblable n'existe dans aucun pays.

Voici l'énoncé du fait auquel j'ai fait allusion, je l'ai observé en Pologne en 1863. La balle avait aussi pénétré dans la partie inférieure droite du cou; le malade fut pris, peu de temps après, de suffocation et d'un accès de toux après lequel la balle fut rendue par la bouche. J'ai vu le blessé après guérison complète, il ne lui restait qu'un peu de raucité de la voix.

M. LE FORT. Je ne puis partager l'avis de M. Demarquay, la compression serait certainement impuissante. Cela est mis hors de doute par l'étude de tous les cas, et je pourrais, au besoin, citer à l'appui le fait que j'ai observé à Milan après la bataille de Magenta. Je tiens aussi à dire que je n'ai pas nié la possibilité d'un anévrysme artério-veineux chez le malade de M. Letenneur, j'ai seulement cherché à savoir ce qu'il y aurait de mieux à tenter au cas où la blessure de la sous-clavière serait démontrée.

M. DEMARQUAY. M. Le Fort vient de nous dire que l'on ne peut arrêter l'hémorrhagie de la sous-clavière par la compression, mais il faudrait démontrer qu'on a pu l'arrêter par la ligature. Un seul cas témoigne en faveur de l'opération.

M. GIRALDÈS. Si l'on ne veut pas se décider à tenter la recherche des deux bouts de l'artère divisée, il n'y a plus qu'à se résigner à voir mourir le malade.

M. VELPEAU. Il me semble que rien ne prouve absolument qu'il y ait eu, chez le malade de M. Letenneur, blessure d'un gros tronc artériel. Il est donc fort difficile de se prononcer. Si nous admettons que la sous-clavière est blessée près de son origine, il n'y a pas d'hésitation possible en cas d'hémorrhagie. Il faudrait lier les deux bouts, la ligature de la vertébrale ne pourrait qu'augmenter les chances de succès.

M. VERNEUIL. Je crois aussi que, dans le cas particulier dont il s'agit, la blessure d'un gros tronc artériel n'est pas chose démontrée. Mais je ne puis admettre que l'on hésitât si une hémorrhagie abondante venait à se produire. Comprimer serait d'autant plus funeste, en pareil cas, que l'on a vu bien souvent des hémorrhagies effrayantes fournies par des rameaux artériels dont la ligature avait complétement et définitivement raison.

M. BROCA fait le résumé des opinions émises et charge M. le secrétaire de le transmettre immédiatement à M. Letenneur.

PRÉSENTATION.

M. DEMARQUAY présente un appareil qu'il a fait construire pour maintenir réduites les luxations de l'extrémité interne ou externe de la clavicule.

M. GUERSANT s'est servi avec grand avantage de l'appareil de M. Demarquay.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

— La statue de Jenner vient d'être inaugurée à Boulogne-sur-Mer. Les docteurs Gros et Livois ont prononcé l'éloge du propagateur de la vaccination.

— M. le docteur Verrier commencera son cours particulier d'accouchements le lundi 25 septembre.

Ce cours a lieu tous les jours; on s'inscrit chez M. le docteur Verrier, rue Bonaparte, 72 *bis*.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. L. Dunal, médecin-major de 1re classe.	5 fr.
Un abonné, à Abbeville.	5
Azam, à Bordeaux.	20
J. Charrière, instruments de chirurgie.	
Le baron Larrey.	40
Amédée Latour.	10
Capron, instruments de chirurgie.	
Lüer, instruments de chirurgie.	
Quelques professeurs et agrégés de la Faculté de médecine de Strasbourg.	55
Total.	135 fr.
Liste précédente.	2,245 fr.
Total général.	2,380 fr.

Grand dictionnaire universel du XIXe siècle, comprenant les divisions suivantes : 1° Langue française; — 2° Histoire; — 3° Géographie; — 4° Biographie; — 5° Mythologie; — 6° Types et personnages littéraires (partie neuve); — 7° Bibliographie (partie neuve); — 8° Anthologie littéraire (partie neuve); — 9° Beaux-arts (partie neuve); — 10° Sciences; — par M. Pierre LAROUSSE. Paris, 1865, Larousse et Boyer, libraires-éditeurs, rue Saint-André-des-Arts, 49. — Le grand dictionnaire paraît par fascicules de 40 pages in-4°; chaque fascicule renferme la matière de 2 volumes in-8° de chacun 400 pages; les fascicules paraissent tous les 25 jours; bientôt ils paraîtront de 20 en 20 jours, puis de 15 en 15 jours; enfin la dernière année de la publication, un fascicule sera mis en vente chaque semaine. Prix de chaque fascicule, 1 fr. — Aujourd'hui, vingt-deux fascicules sont en vente. On peut souscrire à forfait, c'est-à-dire à l'ouvrage complet, qui aura au moins 200 fascicules, en adressant à M. P. LAROUSSE deux billets à ordre de chacun 75 fr. à 6 et à 12 mois. On bénéficie ainsi d'une remise de 50 fr., 25 %. Ceux qui possèdent déjà des fascicules défalqueront de la somme de 150 francs autant de francs qu'ils ont de fascicules.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 110. — MARDI 19 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 19 SEPTEMBRE 1865. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Histoire, critique et philosophie médicales.

Avant de reprendre le cours habituel de ma rédaction dans la *Gazette*, je demande à ses bien-aimés lecteurs la permission de leur communiquer, en manière de transition, quelques-unes des impressions de mes dernières lectures.

Il y a longtemps que j'entends dire que l'érudition et la critique scientifique sont mortes, que la tradition est perdue et que l'histoire de la médecine est lettre close pour la plupart d'entre nous. Je ne sais si l'on entend par là qu'il est regrettable que tous les médecins n'aient pas l'érudition d'un Pic de la Mirandole ou le savoir profond d'un Cuvier, et qu'ils ne soient pas tous en mesure de disserter pertinemment de *omni rescibili...* La considération attachée à la science du médecin y gagnerait assurément, mais est-il bien certain qu'il restât à chacun assez de loisirs pour se livrer utilement à la pratique et que l'art n'y perdît pas quelque chose? Ce ne peut donc être à la masse des praticiens que s'adresse ce reproche, mais sans doute aux médecins enseignants ou à ceux qui par leur position élevée dans la hiérarchie scientifique nous donnent le droit d'être exigeants à leur égard.

Ce reproche est-il fondé? Est-il vrai que la science de l'histoire soit aussi négligée de notre temps qu'on veut bien le dire et que l'esprit philosophique soit tout à fait absent de nos écoles? J'ai quelque peine à le croire, quand je vois publier successivement, de nos jours, la belle édition d'Hippocrate que tout le monde connaît, les élégantes traductions de Celse et de Paul d'Égine, les fragments de Galien et d'Oribase, etc. Il ne me répugne pas moins d'admettre que le goût de la philosophie médicale soit entièrement perdu quand je vois rééditer Barthez, commenter ou refaire pour la centième fois les Institutes d'Hippocrate, restaurer l'animisme de Stahl et entreprendre la traduction complète de ses œuvres, chercher à faire revivre dans la pathologie générale l'esprit de la métaphysique et le langage de l'ancienne scolastique, s'efforcer de fonder une nouvelle anthropologie sur la tradition et l'orthodoxie, réveiller au sein de l'Académie, dans des traités ou essais nouveaux de philosophie médicale et de méthodologie, les vieilles querelles du vitalisme et de l'organicisme; quand je vois enfin d'une part les représentants de l'organicisme parisien s'émouvoir de l'invasion des dogmatistes au sein de l'école, d'autre part une réaction spiritualiste nouvelle s'élever contre les prétentions de la philosophie positiviste; et, comme pour aviver ce feu renaissant et donner de nouveaux aliments à la critique ou à la dispute, la jeune phalange des agrégés venant s'essayer en histoire et en biographie dans la chaire de la Faculté devant un nombreux et sympathique auditoire.

Mais, me dira-t-on, ce n'est là que l'infiniment petit nombre; la masse des médecins reste étrangère au charme des études historiques et de l'érudition, et se prive volontairement ou par nécessité des lumières qu'elle y pourrait puiser. Je crois qu'il y a là quelque exagération. Sans doute avec la nécessité des divisions et des morcellements dans l'étude du vaste programme qu'embrasse la médecine, avec les légitimes exigences des fortes études cliniques basées sur l'observation et l'expérience personnelles, il est difficile de demander à tous la somme relative d'érudition de nos ancêtres pour qui la parole du maître suffisait à tout. Aussi est-il bien possible qu'un nouveau Béralde eût aujourd'hui moins à nous louer de savoir la plupart de fort belles humanités, de parler un beau latin et de nommer en grec toutes les maladies, mais je crois qu'il atténuerait quelque peu la contre-partie de son discours. Toujours est-il que le succès d'applaudissements qu'ont eu les conférences historiques et le placement que trouvent nos libraires aux vingt et quelques ouvrages récents d'histoire ou de philosophie médicales, montrent tout au moins que la généralité de nos confrères n'est pas aussi dépourvue qu'on paraît le croire de tout intérêt pour l'érudition.

Pour moi, ce n'est ou ne peut plus agreable, je dois le dire, quand je puis, entre un premier-Paris et une revue clinique, jeter les yeux furtivement sur un livre d'histoire ou de philosophie. C'est ce que j'ai fait récemment pendant les quelques jours de loisirs de la fin de ma saison thermale, et c'est parce que j'y ai trouvé un plaisir infini que j'ai eu à cœur de le faire partager à ceux de nos lecteurs qui ne m'auraient pas devancé à cet égard. Des divers ouvrages que j'ai parcourus, je ne leur parlerai aujourd'hui que des deux derniers qui me sont parvenus : *La Médecine, histoire et doctrines,* par M. Ch. Daremberg (1), et les *Mélanges d'histoire, de littérature et de critique médicales, sur les principaux points de la science et de l'art,* par M. J.-E. Pétrequin (2).

— Le livre de M. Daremberg, intitulé : *La Médecine, histoire et doctrines,* est une collection d'articles de critique médicale déjà publiés pour la plupart. M. Daremberg, obéissant à une tendance assez commune de nos jours, a quitté momentanément les hauteurs de l'histoire et les étroits méandres de l'érudition pour se faire vulgarisateur. Admis à l'honneur justement envié de la collaboration scientifique du *Journal des Débats*, il a allégé son bagage de grec et de latin et assoupli son style; et, ainsi équipé, il s'est mis alertement à l'affût de toutes les publications médicales nouvelles pour en servir le choix et les primeurs à son public d'élite.

C'est Ménière qui ouvre la marche, ce regrettable et charmant esprit, médecin distingué, mais plus littérateur encore que médecin, qui se reposait avec délices des labeurs professionnels du matin dans la lecture de ses auteurs favoris, Horace et Virgile, Plaute et Térence, Cicéron et Mme de Sévigné, et, avec ce guide aimable et disert, il nous fait parcourir sans fatigue l'histoire de la médecine au temps de la république romaine.

Le Journal de la santé du roi Louis XIV, récemment réédité par M. Le Roi, conservateur de la Bibliothèque de Versailles, et le livre de M. le docteur Raynaud, sur les Médecins de Molière, lui ont fourni le texte d'un très-curieux chapitre intitulé : Louis XIV, ses médecins, son tempérament, son caractère et ses maladies. Puis, avec M. Descuret, l'auteur de la Médecine des Passions, encore un médecin qui sait entrelacer les lettres avec la science et qui cumule avec honneur deux diplômes, il fait passer rapidement sous les yeux de ses lecteurs ces notions si essentielles et cependant si généralement ignorées d'anatomie et de physiologie, justement qualifiées les *Merveilles du corps humain.*

Que n'a-t-on pas écrit sur l'histoire de la circulation du sang? Mais M. Daremberg ne pouvait laisser passer, sans le signaler à ses lecteurs, le livre de M. Flourens sur ce sujet. Ce qui étonne toujours le plus quand on parle de la circulation, c'est qu'un phénomène aussi simple, aussi clair pour tout le monde, ait pu rester si longtemps ignoré. C'est l'histoire éternelle de toutes les découvertes, si heureusement résumée dans ces quelques mots de Biot, rappelés fort à propos par M. Daremberg : « Rien n'est plus clair que ce qu'on a trouvé hier, rien n'est plus difficile à voir que ce qu'on trouvera demain. » On sait avec quelle merveilleuse lucidité, avec quelle méthode rigoureuse, M. Flourens, dans ce petit livre, montre et fait suivre du doigt la filiation des idées et l'enchaînement progressif des faits qui ont amené la découverte définitive et complète de ce phénomène. Aussi M. Daremberg a-t-il pu dire de ce livre que c'est une page désormais close de l'histoire des sciences. Ce qui n'a pas empêché cependant M. J. Béclard de trouver depuis, dans ce même sujet, le texte d'une très-belle et bonne leçon, qui a elle-même donné lieu à des commentaires critiques, où sont exposés quelques faits encore peu connus de l'histoire de cette découverte.

Le grand ouvrage d'anatomie pathologique de M. Lebert, le traité de pathologie générale de Chomel, récemment réédité, les traités plus nouveaux de M. Monneret, de MM. Hardy et Béhier, le traité de chimie anatomique et physiologique de MM. Robin et Verdeil, et quelques autres ouvrages sur les généralités de la pathologie, fournissent à M. Daremberg le sujet, ou plutôt le prétexte d'une exposition très-claire des principaux points de pathologie que les travaux modernes ont plus particulièrement élucidés. Puis, abandonnant la pathologie proprement dite, terrain toujours ingrat et épineux quand on s'adresse surtout aux gens du monde, il arrive à des considérations d'un intérêt plus général sur le médecin et sur le malade, sur les devoirs de l'un et de l'autre, qui ont dû être mieux goûtées de ses lecteurs. Il s'y montre, du reste, sur la question de l'honnêteté médicale et des devoirs du médecin, le digne interprète de deux grands maîtres en déontologie, Hippocrate et Chomel.

Une nouvelle édition du livre de Tissot sur la santé des gens de lettres, publiée par M. le docteur Bertrand de Saint-Germain, lui a suggéré un chapitre plein de judicieuses réflexions sur ce sujet si souvent traité, si rebattu et toujours à refaire. Le traité de l'hygiène de l'âme du baron Feushtersleben, le traité de l'hygiène des familles de Devay, l'ouvrage de l'Américain Brigham, relatif à l'influence des excitations mentales sur la santé, les ouvrages de M. Calmeil sur les affections inflammatoires du cerveau, de M. Moreau sur la psychologie morbide, de M. Bouchut sur le nervosisme, ont trouvé naturellement leur place dans ce chapitre.

L'ouvrage de miss Nightingale, dont M. Daremberg a accepté la tâche de surveiller l'impression, avait droit à une place dans ce recueil; elle lui a été faite digne de l'auteur. Il est mis en compagnie des ouvrages du professeur Ribes, enlevé depuis à la science, de MM. Fonsagrives, Michel-Lévy, Tardieu, Munaret, Bouchut, Donné, Le Fort, Husson, etc., dont tout le monde connaît les beaux ouvrages en hygiène.

J'allais oublier — que M. Daremberg me le pardonne — un savant chapitre sur les doctrines philosophiques de Galien, dans lequel il se retrouve tout entier à ses chères études; un chapitre sur Paul d'Égine où il fait une petite querelle à M. Briau sur l'appréciation de son modèle; et enfin deux articles qui semblent placés là, comme pour relier par une transition l'antiquité grecque et latine aux temps modernes, l'un sur l'école de Salerne, l'autre sur Albert le Grand et les sciences au moyen âge.

Qnand on a parcouru ce volume, quand, séduit par le titre ou le sujet des chapitres, on en a lu plusieurs tout entiers, comme je l'ai fait, pénétré par la clarté des expositions et par la justesse des observations, touché de l'honnêteté, de la bonne foi et de la bienveillance dont sont empreintes toutes les critiques, on ne peut mieux traduire son impression qu'en disant : Lisez ce livre.

— Le recueil de M. Pétrequin commence par un Essai sur l'histoire de la chirurgie à Lyon, discours de réception prononcé à l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Lyon, le 22 janvier 1856. C'est, en même temps qu'un tribut de reconnaissance payé par le récipiendaire à cette illustre Compagnie, une belle page d'histoire de la chirurgie lyonnaise, qui a toujours occupé un rang si élevé dans l'histoire de notre art, et qui a fourni surtout tant d'hommes éminents depuis l'institution du concours pour le majorat. M. Pétrequin, qui a dignement occupé sa place dans cette brillante phalange de chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, se peint lui-même tout entier dans la péroraison de son discours.

« La chirurgie, dit-il, est pour moi comme une idole : je lui ai consacré mon temps et ma pensée; la plus belle partie de ma vie, je l'ai passée à étudier ses secrets dans les écoles et les bibliothèques, et à appliquer ses enseignements dans les hôpitaux. Que ne lui dois-je point? Les inépuisables émotions de l'art, les plaisirs émouvants de l'intelligence, le bonheur de découvrir quelque nouveau secours pour la souffrance, la satisfaction du peu de bien qu'on a fait et de celui qu'on enseigne à faire à cette généreuse jeunesse médicale, qui retourne prodiguer à la société le fruit de ces leçons, toutes ces impressions indicibles que j'ai laissées derrière moi comme des jalons dans ma carrière, je retrouve tout sur la route de cette science, à laquelle je suis lié par tout ce que l'homme peut recevoir du Créateur. »

Et, quand M. Pétrequin parle ainsi de la chirurgie, il n'entend pas l'isoler de la médecine et la restreindre à la seule considération des lésions externes et à ce qu'on est convenu d'appeler la médecine opératoire. Pour lui, la médecine et la chirurgie ne sont pour ainsi dire que deux branches qui sortent de la même tige, ou plutôt ce sont deux noms différents du même art. La chirurgie comme science a les mêmes principes que la médecine et fait partie du même corps de doctrine; comme art, elle associe les médications internes aux secours de la main; c'est, en un mot, une médecine plus étendue. C'est dans ce sens vrai et large que M. Pétrequin est chirurgien, et non-seulement M. Pétrequin est médecin autant que chirurgien, mais dans son amour pour la science complète il a scruté les annales de chacune de ses branches, et il s'est fait historien.

C'est merveille qu'un homme placé dans une de ces positions chirurgicales qui suffisent à elles seules pour absorber toute l'intelligence et toute l'activité des mieux doués et des plus laborieux, trouver encore dans une vie si remplie assez de loisirs pour se livrer à des études d'histoire et d'érudition. Ce doit être là sans doute un sujet d'étonnement pour ceux qui ne voient dans le travail qu'une obligation, une nécessité plus ou moins dure; mais pour ceux qui ont su goûter tout le charme de l'étude, c'est plutôt un sujet d'envie.

J'ai dit que ce recueil commençait par l'histoire de la chirurgie lyonnaise. Je continue l'énumération. La seconde pièce est un fragment sur l'histoire de la littérature médicale au moyen âge, qui renferme des détails fort intéressants et fort curieux

(1) 1 vol. in-8°. Paris, 1865, Librairie académique Didier et Ce, 35, quai des Augustins, et chez J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

(2) 1 vol. gr. in-8°, 1864. Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, et Lyon, chez J.-P. Mégret, quai de l'Hôpital, 51.

sur le *poema medicum*, manuscrit du moyen âge resté anonyme, et sur lequel se sont déjà exercées les recherches de plusieurs érudits, MM. Littré et Daremberg. Puis viennent des fragments de littérature médicale sur Hippocrate, Galien et Paul d'Égine. Ici M. Pétrequin reprend toutes ses prédilections pour la chirurgie, et semble tout heureux de placer à côté de la grande figure médicale d'Hippocrate celle non moins resplendissante d'Hippocrate chirurgien. « A mes yeux, dit-il, Hippocrate est peut-être encore plus remarquable comme chirurgien que comme médecin. » Et il ne se borne pas à une assertion, il le prouve par des citations et des appréciations qui font vivement désirer la traduction française des œuvres chirurgicales complètes d'Hippocrate qu'il nous promet.

Un discours sur l'étude des médecins de l'antiquité et sur les avantages qu'on peut en retirer pour la science et pour l'art, forme un complément naturel aux deux fragments qui précèdent. L'auteur y développe cette proposition de M. Littré, qui sert d'épigraphe à ce chapitre : « Il n'est pas un développement, le plus avancé de la médecine contemporaine, qui ne se trouve en embryon dans la médecine antérieure. » Suivent diverses allocutions académiques, un compte rendu des travaux de l'Académie impériale des sciences, belles-lettres et arts de Lyon pour l'année 1859; un épisode de la querelle des anciens et des modernes; des recherches historiques sur les rapports de la chirurgie avec la médecine aux différentes époques de l'histoire médicale; des recherches historiques et critiques sur divers traités ou opuscules d'Hippocrate et notamment sur l'origine du *Traité du médecin*, suivies d'une traduction nouvelle; des considérations sur la méthode philosophique qui convient à la médecine, dans lesquelles l'auteur formule les idées les plus justes et les préceptes les plus sages sur la manière d'envisager dans sa généralité et dans ses grands principes la science anthropologique. Et enfin, comme pour donner lui-même l'exemple à côté du précepte, après avoir rappelé en plusieurs passages combien il est utile que celui qui se destine à la médecine se livre plus que tout autre à des études préliminaires fortes et soutenues, et qu'il reçoive cette culture littéraire qui est comme le fond commun de toute éducation libérale, M. Pétrequin termine ce recueil par un charmant chapitre, plein d'une gracieuse érudition, sur l'intervention de la physiologie dans l'interprétation d'un passage controversé des *Églogues* de Virgile.

Je regrette de ne pouvoir poursuivre plus avant cette incomplète et bien insuffisante analyse. L'énumération seule des sujets traités dans ces deux ouvrages suffirait au besoin pour justifier notre temps contre cette sorte de mode de dénigrement que soufflent quelques esprits difficiles ou chagrins. Non, la science et l'érudition ne sont pas menacées d'une mort aussi prochaine qu'on veut bien le dire. Il est encore de nos jours des hommes qui nourrissent dans leur cœur l'amour pur et désintéressé de l'étude et qui sont animés de la noble passion du savoir; de ces hommes qui ne se reposent des profondes méditations scientifiques que dans le charme et les délices des belles-lettres, et qui, à la manière du médecin dont parle Guy Patin, font *la débauche* en lisant Sénèque et Cicéron. Je pourrais m'appuyer encore pour le prouver de quelques autres livres récents que j'ai là sous la main ou dans les rayons de ma bibliothèque... Mais j'ai hâte de relever mes collaborateurs de la faction que leur a imposée mon absence, et d'aller reprendre ma place sur la banquette supplémentaire de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

CAUSES DES ANÉMIES.

Flux hémorrhoïdal. — Le flux hémorrhoïdal nous fournira la preuve de l'influence peu salutaire ou même défavorable des hémorrhagies sur la plupart des individus dits pléthoriques. Pour les médecins de l'école de Stahl, la perte hémorrhoïdale constitue une voie naturelle de dégagement du système veineux de la veine-porte entravé dans sa circulation; ce serait la crise de ce qu'on appelait la pléthore abdominale.

Si cette maladie était définie en nosologie, l'occasion d'en étudier les signes et les terminaisons critiques ne manquerait pas dans les grandes villes; les femmes, surtout de la classe riche, par leur genre de vie sédentaire et le régime substantiel, sont très-souvent affectées d'une constipation rebelle avec difficulté de digérer, distension de l'intestin par des gaz, et soulèvement des parois abdominales, qui finissent par perdre ainsi de leur force contractile; ces phénomènes dépendent uniquement de la gêne mécanique que des bourrelets hémorrhoïdaux opposent à l'expulsion des matières fécales; si ces tumeurs, qui sont formées par les varices des veines hémorrhoïdales (Blandin, Grisolle, Lebert, Virchow), viennent à se rompre par des efforts ou par la pression résultant de la masse stercorale, il en résulte des pertes de sang répétées que les malades et souvent même les médecins considèrent comme un signe favorable, comme un préservatif d'autres hémorrhagies ou d'autres maladies, en un mot comme un bienfait de la nature médicatrice.

Le soulagement *momentané* que les malades atteints de douleurs de tête ou de congestions passives de la face éprouvent parfois à la suite de ces transsudations sanguines, semble justifier leurs doctrines humorales, et les encourager à respecter ou même à favoriser l'action de cet émonctoire.

(1) Voir le précédent numéro.

Bientôt cependant les digestions se troublent plus complétement, des palpitations surviennent avec la dyspnée, la face devient pâle, des vertiges se manifestent avec tous les signes de l'anémie; mais si les congestions passives des petits vaisseaux de la face persistent ou reparaissent, on peut encore être tenté de mettre ces phénomènes vertigineux sur le compte d'une pléthore; les premiers avertissements ne suffisent pas toujours pour indiquer au médecin la nature du mal, et, lors de l'âge de retour, les erreurs semblent se multiplier en raison des craintes de l'apoplexie cérébrale; les hémorrhoïdes, par leur libre écoulement qu'on ne songe pas encore à diminuer, continuent à maintenir ou à aggraver cet état, qui finit par l'anémie la plus grave. Dupuytren a tracé de main de maître ce tableau des hémorrhoïdaires victimes du préjugé; Beau, Grisolle, Monneret n'en ont pas méconnu les caractères, dont je n'ai eu que trop souvent l'occasion de vérifier l'exactitude.

Épistaxis. — De même que les ménorrhagies et les flux hémorrhoïdaires, les hémorrhagies nasales ont été souvent considérées comme critiques ou comme la terminaison favorable d'un molimen sanguin; chez les enfants surtout, l'épistaxis est trop souvent méconnue dans ses effets; les parents l'attribuant aux lois de la circulation normale, les médecins l'envisageant comme le résultat d'une pléthore, négligent cette manifestation morbide qui est l'indice d'une débilitation, résultant parfois d'un développement exagéré, ou de la puberté, ou d'un mauvais régime, et plus encore du travail intellectuel ou de l'onanisme; ces circonstances, qu'il ne faut jamais négliger de rechercher, et les épistaxis qui en résultent, ne manquent pas d'exercer alternativement sur la santé de l'enfant une influence fâcheuse qui se traduit par tout le cortége des phénomènes de l'anémie; Grisolle confirme pleinement ces données.

Hémoptysies. — Les hémoptysies sont le plus souvent le symptôme d'une tuberculose ou d'une maladie du cœur chez l'homme; il est rare qu'en pareil cas la médecine n'intervienne pas activement pour en arrêter les progrès; mais chez la femme, il se présente souvent une grande difficulté pour discerner l'hémorrhagie pulmonaire résultant de tubercules crus et disséminés, et l'hémoptysie supplémentaire des règles qui entraîne des conséquences entièrement opposées; l'hémorrhagie tuberculeuse, qui est due ordinairement à la compression et plus rarement à la destruction d'un vaisseau par un tubercule, est parfois très-abondante; elle se reproduit dans presque tous les cas un certain nombre de fois; mais l'anémie qui peut en être la suite est moins dangereuse que le ramollissement des tubercules, qui est la cause de l'ulcération du vaisseau, et en même temps le point de départ d'une fièvre à forme pseudo-intermittente; or, le ramollissement tuberculeux a des signes physiques incontestables.

Lorsque les tubercules sont restés limités, discrets, et à l'état de crudité, l'auscultation et la percussion ne sauraient révéler la lésion; la fièvre elle-même peut manquer, ou céder promptement, et dès lors aucune affirmation n'est possible; si la bronchorrhagie est périodique, comme les règles, que celles-ci soient diminuées ou supprimées, ou au contraire parfaitement régulières, on est en droit de supposer que le poumon n'a point subi d'atteinte grave; mais quand le flux bronchique est absolument indépendant de l'époque et de la quantité des menstrues, la question ne pourra être résolue favorablement que si la fièvre, les signes physiques, les troubles sécrétoires et l'expectoration font tous également défaut.

La toux sèche et les autres phénomènes thoraciques, tels que les douleurs intercostales et l'oppression, ne sauraient en rien élucider le problème; ces trois phénomènes peuvent dépendre d'un commencement d'anémie résultant des hémoptysies en général; la dyspnée surtout peut tromper sur l'existence d'une tuberculose, ainsi que j'en ai vu un exemple qui a induit plusieurs médecins en erreur; la marche ultérieure des phénomènes, la persistance de l'hémorrhagie avec la conservation de l'embonpoint et des forces constituent les seuls guides en pareil cas pour faire admettre une hémorrhagie dynamique. Or, bien que supplémentaires ou complémentaires des règles, les hémoptysies peuvent entraîner les accidents de l'anémie, et par cela même qu'elles se rattachent à l'excitation fonctionnelle partant des organes génitaux, on peut sans crainte, dès que les doutes seront légitimement dissipés, recourir au traitement habituel de l'anémie fonctionnelle, c'est-à-dire aux préparations ferrugineuses.

Diverses hémorrhagies supplémentaires des règles. — La déviation des règles se traduit le plus souvent dans le système vasculaire des poumons, qui est de tous le plus abondant et à parois les plus minces. Les vaisseaux de l'estomac se prêtent plus difficilement à ce travail congestif supplémentaire; l'hématémèse ne résulte presque jamais d'un simple trouble dynamique, et, en général, elle est due à des lésions plus graves, telles que les ulcères simples, les cancers de l'estomac; mais, quelle que soit la cause de cette hémorrhagie, celle-ci, soit par son abondance, soit par ses répétitions, ne tarde pas d'appauvrir le sang et de produire une anémie globulaire.

Les transsudations sanguines des téguments sont, au contraire, plus souvent métastatiques des menstrues, mais elles n'ont pas assez de gravité pour amener directement les phénomènes de l'aglobulie.

Résumé. — Parmi les hémorrhagies dynamiques, s'il est impossible de nier les flux supplémentaires ou métastatiques, on peut à bon droit contester les hémorrhagies pléthoriques par excès de sang ou de globules; la pléthore agit rarement comme cause d'hémorrhagies (Monneret); par conséquent, il est impossible de la considérer comme le point de départ des anémies.

Affections hémorrhagiques.

Scorbut. — Les hémorrhagies, lorsqu'elles produisent le plus sûrement l'anémie, suivent une marche chronique ou présentent le type successif; telles sont le scorbut, le purpura, l'hémophilie, et les hémorrhagies dues à une altération du foie ou de la rate.

Dans la période initiale de la maladie, les scorbutiques présentent un certain nombre de phénomènes qu'on pourrait attribuer à l'anémie; ils accusent une fatigue extrême et de violentes douleurs dans les membres, douleurs et fatigues qui rappellent les sensations et la faiblesse des anémiques; mais chez ceux-ci il s'agit d'une énervation par suite d'une aglobulie; chez les scorbutiques, tout ce qui se passe dans les membres affectés est le résultat d'hémorrhagies interstitielles qui se font dans les muscles.

Le scorbut, en effet, constitue essentiellement une affection hémorrhagique qui est due, comme nous le démontrerons, à une lésion du sang, ainsi qu'à une altération du système vasculaire.

Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est qu'au lieu de présenter au début de la maladie un teint pâle et une décoloration des tissus, ainsi qu'on l'observe dans l'anémie, les scorbutiques ont les téguments d'un blanc sale, les lèvres d'un bleu livide, les yeux excavés.

Une à quelques semaines après ces manifestations de la peau et des muscles, on voit apparaître les phénomènes caractéristiques, à savoir : 1° l'affection de la bouche et des gencives; 2° des suffusions sanguines dans le tissu de la peau, particulièrement des membres inférieurs ou des parties exposées à une pression quelconque; 3° des exsudats fibrineux dans le tissu cellulaire; enfin, diverses hémorrhagies externes par les narines ou les intestins, et des épanchements fibrineux dans le péricarde, la plèvre, le périoste. C'est seulement après cette période hémorrhagique que l'anémie se déclare avec toutes ses conséquences.

Purpura. — Le purpura se distingue du scorbut par l'absence d'exsudation dans les muscles, le périoste, les articulations; la muqueuse buccale est rarement saignante, et elle n'est jamais ni ulcérée ni spongieuse; les violentes douleurs initiales des membres inférieurs et des muscles thoraciques manquent également.

Dans le purpura, ce sont les hémorrhagies nasales et intestinales qui marquent le début, tandis qu'elles sont tardives dans le scorbut; les taches purpurines sont aussi fréquentes aux parties supérieures du corps qu'aux parties déclives; les suffusions sous-cutanées disparaissent assez rapidement; enfin, la fièvre n'est pas rare, tandis qu'elle manque entièrement dans le scorbut.

Cette distinction entre le scorbut et le purpura est d'autant plus importante que des cliniciens les plus éminents ont confondu ces deux maladies, tant au point de vue des phénomènes que de la pathogénie.

Or, le scorbut n'est pas seulement une affection hémorrhagique, mais une affection exsudative, qui intéresse profondément les tissus; le purpura, de même que l'hémophilie, sont de véritables hémorrhagies; donc, le scorbut épuise par deux raisons et de deux manières, par l'altération du plasma d'abord, par l'anémie ensuite; c'est ce qui explique la prostration *énorme* (Lind) qui l'accompagne et la suit; la maladie de Werlhof ne produit que l'aglobulie.

Une autre conséquence de cette distinction est celle-ci : les variations du plasma se rattachent surtout, comme nous le verrons, à la nutrition et à la désassimilation des tissus, tandis que l'élément globulaire est surtout l'agent de l'excitation fonctionnelle; aussi les troubles nerveux et musculaires résultant de l'oligocytémie cèdent-ils promptement au traitement tonique; les phénomènes scorbutiques, au contraire, présentent une résistance proportionnée aux lésions nutritives, et réclament une médication tout opposée.

Application des propriétés dimorphiques de la plasmine à l'état scorbutique. — Le sang présente, dans certaines circonstances graves, des caractères absolument opposés au sang phlegmasique; incapable de se coaguler et de former la couenne, il présente ce qu'on appelle l'état de dissolution; il s'accompagne alors fréquemment d'hémorrhagies; dans les fièvres graves, le scorbut, le purpura et l'hémophilie, cette coïncidence est tellement constante que toutes ces hémorrhagies ont été rapportées à la transsudation du sang fluidifié.

Mais il se présente ici une série de questions complexes à résoudre. Quelle est tout d'abord la cause de cette fluidité? Est-elle due à une diminution, à une altération ou à une dissolution chimique de la fibrine?

La plupart des modernes ont, depuis les recherches de MM. Andral et Gavarret, attribué l'altération du sang à la diminution de la fibrine; Becquerel et Rodier ont même donné le nom d'état scorbutique à tous les cas dans lesquels la fibrine tombe au-dessous de 2 pour mille; dans le purpura, Hérard a vu ce chiffre s'abaisser à 1 pour mille.

Mais il est démontré aujourd'hui que dans bien des cas de diathèse hémorrhagique ou de scorbut, la fibrine, loin de diminuer, subit une augmentation réelle; le sang peut même être couenneux.

Comment concilier ces faits en apparence contradictoires? La plasmine, en se dédoublant, fournit une portion concrète plus ou moins abondante; mais avant de dire que la fibrine a aug-

menté ou diminué en totalité, il faudrait tenir compte de la fibrine dissoute. Ce qu'on peut affirmer, c'est que la plasmine reste le plus souvent liquide; le sang est dissous, incoagulable, comme le sang efférent du foie et de la rate.

Ces variations prouvent du moins que toute altération du sang ne doit pas être élevée à la hauteur d'une maladie ou d'une diathèse.

Je ferai la même remarque sur l'adultération du sang par les produits de décomposition; ainsi, les expériences de Magendie, Gaspard, Poggiale, avaient fait supposer que l'élément fibrineux pouvait subir des altérations de *qualité* par suite de la présence de certains principes délétères; d'une autre part, les injections de matières putrides dans les veines ont donné à Gaspard, et plus tard à Stich, à Virchow, à Claude Bernard, des résultats très-analogues, qui se traduisent toujours par des infiltrations hémorrhagiques dans les organes les plus divers, et surtout dans l'intestin. Or, est-ce là le caractère habituel du scorbut ou du purpura, et quel serait d'ailleurs le ferment destructif des éléments du sang?

En l'absence de matière organique dissolvant la fibrine, on a invoqué l'hypothèse d'un excès d'ammoniaque ou de sels de soude; mais nous savons par les recherches de Thiry et de Kühne que l'ammoniaque du sang est dans un état de combinaison qui ne lui permet pas de se dégager avant 50 degrés de température, et d'agir comme dissolvant de la fibrine. D'ailleurs, qui l'a démontré dans le scorbut? et, s'il était possible de mesurer le poids ou le volume de ce gaz, pourquoi cette alcalinisation excessive serait-elle en défaut dans les scorbuts qui s'accompagnent de fibrine en excès et d'un sang coagulable?

Quant aux sels de soude, leur rôle comme dissolvants ne tarda pas d'être compromis lorsqu'on apprit, par les recherches de Wöhler, que les tartrates, citrates et malates de soude se transforment dans l'économie en carbonates, et que ces substances, loin de favoriser constamment les hémorrhagies, présentent au contraire parfois des avantages thérapeutiques; force fut de conclure à l'intervention nécessaire d'un autre agent, qui ne pouvait être que le vaisseau lui-même.

Les matières salines ne provoquant la dissolution du sang que dans des circonstances encore mal déterminées, Garrod imagina que dans le scorbut il y avait plutôt une *diminution* des sels de potasse, et, pour obvier à cet inconvénient, il proposa d'alimenter les scorbutiques à l'aide des pommes de terre qui contiennent une grande quantité de carbonate de potasse; mais l'expérience ne tarda pas d'infirmer ces prévisions théoriques.

Ainsi, il n'existe ni dissolution, ni altération, ni diminution de la fibrine, mais une répartition différente entre les produits liquides et concrets de la plasmine.

Cet état de la plasmine étant admis, suffit-il pour expliquer les hémorrhagies?

La variabilité de la lésion du sang permet déjà de supposer que ce n'est pas la seule cause de l'extravasation du sang; mais s'il est vrai que la plasmine soit modifiée, l'effet sur la nutrition des parois vasculaires doit avant tout être pris en sérieuse considération.

Les vaisseaux les plus ténus avec leurs parois simples et musculeuses sont plus accessibles aux influences nutritives produites par le sang que ne le sont les vaisseaux plus volumineux, plus composés, chargés de grosses fibres élastiques, et possédant eux-mêmes des *vasa vasorum*. L'état de friabilité ou d'atonie des plus petits vaisseaux doit singulièrement favoriser leur rupture, et par conséquent la production des épanchements; ainsi, les lésions du sang ne sont pas seules à agir dans le développement des hémorrhagies.

Toujours est-il, quelle que soit la cause de ces pertes, c'est à elles, et non à la diminution de la fibrine, qu'il faut rapporter le développement de l'anémie scorbutique; celle-ci résulte uniquement de l'intensité et de la répétition des hémorrhagies externes ou interstitielles; en effet, les globules et plus tard l'albumine subissent un déchet très-marqué par suite des pertes ou des infiltrations de sang; de là une aglobulie grave, et parfois une désalbuminémie consécutive.

AMAUROSE CONSÉCUTIVE

A une angine diphthéritique. — Traitement tonique et stimulant. Guérison prompte.

Par M. le docteur Fano.

Mlle D..., âgée de neuf ans, est envoyée à ma clinique, le 4 août dernier, par M. le docteur Vincenot. D'après les renseignements de la mère qui accompagne son enfant, celle-ci accusait, depuis quelques mois, des maux de tête assez fréquents. Le 27 juin dernier, elle est prise d'une angine couenneuse qui dura une quinzaine de jours, sans présenter beaucoup de gravité.

Le docteur Vincenot transmet, sur ma demande, les détails suivants. Angine diphthéritique bien caractérisée, ayant cédé à l'emploi du chlorate de potasse à l'intérieur, du jus de citron et d'un gargarisme au tannin. L'enfant était rétablie dans les premiers jours de juillet. Avant la diphthérite, elle éprouvait des maux de tête.

Quelques jours après la guérison de l'angine, l'enfant, essayant de lire, s'aperçut que la vue avait considérablement faibli. Bientôt après se déclara une difficulté d'élocution assez considérable, qui persiste encore aujourd'hui.

Actuellement, la vision est tellement mauvaise que la petite malade, qui est d'ailleurs très-intelligente, ne peut lire que très-lentement de gros caractères d'imprimerie, le n° 16 de Jœger. Elle prétend qu'elle voit mieux de loin que de près, mais l'épreuve de la lecture infirme cette assertion. Les pupilles sont larges et immobiles. Les muscles de l'œil et des paupières n'offrent aucune trace de paralysie. L'examen ophthalmoscopique n'indique aucune lésion appréciable des milieux réfringents ni des membranes profondes de l'œil. Le contour de la papille droite est peut-être un peu moins accentué que celui de la papille gauche. Mais, d'après la remarque de M. Fano, on rencontre si souvent cette disposition, chez les sujets qui ont la meilleure vision, qu'il n'y a pas à en tenir compte. (Faire vomir l'enfant avec un gramme d'ipécacuanha, en trois doses; onctions sur les paupières et l'orbite avec un liniment composé de parties égales de baume de Fioraventi et d'alcool de romarin; sirop de quinquina à l'intérieur.)

Le 9 août, la vision est dans le même état. La parole semble un peu dégagée. L'examen de l'urine ne donne aucune trace d'albumine. (Vin toni-ferrugineux de Nivet; centauréine ferrée; onctions sur les paupières, matin et soir, avec une pommade au sulfate de strychnine.)

Le 12, la vision est un peu améliorée; la petite D... lit assez bien le n° 14 de Jœger. La voix est plus nette. La figure est moins pâle. Les pupilles restent toujours immobiles et dans un état de dilatation moyenne.

Le 17, les pupilles sont moins paresseuses. La vision est notablement améliorée. La petite malade lit très-bien le n° 9 de Jœger. Elle se plaint de voir double de temps en temps, surtout les objets éloignés. (Même traitement; purgatif.)

Le 19, nouvelle amélioration frappante. L'enfant lit le n°. 3 de Jœger. La pupille gauche reste plus dilatée que la droite. (Vin de Nivet, onctions avec la pommade strychnée.)

Le 23, la voix est distincte. L'enfant lit couramment le n° 4 de Jœger, c'est-à-dire les plus petits caractères d'imprimerie, de l'œil droit. De l'œil gauche, elle ne lit bien que le n° 2. La pupille de ce côté reste toujours un peu plus dilatée que la droite. (Même traitement; purgatif.)

Le 30, la face est colorée. La vision est à l'état normal; toutefois l'œil gauche possède une acuité un peu moins forte, et la pupille de ce côté demeure un peu paresseuse. La voix a repris le timbre normal, la prononciation est naturelle.

ÉCLAMPSIE.

Accouchement provoqué. — Procédé mixte. — Guérison.

Par le docteur Jounia Reymond.

La femme X..., âgée de vingt-deux ans, primipare, est prise le 9 août, à cinq heures du soir, d'un premier accès éclamptique qui, depuis, se succède toutes les demi-heures. Je suis appelé le 10 à quatre heures du matin. Cette femme est à terme, rien de remarquable pendant la grossesse, on m'apprend que la mère de la malade est morte d'éclampsie pendant le travail. L'habitude extérieure est bien celle que l'on est convenu d'attribuer aux femmes prédisposées à l'éclampsie. La main droite me paraît légèrement enflée, les extrémités inférieures le sont manifestement, la face semble bouffie. Par le palper abdominal, on sent l'utérus flasque, ballant à droite et à gauche; mouvements fœtaux nuls; à l'auscultation, absence complète de tout bruit dans tous les points du ventre. Au toucher, col élevé, dur, fermé, c'est le sommet qui se présente (position O., I., G., A.); les os paraissent très-mous au toucher, particularité reconnue par la sage-femme. J'annonce la mort de l'enfant. Le toucher provoque une attaque d'éclampsie, qui dure une minute environ, elle est suivie d'un coma prolongé; l'hébétude est persistante, les réponses ne sont pas intelligibles, il est vrai de dire que la langue a été profondément entaillée sur les bords dans un accès précédent. Je propose une saignée, elle est refusée, la mère de cette femme ayant succombé, dit-on, immédiatement après cette opération. J'ai recours alors au traitement ordinaire de l'éclampsie (Cazeaux, moyens généraux). Dans la journée, les accès devenant plus fréquents, je me décide à provoquer l'accouchement. J'ai dit que le col est très-élevé, j'ajouterai que la femme est très-grasse, complétement indocile et très-forte; elle rapproche convulsivement les cuisses et se plaît à gêner toutes nos manœuvres durant lesquelles survient un nouvel accès. Ces détails me paraissent utiles pour le choix du procédé opératoire; dans le cas, j'ai eu recours de préférence à celui de Riwisch. Dans cette journée, trois douches sont données; après chacune d'elles j'applique le tampon, combinant ainsi les méthodes de Riwisch et de Schiller, de Berlin.

Nuit mauvaise, accès fréquents; la constipation, opiniâtre jusque là, a fini par céder aux moyens appropriés. Depuis la troisième douche, l'utérus offre des contractions à longs intervalles.

Le 11 au matin, nouvelle douche qui détermine le retour d'un accès terrible, suivi bientôt d'un deuxième contre lequel j'ai immédiatement recours au chloroforme, l'accès est enrayé comme par enchantement. Le tampon est replacé. Deux accès seulement dans la journée, ils disparaissent pour toujours à partir de six heures du soir. Les contractions se rapprochent de plus en plus, enfin l'accouchement se termine normalement le 12 à sept heures du matin. La présentation était bien celle qui avait été reconnue; l'enfant était mort, du sexe féminin, de volume normal et à terme.

Suites de couches heureuses, sauf une eschare de la grande lèvre droite en voie de guérison. Examen de l'urine insuffisant.

Cette observation que j'ai écourtée à dessein est intéressante à plus d'un titre. 1° Je n'ai pas eu recours à la saignée, et la terminaison a été favorable; 2° Je ferai remarquer les heureux effets du chloroforme enrayant presque immédiatement l'accès; après son administration, leur nombre décroît, leur intensité diminue; enfin, ce qui est remarquable, les accès disparaissent lorsque surviennent les vraies douleurs; 3° Depuis quelques années, le procédé de Riwisch est peu employé, il est pourtant très-simple et d'une application facile. Outre ces avantages, il ne le cède à aucun autre sous le rapport de la fidélité et de l'innocuité; les causes de mort, pendant l'accouchement, sont assez nombreuses et nous échappent assez souvent pour qu'on n'en puisse rendre responsable, dans la plupart des cas, le procédé employé. Le désir de vite terminer m'a suggéré l'idée de hâter l'action des douches en combinant les procédés de Riwisch et de Schiller; je pense que cette conduite est sans inconvénients, et qu'elle mérite d'être imitée. Je persiste à croire que tous les avantages que Riwisch attribue à son procédé sont réels, et qu'il est inutile, pour provoquer l'accouchement, d'augmenter l'arsenal obstétrical d'un instrument nouveau; je puis, en outre, affirmer avoir vu réussir les douches lorsque les instruments avaient échoué.

DE L'EMPOISONNEMENT

par les vapeurs de térébenthine.

Nous avons autrefois fait connaître à nos lecteurs les observations de M. Marchal (de Calvi) sur l'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine.

M. Liersch a institué une série d'expériences sur des animaux dans le but de s'assurer du degré de nocuité des vapeurs de térébenthine.

Voici les conclusions de ces expériences:

Un air fortement chargé de vapeurs de térébenthine peut-être mortel non-seulement aux animaux inférieurs, mais aussi aux petits mammifères, et cependant chaque animal n'est pas affecté au même degré.

Les symptômes que présente cette intoxication sont analogues à ceux provoqués par les vapeurs de charbon: agitation, étourdissement, incertitude dans la marche, trouble des mouvements, paralysie des extrémités, surtout des postérieures, puis mouvements convulsifs partiels ou généraux, respiration d'abord accélérée, puis ralentie et profonde, pouls très-rapide.

La mort semble arriver plutôt par paralysie nerveuse que par asphyxie.

Le premier et le principal remède est l'exposition à l'air frais.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 septembre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

De la puberté féminine en France au point de vue ethnologique. Note de M. Gustave **Lagneau**, présentée par M. de Quatrefages.

En comparant entre elles les statistiques publiées sur l'âge de la puberté des femmes en France, les différences présentées par l'âge moyen des femmes observées dans diverses villes ne m'ont pas paru toujours être en rapport avec les différences de latitude, de température et d'habitation, soit à la ville, soit à la campagne.

En effet, les femmes de Lyon arriveraient à la puberté plus tard non-seulement que celles des Sables-d'Olonne, ville située un peu plus au nord, mais aussi que celles de Paris, plus septentrional de 3 degrés. Au contraire, quoique habitant des régions situées sous le même degré de latitude, et peu différentes sous le rapport des températures moyennes, les femmes de la campagne observées à Strasbourg ne deviendraient pubères que quinze mois plus tard que les femmes de la campagne observées à Paris.

La constatation de ces faits m'a porté à penser que cette diversité dans l'âge moyen de la puberté pouvait quelquefois tenir à la diversité des éléments ethniques si nombreux qui concourrent anciennement à la formation de notre nation. Effectivement, la plupart de ces statistiques ont été recueillies dans des régions diversement peuplées par les descendants des anciens Ligures, Ibères, Gaëls, Celtes, Germains, dernier peuple dont Tacite nous signale la puberté tardive.

De même que certaines races animales ont un développement plus ou moins rapide, de même les races humaines sembleraient être plus ou moins précoces.

— **M. Maurin** adresse un opuscule sur la prophylaxie du choléra. Dans la lettre qui accompagne cet envoi, l'auteur appelle l'attention sur les mesures sanitaires à opposer à cette maladie et principalement sur la canalisation du Gange et sur l'établissement de quarantaines pour les caravanes de pèlerins se rendant à La Mecque. Il donne ensuite quelques détails sur la pseudo-épidémie qui règne en ce moment à Marseille, et qu'il attribue en grande partie à l'absence de cabinets d'aisance dans les quartiers populeux et à l'abus des fruits aqueux, des boissons froides et d'une mauvaise nourriture. La plupart des cas, en effet, se sont présentés chez les Piémontais, qui vivent de pâte, de fromage, de pommes crues, et ne boivent que de l'eau.

— **M. Espagne**, qui dans la précédente séance a adressé une lettre sur l'action préservatrice du mercure contre le choléra, envoie une note plus détaillée sur le même sujet et qui a pour titre: *Immunité cholérique observée en 1849 et 1854 dans les services des maladies vénériennes et cutanées des hôpitaux de Montpellier.*

— **M. Torassi**, dans une lettre adressée à M. le secrétaire perpétuel, rapporte deux cas de maladies vermineuses simulant le choléra, et insiste sur la possibilité de confondre ces deux maladies à cause de la similitude des symptômes qu'elles présentent.

— **M. A. Dorner** adresse une lettre dans laquelle il annonce l'envoi d'une échantillon d'une huile de genièvre qu'il propose contre le choléra, et dont huit à dix gouttes, assure-t-il, peuvent sauver un malade même très-gravement atteint.

— **M. N. Criscimanno** écrit pour annoncer qu'il a trouvé dans le vomi-purgatif de Leroy un remède des plus efficaces contre le choléra.

— Une dame de Casale-Monferrato, qui ne fait pas connaître son nom, assure qu'elle est en possession d'un remède infaillible contre le choléra, dont elle ne donne pas la recette; mais elle dit que si l'Académie désirait la connaître, le conservateur (*custode*) de la Société philharmonique de Casale est autorisé à la lui transmettre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 juillet. — Présidence de M. Géry père.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend: 1° Un mémoire de M. le docteur Chassinat ayant pour titre: *De l'hydrocéphalée du fœtus*, comme obstacle à l'accouchement.

COMMUNICATION.

Éruption herpétique. — **M. Aug. Voisin** a observé récemment

une jeune fille qui, depuis quinze jours, accusait des douleurs inguinales, de l'ardeur à la gorge, et présentait, en outre, les symptômes suivants. A la face, éruption papuleuse en voie de dessiccation; au voile du palais, petites ulcérations d'aspect herpétique; au vagin, écoulement blanc muqueux sans tuméfaction des grandes lèvres. État intact de la membrane-hymen dont la paroi antérieure offre une couleur rouge piquetée et est le siége de vives douleurs; sur les petites lèvres, six petites ulcérations superficielles sans induration, sans bords inflammatoires, et trois ou quatre végétations rouges sanguinolentes souillées de pus; à la fourchette, une ulcération.

Se fondant sur ce que l'hymen était intact, et sur ce que sa face extérieure ne présentait aucune dépression indiquant un coït plus ou moins complétement accompli, M. Voisin élimina l'idée d'une infection syphilitique et considéra la maladie comme une éruption herpétique.

Un traitement approprié, et qui consista simplement en purgatif, bains et lotions astringentes, eut promptement raison de ces divers accidents et vint confirmer le diagnostic.

A ce propos, M. Voisin insiste sur l'importance de différencier attentivement les signes de la syphilis, d'altérations qui auraient avec eux une insidieuse communauté d'aspect et de siége, et qui pourraient en imposer si elles n'étaient l'objet que d'un examen superficiel.

M. RICHARD appelle l'attention sur une cause d'erreur dans le diagnostic de la syphilis, à laquelle on serait exposé si l'on admettait comme constante la concomitance de la pléiade ganglionnaire avec l'accident initial.

Il n'est pas constant que le chancre infectant s'accompagne d'adénite multiple, que cette adénite soit toujours indolente et qu'elle existe dans les deux aines.

Sauf les cas où l'altération siége sur la ligne médiane et la dépasse à droite et à gauche, l'adénopathie n'existe que du côté correspondant à l'ulcération. Il se peut qu'elle soit indolente, mais il n'est pas rare que l'adénopathie inguinale syphilitique provoque de vives douleurs.

Quant à l'adénopathie cervicale, son développement dans l'évolution des accidents syphilitiques n'a rien d'obligé. Elle est consécutive aux manifestations céphaliques de la vérole, céphalée, alopécie, etc., et reste directement sous leur dépendance.

Enfin, lorsqu'on a sous les yeux un accident secondaire, il serait inexact de considérer comme toujours, à l'abri de l'infection, les ganglions du voisinage.

Les accidents initiaux de la syphilis se compliquent plus fréquemment d'engorgements ganglionnaires que les accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires, parce que les premiers ont pour siége les tissus superficiels entre lesquels chemine le réseau lymphatique; mais on n'est pas autorisé à dire que jamais l'accident secondaire ne détermine l'adénopathie syphilitique, puisque, à cette période de son évolution, la syphilis ne s'attaque pas encore aux tissus profonds.

Quant aux accidents syphilitiques héréditaires se manifestant chez des sujets de seize à vingt ans, leur rareté est moins grande qu'on n'est généralement porté à le croire.

M. Richard en cite les deux exemples suivants.

Une petite fille de dix ans portait à la jambe des trajets fistuleux, anfractueux et profonds. Elle fut soumise, à l'hôpital des Enfants malades, à un traitement dont la durée fut très-longue, et finit par guérir après l'application du chlorure de zinc.

A l'âge de quinze ans, le membre, précédemment malade, se couvre de nouveau d'ulcérations phagédéniques offrant le même aspect et la même nature que la première affection. Elle entre à l'hôpital Beaujon, et y est soumise à l'usage de l'iodure de potassium et de la pommade au précipité blanc. Au bout de six semaines, elle était guérie.

Chez une autre petite fille, une perforation de la cloison nasale se cicatrisa en l'espace de dix-huit jours sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. BRIQUET. Il résulte des recherches que j'ai faites à l'hôpital de Lourcine, que chez un assez grand nombre de filles on trouve des signes de syphilis malgré la conservation de l'hymen. La présence de l'hymen ne saurait donc démontrer que la malade observée par M. Voisin ne s'était pas livrée au coït.

Quant aux accidents syphilitiques qui apparaissent à 10, 15, 20 ans, chez des sujets restés sains depuis leur enfance, il serait hasardeux de les attribuer à l'hérédité.

Si l'hérédité jouait un rôle aussi actif dans le développement de la syphilis, la syphilis héréditaire s'observerait non moins fréquemment que la scrofule. Il faudrait, en outre, dans cette hypothèse que le virus syphilitique restât latent pendant un temps fort long.

Selon M. Briquet, les accidents héréditaires de la syphilis doivent être fort rares.

Ces accidents viennent souvent de causes qu'on est dans l'impossibilité de saisir. La maladie commune chez les parents est rare chez les enfants. En présence de ces manifestations on ne peut donc pas établir avec quelque certitude le diagnostic de leur hérédité.

M. LAGNEAU. Les auteurs ont cité quelques cas de syphilis héréditaire se montrant chez des individus adultes; mais souvent aussi certains malades qui ne sont atteints de syphilis qu'à cet âge, surtout les femmes, ignorent l'origine de leur maladie, et pourtant on ne pourrait attribuer tous ces cas à la transmission héréditaire.

M. AUG. VOISIN fait remarquer que chez la malade dont il a rapporté l'histoire, ce n'est pas sur la présence seulement de l'hymen qu'il s'est fondé pour conclure qu'il n'y avait pas eu de coït exercé, mais sur l'absence absolue d'enfoncement de cette membrane.

PRÉSENTATION.

M. BLACHEZ met sous les yeux de la Société une pièce pathologique provenant d'un homme mort dans le service de M. Bouillaud et dans l'artère sylvienne duquel on a trouvé une embolie ayant déterminé le ramollissement du lobe cérébral correspondant.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel, D. COLLINEAU.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

135. Quelques considérations sur la spermatorrhée, par M. Lefebvre.
136. Des indications de l'opération de la cataracte et du choix dans la méthode opératoire, par M. Malrion.
137. Des éruptions artificielles provoquées par les préparations balsamiques, par M. Porte.
138. Quelques considérations sur le cordon ombilical, par M. Theas.
139. Du fongus bénin du testicule et de ses rapports avec la hernie du même organe, par M. Henneqnin.
140. De l'emploi thérapeutique du tannin, par M. Raulin.
141. De la prostatite chronique, par M. Hospisar.
142. Du haschisch ou chanvre indien, par M. Grimaux.
143. De l'anthracosis, par M. Ruais.
144. Considérations sur la nutrition des os, par M. Duplan.
145. Quelques observations sur les ulcères simples de la membrane de Schneider, par M. Desaivre.
146. De l'arrêt de développement chez les phthisiques, par M. Bourbon.
147. De l'état puerpéral, par M. José Beato y Dolz.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets en date du 1er septembre 1865, M. Wieger, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne (chaire nouvelle) près la Faculté de médecine de Strasbourg;

M. Jeanjean, docteur ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est nommé professeur-adjoint de la chaire de chimie organique et de toxicologie près l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Le concours pour les places de prosecteur et d'aide d'anatomie, près la Faculté de médecine de Paris, vient de se terminer par la nomination :

A la place de prosecteur, de M. Duplay;

A la place d'aide d'anatomie, de M. Lanelongue.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de décerner, pour l'année 1864-1865, les prix de fin d'année ainsi qu'il suit :

Première année. — M. Massot, de Perpignan.

Deuxième année. — M. Gayat, de Levroux.

Troisième année. — M. Serre, de Béziers.

Mention honorable ex-æquo. — M. Eustache, d'Alignan-du-Vent, et Mailhac, de Bézanet.

Quatrième année. — M. Laussel, de Cournonterral.

Mention honorable. — M. Dupoux, de Vallon.

— On sait que M. le docteur Donné, recteur de l'Académie de Montpellier, a fondé plusieurs prix en faveur de la Faculté de médecine de cette ville.

Cette année, au titre d'aide d'anatomie, notre bienveillant confrère a joint le don du *Grand traité d'anatomie*, de Bourgery et Jacob.

Le concours, pour cette place d'aide d'anatomie, vient de se terminer par la nomination de M. René Benoit, élève de troisième année.

— Les hôpitaux de Marseille viennent de perdre un de leurs meillenrs élèves. M. Louis Mathieu, interne, a succombé aux atteintes du choléra dans l'exercice de ses fonctions.

Le corps médical et l'administration des hôpitaux se sont associés au dernier hommage rendu à ce nouveau martyr du devoir.

— M. le docteur Triquet reprendra ses leçons cliniques à son dispensaire, impasse Larrey, 4, vendredi prochain 22 septembre, à dix heures et demie du matin.

— M. Goubert, rue Contrescarpe, 18, près le Panthéon, ouvrira, le vendredi 22 courant, un cours préparatoire à l'externat.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 SEPTEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Si les académies ne prennent pas de vacances, les académiciens du moins en prennent. Le bureau n'était représenté hier que par deux membres. — Encore même pour avoir un président a-t-il fallu faire appel au zèle d'un des anciens présidents de l'Académie. — Quant aux stalles des académiciens appelées par euphémisme des fauteuils, il y en avait un quart ou un tiers au plus d'occupées. M. Velpeau, appelé par son tour d'inscription pour prendre la parole dans la discussion sur la thoracentèse, n'a pas répondu à l'appel. Vainement le président a-t-il interpellé à plusieurs reprises les membres de l'Académie qui auraient encore à prendre part à cette discussion ou qui voudraient engager une discussion nouvelle sur le rapport de M. Devergie. Ces interpellations réitérées ont été accueillies par le silence le plus absolu. Et nous avons vu le moment où l'Académie allait être obligée de se séparer après le dépouillement de la correspondance, aussi peu chargée elle-même que l'ordre du jour, lorsque un zélé rapporteur, M. Devilliers, a enfin répondu à l'appel de son nom. L'honorable académicien a lu une série de rapports sur diverses communications relatives à des questions obstétricales. L'Académie a écouté avec faveur ces rapports très-sagement écrits et où des points de pratique délicats et difficiles ont été très-sainement jugés. Le plus étendu et le plus important des trois est celui dans lequel le rapporteur a rectifié en excellents termes et avec toute l'autorité de son expérience spéciale, une appréciation erronée d'un cas de dystocie très-difficile, il est vrai, faite par un de nos confrères les plus distingués, M. le docteur Parise, professeur à l'École de médecine de Lille. M. Depaul, qui avait été appelé à donner son avis et à prêter son concours dans cette circonstance, a fourni des renseignements pleins d'intérêt sur ce cas, et il a saisi cette occasion d'exposer le résultat de ses observations sur un fait peu connu et très-commun, suivant lui, et qui serait souvent une des causes méconnues de dystocie, savoir l'irrégularité du développement des diverses parties de l'utérus pendant la grossesse.

La séance a été terminée par une lecture inachevée de M. le docteur Batailhé sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. Sée.

Leçons de physiologie clinique (1).

CAUSES DES ANÉMIES.

ANÉMIES D'ORIGINE SÉCRÉTOIRE.

Le sang, humeur essentiellement constituante (Robin), au lieu de se perdre directement en nature, peut s'appauvrir par la déperdition exagérée de ses divers éléments.

Il contient en effet, soit en germe, soit à l'état parfait, tous les principes destinés à être élaborés par les glandes ou tissus; il éprouve, par conséquent, une sorte d'usure incessante, mais qui est loin d'être irréparable; il n'y a que les pertes excessives qui rompent l'équilibre de l'organisme.

Parmi les humeurs non constituantes, Robin distingue avec raison :

1° Les liquides excrétés; leurs éléments sont préformés dans le sang, et se composent principalement des produits ultimes des métamorphoses internes et des transformations alimentaires, résidus devenus inutiles et même nuisibles à l'économie;

2° Les humeurs sécrétées, élaborées dans et par les organes. J'ajoute à ces deux classes :

3° Les sécrétions morbides, ou exsudats.

Les liquides éliminatoires sont rejetés de l'organisme : ou par la surface respiratoire, après avoir été transformés en eau et en acide carbonique; ou par l'intestin, en tant que détritus alimentaires et dérivés biliaires; par la peau qui laisse transsuder la sueur; enfin les reins qui livrent passage aux urines complètent la série des organes excréteurs.

(1) Voir le précédent numéro.

Liquides excrétés. — Sueurs.

Les sueurs et les urines ont une composition très-simple; elles trouvent la plupart de leurs éléments tout formés dans le sang (Bernard). Ce sont : 1° des substances inorganiques, principalement du chlorure de sodium et de l'eau; 2° une matière organique cristallisable, l'urée, qui dérive d'une oxydation très-avancée des tissus de l'économie.

Les sueurs, d'après Krause, éliminent *par jour* 791 grammes d'eau, 2,6 de substance minérale, et 7,5 de substance organique; mais par quel procédé ce physiologiste a-t-il pu faire une pareille appréciation? Tout ce qu'on peut affirmer, c'est que dans ces corps organiques on constate un acide azoté, des acides gras volatiles et l'urée qui figure pour 0,08 pour 100.

Or, les sueurs les plus abondantes, n'entraînant au dehors que ces déchets, ne sauraient provoquer une altération du sang; la physiologie ne permet pas de supposer une anémie par sudations, et la clinique vient confirmer ces données négatives.

Les *urines* contiennent également, outre les matières inorganiques (l'eau et les sels, phosphates, chlorures et sulfates de soude, etc.), un groupe de corps azotés, surtout l'urée qui figure pour 1,5 à 2 pour 100, l'acide urique composé moins oxydé (0,01 pour 100), la créatinine résultant de l'oxydation de la fibre musculaire; enfin l'acide hippurique.

Tous ces produits doivent être éliminés; donc, leur perte ne saurait déterminer aucun préjudice. La polyurie simple peut, en effet, durer longtemps, sans porter le moindre trouble dans la santé; mais il n'en est pas de même des principes qui nous restent à étudier.

Le sucre, en effet, a été constaté par Brüke, Lecoq, Tuchen, et n'est plus contestable dans l'urine physiologique; or, le sucre ayant à remplir un rôle important dans l'organisation des tissus (Bernard) ne saurait se perdre impunément au delà d'une proportion déterminée.

Le diabète entraîne en effet des conséquences funestes pour l'économie, et entre autres une anémie très-évidente au bout d'un certain temps.

Liquides sécrétés.

Les humeurs sécrétées ont été classées par les physiologistes en deux catégories, selon qu'elles sont destinées à être éliminées en totalité, comme le lait et le sperme, ou à être résorbées partiellement, comme la bile, le mucus.

Mais ce n'est pas la destination de ces humeurs qui importe le plus au médecin; c'est, au contraire, leur action sur l'organisme; or, il me semble que ces effets doivent et peuvent se mesurer par la nature ou la valeur de leurs éléments constituants, bien plus que par l'usage du liquide sécrété. La perte d'un élément histologique est plus préjudiciable à l'organisation des tissus que la déperdition des corps protéiques; ceux-ci à leur tour se réparent plus difficilement que les substances graisseuses.

Nous établirons donc une hiérarchie fondée sur la quantité respective de ces trois éléments contenus dans la sécrétion; envisagées à ce point de vue, la bile et la salive forment une première catégorie qui est la moins complexe; le lait, et surtout le sperme, rentrent dans une deuxième classe, celle des liquides organisés ou du moins pourvus d'éléments organiques.

Flux de salive. — Il est des sécrétions qui ne contiennent point de cellules; telles sont la bile et la salive (car on ne peut appeler cellules ce qu'on a décrit sous le nom de corpuscules salivaires); or, ce sont précisément ces liquides dont la déperdition est le moins offensive pour la composition du sang.

La salive, en facilitant la dissolution des matières amylacées, sert incontestablement à la digestion; mais elle peut être suppléée par le suc pancréatique dont l'action sur les féculents n'est pas moins efficace; aussi la salive peut se perdre jusqu'à un certain point sans dommage réel pour l'économie; la ptyaline a seule quelque importance, et il est à peu près impossible que la salivation, par cela seul, entraîne une véritable anémie; si un état grave se développe à la suite des pertes prolongées de salive, ainsi qu'on l'observe parfois chez les malades atteints de paralysie glosso-buccale (Duchenne, Trousseau, Costilhes), ce sera une sorte d'inanition plutôt qu'une véritable anémie par déperdition de sécrétoire directe; mais encore faut-il se demander si en pareil cas l'inanition est le résultat de la non assimilation des fécules par défaut de salive, ou bien si elle n'est pas due à une perturbation de l'influx nerveux. J'ai vu, chez un ami de notre éminent clinicien Trousseau, une anorexie invincible amener la mort dans une paralysie de ce genre; cette répugnance pour les aliments, résultant d'une perversion du goût, avait suffi dans ce cas pour déterminer un amaigrissement mortel.

Flux biliaires. — La bile, telle qu'elle est sécrétée par le foie, ne contient pas d'éléments histologiques; si les déperditions de bile entraînent des accidents sérieux, ceux-ci ne peuvent pas dépendre de la perte des principes constituants de l'organisme; ils sont le résultat indirect, ou bien des troubles digestifs provenant du défaut de bile dans l'intestin, ou bien l'effet de la nutrition incomplète, c'est-à-dire de l'absence des éléments biliaires destinés à la résorption.

La bile sert effectivement à deux buts; le premier, qui est le moins important, c'est l'émulsionnement des graisses neutres; mais, sous ce rapport, elle peut être facilement suppléée; la même propriété appartenant, même à un plus haut degré, au suc pancréatique qui dissout non-seulement les fécules, comme le fait la salive, mais qui, de même que la bile, divise les matières grasses et les rend aptes à la résorption. Je ne parle pas de l'action de la bile sur les contractions intestinales; c'est un rôle secondaire; la bile peut manquer dans l'intestin, et la digestion n'en continue pas moins pour toutes espèces d'aliments, protéiques ou graisseux, sucrés ou amylacés. Ainsi la suppression de la sécrétion biliaire, ou l'écoulement de ce liquide au dehors, n'enrayent pas complétement les fonctions digestives.

Mais la bile remplit un deuxième but bien autrement utile; la plupart de ses éléments sont résorbés, entre autres les acides biliaires (glycocholique et taurocholique), combinaison d'un acide non azoté, appelé acide cholalique, avec des substances protéiques qu'on nomme glycine et taurine; les matières colorantes biliaires qui sont également des produits azotés, enfin les substances grasses qui entrent dans la composition de la bile subissent, comme les acides biliaires, une résorption partielle; or, si la bile vient à s'écouler au dehors, le sang est privé d'une quantité très-considérable de matériaux nutritifs; les tissus ne trouvent plus leurs éléments reconstituants; la graisse du tissu adipeux ne tarde pas d'être résorbée; et il en résulte un dépérissement progressif.

La physiologie expérimentale réalise facilement ce problème; les fistules biliaires pratiquées sur le conduit cholédoque de manière à déverser la bile au dehors, déterminent chez les animaux un prompt amaigrissement; mais il est un moyen bien simple, indiqué par Bidder et Schmidt, d'obvier aux inconvénients de cette déperdition et de la dépréciation qui en résulte; il suffit de doubler ou tripler la ration alimentaire, et de remplacer ainsi les principes biliaires manquants dans le sang par des aliments protéiques et graisseux; le déficit ne tarde pas de se combler.

Applications à la pathologie. — Chez l'homme les vomissements ou les diarrhées bilieuses persistent rarement assez longtemps pour entraîner l'amaigrissement; si toutefois il en était ainsi, la première indication serait de recourir à un régime alimentaire abondant et principalement composé de viandes qui, n'ayant point subi de coction, sont plus facilement assimilables; on rétablirait ainsi l'équilibre des recettes nutritives.

Les flux biliaires peuvent bien produire quelques troubles de la digestion, mais cette perturbation ne saurait être que passagère, car si la bile vient à se perdre, le suc pancréatique peut servir à le remplacer.

Une seule circonstance peut être préjudiciable à la suite de ces diacrises biliaires; c'est lorsque la bile, en excès dans l'intestin, finit par irriter la membrane muqueuse, déterminer une sécrétion muqueuse exagérée et entraîner au dehors des éléments histologiques; dans cette occurrence, c'est la diarrhée muqueuse concomitante bien plus que la perte de la bile qui constitue le plus grave inconvénient et la principale cause d'affaiblissement.

Ce n'est que dans ce dernier cas qu'il peut en résulter à la longue une véritable anémie; dans toutes les autres éventualités il ne saurait y avoir que des troubles digestifs transitoires, ou une dénutrition facile à réparer.

Lactation. — Le lait est composé de corpuscules graisseux, de sucre et de matières albuminoïdes, entre autres la caséine. Or, parmi ces diverses substances, les hydrocarbures, c'est-à-dire le beurre et le sucre de lait, peuvent se perdre sans porter une atteinte directe à l'économie; en tous les cas ces matériaux se réparent avec la plus grande facilité par le régime; il n'en est pas de même de la caséine, dont la perte ne se fait pas impunément; c'est pourquoi la lactation trop prolongée peut devenir préjudiciable à la nourrice, aussi bien qu'à l'enfant; les mêmes inconvénients résultent d'une sécrétion excessive,

nécessitée par l'allaitement simultané de deux enfants; Noël Guéneau de Mussy a cité des cas irrécusables d'anémies, résultant de ces divers modes de déperditions. Si ces faits sont rares, c'est que la caséine diminue avec l'âge du lait, ainsi qu'il ressort des belles recherches de Becquerel et Vernois; jusqu'à deux mois la caséine augmente; après le dixième et jusqu'au vingt-quatrième mois, elle subit une diminution constante; on s'explique ainsi le peu d'influence que la lactation prolongée au delà de cette période exerce sur la plupart des nourrices.

Spermatorrhée. — Le sperme est le type des sécrétions avec éléments histologiques, c'est-à-dire avec corpuscules cellulaires; outre les spermatozoïdes et des cellules sphériques (Robin), il contient jusqu'à 1,5 pour 100 de matières organiques. Cette composition, comprenant deux des principes les plus essentiels de l'organisation, il s'ensuit que les abus de coït, la spermatorrhée et la masturbation surtout, déterminent les anémies les plus graves; ce résultat se produit d'autant plus facilement que ces pertes spermatiques s'accompagnent d'une deuxième cause d'épuisement, c'est-à-dire de l'épuisement nerveux.

Exsudations de sérum. — Liquides hydropiques.

Dans la série des produits morbides, les uns semblent être une simple transsudation de la sérosité du sang; ce sont les liquides hydropiques et l'albuminurie; les autres sont plus élaborés par les tissus ou glandes; ils retiennent des éléments histologiques en grande quantité et ne rappellent plus qu'imparfaitement la composition du sang; tels sont le mucus, le pus, et les flux intestinaux, qui contiennent du muco-pus mêlé avec d'autres éléments; ce sont là les produits que nous désignerons sous le nom d'exsudats.

Les liquides épanchés dans les grandes cavités séreuses et le tissu cellulaire, constituent le type de ce qu'on a appelé à tort les transsudats; bien que ces sérosités restent dans l'économie, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont sujettes à des oscillations résultant de l'absorption et d'une exhalation alternative; ce sont donc des déperditions véritables que subit l'organisme, et cela aux dépens du sang; en effet, les hydropisies contiennent tous les éléments contenus dans le sérum; on y rencontre de l'albumine, des graisses et des sels inorganiques.

Le sucre et l'urée qui font partie du sang normal, se retrouvent aussi dans les épanchements séreux. Lorsque l'urée s'accumule dans le sang, par suite d'une insuffisance du parenchyme rénal, ainsi qu'on l'observe dans les dégénérescences dites brightiques, le même principe filtre avec la plus grande facilité à travers les membranes séreuses et cellulaires, et se retrouve dans les liquides épanchés, mais en quantité variable, selon les membranes qui les fournissent.

Le sucre ne passe dans les urines que lorsque le sang en contient 1/100; dès lors, le glycose se manifeste aussi dans les liquides normaux ou pathologiques, et les sérosités morbides en contiennent des quantités très-faciles à apprécier, mais également variables selon les membranes sécrétantes.

Lorsqu'enfin la bile est arrêtée dans ses conduits excréteurs par un obstacle quelconque, elle ne tarde pas d'être résorbée par les lymphatiques du foie; elle arrive ainsi dans le sang, où les matières colorantes biliaires se retrouvent sûrement, et dans les transsudations séreuses, où la biliverdine se constate presqu'aussitôt; les membranes séreuses deviennent même ictériques avant les autres tissus.

Ainsi, quelle que soit la composition du sang, le liquide hydropique la reflète jusqu'à un certain point; lorsque le sang est à l'état normal, ainsi dans l'hydropisie, qu'on observe à la suite d'un obstacle à la circulation, le liquide épanché n'est autre que le plasma, mais dépouillé de globules, et presque toujours privé de fibrine; c'est donc le sérum du sang, mais ayant lui-même subi des modifications.

En effet, les membranes ne sont pas toutes également perméables pour tous les éléments du sérum; il en résulte qu'en traversant les capillaires il subit de profonds changements. C'est l'eau du sang qui passe le plus facilement par les membranes; c'est pourquoi les sérosités en contiennent 93,6 à 98,6 pour 100, tandis que le sang n'en renferme que 90,2 en moyenne.

Après l'eau, ce sont les matières salines et extractives qui ont le plus grand pouvoir de diffusion; la quantité de sels contenus dans les hydropisies équivaut à peu près à celle que l'on retrouve dans le liquide originaire, c'est-à-dire 0,8 à 0,9 pour 100.

L'albumine éprouve une bien plus grande difficulté pour franchir les parois vasculaires; au lieu de 7 à 8 pour 100, on ne trouve dans les épanchements que 2,4 à 5,2 pour 100 de substance albumineuse.

Mais c'est la fibrine qui éprouve le plus de résistance à filtrer; en supposant qu'elle préexiste toute formée dans le sang, ce que les travaux modernes mettent en doute, on peut affirmer qu'elle ne passe par les membranes que d'une manière exceptionnelle et en quantité minime; c'est surtout dans les plèvres qu'on retrouve cette substance coagulable; mais quelle en est l'origine spéciale? est-elle le résultat d'un travail d'irritation locale (Virchow), ou bien n'est-elle pas l'effet de la globuline qui a la propriété de précipiter et de coaguler la fibrine liquide (Al. Schmidt)? ou bien enfin s'agit-il d'un dédoublement plus prompt et plus complet de cette substance qui sous le nom de plasmine joue un si grand rôle dans le phénomène de la coagulation du sang (Denis, Robin)? mais dans ces deux dernières suppositions, pourquoi la globuline ou la plasmine agissent-elles spécialement dans la plèvre? ce sont autant de problèmes que nous cherchons à résoudre en étudiant le mécanisme de la formation du caillot et de la couenne.

Toujours est-il que l'influence de la paroi capillaire sur la nature des produits transsudés est aujourd'hui un fait incontestable; l'on peut même, avec Carl Schmidt, assigner à chaque département vasculaire une perméabilité déterminée, principalement pour l'albumine; c'est la plèvre qui contient le liquide le plus albumineux (5,2 pour 100); puis dans une série descendante viennent l'hydropisie ascite (3,3 pour 100), l'hydropéricarde (2,4 pour 100), le liquide cérébro-spinal, et enfin la sérosité du tissu cellulaire.

La composition du sang exerce naturellement une influence sur ces diverses hydropisies, mais sous l'influence de la même cause, et chez le même malade, les différences n'en restent pas moins nettement accusées entre ces épanchements respectifs.

Applications à la pathologie. — D'après ces considérations, il est facile de prévoir que la persistance de l'hydropisie la plus albumineuse entraînera des conséquences plus graves, et la clinique vient confirmer encore la loi que nous avons formulée, à savoir, la proportionnalité entre la déchéance de l'organisme et la valeur histologique ou protéique des déperditions.

A la suite des pleurésies, même non purulentes, les malades présentent en effet un état d'anémie des plus marqués; l'ascite, et surtout l'œdème du tissu cellulaire, peuvent persister bien plus longtemps, sans imprimer au visage cette décoloration caractéristique des anémies albumineuses, sans faire subir aux forces une détérioration profonde.

Les épanchements pleuraux attaquent l'organisme avec d'autant plus d'énergie que la plupart du temps le tissu séreux participe à la maladie; il se forme, par cela même, presque toujours des globules purulents qui se mêlent à la sérosité. Plus tard, la membrane devient le siége de végétations, sorte de néo-tissus, qui sont seuls capables d'opérer la résorption; ce qui explique pourquoi les épanchements de la plèvre ne *peuvent* pas disparaître avant une certaine époque qui n'est jamais de moins de vingt à trente jours.

Or, ce travail local de néoplasie, soit reconstituante soit purulente, indique dans tous les cas la participation de la membrane à la formation comme à l'aggravation, comme enfin à la disparition de l'épanchement.

Il n'en est pas de même pour le péritoine; ses capillaires sont plus perméables à l'eau et aux matières salines, mais le tissu fondamental de la séreuse s'oppose à la filtration de l'albumine; aussi le liquide, dont la composition est plus simple, peut s'épancher en grande abondance, sans compromettre gravement l'organisme; d'une autre part, et par sa simplicité, il se résorbe plus facilement, et cela sans que le péritoine s'organise à nouveau, comme on l'observe dans le tissu pleural.

Les mêmes remarques s'appliquent mieux encore au tissu lamineux; les sérosités œdémateuses sont encore plus pauvres en albumine, mais plus riches en matières salines; aussi lorsque l'œdème ne provient pas d'une affection rénale avec albuminurie, ainsi lorsqu'il résulte simplement d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse, il est impossible que le plasma du sang s'altère au point de constituer une anémie globulaire ou albumineuse; il y a plus, dès que l'oblitération du vaisseau vient à cesser, la résorption de la sérosité a lieu sans difficulté et sans que le tissu lamineux subisse aucune modification organique.

Qu'on ne croie pas cependant, malgré cette inertie apparente du tissu connectif, qu'il ne constitue qu'un simple filtre, livrant passage indistinctement à tous les éléments du sérum: nous avons déjà fait remarquer la richesse de la sérosité œdémateuse en principes salins; il faut remarquer, en outre, avec Robin, que ces sels existent en proportions autres que dans le sang; donc, ce n'est pas une pure transsudation du plasma, mais une sécrétion, avec triage, se reproduisant, il est vrai, par de simples modifications dans les conditions physiques, c'est-à-dire dans la pression circulatoire.

Causes de la désalbuminémie. — Les saignées ont rarement pour effet une désalbuminose persistante du sang; elles n'entraînent qu'une partie restreinte de ce principe; il se répare facilement; la lymphe fournit, en effet, une quantité suffisante de matière protéique, qui jouit d'ailleurs d'une diffusibilité très-marquée.

Ce n'est qu'après des hémorrhagies considérables, surtout répétées, que les pertes d'albumine du sang sont irréparables. Chaque fois que l'albumine se perd d'une manière continue par une voie quelconque, le sang finit par perdre sa constitution normale. Ainsi, lorsque la déperdition d'albumine a lieu par les urines, quelle que soit du reste la cause ou le mécanisme de l'albuminurie, la désalbuminose peut être considérée comme infaillible dès que l'albuminurie a persisté un certain temps.

A la suite des dyssenteries, l'albumine est éliminée avec les matières intestinales; le sang ne tarde pas à s'appauvrir en matières protéiques, et le plus souvent il en résulte des infiltrations du tissu cellulaire, dont nous aurons bientôt l'explication.

Lorsque, par une cause quelconque, mécanique ou chimique, ces hydropisies se manifestent, comme le liquide épanché contient une certaine quantité d'albumine, le sang subit l'effet de ces transsudations du sérum.

Lorsqu'enfin il existe une double exsudation d'albumine, et par les veines, et par le liquide hydropique, ainsi qu'on l'observe dans la maladie de Bright, la désalbuminose du sang est inévitable.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Hypertrophie et transformation fibreuse de la lèvre postérieure du col de l'utérus. Métrorrhagies abondantes. Opération et guérison.

(Observation recueillie par M. BOUCHER, interne à la maison de santé.)

Les tumeurs fibreuses de l'utérus sont fréquentes. Prenant le plus souvent naissance dans le parenchyme même de l'organe, elles tendent à se développer pour se porter, soit vers sa surface péritonéale, soit vers sa cavité. D'une manière générale, on peut dire qu'elles forment des masses isolées et circonscrites, ordinairement pédiculées et s'entourant même, dans un grand nombre de cas, de véritables bourses séreuses qui les séparent nettement du reste de l'organe.

L'observation que nous relatons ci-après, en s'en rapportant à l'examen histologique, est bien un exemple de tumeur fibreuse de l'utérus; mais dans ce cas, les choses ne se sont pas passées comme habituellement. En effet, on n'avait pas affaire à un fibrôme isolé et tendant à se pédiculiser, mais bien à une véritable hypertrophie fibreuse, à une sorte de transformation en masse d'une portion de l'organe donnant lieu, du reste, aux mêmes accidents que les corps fibreux ordinaires: métrorrhagies abondantes et répétées, etc.

Mme X...., âgée de trente-quatre ans, n'ayant jamais eu d'enfant, d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais rien présenté d'anormal du côté de l'utérus, fut prise tout à coup, il y a trois ans, d'une métrorrhagie abondante. Depuis cette époque, elle fut sujette à des pertes plus ou moins rapprochées; les règles étaient devenues plus abondantes et d'une durée plus longue que d'habitude. Un an après le début de ces accidents, on lui conseilla un traitement résolutif (iodure de potassium, etc.) qui n'amena aucun résultat. Peu à peu les pertes se rapprochèrent en devenant plus abondantes, ce qui fit tomber la malade dans une anémie profonde et la décida à réclamer des soins sérieux.

M. Demarquay consulté, constate l'état suivant: La lèvre postérieure du col utérin est très-dure, mais d'une dureté uniforme; elle est volumineuse, mais cette augmentation de volume porte plutôt sur son épaisseur que sur sa hauteur, car elle descend dans le vagin à peine plus bas que normalement. En enfonçant le doigt explorateur, on sent que l'altération remonte assez haut et va jusqu'au fond du cul-de-sac vaginal. La lèvre antérieure a conservé son volume et sa consistance normale.

A quoi était due cette induration de la lèvre postérieure du col? On aurait pu penser d'abord à une tumeur cancéreuse; mais eu égard à l'ancienneté du début des accidents, un cancer aurait été déjà ramolli et ulcéré, et la tumeur à laquelle on avait à faire, était parfaitement dure, et ne présentait aucune tendance à l'ulcération. De plus, sa dureté était uniforme, tandis que celle des cancers est toujours plus ou moins bosselée. On ne pouvait donc penser qu'à une hypertrophie de la lèvre postérieure du col, hypertrophie de nature fibreuse, si l'on s'en rapporte aux caractères fournis par le toucher. Aussi on se décide à l'ablation de toute la partie indurée dans le but de mettre fin à ces hémorrhagies abondantes, qui deviennent pour la malade une cause d'affaiblissement profond.

M. le docteur Cerise, médecin de la malade, ayant jugé l'opération nécessaire, M. Demarquay fut appelé. En conséquence, M. Demarquay, attirant fortement le col utérin au dehors, de manière à l'amener au niveau de la vulve, fait relever la lèvre antérieure et incise sur chaque commissure. Ces deux incisions faites de manière à bien séparer les deux lèvres du col, il attire davantage à lui la lèvre postérieure, et avec de longs ciseaux courbes, il la sépare du reste de l'organe par une incision horizontale rejoignant les deux premières. Cette dernière incision devait être faite avec la plus grande attention, car en allant un peu trop loin, on aurait pu pénétrer dans le cul-de-sac utéro-vaginal du péritoine.

Après l'opération, il y eut une hémorrhagie très-légère qui fût arrêtée facilement par un tampon de ouate enduit de perchlorure de fer étendu. Par précaution, on fit le tamponnement du vagin.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier. La cicatrisation s'est très-bien faite, et depuis (trois semaines après l'opération) les hémorrhagies ne se sont pas reproduites.

La tumeur enlevée représentait tout à fait, par sa forme, la lèvre postérieure du col. Elle est à peine plus volumineuse, mais elle est d'une grande dureté. A la coupe, elle présente une surface lisse, d'un blanc grisâtre, et la pression n'en fait pas sortir de liquide.

L'examen microscopique que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Ranvier, a fourni les résultats suivants: sur une surface de section de la tumeur, on aperçoit des fibres entrecroisées, parallèles à la surface. Au milieu de ces fibres, on distingue de petits grains de même coloration que la surface de la tumeur. Çà et là se trouvent quelques ouvertures béantes de vaisseaux de petit calibre. La tumeur est formée de petits faisceaux de cellules musculaires (fibres lisses) entremêlées de tissu fibreux. On y trouve aussi des vaisseaux sanguins en assez grande abondance. La muqueuse qui entoure la tumeur est épaissie; dans certains points, son épaisseur est de quatre millimètres. Sa surface est villeuse, et sur une coupe perpendiculaire, on distingue au microscope des villosités, les unes en doigt de gant, les autres pyriformes, toutes revêtues d'un épithélium cylindrique stratifié.

Par ces caractères, on voit que la tumeur en question était bien de nature fibreuse. Mais au lieu de former un corps isolé, l'altération avait envahi toute une portion de l'organe.

ANGINES COUENNEUSES,

Traitement par le calomel et les collutoires acides et chloratés,

Par M. le docteur NIVET.

Dans une brochure publiée sur les épidémies qui ont sévi dans le Puy-de-Dôme de 1849 à 1864, M. le docteur Nivet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, recom-

mande le traitement suivant, dont il n'a eu qu'à se louer dans les cas d'angines couenneuses graves, simples ou compliquées de laryngite.

On administrait aux malades un demi-centigramme de calomel toutes les heures — jour et nuit — aussi longtemps que les fausses membranes avaient de la tendance à se reformer. Trois fois par jour, on badigeonnait la gorge et les parties affectées de la muqueuse buccale et pharyngienne, avec un fort pinceau préparé avec des brins de fil retirés d'une toile neuve et maintenus avec du gros fil roux. Ce pinceau était trempé dans le mélange suivant :

Miel rosat	60 grammes.
Chlorate de potasse	2 —
Acide chlorhydrique.	1 —

Lorque les enfants étaient anémiques ou lymphatiques, on leur administrait, dès le début de la convalescence, du sirop de perchlorure de fer.

Dans les angines simples ou pseudo-membraneuses peu intenses : calomel à la dose d'un demi-centigramme toutes les deux heures, et gargarisme avec miel rosat et chlorate de potasse.

Dans les complications d'aphonie ou d'enrouement : un vomitif toutes les fois que survenait la dyspnée.

Le calomel — par son action spéciale sur les muqueuses — facilitait la séparation des fausses membranes adhérentes, et rendait plus efficace l'action des topiques modificateurs.

ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES,

Indications de la thoracentèse chez les enfants,

Par M. le docteur Verliac, ancien interne des hôpitaux.

Sous ce titre, M. le docteur Verliac vient de publier une remarquable thèse inaugurale (1), qu'il résume dans les conclusions suivantes :

Dans l'enfance :

1° Les épanchements simples chroniques sont inconnus;

2° Les épanchements chroniques liés à la tuberculisation, observés dans le service de M. Barthez, pendant onze ans, sont tous purulents — sauf un fait douteux — ce qui autorise à penser que la chronicité, dans ce cas, est liée habituellement à la purulence;

3° Les épanchements par eux-mêmes ne causent pas la mort subite; cette crainte doit être écartée, jusqu'à ce que des faits la justifient;

4° La pleurésie simple aiguë est une maladie bénigne, dont la guérison est en général rapide;

5° La thoracentèse, dans les cas aigus simples, n'est pas indiquée par l'abondance même de l'épanchement, mais seulement par les accidents qu'il peut déterminer; dyspnée considérable, menace d'asphyxie, de syncope, ou par sa persistance au-delà du terme ordinaire de la résolution ;

6° La thoracentèse doit être pratiquée le plus tôt possible dans la pleurésie purulente;

7° On doit prévenir par la ponction, au lieu d'élection, l'ouverture spontanée mal placée, même lorsqu'elle est imminente ;

8° Une ouverture dans les parties déclives, doit venir en aide aux ouvertures spontanées, lorsque leur insuffisance est démontrée ;

9° Dans les cas douteux, la ponction avec le trocart explorateur, suivie, s'il y a lieu, de la ponction avec le trocart ordinaire, doit remplacer l'incision par le bistouri;

10° Pour les épanchements compliqués, les règles applicables à l'adulte sont applicables aux enfants. Mais le jeune âge présente, en général, les conditions les plus favorables au succès de l'opération ;

11° Le diagnostic de la complication tuberculeuse étant très-délicat, il est indiqué d'agir dans les cas douteux comme si l'épanchement était simple.

HYDROLOGIE MÉDICALE.

Importance de la déclaration d'intérêt public des eaux minérales.

Une source d'eau minérale ne peut être exploitée sans une autorisation ministérielle, cette autorisation est refusée ou accordée suivant le rapport de l'Académie de médecine. Les analyses chimiques, faisant le principal objet du rapport, sont faites dans le laboratoire de la savante Société.

Une possession d'eau minérale diffère donc essentiellement de la propriété ordinaire, puisque son usage est soumis et relève d'une législation spéciale.

Le législateur a voulu sauvegarder, protéger les intérêts des malades, du public contre les exigences que pourraient exercer les propriétaires ou concessionnaires; mais cette simple autorisation ministérielle est impuissante à protéger la source autorisée contre les fouilles ou recherches de sources nouvelles, ayant presque toujours pour effet de compromettre, altérer ou même perdre la source existante, et par cela même non-seulement porter atteinte à la richesse hydrologique de l'Empire, mais encore, et dans plus d'un cas, compromettre la santé des malades qui sont loin d'être heureusement influencés par une eau dont la nature a été aussi sensiblement modifiée et dont les indications ne sont plus celles qui étaient connues des praticiens.

(1) In-8° de 116 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, 1865. Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Dans sa sage sollicitude, la loi a voulu qu'un bien, aussi précieux pour le pays, fut, dans certains cas spéciaux, entouré d'une protection particulièrement efficace, de telle sorte que non-seulement le bénéfice de la loi put garantir les ayant-droit contre les éventualités que nous énonçons plus haut, mais encore leur permit des travaux d'installation répondant aux besoins de la science moderne et aux nécessités de notre civilisation. Cette loi est celle du 14 juillet 1856, intitulée : *De la déclaration d'intérêt public des sources, des servitudes et des droits qui en résultent.*

C'est le bénéfice de cette loi que le Conseil général du département de l'Ardèche, dans la session qui vient de finir, sollicite du gouvernement, pour les eaux célèbres de Vals. En effet, faisant allusion aux propriétaires des sources Saint-Jean, Désirée, Dominique, Précieuse, Magdeleine et Rigolette, le Conseil s'exprime ainsi :

« Ces sources pourraient rendre de très-grands services et « devenir un des établissements thermaux les plus importants « et les plus utiles de l'Empire; aussi le Conseil prie le gouver- « nement de favoriser, par tous les moyens dont il dispose, ces « propriétaires, et est d'avis que leurs établissements soient dé- « clarés d'intérêt public, afin que ces propriétaires, protégés par « les bénéfices de la loi, puissent faire toutes les améliorations « propres à garantir le succès d'une si importante et si utile en- « treprise. »

La valeur médicale des eaux de Vals est établie depuis longtemps, il n'est pas un de nos lecteurs qui en ignore les applications. Néanmoins, répondant à l'initiative de M. le préfet, le Conseil général ajoute :

« Le Conseil général, adoptant les propositions de M. le pré- « fet, l'invite à instituer une Commission composée de méde- « cins et de chimistes, qu'il chargera de classer les sources « principales de l'Ardèche selon la valeur de chacune. »

Le gouvernement, nous ne saurions en douter, fera droit aux vœux exprimés par le Conseil général de l'Ardèche, et Vals pourra entreprendre les travaux réclamés par les nombreux étrangers qui fréquentent cette station et, en rapport avec l'importance de ses eaux en thérapeutique, les premières de leur espèce.

Nous avons, à plusieurs reprises, appelé l'attention de nos lecteurs sur les eaux minérales de Vals. Ces diverses études ont été faites sous deux impressions différentes : la foi entière que nous avons dans les vertus de ces eaux et le sentiment de reconnaissance que nous éprouvons au souvenir d'une cure qui nous touche de près. Nous avons voulu nous rendre compte par nous-même de la valeur de cette station; nous nous sommes transportés sur les lieux, et nous avons été heureux de reconnaître combien les remarquables études hydrologiques du vénérable et savant docteur Tourrette, l'une des gloires médicales de l'Ardèche, avaient été consciencieuses.

Les eaux de Vals, prises à l'ordinaire, ont fait leurs preuves, et nous savons un nombre considérable de nos confrères qui en ont retiré les plus sérieux avantages pour leurs malades.

Nous avons vu, à Vals, les maladies les plus graves, les affections chroniques, dé-espoir des praticiens, être heureusement influencées en moins d'un mois. Ces résultats sont d'ailleurs identiques à ceux qu'ont obtenus la presque généralité de nos médecins d'hôpitaux avec les mêmes eaux transportées, et c'est là un fait digne d'attention que cette remarquable faculté de conservation. Ajoutons que toutes les sources sont admirablement captées par des forages de plusieurs mètres dans le granit, les eaux n'éprouvent aucun contact qui leur soit étranger. Le captage de ces sources est peut-être unique.

Vals, il faut le dire, est loin de présenter les plaisirs, le luxe, qu'on trouve dans plusieurs établissements thermaux, mais est-ce bien le tumulte, les veilles, qui peuvent aider à la guérison? Le calme, la tranquillité, les distractions, les promenades, dans un pays magnifique où l'air pur et embaumé des montagnes vient ranimer les forces, n'est-il pas préférable?

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 septembre 1865. — Présidence de M. Larrey (en remplacement de M. Bouchardat, absent).

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un Mémoire contenant des observations pathologiques, par M. le docteur Kunkler, de Placerville (Californie).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Jeannel (de Bordeaux) sur l'étamage et la poterie d'étain. (Renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Chevallier, Poggiale et Gobley.)

2° Un pli cacheté adressé par M. Villemin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, relatif à la cause et à la nature de la tuberculose.

3° Un pli cacheté, déposé par M. Jolly, pharmacien à la Rochelle, contenant la formule de la crème de foie de morue.

4° Un pli cacheté de M. Derlon, pharmacien à Paris, sur les réactions de l'albumine et de la liqueur cupro-potassique, en présence de l'albumine et des sels ammoniacaux.

Ces plis cachetés sont acceptés.

— **M. Larrey** présente, au nom de M. le docteur Cabasse, un Mémoire sur les fractures compliquées de la jambe.

— **M. le Président** annonce la mort de M. Marens (de Saint-Pétersbourg), membre correspondant de l'Académie.

RAPPORTS.

Obstétrique. — **M. Devilliers** donne successivement lecture de trois rapports sur divers points relatifs à la pratique des accouchements.

Le premier rapport est sur un travail de M. le docteur Tintillier, de Villiers-Saint-Georges (Seine-et-Marne), intitulé : *Mémoire sur des accouchements contre nature et sur une épidémie d'avortements.*

La première partie du travail de M. Tintillier est un résumé de ses observations sur les accouchements pendant une période de six années, de 1859 à 1864, lesquelles comprennent 407 accouchements naturels et 10 accouchements vicieux.

Dans la deuxième partie, l'auteur rend un compte sommaire d'une sorte d'épidémie d'avortements à laquelle il a assisté en 1864. Dans la recherche des causes de ces avortements, M. Tintillier, après en avoir éliminé plusieurs, croit que si des observations bien faites avaient porté principalement sur l'influence que les conditions atmosphériques peuvent exercer sur la gestation, on y eût trouvé la confirmation de l'aphorisme d'Hippocrate : *Si hiems austrina*, etc. Mais on ne peut trouver la preuve de cette influence dans les détails trop vagues du Mémoire.

Tout en regrettant que l'auteur se soit borné à un exposé très-sommaire des faits, M. le rapporteur n'en est pas moins d'avis que l'Académie doit encourager ce jeune médecin, et il propose, en conséquence, de lui adresser des remercîments pour son travail. (Adopté.)

— Le deuxième rapport est relatif à un travail de M. le docteur Lecadre (du Havre), intitulé : *Propositions concernant un examen comparatif du forceps et de la version.*

L'auteur soutient, entre autres propositions, que l'application du forceps est un moyen mécanique dont, malgré l'habileté et la prudence de l'accoucheur, il n'est pas toujours possible de limiter les effets plus ou moins pernicieux sur la mère ou sur l'enfant; tandis que la version est un moyen naturel qui n'est pas susceptible de déterminer d'accidents fâcheux.

Dans une autre proposition, l'auteur dit que toutes les fois qu'il est loisible à l'accoucheur d'opter pour le forceps ou la version, son choix doit se porter sur cette dernière, etc.

M. le rapporteur réfute ces deux propositions, et termine son rapport en proposant d'adresser des remercîments à M. Lecadre, bien connu de l'Académie, à laquelle il a adressé de nombreux travaux qui lui réservent une place de correspondant. (Adopté.)

— Le troisième rapport est sur un travail de M. le docteur Parise, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lille, ayant pour titre : *Sur une nouvelle cause de dystocie, la grossesse utéro-interstitielle.*

Il s'agit d'un accouchement que rendait impossible une disposition anormale très-difficile à reconnaître. Après des explorations répétées et infructueuses, M. Parise, en introduisant la main tout entière, crut reconnaître, après quelques tâtonnements, qu'il existait une cloison divisant l'utérus en deux cavités distinctes, mais communiquant en haut par une ouverture arrondie qui était occupée par le corps du fœtus, plié en deux sur sa face ventrale. Des tentatives d'extraction par les pieds furent faites en vain. M. Parise et son confrère M. Bailly, appelé en consultation, pensèrent qu'il fallait avoir recours à une incision de la cloison qui divisait en deux la cavité de l'utérus. M. Depaul fut appelé alors, c'était le quatorzième jour depuis le début du travail. Après avoir introduit la main gauche avec quelque difficulté, il accrocha, avec le doigt, le bord du col qui formait la prétendue cloison indiquée, pratiqua sur elle deux petites incisions qui lui permirent de saisir l'un des pieds du fœtus, et de l'extraire avec la plus grande facilité.

Après diverses hypothèses sur cette cause de dystocie, M. Parise, dans son mémoire, s'arrête à l'idée d'une grossesse utéro-interstitielle, dans laquelle le fœtus, développé dans l'épaisseur des parois utérines, s'y serait creusé une cavité. Au moment de l'accouchement, c'est dans cette cavité qu'on aurait trouvé la moitié inférieure du corps de l'enfant, la moitié supérieure restant engagée dans la cavité normale de l'utérus. M. Parise suppose que dans ce cas, l'ovaire s'est arrêté à l'extrémité utérine de la trompe, et s'est développé simultanément dans la cavité utérine et dans la trompe, en pénétrant dans l'épaisseur du tissu de l'utérus et en descendant jusque dans l'épaisseur de la lèvre postérieure. Ce serait une nouvelle espèce de grossesse extra-utérine qui compléterait, selon M. Parise, la série connue jusqu'à ce jour, et à laquelle manquait la grossesse utéro-interstitielle.

M. le rapporteur réfute cette hypothèse en se fondant, d'abord sur ce qu'il n'existe, dans la science, aucun exemple de grossesse utéro-interstitielle; en second lieu, sur ce que dans tous les cas de grossesse interstitielle qui ont été recueillis, ainsi que dans les grossesses tubaires et utéro-tubaires, jamais la grossesse arrive à son terme naturel; enfin sur ce que rien dans l'histoire de cette grossesse ne justifie ce diagnostic.

M. le rapporteur, après avoir discuté ce point de diagnostic, et examiné avec soin toutes les circonstances particulières de ce cas de dystocie, conclut en disant que, bien que M. Parise se soit trompé dans l'interprétation de ce fait dont il a donné, cependant, une description exacte, la commission propose d'adresser à ce distingué confrère, des remercîments, pour son intéressante communication.

M. Depaul. L'observation dont M. le rapporteur vient d'entretenir l'Académie, est trop intéressante pour la laisser passer sans quelques rectifications. Je regrette de ne pouvoir être de l'avis de M. Parise; mais je ne puis admettre avec lui qu'il se soit agi là d'une grossesse utéro-interstitielle. On n'a déjà admis que trop de grossesses extra-utérines ; M. Parise voudrait en faire admettre une nouvelle espèce, M. le rapporteur a eu parfaitement raison de faire justice de cette prétention. M. Depaul rappelle ici les détails principaux du fait, les explorations auxquelles il s'est livré pour reconnaître la cause de la dystocie dans ce cas, et l'opération qu'il a pratiquée pour rendre l'accouchement possible. Ce que j'ai divisé, ajoute-t-il, ce n'est ni une prétendue cloison qui n'existait pas, ni la lèvre antérieure, ni la lèvre postérieure du col de l'utérus, c'était l'orifice interne du col ; les fibres circulaires du segment postérieur de cet orifice interne étaient hypertrophiées. C'était là la seule anomalie qui existât, la seule cause de la dystocie. Dans la plupart des traités d'accouchement, on représente l'utérus comme se développant uniformément dans toutes ses parties pendant la grossesse. Rien n'est plus inexact. Rien de plus irrégulier que le développement de l'utérus. J'ai eu malheureusement beaucoup d'occasions d'examiner des utérus gravides, peu de temps après l'accouchement, je n'ai presque jamais vu cet organe uniformé-

ment développé. Presque toujours un côté est plus développé que l'autre. Les orifices des trompes sont très-rarement situés symétriquement; il y en a presque toujours une située beaucoup plus haut que l'autre, ce qui donne à l'utérus un aspect boiteux. Il est arrivé quelquefois, en pratiquant l'opération césarienne, de tomber sur l'un des ligaments larges, bien qu'on ait fait l'incision très-exactement sur la ligne médiane.

Ce développement inégal des diverses parties de l'utérus est si commun, je le répète, que je le considère comme un état normal, naturel. On attribue souvent à des obliquités imaginaires ce qui n'est dû qu'à cette circonstance. Ce développement inégal, tout naturel qu'il est, devient souvent, en effet, une cause de dystocie. C'était à un fait de ce genre que nous avions affaire chez l'accouchée de Lille. Mais, ce qu'il y avait de plus particulier dans ce cas et ce qui le rendait tout à fait extraordinaire, c'est qu'il s'agissait d'une hypertrophie du segment postérieur du col de l'utérus; c'était une sorte de développement en sac ou en besace du segment postérieur et inférieur de cet organe. Le rebord dur, saillant, que M. Parise avait pris pour le bord antérieur du col, était tout simplement l'orifice interne.

M. DEVILLIERS. Je remercie M. Depaul d'avoir bien voulu compléter mon rapport par les renseignements qu'il vient de donner. Il est évident, d'après ce que vient de dire notre savant collègue, que M. Parise s'est complétement mépris dans cette circonstance. J'ai regretté d'être obligé de le dire dans mon rapport, mais la vérité est le devoir des académiciens.

M. DEPAUL. M. Parise est un homme trop distingué pour ne pas accepter une discussion comme celle-là.

Les conclusions de ce troisième rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

M. BATAILHÉ lit la première partie d'un mémoire sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. La parole lui sera réservée dans la prochaine séance pour terminer cette lecture.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— On lit dans l'*Union médicale de la Gironde :*

Le Congrès médical de Bordeaux s'ouvrira le 2 octobre prochain, à une heure de l'après-midi, dans une des salles du Palais de Justice. La Commission d'organisation a décidé qu'il y aurait une ou deux séances par jour, suivant le nombre et l'importance des travaux; la première à une heure de l'après-midi, la seconde à sept heures et demie du soir. A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera, au scrutin secret, le bureau, composé d'un président, de deux ou quatre vice-présidents, d'un secrétaire général et de quatre secrétaires adjoints. A la somme de 2,000 fr. généreusement accordée par le Conseil municipal, le Conseil général de la Gironde, sur la proposition de M. le préfet, vient de voter une nouvelle somme de 1,000 fr. Ces dispositions bienveillantes de nos grandes administrations ont vivement touché le corps médical de Bordeaux. Ces allocations permettront à la Commission d'organisation de faire publier en totalité, et immédiatement après le Congrès, tous les travaux qui y auront été lus ou communiqués.

Ce nouveau livre sera le troisième volume de la collection des Congrès médicaux de France (Rouen, Lyon, Bordeaux).

Mais pour que les sessions du Congrès médical de France soient et deviennent définitivement constituées, il est indispensable que le vœu exprimé par le bureau du Congrès de Lyon soit entendu : c'est de voir fixer à l'avance le siége des sessions.

La Commission d'organisation de celui de Bordeaux le renouvelle; elle espère qu'à la fin de ce nouveau Congrès, elle pourra désigner le nom de la ville appelée à recueillir son héritage. Le corps médical bordelais a répondu à l'appel qui lui a été fait; la Commission est déjà assurée de la présence au Congrès de quatre-vingt médecins étrangers, dont un grand nombre appartiennent aux facultés, aux écoles de médecine, aux sociétés savantes, à la presse médicale. Ce nombre s'accroît chaque jour. Douze sociétés de médecine, dont quatre de Paris, envoient des représentants. Plusieurs travaux sont annoncés; les questions du programme seront toutes traitées, quelques-unes par plusieurs membres. Nous recommandons aux travailleurs la sixième du programme, sur laquelle il n'y a pas encore eu de réponse : *Des parasites de l'homme, tant internes qu'externes, et des moyens qu'il convient d'employer pour les détruire.*

La Commission d'organisation a décidé que les questions seraient traitées dans l'ordre indiqué dans le programme : 2 octobre, du rhumatisme; 3 octobre, de l'expectation dans les maladies aiguës; 4 octobre, des formes malignes du furoncle et de l'anthrax; 5 octobre, de la mort subite à la suite des traumatismes et dans l'état puerpéral; 6 octobre, de la suppression des tours au double point de vue de la morale et de la société; 7 octobre, des parasites de l'homme tant internes qu'externes.

L'ordre du jour pour les autres travaux sera établi après le 15 septembre, lorsque la Commission aura pu les classer après en avoir pris connaissance.

Nous pouvons annoncer à nos confrères étrangers qu'une surprise charmante les attend, le 8 octobre, sur la plage d'Arcachon. La Compagnie des chemins de fer du Midi, déjà si sympathique au Congrès médical de Bordeaux, prépare pour cette occasion une splendide fête dans cette ravissante cité. Un train spécial conduira les invités dans cette station médicale. Le magnifique bassin sera parcouru sur un bateau à vapeur, afin d'admirer le riant panorama des châlets de la plage. Puis on visitera la forêt, les villas d'hiver, les belles avenues.

A six heures du soir, les invités seront réunis autour d'une même table, dans le buffet chinois d'Arcachon.

Enfin, une brillante soirée dans la salle mauresque du Casino, ce chef-d'œuvre de proportion et de décors.

A onze heures, un nouveau train ramènera à Bordeaux nos honorables confrères.

Honneur à la Compagnie généreuse qui met ainsi les ressources de sa puissance au service de l'intelligence et du cœur!

— Le lundi 26 février, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Le concours se composera de cinq épreuves, savoir :

Le lundi, question d'*anatomie et de physiologie;*

Le mardi, question de *pathologie interne ;*

Le mercredi, question d'*hygiène et de thérapeutique ;*

Le jeudi, *clinique,* avec consultation orale;

Le vendredi, *clinique*, avec consultation écrite.

Pour chacune des trois premières épreuves, les concurrents composeront un mémoire sur la question posée par le jury, et feront la lecture de ce mémoire en séance publique.

Pour la quatrième, chaque candidat examinera devant le jury un malade choisi par ce jury, puis émettra en séance publique son opinion sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection soumise à son observation.

Enfin, pour la cinquième séance, chacun des concurrents examinera un autre malade, en présence du jury, puis rédigera pour être lue en séance publique, une consultation écrite contenant son avis sur les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la maladie.

1° Les candidats devront se faire inscrire quinze jours au moins avant le 26 février 1866, au secrétariat général de l'administration à l'Hôtel-Dieu, où ils exhiberont leur diplôme de docteur, et produiront, s'ils ne sont pas domiciliés à Lyon, un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence.

2° Au jour fixé pour le concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs. Une année suffira pour ceux qui auraient fait dans les hôpitaux ou hospices civils de Lyon, pendant trois ans et à la satisfaction de l'administration, le service d'élève interne.

3° Tout médecin étranger est admissible au concours s'il exhibe son diplôme et justifie qu'il a obtenu du gouvernement l'autorisation d'exercer la médecine en France.

4° Avant de concourir, chaque candidat prend connaissance des réglements administratifs pour les services médicaux, et s'engage à se conformer, en cas de nomination, à tous ces réglements, et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Les candidats pourront déposer au secrétariat leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés, concernant la médecine, et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront mis sous les yeux de MM. les jurés.

Les médecins nommés par suite du concours remplissent les fonctions de suppléants jusqu'à ce qu'ils succèdent, par rang de nomination, aux médecins titulaires, dont le service a une durée de dix années.

Pendant tout le temps de leur suppléance, les médecins nommés sont tenus de prendre le service auquel ils sont appelés, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse, soit à l'hospice de la Charité. Les médecins titulaires peuvent avoir, avec l'agrément de l'administration, un service à l'hôpital de la Croix-Rousse; mais ils ont le droit de ne faire leur service qu'à l'Hôtel-Dieu.

Le traitement des médecins est fixé comme il suit :

Hôtel-Dieu, 600 francs, honoraire fixe, et 600 francs pour droit de présence, attribué au suppléant qui fait le service du titulaire, malade ou empêché. Toutefois, si un médecin titulaire est chargé d'un service à l'hôpital de la Croix-Rousse, le suppléant qui le remplace à l'Hôtel-Dieu y reçoit le traitement complet du titulaire.

Hôpital de la Croix-Rousse, 1,800 francs, attribués intégralement au médecin de service, qu'il ait rang de titulaire ou de suppléant.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 112. — SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 23 SEPTEMBRE 1865. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

D'une nouvelle complication dans la fièvre typhoïde.

Le recueil des mémoires de médecine, de chirurgie militaires du mois d'août dernier, contient trois exemples d'une complication insolite de la fièvre typhoïde, à savoir des lésions musculaires multiples, sans que ni contusions ni fatigues musculaires exagérées aient pu expliquer ces lésions.

M. Dauvé, médecin-major, a observé ces faits chez de jeunes soldats du 34e de ligne arrivés depuis deux à trois mois en Algérie. Ces jeunes soldats n'avaient, en outre, présenté à aucune époque des symptômes de scorbut.

Le premier était âgé de vingt-trois ans. Il était au vingt et unième jour d'une fièvre typhoïde qui avait suivi sa marche naturelle, lorsqu'il fut pris subitement de vomissements verdâtres; la fièvre s'allume et l'on ne tarde pas à découvrir un gonflement considérable de toute la moitié supérieure et interne de la cuisse droite. On dut pratiquer une incision qui donna un litre environ d'un liquide brun, noirâtre, mélangé de sanie purulente et de caillots noirs énormes. Le malade mourut subitement le lendemain. A l'autopsie, qui permit de constater les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, on trouva que les parois du foyer qui pouvait contenir le poing étaient formées par la cloison aponévrotique du vaste interne. Le fémur n'était recouvert que par un peu de bouillie noirâtre, derniers vestiges des fibres musculaires suppurées. L'inflammation ne s'étendait pas à plus de deux centimètres en bas, mais elle occupait toute la portion supérieure du muscle malade. On voyait là tous les degrés de la myosite : hyperémie du tissu cellulaire interfibrillaire, décoloration et friabilité des fibres musculaires entourées d'un exsudat rouge sombre, vaisseaux sanguins rompus, foyers hémorrhagiques, caillots noirâtres, pus jaune rougeâtre.

Le deuxième malade éprouva, quatre jours avant sa mort (le vingtième jour de la fièvre typhoïde), un peu de douleur à la région hypogastrique, au niveau de la partie inférieure des muscles droits. A l'autopsie on trouva la gaîne aponévrotique de ces muscles distendue dans un tiers inférieur par des caillots noirâtres, ayant dissocié, ramolli et même détruit en certains points les fibres musculaires.

Enfin le troisième de ces soldats entra à l'ambulance le vingt-cinquième jour d'une fièvre typhoïde adynamique et succomba au bout de cinq jours.

L'autopsie, qui confirma le diagnostic, permit de constater dans les muscles du bassin des lésions identiques aux deux cas précédents. L'apoplexie sanguine occupait les deux côtés des obturateurs internes, pyramidal, jumeaux et releveur de l'anus.

On savait, depuis les beaux travaux de Zenker, que la fibre musculaire n'est pas épargnée dans la fièvre typhoïde et qu'elle subit une sorte de dégénération cireuse. Les faits rapportés par M. Dauvé, que l'on peut observer quelquefois, sont une véritable myosite et de l'apoplexie musculaire. Toutefois, sommes-nous disposé, ainsi que l'auteur de ces observations intéressantes, à attribuer une bonne part de ces lésions aux circonstances antihygiéniques insalubres du camp, comme l'abaissement de la température, le froid humide et les soins nécessairement incomplets. On peut donc considérer ces lésions musculaires comme un des symptômes ultimes de la fièvre typhoïde des camps.

De l'action des sulfites dans l'infection purulente.

Les travaux italiens surtout ont mis en avant les sulfites de soude et de magnésie comme des spécifiques des infections. Plusieurs fois cette question a été remise à l'ordre du jour dans les journaux. M. le docteur C. Paul vient de faire une étude spéciale de l'action des sulfites dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Voici des observations qu'a rapportées M. C. Paul, et un autre fait sommairement rappelé.

I (1). — Un militaire subit l'amputation de l'avant-bras gauche dans son quart supérieur pour une plaie d'arme à feu. Pendant l'opération, il y eut une hémorrhagie plus abondante que de coutume, mais néanmoins le malade n'alla pas mal pendant trente-six heures. Au bout de ce temps, il fut pris de frissons, le pouls devint petit, la langue sale et l'haleine fétide. Le docteur Tagiuri lui ordonna un léger purgatif et donna pour boisson une infusion de tilleul avec du carbonate de potasse. Il n'y eut pas d'amélioration les jours suivants; par contre, les phénomènes précédents s'aggravèrent, des douleurs lancinantes apparurent dans le moignon, et l'appareil commença à donner de l'odeur. Le docteur Tagiuri fit lever l'appareil et trouva la plaie dans les conditions suivantes (ceci se passait trois jours après l'opération) :

La plaie avait une couleur livide, les points de suture étaient tombés par la rupture des bords de la plaie, les chairs étaient lardacées et rejetées en dehors. Du fond de la plaie suintait un peu de pus d'aspect séreux, de couleur sombre et d'odeur fétide.

En même temps, les phénomènes généraux décrits plus haut, et plus spécialement les frissons, prirent une plus grande intensité, si bien que le malade parut clairement sous l'influence de l'infection purulente, qui l'aurait sans aucun doute conduit à la mort par infection générale.

Le docteur Tagiuri ordonna immédiatement le sulfite de magnésie à l'intérieur, à la dose de 1 gramme toutes les deux heures, et le sulfite de soude à la dose de 4 grammes pour 30 d'eau, en applications sur la plaie, renouvelées toutes les six heures, et tel fut l'effet de cette médication que, quarante-huit heures après, le malade n'avait plus de fièvre, la langue était nette et la plaie avait meilleur aspect.

L'usage des sulfites fut continué en éloignant les doses, et vingt jours après l'amputation il y avait une cicatrice complète et régulière.

II (1). — Un homme de vingt-sept ans, qui avait été blessé au bras par un projectile d'arme à feu, et qui, quelques jours plus tard, avait présenté les phénomènes de l'infection purulente avec frisson et sueur, fut aussitôt traité par le cautère actuel et des fomentations de sulfite de soude (8 grammes pour 120 grammes d'eau).

En même temps, on donna à l'intérieur, chaque jour, 8 grammes de sulfite de magnésie. Au bout de deux jours de traitement, il y eut déjà de l'amélioration, et au bout de quatorze jours guérison complète.

M. Paul rapporte une autre observation où les sulfites ont été donnés, mais où l'infection purulente était tout à fait problématique ; le lecteur en jugera :

III (2). — Un jardinier de trente-cinq ans, du reste bien portant, taillant un cactus, s'était blessé à plusieurs reprises le dos de la main gauche; il retira les aiguillons autant qu'il put en trouver et ne fit pas d'autre attention à sa blessure. Douze heures après, il apparut du gonflement et de la douleur. Ces symptômes ne disparaissant pas par des applications de cataplasmes chauds, le malade fit venir le docteur Ricci. L'examen montra sur le dos de la main de la douleur, du gonflement, une coloration rouge bleuâtre et plusieurs phlyctènes avec gonflement de l'avant-bras, des frissons et un état général de malaise. Une double incision dans la plaie donna issue à une quantité assez importante de pus. On fit continuer les cataplasmes chauds, garder la chambre et prendre des aliments substantiels de facile digestion et toutes les deux heures un scrupule (1gr,30) de bisulfite de soude.

Déjà le lendemain, tous les symptômes avaient diminué, si bien que le médecin n'ordonna plus le sulfite que toutes les trois heures.

Le troisième jour, le malade se trouvait tellement bien qu'on put le mettre à l'air libre et réduire le bisulfite à trois doses par jour.

Deux jours plus tard, la tuméfaction avait disparu, ainsi que les lignes de l'avant-bras. La plaie commença à guérir, si bien qu'on réduisit le bisulfite à deux doses par jour, et qu'on remplaça les cataplasmes par des fomentations de baume du Pérou. Deux jours plus tard, l'état général devint de nouveau grave, l'aspect de la plaie devint mauvais, des lignes rouge sombre se montrèrent de nouveau sur l'avant-bras, et un cordon dur et douloureux se sentait le long de l'artère brachiale. On redonne le bisulfite comme la première fois et les cataplasmes chauds; l'amélioration se fit aussitôt, et dans l'espace de quatre jours les duretés avaient disparu.

Le malade dut encore prendre pendant dix jours quatre doses d'un scrupule de bisulfite, puis il fut entièrement guéri et put retourner à son travail.

Malgré les citations des docteurs Mirone et Rodolfo Rodolfi, les observations de guérison d'infection purulente par les sulfites sont choses rares. M. Paul n'en doute pas plus que nous. Mais comme le traitement par les sulfites a paru réussir, on peut encore l'essayer.

Mais, que nos lecteurs ne l'oublient pas, les alcalins et le chlorure de soude sont des médications qui ont été appliquées au temps des Magendie et des Chomel soit comme purgatifs, soit comme modificateurs du sang. Nous avons rappelé l'an dernier à nos lecteurs cette page de notre histoire médicale, afin de fournir quelques notions de plus dans l'institution d'une thérapeutique nouvelle de l'infection purulente.

(1) Giuseppe Tagiuri, lettre à Giov. Ferrini, *Annali universali di medicina*, 1863.

(1) Capparelli, *Il morgagni*, VI-6, p. 499, 1864, et Schmidt's Jahrbücher, 1865, B. 125, h. 1.

(2) De Ricci, de Dublin, *Medical Journal*, XXXVIII (75), p. 27, aug. 1864, et Schmidt's, 1865, 125, 1.

Transmission de la syphilis par une dragée.

Nous tenons de M. le docteur de Valcourt l'observation suivante, qui a été recueillie à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Hardy.

— Dans une de ses dernières cliniques, M. Hardy a signalé, à l'attention de ses élèves, un enfant âgé de treize ans, présentant sur la face et sur différentes parties du corps des papules, des tubercules et principalement des squammes très-légères, faciles à enlever. L'absence de démangeaison et la coloration brune des taches fournissaient des éléments suffisants pour établir le diagnostic, il s'agissait d'une syphilide squammeuse avec un peu de syphilide tuberculeuse.

Comme phénomènes concomitants, on trouvait une ulcération de l'amygdale et un engorgement des ganglions de la région sous-maxillaire; le malade racontait qu'il avait eu des croûtes dans les cheveux et un peu d'alopécie; les organes génitaux étaient intacts, peu volumineux, et ne présentant pas encore les signes de la puberté.

Il est insolite de voir la syphilis chez un enfant de treize ans; l'étiologie était intéressante à connaître, et des renseignements furent recueillis auprès des parents pour éclairer la question. Ce jeune garçon, en jouant, il y a trois mois, avec son frère âgé de deux ans, lui prit une dragée que le petit avait dans la bouche et la mangea lui-même, or l'enfant avait des plaques muqueuses à la langue. La mère avait contracté la syphilis de son mari pendant qu'elle allaitait encore son petit garçon, et lui avait communiqué le virus par des ulcérations du sein. En sorte que toute cette famille, sauf le père, avait été contaminée très-légitimement, mais d'une manière assez singulière.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. SÉDILLOT.

Résection coxo-fémorale.

(Observation recueillie par M. le Dr SARAZIN, professeur agrégé de la Faculté de médecine.)

La chirurgie s'est enrichie au commencement de ce siècle d'une opération nouvelle, la résection coxo-fémorale dont l'extrême gravité disparaît lorsque les indications en sont bien comprises et bien remplies.

L'Anglais Antony White paraît avoir le premier exécuté cette opération en 1821.

Roux la pratiqua en France en 1847 sans succès. M. Sédillot ne fut pas plus heureux en 1858. Son malade vécut cependant dix mois, et ne succomba qu'aux progrès de la carie pelvienne et à ses accidents consécutifs. Notre collègue, M. Bœckel, a guéri son opéré l'année dernière.

Les guérisons ont été fréquentes en Allemagne comme en Angleterre; M. Heyfelder, dans son *Traité des résections* en a cité trente-trois, et cinq terminaisons inconnues, sur soixante et onze opérations.

M. Lefort, réunissant tous les faits publiés de résection coxo-fémorale, en a trouvé plus de cent quarante. Ces chiffres indiquent suffisamment la faveur dont jouit cette opération à l'étranger; et cependant les oppositions n'ont pas manqué : « M. Syme (d'Édimbourg) a soutenu, avec l'approbation d'un grand nombre de confrères, que cette opération n'avait pas sauvé un seul malade atteint de carie coxo-fémorale, et que les cas cités de guérison avaient eu lieu malgré la résection, qui n'avait servi qu'à aggraver la position des malades. » (Sédillot, *Traité de médecine opératoire*, t. I.)

M. Sédillot reconnaît depuis longtemps les avantages de la résection de la hanche (*Méd. opér.*, 2e édit.), mais il ne conteste

pas la difficulté des indications opératoires. C'est en effet là qu'est le nœud de la question ; c'est dans l'étude approfondie des indications qu'on trouve le secret des succès à l'étranger ; l'explication de la temporisation en France. S'il nous a paru légitime de reprocher à nos voisins l'abus de la résection dans des cas où des moyens moins dangereux auraient pu déterminer la guérison, ne craignons-nous pas qu'ils se croient autorisés à nous répondre que nous laissons mourir nos malades en attendant les lésions graves et étendues qui nous paraissent seules indiquer l'intervention chirurgicale.

Pour démontrer ces difficultés pratiques, M. Sédillot cite deux exemples très-instructifs. Le premier fut présenté par un enfant qui lui avait été adressé pour subir la résection du fémur et qui guérit néanmoins avec le seul secours des appareils inamovibles, des béquilles et de l'hygiène ; nous avons tous conservé le souvenir de ce petit malade qui fut traité dans les salles de la clinique. En opposition avec ce fait, le professeur rappelle un deuxième cas où l'intervention de l'art eût été indispensable. Dans le service de M. Tourdes, un petit garçon, sorti depuis peu de prison et réduit à un dernier degré d'émaciation, était atteint d'une coxalgie avec suppuration et carie qui le faisait constamment souffrir et jeter des cris. Chacun croyait la mort imminente ; l'on recula devant une opération entreprise dans des conditions si redoutables ; et pourtant l'enfant vécut encore six semaines, tant était puissante sa vitalité. M. Sédillot resta persuadé que la résection eût pu le sauver.

Quand la tête du fémur est cariée, la cavité cotyloïde enflammée et dénudée, l'articulation remplie de fongosités, la suppuration abondante et d'un écoulement difficile, comment espérer la guérison spontanée de si graves lésions ; les malades succombent presque tous, tandis que la résection, surtout lorsqu'ils sont jeunes, est comparativement très-favorable.

L'ablation de la tête fémorale, la rugination ou la cautérisation, s'il y a lieu, de la cavité cotyloïde, la largeur de la plaie, la libre issue du pus, l'excision des tissus devenus fongueux, le relâchement des parties, la possibilité de porter sur les surfaces de la plaie des topiques médicamenteux exercent la meilleure influence et modifient rapidement l'état du sujet.

Joseph U..., de Grendelbruch, âgé de neuf ans, est entré à la Clinique de Strasbourg le 2 juin 1865. C'est un enfant intelligent, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Ses parents sont vivants et en bonne santé ; sa constitution est affaiblie ; sa coxalgie a débuté à gauche vers le mois d'août 1864 à la suite d'un coup, et la marche en a été rapide et en quelque sorte classique. Il est couché sur le dos, très-incliné à droite et courbé en arc de cercle de ce même côté. Le membre inférieur gauche, porté dans l'adduction forcée et la rotation en dedans, repose sur le membre droit qui le supporte et l'immobilise. Le bassin a subi le double mouvement de bascule qui produit l'ensellure des coxalgiques, et le raccourcissement apparent du côté lésé. La mensuration donne une diminution de longueur de 0m,07. Les mouvements du membre sont très-douloureux, très-limités, et se passent surtout dans l'articulation sacro-lombaire. L'immobilité prolongée a amené une roideur assez marquée du genou gauche, la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse. Il est impossible de l'étendre et ces tentatives provoquent des cris. Tout le membre inférieur malade est atrophié ; la région de la hanche est fortement gonflée et la pression en est douloureuse. A trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter et en dehors du muscle droit antérieur, on trouve un double trajet fistuleux dont l'orifice, à bords décollés, donne issue à du pus mal lié, mêlé de sérosité. Le stylet, introduit par cette fistule, remonte très-haut dans la direction de l'articulation, mais sans y pénétrer et sans rencontrer de tissu osseux dénudé. L'enfant n'a pas de fièvre, mais il dort mal, est souvent réveillé en sursaut pleurant et poussant des cris ; il souffre beaucoup ; son appétit se perd.

Avant d'entrer dans le service de M. le professeur Sédillot, il a été soumis à l'application d'appareils inamovibles plâtrés ou amidonnés ; il n'en a retiré aucun soulagement marqué.

Après avoir gardé le malade pendant quelques jours en observation, on le chloroforme le 14 juin pour compléter le diagnostic, redresser, s'il y a lieu, le membre et l'immobiliser dans une position plus favorable. Lorsque la résolution du système musculaire est complète, on fait exécuter à l'articulation des mouvements de rotation pendant lesquels se produisent de nombreux craquements osseux. Cette crépitation, déterminée par le frottement des surfaces articulaires, prouve qu'elles sont cariées et dépourvues de cartilages. L'anesthésie n'a pas vaincu la rétraction des muscles adducteurs et fléchisseurs ; l'extension et l'abduction complètes sont restées impossibles. Pendant les mouvements auxquels on soumet l'articulation, il sort par le trajet fistuleux de la sérosité purulente, puis du sang noirâtre coagulé mêlé à des fongosités articulaires. Cet examen révèle l'étendue des lésions de la hanche. Les fongosités articulaires, broyées par les mouvements imprimés, peuvent-elles disparaître seules ? Le professeur ne le pense pas, et quoique la carie puisse plus tard se transformer en nécrose, qu'à l'époque de la puberté des modifications heureuses puissent survenir dans l'organisme, et que, soit une pseudarthrose éburnée, soit une ankylose puisse se produire, M. Sédillot fait remarquer qu'il n'y a pas actuellement de tendance à la guérison, que les accidents vont en s'aggravant, que l'enfant dépérit rapidement et que l'opération est devenue la chance de salut la plus assurée.

Le lendemain et les jours suivants, une réaction inflammatoire assez modérée est produite par les mouvements imprimés pendant l'examen. On attend que ces accidents aient complétement cessé.

Le 23 juin, le petit malade semble être dans des conditions favorables à l'opération. En face de son auditoire habituel et de nombreux docteurs qui suivent sa clinique, M. le professeur Sédillot procède à la résection de l'articulation coxo-fémorale, en suivant le procédé qu'il a décrit dans son *Traité de médecine opératoire*. Le malade chloroformé, une incision courbe à convexité inférieure détache au niveau du grand trochanter un lambeau arrondi à base supérieure. Les fessiers, les obturateurs et le pyramidal sont rapidement sectionnés au-dessous du trochanter, et la capsule articulaire, incisée à son tour, permet au doigt de pénétrer dans l'articulation et d'y reconnaître la tête cariée et dépourvue de cartilage ; la synoviale fongueuse, épaissie, perforée en avant ; la cavité cotyloïde rugueuse et cariée à sa superficie ; le ligament rond rompu. Un léger effort d'adduction et de flexion amène la tête du fémur à l'ouverture faite à la capsule, et l'opérateur, à l'aide d'une scie à guichet, divise le col à une petite distance de la tête, dans un point où il ne semble pas altéré. La cavité cotyloïde est ruginée, l'altération qu'elle présente ayant paru superficielle. Le double trajet fistuleux est simplifié par une incision qui réunit les deux conduits. L'opération, très-rapidement faite, a paru facile. Deux ou trois artérioles cutanées ou musculaires ont fourni quelques grammes de sang ; elles n'ont pas nécessité de ligatures.

Trois boulettes de charpie assez volumineuses, fixées chacune à un fil, sont portées dans la cavité cotyloïde ; un linge cératé recouvre la plaie ; c'est tout le pansement.

On reporte à son lit le petit malade, dont le membre est soutenu dans l'adduction et la flexion par le membre sain et recouvert d'une légère couche de ouate.

La tête du fémur réséquée est presque complétement dépouillée de son cartilage. On n'en trouve qu'une lame mince, ramollie, et à surface irrégulière aux points où la tête s'insère sur le col. Le tissu osseux est enflammé et très-vasculaire ; un canal à parois friables, pouvant admettre une plume de corbeau et dirigé dans l'axe du col, vient s'ouvrir sur la tête du fémur au point où s'implantait le ligament rond détruit.

Les journées des 23, 24 et 25 juin sont bonnes ; les nuits sont excellentes. Le malade dort, il a un peu d'appétit, n'accuse aucune douleur et n'offre qu'un très-léger mouvement fébrile.

Le 26, la suppuration commence à baigner les pièces de l'appareil. Deux boulettes de charpie sont enlevées ; les bords de la plaie présentent un peu de gonflement. Le pansement est très-douloureux, mais les cris de l'enfant cessent en même temps que l'intervention chirurgicale ; la journée et la nuit suivantes sont bonnes.

Le 28, la dernière boulette de charpie est enlevée, et un tube de caoutchouc gros comme le doigt est introduit dans la plaie vers le fond de la cavité cotyloïde. On le laisse à demeure afin d'assurer l'écoulement des liquides et de permettre également des injections émollientes et aromatiques propres à déterger le fond de la plaie. Grâce à la forme du lambeau et à l'habitude qu'a l'enfant d'assurer avec le membre sain l'immobilité du membre malade, cette simple précaution a fait disparaître toute cause de douleur, et la plaie continue à être simplement couverte d'un linge cératé et de coton.

M. Sédillot insiste depuis longtemps sur la nécessité de supprimer toute intervention inutile. Mettre les blessés et les opérés dans des conditions telles qu'ils puissent guérir seuls, tel est le but qu'il a toujours poursuivi. On ne saurait trop recommander les avantages de cette conduite. Dans les salles de chirurgie, à Strasbourg, chacun est frappé de la facilité, de la simplicité du service ; peu ou point d'accidents, des complications rares, une surveillance continuelle à l'aide d'un coup d'œil, une grande économie de temps ; tels sont les résultats inappréciables qu'obtient l'homme de l'art en sachant s'effacer à propos devant la nature.

Le 1er juillet, les bords de la plaie s'affaissent, et sont couverts de bourgeons charnus de bonne nature ; l'état du malade est très-satisfaisant.

Le 4, la nuit a été mauvaise : il y a eu de la douleur et de l'insomnie ; l'enfant est inquiet ; son pouls est légèrement fébrile. En examinant la plaie, on trouve la canule bouchée ; la suppuration ne s'écoule plus au dehors ; elle est devenue fétide. Une canule nouvelle et quelques injections aromatiques font disparaître ces légers accidents, qui ne semblent pas du reste avoir entravé la cicatrisation de la plaie.

Le 12, toute douleur, toute inquiétude ont cessé ; l'état général et l'état local sont des plus satisfaisants. La plaie a diminué d'étendue ; les bourgeons charnus exubérants sont réprimés par une cautérisation légère au moyen du nitrate d'argent. La suppuration qui s'écoule par la canule est moins abondante, et la fistule ne donne plus issue qu'à une petite quantité de sérosité lactescente.

Le 15, le petit malade peut faire exécuter sans douleur quelques mouvements au membre opéré ; le sommeil est parfait, l'appétit excellent.

On peut remarquer que M. Sédillot n'a eu recours à aucun appareil pour fixer le membre. Il juge inutile, après l'opération, l'emploi des gouttières de Bonnet ou de tout autre bandage. L'extrémité du fémur est nécessairement ramenée par l'action des muscles vers le bassin, où elle doit trouver un point d'appui pour y établir une pseudarthrose de continuité, et, tant que ces modifications ne présentent pas d'indications à remplir, toute intervention de l'art serait inutile et par conséquent fâcheuse. Quelques mouvements spontanés, tels que ceux que le malade imprime déjà à son membre, sont avantageux, en ce sens qu'ils favorisent le développement du tissu fibreux.

Le 22, les mouvements sont de plus en plus étendus et faciles. L'enfant demande à se lever, et il est permis de prévoir une guérison que rien ne semble plus devoir entraver.

Depuis que nous avons reçu cette observation, nous avons appris de M. Sédillot que l'enfant se levait et se promenait ; il descendait au jardin de l'hôpital, et y restait la plus grande partie de la journée.

SOLUTION TÉRÉBENTHINÉE

Dans le traitement des lésions traumatiques,

Par M. le docteur Werner.

Un correspondant du *Bulletin de thérapeutique*, M. le docteur Werner (de Dornach), recommande vivement une solution dont il se sert avec le plus grand succès dans tous les cas de plaies récentes et anciennes. Placé à la direction médicale d'un établissement industriel de Mulhouse, qui contient 4,000 ouvriers environ, notre confrère est souvent à même de se servir de cette solution dont voici la formule.

Térébenthine de Venise.	1,000 grammes.
Bicarbonate de soude	25 —
Eau distillée	10 litres.

Faire digérer pendant cinq à six jours au bain marie, en ne dépassant pas 75 degrés. Filtrer.

On trempe une compresse pliée en huit dans la solution ; on en couvre la plaie, et on enveloppe le tout avec un morceau de taffetas gommé. Toutes les quatre ou cinq heures, on humecte la compresse avec une éponge imbibée de la même solution, et on la remplace seulement au bout de douze heures par une compresse fraîche.

Sous l'influence de ce traitement, la suppuration est peu abondante, le bourgeonnement rapide, et l'infection purulente très-rare.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 13 septembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. Marjolin. Les souvenirs de M. Demarquay ne l'ont pas très-exactement servi. Ainsi qu'il a bien voulu le rappeler, j'étais présent à l'opération de ligature de la carotide externe faite par Blandin : elle fut très-pénible, mais l'artère fut liée.

— **M. Giraldès** met sous les yeux de la Société des planches relatives au cas dont il a parlé dans la dernière séance.

— **M. Le Fort** rectifie les chiffres qu'il a cités de mémoire dans la dernière séance.

Dans sept cas, la ligature fut faite en dedans des scalènes ; dans trois, la ligature de la carotide fut pratiquée simultanément ; le cas de guérison est relatif à un cas de ligature du tronc brachio-céphalique avec ligature concomittante de la vertébrale.

— **M. Heyfelder** prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je ne peux pas partir de Paris sans vous témoigner la vive satisfaction que j'éprouve de siéger au centre de la Société de chirurgie.

Il y a une dizaine d'années que je suis avec assiduité vos séances. Le concours de tant de chirurgiens éminents, les débats lucides et animés, l'autorité des vieux maîtres, l'initiative heureuse des jeunes talents, tout cela m'inspira une grande opinion de notre science spéciale et de leurs représentants en France. Vous devez juger de la joie et de l'orgueil que m'a donné ma nomination comme membre correspondant, de la satisfaction que j'éprouve de siéger pour la première fois dans cette enceinte, et de vous renouveler mes remercîments sincères pour l'honneur que vous m'avez fait de me nommer membre correspondant.

Je profite de cette occassion pour vous remercier aussi, Messieurs, vous et tous les collègues avec lesquels je me suis rencontré cette fois à Paris, de l'accueil amical et par trop flatteur dont j'ai été l'objet.

Il arrive rarement qu'un homme vienne en remercier un autre sans ajouter quelque demande. Eh bien ! je me trouve dans le même cas. Dans le temps, j'ai eu l'honneur d'envoyer à la Société mon *Manuel des résections* ; je continue mes travaux, et je serais très-content de compléter mes statistiques par des observations faites par vous.

Je prierai donc ceux qui ont fait des résections et qui voudraient bien me les communiquer de faire des petites notes d'après le shématisme suivi dans mon livre.

— **M. le Président** donne lecture d'une lettre de M. le docteur Letenneur relative au blessé dont il a été question dans la dernière séance.

Monsieur et très-honoré président,

La santé générale du malade est excellente, et à le voir si frais, si gai, si impatient du repos auquel on le condamne, on ne se doute pas qu'il porte une blessure aussi grave.

Les phénomènes indiqués dans ma dernière lettre se sont peu modifiés.

Le frémissement vibratoire a un peu augmenté d'intensité et d'étendue.

Le thrill donne à l'oreille une sensation plus nette, parce que le stéthoscope peut être appliqué plus exactement ; il est très-positivement continu-saccadé, moins frémissant que le toucher ne le ferait supposer et qu'on ne l'observe dans certaines phlébartéries.

Ce bruit s'entend aujourd'hui en haut sous le sterno-mastoïdien, et n'a point disparu au-dessous de la clavicule, mais dans ces deux points il est affaibli et lointain.

En enfonçant le doigt indicateur immédiatement au-dessus de la clavicule, à deux centimètres en arrière de la blessure, la pulpe dirigée en avant, on sent profondément les battements de l'artère très-nets, tandis que le frémissement vibratoire chatouille la pulpe du doigt sur un plan plus superficiel que l'artère.

En examinant attentivement le malade, on voit un battement isochrone à celui du pouls soulever la peau, suivant une ligne parallèle à la clavicule, immédiatement au-dessus de cet os, dans le triangle sus-claviculaire. Ces battements se passent évidemment dans la veine sous-clavière.

Le cou est plus gros du côté malade que de l'autre, et le sterno-mastoïdien ne se dessine pas aussi nettement sous la peau.

Il existe depuis deux jours une teinte jaune qui paraît augmenter, et qui est due à l'ecchymose tardive.

Les mouvements du cou sont assez libres pour nous prouver qu'il n'y a pas de lésion des articulations vertébrales.

La plaie extérieure se couvre de bourgeons charnus ; l'engourdissement du bras a un peu diminué ; il a été dès le début et il est toujours plus marqué suivant le trajet du cubital.

Le malade a éprouvé aussi à la peau une douleur qu'il compare à celle que fait éprouver la dénudation du derme par un vésicatoire ou par une cause traumatique.

Pour me rendre compte de la direction de la blessure, j'ai fait sur le cadavre des recherches, en compagnie de M. Jouon, chef des travaux anatomiques, qui donne avec moi des soins au jeune malade.

Une longue aiguille a été enfoncée dans le point correspondant à celui de la blessure. Nous avions eu soin de poser la tête et de diriger l'aiguille suivant les indications qui nous avaient été données avec une grande précision par le malade.

L'aiguille s'est fixée profondément sur la colonne vertébrale.

La dissection nous a montré cette aiguille traversant le sterno-mastoïdien dans son faisceau antérieur, traversant la veine jugulaire interne à sa partie inférieure et rasant l'artère sous-clavière.

Enfin, s'arrêtant sur le corps de la septième vertèbre cervicale,

près de son apophyse transverse et de la racine inférieure du plexus brachial.

C'était bien là ce que nous avions pensé et ce qui était contenu dans ma note à la Société de chirurgie.

On peut se demander comment les signes de phlébartérie se trouvent dans la veine sous-clavière et non dans la jugulaire interne; il faut admettre, pour expliquer ce fait, une obliquité de la blessure artérielle dirigeant le sang en dehors plutôt qu'en haut.

L'état général du malade permet d'espérer la guérison avec un anévrysme artério-veineux, qui sera probablement persistant. Mais on peut craindre encore une hémorrhagie secondaire ou même des accidents tardifs; c'est alors que nous pourrons être forcés d'agir, et mon confrère et moi ne voyons rien de mieux à faire que de rechercher le vaisseau lésé, lier en deçà et au delà de la blessure, et lier en même temps la vertébrale et peut-être d'autres vaisseaux. C'est d'ailleurs l'opinion de la plupart des membres de la Société de chirurgie qui sur notre demande ont bien voulu prendre la parole.

— **M. MASCAREL**, membre correspondant à Châtellerault, adresse l'observation suivante :

Un jeune agriculteur, fort et vigoureux, âgé de vingt et un ans, reçoit en jouant un coup de pointe de fuseau armé d'un fer en spirale à la pointe, comme c'est l'habitude à la campagne, dans le genou gauche, sur le bord externe de la rotule.

Dès le lendemain, c'était pendant les chaleurs du mois d'août, le genou était énorme, très-douloureux, et la synovie découlait abondamment par la plaie; la fièvre était à son paroxysme. Les antiphlogistiques locaux et généraux, les frictions sur la partie malade avec parties égales d'onguent mercuriel double et d'extrait de belladone, le calomel à doses réfractées à l'intérieur, le repos absolu et les cataplasmes émollients triomphèrent des premiers accidents; lorsqu'un érysipèle phlegmoneux, qui parut avoir son point de départ non dans la plaie, mais dans une piqûre de sangsue, envahit la jambe et mit encore la vie du malade dans le plus grand danger. Des débridements furent opérés dans la jambe, et néanmoins la peau se gangréna vers le milieu de ce segment du membre dans une assez grande étendue, ce qui força le malade à garder le lit pendant cinq à six mois pour cicatriser les désordres consécutifs à l'érysipèle, qui de phlegmoneux était devenu gangréneux; pendant ce repos forcé, l'inflammation du genou cessa, et le malade guérit de sa plaie pénétrante de l'articulation en conservant une demi-ankylose.

— A l'occasion de la correspondance :

M. DESORMAUX offre à la Société, de la part de M. le docteur Mêlier, une brochure intitulée : *Sur la luxation de la clavicule, description d'un appareil pour la contenir*.

Cet opuscule est déjà ancien; mais, bien qu'il renferme la description d'un appareil susceptible de rendre de grands services et qui plus est une idée d'une utilité incontestable, il paraît être inconnu, puisque dernièrement notre collègue, M. Demarquay, en a inventé un autre, fondé sur le même principe, mais moins complet et qui a été présenté à l'Académie impériale de médecine. C'est cette présentation qui a rappelé à M. Mêlier un travail de sa jeunesse, et, quelques collègues ayant insisté pour qu'il fît connaître une invention dont la chirurgie pourra tirer parti, il a cru ne pouvoir mieux faire que de l'offrir à la Société de chirurgie.

L'appareil de M. Mêlier, destiné à maintenir réduites les luxations en avant de la clavicule, se compose, outre l'appareil de Desault, pour ramener l'extrémité de la clavicule au niveau de la cavité articulaire du sternum, d'une pelote qui maintient la tête de la clavicule à sa place. Cette pelote est fixée à l'extrémité antérieure d'un ressort à pression variable, dont l'extrémité postérieure est fixée sur un châssis rembourré qui s'applique sur l'omoplate. L'idée d'appliquer sur la clavicule luxée une pelote, portée par un ressort plus ou moins semblable à celui du brayer, n'est pas neuve, on a plus d'une fois employé le brayer lui-même dans ce but, sans compter l'appareil de Vacher, décrit par Brasdor dans le cinquième volume in-4° des *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, et qui a peut-être inspiré l'idée de l'instrument présenté à l'Académie de médecine. Mais, ce qui distingue de tous les autres le bandage de M. Mêlier, c'est le châssis qui supporte le ressort, et remplit en même temps l'indication de fixer l'omoplate qui, sans cela, entraînerait la clavicule dans ses mouvements et la déplacerait sans cesse. Cette indication de fixer l'omoplate, afin de mieux rendre la clavicule immobile, paraît avoir échappé à l'auteur du nouvel appareil aussi bien qu'à Vacher, et cependant c'est à elle que l'appareil doit surtout son efficacité.

Le bandage de M. Mêlier, qui procura la guérison de sa malade malgré l'avis contraire de Marjolin, de Dubois et de Boyer, a encore été employé avec succès par notre collègue, M. Bouvier, pour une luxation ancienne sur la fille d'un confrère, il y a déjà plusieurs années. S'il n'est pas très-connu à Paris, il l'est plus à l'étranger, et on en trouve, entre autres, une très-bonne description dans l'*Ikonographische Darstellung der Beinbrüche und Verrenkungen*, de F.-G. Behrend. Leipzig, 1845.

M. LARREY. L'appareil fort ingénieux de M. Mêlier m'était connu, je puis ajouter que la jeune malade dont il est question a été vue par M. Roche.

RAPPORT.

M. FOUCHER fait un rapport verbal sur un travail de M. le docteur Monteil, intitulé :

« Du traitement, par le drainage, des plaies pénétrantes du genou. »

Sur les conclusions de M. le rapporteur, la Société adopte l'insertion du travail de M. Monteil au *Bulletin*.

DISCUSSION.

Plaies pénétrantes du genou (suite).

M. MARJOLIN. La question du traitement des plaies pénétrantes des articulations, soulevée par M. Verneuil, est d'autant plus importante que, malgré tout ce qui a été écrit sur ce sujet, malgré même une longue expérience, les praticiens se trouvent bien souvent dans la plus grande incertitude lorsqu'il s'agit de prendre un parti extrême. Qui de nous, par exemple, se trouvant à la place de M. Verneuil, eut proposé à notre malheureux confrère de recourir à l'amputation de la cuisse pour une blessure en apparence aussi simple? Personne. Car nous aurions tous cru que l'idée d'une opération aussi grave devait être éloignée, et qu'on pouvait espérer de sauver le membre. Maintenant l'amputation ou la résection l'eussent-elles sauvé? j'en doute; car, à voir la rapidité avec laquelle les plus graves accidents se sont montrés, il est probable que la blessure était beaucoup plus complexe qu'elle ne le semblait et qu'il y avait, en outre, une contusion profonde du fémur qui aura déterminé une ostéo-myélite.

Quant à dire avec M. Verneuil que nulle part cette question n'est traitée d'une manière complète et que les faits manquent, je ne puis être de son avis; car, s'il y a quelques dissidences dans le traitement, on voit en consultant les traités spéciaux que, sauf les cas où les exigences de la guerre obligent le chirurgien à amputer de suite, dans bien des cas il se trouve dans une incertitude d'autant plus grande sur la conduite à tenir que d'une part bon nombre de faits semblent militer pour l'expectation, tandis que d'autre part il est évident que d'autres malades n'ont succombé que parce qu'ils n'avaient pas été amputés.

Boyer qui, dans sa longue carrière, avait été à même d'observer des plaies d'articulation de tout genre, et qui s'était trouvé aussi dans les mêmes perplexités, revient dans son traité de pathologie, à trois fois différentes sur cette idée, pour prévenir le jeune chirurgien que, même avec les plaies les plus simples en apparence, il peut survenir des accidents tellement graves que les malades périront ou qu'il faudra nécessairement les amputer, et qu'il ne faut surtout pas s'autoriser pour s'abstenir d'une opération des faits exceptionnels de guérison.

Plusieurs fois, j'ai vu mon père s'opposer à ce que des amputations proposées pour des coups de feu fussent pratiquées et le succès justifier son avis; mais, plusieurs fois aussi, je l'ai entendu regretter vivement que des malades n'eussent pas voulu se soumettre à l'amputation.

Malheureusement, dans ces circonstances, on ne peut pas formuler une règle de conduite précise comme dans d'autres affections chirurgicales, et c'est à son inspiration et à son tact seuls que le chirurgien doit s'en rapporter.

Quant aux dissidences sur la nature du traitement préventif, je crois qu'elles peuvent mieux se juger définitivement par les observations; bien que, dans des cas tout à fait analogues, le même traitement ne soit pas toujours suivi du même résultat. Ainsi je pense que, dans toutes les plaies, il ne faut tenter la réunion que lorsqu'elle peut s'effectuer sans effort et que l'on n'a pas à redouter pour la suite l'inflammation ou la gangrène des téguments, j'ajouterai que dans les plaies simples je préfère les bandages unissants ou agglutinatifs à la suture.

Pour ce qui est de la glace ou de l'eau très-froide, je ne serais porté à ne les employer que dans les cas d'hémorrhagie; mais, jamais lorsqu'il y a une contusion profonde dans ces circonstances, je préfère beaucoup l'irrigation continue avec de l'eau tiède ou les fomentations émollientes. Cette distinction sur ce choix des topiques, dont il faut user en pareil cas, n'est pas aussi indifférente qu'on pourrait le croire. Lombard, dans sa clinique des plaies d'armes à feu, recommande de n'employer l'eau froide que dans les blessures par armes blanches, tandis qu'il conseille l'emploi de l'eau tiède et non chaude au début du traitement des plaies par armes à feu. Sanson, Bérard et Bonnet, ont aussi conseillé les irrigations; mais, ce qui a peut-être beaucoup nui à leur vulgarisation, c'est la difficulté d'installer l'appareil d'une façon telle que les malades ne soient pas exposés à toutes les conséquences fâcheuses de l'eau venant mouiller toute la literie.

Pour éviter ces inconvénients, depuis longtemps je me sers avec avantage d'une caisse en fer blanc, garnie à sa partie supérieure d'un fond sanglé, de telle sorte que le membre peut reposer sur un coussin et être complétement isolé des draps et des couvertures; dans le fond de la caisse se trouvent deux conduits servant à l'écoulement de l'eau.

Maintenant, avec les ressources nouvelles que nous trouvons dans l'emploi du caoutchouc, il serait très-facile, soit de faire avec cette substance une sorte de hamac garni d'un tube d'écoulement, ou de faire passer un courant continu dans une poche qui reposerait sur la partie malade, comme on fait lorsque l'on emploie la glace. Dès que M. Robert, à qui j'ai parlé de ces appareils, les aura terminés, j'aurai l'honneur de les soumettre à la Société.

Notre collègue, M. Verneuil, ayant fait appel à tous pour rassembler des observations de plaies pénétrantes du genou, je crois devoir communiquer à la Société les faits suivants recueillis en 1861 et 1862 par M. Petit, interne des hôpitaux de Paris, à cette époque interne dans le service de M. le professeur Aubry (de Rennes). Un homme d'une quarantaine d'années, d'une bonne constitution, tombe le genou droit sur un instrument tranchant de tonnelier, et se fait à la partie externe et inférieure de la rotule une plaie oblique de plus de 0,02 d'étendue. Au dire du blessé il ne sortit que du sang; mais le médecin qui le vit put facilement introduire un doigt dans la plaie et sentir à nu les surfaces articulaires. Le malade fut envoyé immédiatement à l'hôpital, et là, après avoir réuni la plaie avec des bandelettes, le traitement consista dans l'application continue de compresses imbibées d'eau froide. Aucune réaction locale ou générale n'eut lieu; cinq jours après son entrée les bandelettes furent levées, et au bout de dix jours le malade quitta l'hôpital entièrement guéri.

Piriô, âgé de vingt et un ans, d'une bonne constitution, entra le 8 février à l'hôpital de Rennes; huit jours auparavant, en élaguant un chêne, il s'était blessé au genou avec une hache. Malgré sa plaie, il redescendit du haut de l'arbre, regagna sa maison, et, comme il s'était écoulé par la blessure près d'un litre de sang, il banda sa plaie après avoir appliqué dessus de la résine en poudre et un cataplasme, puis s'en alla passer le reste de la journée au marché de Rennes et soupe comme d'habitude.

Le soir le genou devint très-douloureux, la nuit fut agitée; cependant malgré ces accidents il se leva et alla encore une fois à la ville, s'aidant de deux bâtons. Cependant, à son retour, il est obligé de se remettre au lit et y reste huit jours, jusqu'à son entrée à l'hôpital; dans cet intervalle, il continue à panser son genou avec des cataplasmes. A la levée du premier appareil il n'y eut pas d'hémorrhagie. Sous l'influence du repos, les accidents diminuèrent. Lorsqu'il entra dans le service la plaie, qui était à la partie interne et antérieure du genou, présentait des bords bien nets; son étendue était peu considérable; le genou n'était plus rouge mais d'un tiers plus volumineux que l'autre. Il s'écoulait un pus séreux; au bout de quelques jours de repos et d'application de cataplasmes, l'état s'améliora encore, bientôt il ne sortit plus qu'un liquide visqueux, onctueux, puis la plaie se cicatrisa, et au bout de dix jours la guérison était complète.

Un homme de vingt-huit ans, d'une bonne constitution, entra le 9 avril 1861 à l'hôpital de Rennes pour une plaie du genou datant de trois semaines. La blessure avait été faite avec une hache, il était sorti par la plaie un liquide incolore, visqueux; malgré cela il avait encore continué à travailler pendant trois jours. Obligé de se mettre au lit par suite des accidents survenus, on avait cherché à les combattre à deux reprises par une application de quinze sangsues.

A son entrée à l'hôpital, le genou est douloureux, surtout en dedans; il est notablement tuméfié ainsi que la cuisse; à la face interne du membre on observe quelques plaques rouges. Il sort par la plaie environ 60 grammes d'un liquide purulent mêlé de sang. La réaction inflammatoire générale et locale, assez vive, fut combattue par l'emploi des boissons délayantes, des pilules d'extrait gommeux d'opium et l'usage des onctions d'onguent napolitain; le membre fut maintenu dans l'immobilité. Le 10 avril, une petite ponction, qui donna issue à du pus, amena un soulagement momentané, car dans les jours qui suivirent l'état du malade devint beaucoup plus grave, et malgré un traitement actif destiné à combattre les accidents inflammatoires, un an après l'accident le malade était encore dans le service, le genou était ankylosé, une portion du fémur s'était nécrosée et il restait encore plusieurs trajets fistuleux. A ce moment l'état général s'était beaucoup amélioré.

Voici maintenant quelques autres faits que j'ai eu occasion d'observer à Sainte-Eugénie :

Dubois, âgé de neuf ans et demi; plaie pénétrante simple du genou par instrument tranchant; un mois de séjour à l'hôpital; guérison, sans accidents.

Albert Rival, âgé de sept ans; plaie contuse de la cuisse et de la jambe avec ouverture de l'articulation du genou; amputation immédiate de la cuisse; guérison.

X..., âgé de quinze ans; ancienne tumeur blanche du genou ankylosée; chute sur ce genou avec large plaie pénétrante; amputation immédiate; guérison.

Farge, âgé de six ans; plaie contuse de la cuisse et de la jambe; ouverture de l'articulation; amputé dix-huit heures après l'accident, mort quarante-huit heures après.

M. GIRALDÈS. J'ai eu l'occasion d'observer dans mon service deux faits identiques en apparence, l'un s'est terminé par la guérison, l'autre par la mort. Il s'agissait dans les deux cas de plaie du genou causée par la pénétration d'une aiguille. J'ai fait l'extraction du corps étranger dans les deux cas par une incision de 0,01, j'ai soumis les malades au même traitement, et vous savez cependant combien la terminaison a été différente.

Il ne faudrait donc pas donner aux plaies du genou plus de gravité ni plus d'innocuité qu'elles n'en ont réellement, et trop chercher à prévoir leurs terminaisons en les divisant en catégories. Il est bien certain que pour d'autres espèces de plaies que celles que je viens de citer, on observera des résultats tout aussi différents, dans des cas cependant semblables. En réunissant une masse d'observations, vous pourrez évidemment vous mieux diriger, mais jamais établir de règle absolue. La chirurgie deviendrait trop facile si l'on pouvait, à l'aide d'une simple addition, résoudre les problèmes complexes qu'elle nous offre.

Je ne veux cependant pas méconnaître l'intérêt de la discussion, mais je crois qu'elle gagnerait à rester circonscrite aux cas analogues à celui qui a servi de texte à M. Verneuil.

M. TARNIER. Le fait que je vais citer ne ressemble pas à celui de M. Verneuil, aussi ferai-je observer que c'est à sa sollicitation que je le produis dans la discussion.

Pendant les vacances, dans le village que j'habitais, un charron, en maniant une grande hache, calcula mal un de ses coups et l'instrument vint frapper le côté externe de l'articulation du genou droit, audessous de la rotule. Il fit là une plaie nette, de deux centimètres de long seulement, dirigée de la rotule vers le creux du jarret. L'observation que je raconte montre donc qu'un instrument tranchant de grand volume peut produire une plaie de petite étendue. Je fais cette remarque en passant, pour l'opposer à quelques objections faites au début de cette discussion.

Je fus appelé immédiatement après l'accident dont je parle. La plaie laissait couler un liquide filant, onctueux, qui ne laissait aucun doute sur la nature d'une plaie pénétrante du genou. Je crus à des complications probables, et je plaçai le malade sous l'irrigation continue. Un seau percé à son fond et une toile cirée comme on en trouve partout, me servirent à construire l'appareil à irrigation, et je dois dire qu'il remplit bien son but et que la literie ne fut pas mouillée. L'irrigation fut continuée pendant plusieurs jours; aucune inflammation ne se manifesta, et douze jours après l'accident le malade était complétement guéri et pouvait marcher avec la plus grande facilité.

M. VERNEUIL. Les critiques adressées à la statistique ne sont pas nouvelles. Réunir les faits, les comparer, les compter me semble cependant la seule méthode acceptable pour les chirurgiens désireux de substituer à des préceptes vagues, souvent à des banalités, des notions précises. Vous trouverez dans Boyer des préceptes pour le traitement des plaies du genou, mais vous chercherez en vain, dans son ouvrage, un chapitre sur les fractures de la rotule compliquées de plaies. Personne ne voudrait cependant douter de l'utilité de leur étude. La discussion que vous poursuivez ne pourra manquer de contribuer à combler de semblables lacunes, déjà elle a produit assez de fruits pour que son utilité soit reconnue.

J'y vois cependant un écueil; les faits heureux se montrent de préférence; si la discussion continue, ils vont affluer. Aussi, ne saurais-je trop prier nos collègues et nos confrères de ne nous fournir que des statistiques intégrales où figureront les cas heureux, bien entendu, mais aussi les cas malheureux.

M. SALMON. Dans ma pensée, ce n'est pas à la pénétration, mais aux complications qui l'accompagnent, qu'il faut surtout accorder de l'importance. Je pourrais, à l'appui de cette proposition, citer des cas de pénétration simple du genou, je ne le crois pas opportun. Vous rencontrez chaque jour, dans les fractures compliquées des diaphyses, les mêmes conditions et les mêmes accidents que dans les plaies d'articulation, qui, avec la pénétration, vous offrent des fracas osseux et des épanchements. Le membre se tuméfie, s'infiltre de liquides et de gaz, le malade meurt, et meurt d'infection putride.

Vous rencontrerez aussi, comme dans l'observation suivante, des accidents nés à l'occasion d'une plaie articulaire, mais ayant leur siége en dehors de l'articulation, et cependant assez graves pour tuer le malade.

OBS. I. — Un charretier d'une trentaine d'années est apporté à l'Hôtel-Dieu, il y a deux ans environ, à la suite d'un accident dans lequel il avait été traîné par ses chevaux, sur le sol, la face contre terre.

Il portait au côté externe de l'articulation du genou droit une vaste plaie, à lambeau, ayant disséqué le devant de la rotule immédiatement au-dessous de la peau; plus une plaie pénétrante de l'articulation, de 2 à 3 centimètres d'étendue, avec déchirure partielle en avant du ligament latéral externe, et usure des parties correspondantes, des tubérosités du tibia et des condyles du fémur.

Traitement. — Lavage de la plaie à grande eau, injection d'eau à plusieurs reprises dans l'article pour enlever les cailloux qui pouvaient y séjourner, puis deux injections d'iode et d'eau (30 grammes d'eau pour 4 grammes environ d'iode ioduré avec 1 gramme d'iodure de potassium environ), enfin irrigations froides.

Pas d'accidents jusqu'au cinquième ou sixième jour; puis rougeur le long de la jambe et phlegmon commençant de cette partie. Alors, badigeonnage avec une solution concentrée de nitrate d'argent, qui eut l'inconvénient de former autour du membre une sorte de cuirasse métallique, qui masqua ensuite les progrès du phlegmon.

Le neuvième jour, trismus, puis tétanos généralisé.

On ouvre largement les foyers en suppuration de la jambe; en suivant un de ces foyers en haut, vers le creux poplité, on arrive à une vaste collection de pus péri-articulaire, dans laquelle on constate une quantité assez considérable de graviers.

Mort le surlendemain sans rémission des accidents tétaniques.

A l'autopsie, collections purulentes dans la jambe; pas de liquide dans l'articulation qui n'avait pas non plus augmenté de volume pendant la vie, et qui n'était remplie que de fausses membranes blanchâtres et molles, sans mélange de pus liquide.

A côté de ce fait, je citerai le suivant que je dois à l'obligeance de mon collègue M. Maunoury.

Obs. II. Un enfant de dix ans, en poursuivant un de ses camarades, au sortir de la classe, tomba sur les genoux; le genou gauche porte sur une pierre siliceuse à bord tranchant.

Il résulte de cette chute une plaie oblique de 8 centimètres de long, à la partie interne du genou gauche; l'articulation est ouverte, et le cartilage d'encroûtement du condyle interne du fémur est entaillé par le tranchant de la pierre, dans une étendue d'une pièce de cinq francs environ.

Cette portion ostéo-cartilagineuse était encore adhérente au fémur par un pédicule étroit; la portion libre faisait saillie et était mobile au milieu de la plaie.

Cet enfant fut conduit à l'hôpital de Chartres, quinze heures après l'accident; la portion du cartilage fut excisée, les lèvres de la plaie rapprochées, et le membre placé dans une position immobile et demi-fléchie.

Application de compresses imbibées d'eau fraîche pendant les premiers jours.

Il survint une inflammation dans l'articulation, avec suppuration assez abondante; cette suppuration diminua insensiblement, et après six semaines de séjour à l'hôpital, la suppuration disparût et la plaie se cicatrisa complétement; on put étendre la jambe sans douleur bien vive, et l'enfant sortit de l'hôpital guéri, mais ne pouvant encore marcher.

Depuis deux mois, nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Dans ce cas éclatent dans l'articulation des phénomènes franchement inflammatoires, qui n'empêchèrent pas la guérison.

Je ne veux pas nier leur gravité, mais je crois que nous devons surtout nous méfier des cas où l'ensemble des complications paraît prédisposer à l'infection putride, et qu'il faut opérer dans ces conditions, mais s'abstenir dans les cas simples.

M. VERNEUIL. Nous avons surtout en vue le pronostic des plaies du genou, ce n'est pas l'alléger que de montrer, à l'occasion d'une plaie qui intéresse cette articulation, le malade succombant à des accidents développés dans le voisinage de l'article. La pénétration n'aurait, d'après M. Salmon, qu'une importance secondaire. Je ne crois pas que les faits de pénétration simple qu'il a invoqués témoignent davantage en faveur de son opinion. Il serait facile d'apporter une bien longue liste de pénétrations simples suivies de mort; mais il suffit de rappeler les accidents désastreux qui ont suivi les tentatives d'extraction de corps étrangers du genou par l'incision directe. Enfin, je ne puis accepter la comparaison établie par notre collègue entre les fractures compliquées des diaphyses et celles des articulations. On sauve bon nombre de blessés dont le fémur a été brisé par une balle, ceux dont l'articulation de la hanche est atteinte sont presque fatalement voués à la mort.

PRÉSENTATION.

Coxite rhumatismale aiguë, avec ostéo-périostite de la partie supérieure du fémur.

M. MARJOLIN. J'ai déjà eu occasion de communiquer à la Société quelques faits d'ostéo-périostite sur-aiguë; dans l'observation suivante la maladie a marché avec une rapidité inusitée.

Le 4 septembre on amena à la consultation une jeune fille de six ans ayant les apparences d'une bonne constitution et dans un délire complet. L'interne qui l'admit pensa d'abord qu'il s'agissait d'une méningite, mais le soir en l'examinant il reconnut l'existence d'un empâtement considérable à la partie supérieure de la cuisse et diagnostiqua un phlegmon profond. Le 5 au matin, j'examinai la malade et mon avis fut qu'il existait une ostéo-périostite de la partie supérieure du fémur; l'enfant était dans un délire tel qu'il était difficile de faire aucune recherche. A cinq heures du soir elle était morte.

A l'autopsie nous avons trouvé les méninges et le cerveau très-injectés, sans trace de suppuration. Les plèvres avaient contracté des adhérences dans plusieurs points, des deux côtés un peu d'épanchement rouge séreux. Les poumons étaient fortement congestionnés dans plusieurs points de vastes foyers apoplectiques, mais pas d'abcès métastatiques. Tout le péricarde était couvert de fausses membranes; rien aux orifices du cœur. Le foie rouge congestionné. La capsule coxo-fémorale était rompue, le ligament rond intact baignait dans une sanie rougeâtre qui avait décollé tout le périoste du fémur dans son quart supérieur et s'était infiltrée dans les muscles de la cuisse jusqu'au tiers inférieur. La trame osseuse présentait aussi des traces d'inflammation.

En présence d'accidents aussi graves, se succédant avec tant de rapidité, il était bien important d'avoir quelques renseignements. Voici ceux qui nous ont été donnés: sans cause appréciable, l'enfant avait été prise le jeudi 31 août de douleurs très-vives dans le haut de la cuisse; elle se met au lit, et dès le lendemain elle fut prise de délire; dans la nuit du dimanche au lundi, il survint des vomissements et le délire alla toujours en augmentant. L'examen du corps ne nous révéla aucune trace de contusions provenant de chute ou de mauvais traitements.

M. GIRALDÈS. Les inflammations phlegmoneuses du périoste surviennent surtout chez les enfants à la suite de refroidissements. J'ai observé dans plusieurs cas une péricardite concomitante, et trouvé le péricarde rempli de fausses membranes. Pour moi, cette grave affection doit être considérée comme rhumatismale.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, Dr F.-H. GUYON.

THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

pendant l'année 1865.

148. Rétrécissement des voies aériennes (larynx, trachée, bronches), par M. Mary.

149. Considérations générales médico-physiologiques sur la folie au point de vue de la responsabilité et de la simulation, par M. Robinet.

150. Études sur les tempéraments, par M. Maynée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— M. Daviers, professeur de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Jouvet, qui a donné sa démission.

— M. Bach, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie externe (chaire nouvelle).

— M. Potain, agrégé en exercice, est chargé de suppléer, près la Faculté de médecine de Paris, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1865-1866, M. Andral, professeur de pathologie générale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Ecrepaborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité iconographique des maladies chirurgicales, par M. Benjamin Anger, prosecteur des hôpitaux de Paris, précédé d'une introduction par M. le professeur Velpeau, membre de l'Institut. *Première monographie: Luxations et fractures*. 3e livraison comprenant 8 planches coloriées avec texte explicatif. Prix: 12 fr. Paris, 1865, Germer Baillière, libraire-éditeur.

Traité élémentaire de pathologie interne, par M. Ed. Monneret, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. — La 6e livraison vient de paraître. Prix de chaque livraison: 3 fr. rendue *franco* dans toute la France et l'Algérie. L'ouvrage se composera de trois forts volumes grand in-8° et sera publié en 12 livraisons de 160 pages chacune, qui paraîtront régulièrement de quatre en quatre mois. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Influence du système nerveux sur les phénomènes physico-chimiques de la vie de nutrition, par le docteur Rouet, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris. In-8° de 52 pages. Prix: 1 fr. 25 *franco*. — Paris, 1865, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le cinquième demi-volume (1er du tome troisième) vient de paraître aux libraries Victor Masson et fils et P. Asselin. Il contient les principaux articles suivants: Aliénation, par MM. Parchappe et Linas. — Aliénés, par M. Calmeil. — Alimentation, par M. Fonssagrives. — Aliments, par M. Coulier. — Allaitement, par M. Jacquemier. — Allemagne, par M. A. Guillard. — Allumettes, par M. Beaugrand. — Aloès, par MM. Baillon, Reveil et Fonssagrives. — Divers articles de botannique, par M. Baillon. — Diverses sources d'eaux minérales, par M. Rotureau. — La Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau et Daremberg. — Prix du demi-volume, rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie, 6 fr. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 113. — MARDI 26 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 26 SEPTEMBRE 1865. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la Gazette un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL BEAUJON. — M. SÉE.

Leçons de physiologie clinique (1).

(Recueillies par le dr Maurice Raynaud.)

CAUSES DES ANÉMIES.

Exsudations muqueuses.

Pour les liquides exsudés, on peut établir, comme pour les transsudats séreux, comme pour les sécrétions normales, une hiérarchie basée sur leur composition, c'est-à-dire sur la quantité de corpuscules et de principes albumineux.

La sécrétion du mucus, la suppuration, certaines diarrhées, exercent sur l'économie une dépréciation qui augmente proportionnellement au nombre et à la valeur organique de leurs éléments constituants; les hydropisies et l'albuminurie doivent leur action dépressive principalement à l'albumine dont elles dépouillent le plasma et par conséquent tout l'organisme; les exsudats muco-purulents agissent et par ce motif et par la perte des corps morphologiques.

Mucus. — Le mucus est, en effet, formé principalement par des cellules appelées corpuscules muqueux, par de nombreux débris d'épithélium, et par une substance protéique qui, sous le nom de mucine, donne la viscosité à ce liquide, dont elle forme les 5/100es.

Les catarrhes muqueux, qui ne sont que l'exagération de la sécrétion normale du mucus, entraînent la perte de ces éléments figurés et organiques, et finissent par modifier le sang, par amoindrir les forces. Les follicules muqueux et le tissu adénoïde des membranes muqueuses, qui fournissent ces exsudats, subissent eux-mêmes une altération qui peut se traduire par une diminution des corpuscules lymphoïdes, par conséquent des globules rouges qui en dérivent, au moins en grande partie.

Ces effets s'observent fréquemment à la suite du catarrhe chronique des bronches et de la bronchorrhée; mais c'est surtout chez les femmes atteintes de catarrhe utérin ou de leucorrhée que l'anémie se prononce. Notre regrettable collègue Becquerel avait signalé avec raison les différences qui séparent cette oligocytémie consécutive, et la chlorose vraie qui s'accompagne aussi de sécrétions utérines exagérées; l'anémie des leucorrhéiques ne réclame que le traitement des maladies de l'utérus, tandis que la chlorose guérit par les préparations ferrugineuses; j'ajoute à cette donnée de l'observation clinique que, si le fer guérit le catarrhe utérin des chlorotiques, c'est que cette sécrétion se rattache sans doute à une menstruation incomplète ou troublée, bien plutôt qu'à une lésion permanente de la membrane muqueuse.

Suppuration. — Le pus présente une composition plus complexe que le mucus, on y constate : 1° des globules qui offrent la plus grande analogie avec les leucocytes du sang; 2° une quantité très-marquée d'albumine (4 à 5 pour 100), une substance protéique très-définie appelée pyine, un acide azoté et des traces de leucine (Bödeker); 3° des graisses avec la cholestérine (1,09); 4° des sels solubles et des phosphates terreux avec du fer; 5° dans le pus séreux des individus affaiblis, une matière colorante bleue contenant du fer; c'est la pyocyanine (Fordas, Delore, Gubler). Ainsi le pus rappelle, pour ainsi dire, tous les éléments du sang, et comme sa formation résulte de la destruction du tissu connectif ou des épithéliums, elle atteint à la fois les solides et les liquides; de là l'aspect marastique, la pâleur, la faiblesse des malades qui ont subi des opérations graves, ou qui sont sous l'influence d'une suppuration ancienne abondante, quelle qu'en soit l'origine; dans ces cas le sang n'est pas seul à se déprécier; tous les organes participent au marasme; l'état des reins mérite surtout de fixer l'attention de nos chirurgiens; l'affection brightique et particulièrement la dégénérescence amyloïde des artérioles et du parenchyme rénal est une des plus graves et des plus fréquentes conséquences des suppurations osseuses, ainsi que je l'ai constaté chez les enfants scrofuleux atteints de carie vertébrale ou de coxalgie suppurée; l'albuminurie et l'hydropisie accompagnent souvent, mais non constamment, cette forme spéciale et mortelle de l'altération rénale chez les scrofuleux et les amputés.

(1) Voir les numéros des 14, 19 et 21 septembre.

Diarrhées stercorales, muqueuses, séreuses.

Les diarrhées réclament une étude spéciale; le clinicien en a fixé depuis longtemps la valeur séméiologique; plus récemment la chimie a tenté d'analyser ces déperditions si diverses; c'est à la physiologie que je m'adresse pour prononcer en dernier ressort sur la valeur et l'origine de ces produits éliminatoires.

Or, les uns se rattachent à la série des substances naturellement contenues dans l'intestin; d'autres ont leur origine dans le sang lui-même, dont le plasma transsude partiellement à travers les capillaires de l'intestin; d'autres produits enfin sont élaborés ou exsudés par l'intestin lui-même; de là les diarrhées stercorales, séreuses, exsudatives.

Diarrhées stercorales. — A l'état normal les matières excrémentitielles sont formées ainsi : les résidus d'aliments non digérés ou non digestibles (cellules végétales, vaisseaux spiroïdes, grains de fécule, faisceaux musculo-tendineux, fibres connectives, vésicules graisseuses, tissu adipeux); 2° les liquides sécrétés par l'intestin, à savoir le mucus et le suc intestinal; 3° le suc pancréatique et la bile.

La majeure partie de la bile est de nouveau résorbée; l'autre partie se transforme dans le tube intestinal en matière résinoïde et autres produits de décomposition destinés à être éliminés (dyslysine, acide choloïdique, taurine, matière colorante modifiée). Les sels biliaires (cholates et choléates) ne se retrouvent dans les excréments que si les aliments parcourent l'intestin trop rapidement, s'il y a une diarrhée muqueuse, ou provoquée par l'usage des purgatifs salins, ou bien enfin si la sécrétion biliaire est exagérée, ce qui est difficile à démontrer.

Tous les autres éléments excrémentitiels proviennent des trois autres espèces de liquides digestifs; tels sont d'abord les graisses, qui sont quelquefois en assez grande quantité pour donner la consistance de l'acide palmitique (selles graisseuses). Au groupe des matières grasses se rattachent la cholestérine, les acides gras, volatiles ou fixes, les acides acétique et lactique, quelques traces d'albuminates, et d'une substance appelée excrétine. Un deuxième groupe est formé par les sels inorganiques, la plupart insolubles, surtout des phosphates terreux et ammoniaco-magnésiens, du fer et de la silice; les sels solubles, tels que les chlorures, carbonates alcalins, ne passent en effet dans l'intestin en quantité marquée que si les matières n'y séjournent pas. L'eau, qui tient ces sels en dissolution, est représentée ordinairement par 73,3 parties contre 26,7 pour 100 de principes solides (Wehsarg); mais ces proportions augmentent d'autant plus que les aliments passent plus rapidement, contiennent eux-mêmes plus d'eau et sont plus difficiles à résorber.

Toutes ces substances graisseuses et acides salines, ou aqueuses, proviennent des sucs digestifs, chyme, mucus, bile. Si le flux intestinal ne comprend que les aliments indigestibles, il ne saurait produire d'inconvénient réel, mais s'il est entraîné au dehors des substances qui ne sont pas ordinairement réfractaires à la digestion, on voit bientôt se manifester les phénomènes de l'inanition, de l'amaigrissement et de l'anémie; c'est ce qui a lieu dans les lientéries chez l'adulte, et surtout chez l'enfant; mais ces lientéries constituent ordinairement une diarrhée complexe.

La perte des éléments de la bile n'est préjudiciable qu'autant qu'elle porte sur les sels biliaires; la déperdition du pigment et des matières résinoïdes peut s'exagérer impunément; chez les animaux auxquels on a pratiqué des fistules biliaires, l'amaigrissement survient rapidement et prend des proportions considérables, à moins qu'on ne multiplie considérablement la ration alimentaire (Budder et Schmidt). C'est qu'en effet toute la bile se perd en pareil cas; chez l'homme les flux biliaires sont rarement isolés, et c'est pourquoi leurs effets se distinguent difficilement des phénomènes des diarrhées muqueuses qui les accompagnent ordinairement.

Diarrhées muqueuses. — Sous le nom de diarrhées muqueuses, on devrait distinguer la perte du suc intestinal digestif, l'hypersécrétion de la membrane muqueuse et l'exsudation muco-purulente; la théorie assigne sans doute à la déperdition du suc digestif et à la suppuration plus de gravité qu'au simple catarrhe muqueux; mais l'analyse n'a pas permis jusqu'ici de séparer le suc et le mucus, et le microscope n'a pas tracé de limites entre les cellules muqueuses et purulentes.

La pratique nous démontre, au contraire, une certaine affinité au point de vue de leur mode de formation; toutes les diarrhées muqueuses chroniques me semblent dépendre, ou d'une excitation locale (et c'est ce qui a lieu le plus souvent), ou d'un trouble dans la circulation, ou d'une perturbation dans l'influx nerveux.

Celle-ci ne produit que rarement une diarrhée persistante, à moins que les vaisseaux de l'intestin ne se paralysent, ne se dilatent, ainsi qu'on l'observe chez les animaux après l'extirpation du ganglion cœliaque (Budge). Il se forme alors une hypérémie, et c'est là en effet la circonstance qui favorise le plus la transsudation du sérum du sang et plus tard la formation de cellules et de mucus.

Sous l'influence des obstacles circulatoires, quels qu'ils soient, dans les maladies des organes respiratoires et du cœur, qui empêchent la déplétion de la veine-cave, dans les maladies du foie, qui s'opposent à la circulation du sang de la veine-porte, dans les hypérémies fluxionnaires intestinales, qui résultent d'un changement de la circulation périphérique, ainsi qu'on l'observe à la suite de vastes brûlures de la peau, l'intestin devient le siége d'un catarrhe simple, et plus tard de lésions plus graves, qui intéressent le tissu muqueux et déterminent des déperditions intestinales souvent mortelles. Les diarrhées muqueuses moins graves et qui s'arrêtent ordinairement aux effets de l'anémie, sont celles qui résultent d'une excitation locale de l'intestin; sans parler des helminthes qui peuvent bien produire une irritation catarrhale dont le médecin n'a pas à tenir compte, car elle cède rapidement aux vermifuges, la cause la plus habituelle du catarrhe, c'est l'excitant physiologique lui-même, c'est la masse stercorale. Lorsqu'elle est arrêtée dans un point de son parcours, elle subit des décompositions anomales, et il se forme des substances qui produisent sur la muqueuse intestinale des effets d'irritation manifeste.

Or, les péritonites partielles sont fréquentes (Virchow); elles sont suivies de déplacements, torsions, flexions et rétrécissements de l'intestin, qui deviennent ainsi la cause des constipations, en même temps que le point de départ de la fermentation des matières fécales arrêtées dans leur trajet.

Ce genre d'irritation qui mérite de fixer toute l'attention des praticiens ne détermine ordinairement chez l'adulte qu'une sécrétion peu abondante d'un mucus épais, quelquefois même insuffisant pour constituer un flux diarrhéique; Niemeyer pense que la couche visqueuse de mucus qui recouvre la muqueuse intestinale peut s'opposer à l'absorption du chyle, enrayer ainsi la nutrition et produire l'anémie; mais si le catarrhe affecte le gros intestin, ce qui a lieu le plus souvent, la surface absorbante perd son importance. Ce n'est donc pas là son principal mode d'action.

Le mucus, sécrété dans l'intestin, semble, au contraire, agir par voie clinique, comme un ferment sur le contenu intestinal; sa décomposition, dès lors, est prompte et anomale, et il en résulte une grande quantité de gaz qui dilatent l'intestin; le ventre devient tendu, le diaphragme est refoulé vers le thorax, la respiration est gênée, les vaisseaux artériels sont comprimés, des manifestations congestives ont lieu vers la face et la tête; les malades se préoccupent sans cesse de leur état; de là tous les phénomènes de l'hypochondrie, ou le découragement le plus complet, provoqué par ces souffrances diverses.

Au milieu de ces alternatives douloureuses, la constipation tend à prédominer, et par conséquent à provoquer de nouvelles sécrétions muqueuses; ces matières qui sont évacuées en petite quantité sont ordinairement recouvertes de mucus vitriforme ou pyoïde.

De temps à autre, le flux prend des proportions plus marquées; d'énormes masses de mucus glaireux, entremêlé de matières fétides, sont évacuées d'une manière très-rapprochée, ce qui permet de supposer qu'il se forme alors dans l'intestin des produits de décomposition, qui font passer le catarrhe chronique à l'état aigu.

D'autres fois, des masses de mucus concrété sont rejetées sans matières fécales après des épreintes et des coliques vives; ces concrétions rappellent ordinairement l'albumine coagulée, mais elles prennent parfois la forme de longs cylindres enroulés comme des vers, et cette grossière analogie induit souvent les malades en erreur.

Ces diverses variétés de catarrhe muqueux chronique constituent une des maladies les plus fréquentes et les plus difficiles à guérir; les purgatifs qui semblent naturellement indiqués sont tout aussi contraires que les narcotiques; par ces moyens généralement usités, je voyais les malades promptement dépérir ou s'affaiblir; l'expérience m'a démontré la nécessité d'alimenter : 1° avec des substances à résidu considérable, comme le pain de son; 2° avec la viande crue; 3° en même temps, je prescris des douches ascendantes tièdes et la gymnastique.

Diarrhées formées par le sérum du sang. — Les transsudats intestinaux, dont la composition rappelle celle du sérum du sang, peuvent être provoqués facilement par la méthode

expérimentale; certains purgatifs salins ingérés à l'état de solution concentrée, produisent par voie d'endosmose et de diffusion le passage de la sérosité des capillaires intestinaux dans le tube intestinal; la plupart de ces purgatifs opèrent en même temps une irritation passagère de l'intestin, une hypersécrétion muqueuse, mais la nature des excréments prouve qu'il y a une véritable transsudation du sérum avec triage de ses éléments. En effet, l'analyse chimique y démontre l'albumine et les sels du sérum, l'albumine en petite quantité, la partie saline cinq ou six fois plus considérable que l'albumine, l'eau plus abondante que dans toute autre transsudation (Carl Schmidt).

Considérées au point de vue pathologique, les transsudations offrent trois types divers dans le choléra, dans la dyssenterie et la fièvre typhoïde, la diarrhée cholérique présentant la plus grande analogie avec la diarrhée de purgation.

Diarrhée cholérique. — Les selles cholériques sont caractérisées, non-seulement par la quantité d'eau, mais surtout par leur richesse en chlorures alcalins; le chlorure de sodium dépasse quelquefois à lui seul toute la masse des matières organiques; or, c'est là le sel qui domine dans le sérum du sang. Un autre caractère non moins remarquable est la quantité minime d'albumine (Carl Schmidt); en effet, les concrétions résiformes qu'on observe dans le choléra épidémique sont formées presque exclusivement par des masses épithéliales entremêlées d'un peu de mucus. — Ce sont là les éléments constants des selles cholériques; la bile manque presque absolument, de même que les acides gras volatiles, parfois une petite quantité d'urée, ou des sels ammoniacaux qui en dérivent.

La spoliation portant surtout sur les éléments aqueux et salins du sang, son albumine étant à peine compromise, on s'explique facilement la prompte réparation des déperditions pendant la convalescence, le rétablissement rapide du cholérique; les éléments histologiques du sang sont moins usés que le sérum, l'anémie est rare, ou du moins transitoire, et ce qui est plus rare encore, c'est la désalbumination du sang; aussi ce liquide n'offre-t-il aucune tendance à s'infiltrer dans le tissu cellulaire, les hydropisies sont tout à fait exceptionnelles.

Diarrhée dyssentérique. — La diarrhée dyssentérique présente des caractères et des conséquences entièrement opposés; la partie aqueuse et saline est à peine marquée; mais dès que la dyssenterie est arrivée à sa période de développement complet, les évacuations contiennent une grande quantité d'albumine, mêlée de mucus vitriforme et, à un degré plus avancé, d'exsudats fibrineux, de globules de sang et de pus. De pareilles pertes atteignent le sang jusque dans ses principes plastiques; de là un appauvrissement manifeste en albumine et en globules; de là la grande faiblesse qui suit les dyssenteries, l'anémie grave et persistante, et surtout l'anémie albumineuse avec toutes ses suites, c'est-à-dire avec les infiltrations œdémateuses des membranes.

Diarrhée typhique. — Les évacuations typhiques présentent des caractères mixtes. Par le repos, ces liquides se séparent en deux parties; l'une contient beaucoup de sels solubles, c'est-à-dire des chlorures, comme dans le choléra, mais aussi de l'albumine dissoute, comme dans la dyssenterie; le dépôt, ordinairement mêlé de résidus biliaires, renferme du mucus et une grande quantité de phosphate ammoniaco-magnésien cristallisé qu'on avait considéré comme caractéristique, mais qui se retrouve aussi parfois dans l'état physiologique.

HOSPICE SAINT-JACQUES DE BESANÇON. — M. COUTENOT.

Cirrhose du foie, hépatite aiguë, suites d'intoxication saturnine. Cirrhose par suite d'intoxication alcoolique. Considérations sur la nature de la cirrhose.

(Observation recueillie par M. AUBRY, interne du service.)

Il est des agents toxiques qui, tout en produisant sur l'économie des troubles généraux, se localisent, s'accumulent dans certains points de cette économie. Ils se choisissent ainsi un lieu d'élection, se constituent une sorte de réservoir d'où ils peuvent ensuite rayonner dans tous les sens.

Parmi ces agents toxiques, les poisons minéraux et le plomb en particulier ont choisi, pour y établir leur foyer, une annexe importante du tube digestif. Cette annexe est le foie, organe que sa texture, la nature complexe des fonctions qu'il remplit, rendent d'une grande susceptibilité pathologique. Ce n'est donc pas s'écarter d'une saine logique, en disant que la présence matérielle d'un agent toxique, présence démontrée par l'analyse chimique, peut déterminer, dans la texture et les fonctions de cette glande, des lésions considérables, abstraction faite des phénomènes généraux d'intoxication.

L'observation, d'ailleurs, est venue en aide à l'induction, et, deux fois, il nous a été permis de voir et de juger les faits que nous allons avancer.

Marie X... entre à l'hôpital le 15 novembre 1864. A plusieurs reprises déjà, elle y a été traitée pour différents accidents se rattachant à l'intoxication saturnine (paralysie des extenseurs, délire, état comateux). Agée de trente ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament lymphatique, la malade, malgré les avis répétés de M. Coutenot, chef du service médical, n'avait point discontinué son travail dans une faïencerie de Besançon, établissement tellement insalubre que, dans l'espace de six mois, il nous a fourni cinq cas d'accidents saturnins parmi les compagnes de celle qui fait le sujet de cette observation.

A son entrée, nous trouvons la malade avec l'aspect extérieur d'une cachexie profonde, le teint subictérique, l'œil vitreux, les narines pulvérulentes, les dents fuligineuses et déchaussées, les gencives saignantes. Les deux membres supérieurs sont complétement paralysés, les membres inférieurs ont conservé certains mouvements. Il y a un peu d'ascite. Tous ces phénomènes durent depuis une huitaine de jours environ.

Deux millig. de strychnine sont administrés.

Le lendemain, 16 novembre, la paralysie gagne les muscles du tronc et emporte rapidement la malade dans un état complet d'asphyxie.

Trente heures après la mort, nous procédons à l'examen nécroscopique.

Le cerveau, les poumons, le cœur, leurs enveloppes respectives, ne présentent aucune lésion de structure. Un sang noir et diffluent regorge dans tout le système veineux, résultat manifeste de l'état d'asphyxie au milieu duquel la malade a succombé. La muqueuse stomacale et intestinale est un peu rouge, la rate de consistance ordinaire. Un liquide citrin est épanché dans la cavité péritonéale. Sa quantité peut être évaluée à un litre et demi. Le foie, un peu plus petit qu'à l'état normal, présente une surface mamelonnée sur la face supérieure, plutôt ridée et ratatinée à la face inférieure. Il ne se laisse pas déchirer comme le tissu du foie normal, mais offre une certaine résistance aux tractions. A la coupe, l'aspect granité est conservé; seulement, loin de participer à la congestion veineuse des autres organes, le fond de sa coloration est jaunâtre et anémiée. Quelques lignes rougeâtres se montrent dans la masse. La bile et la vésicule biliaire sont intactes. L'examen histologique n'a point été fait; mais, d'après les caractères observés, il n'est point douteux que nous nous trouvions en face d'une cirrhose débutante du foie.

Chacun des viscères a été pris, isolé, puis carbonisé séparément dans l'acide azotique, chaque résidu soumis ensuite à l'analyse qualitative seulement. Chacun d'eux a fourni des traces très-appréciables de plomb, mais le foie en a donné une quantité considérable. Nous regrettons que l'analyse quantitative n'ait point été faite, elle nous aurait fourni ici un élément très-curieux. Nous pouvons seulement dire que la quantité de métal trouvée dans le foie était au-dessus, de toutes proportions, de celle contenue dans les autres viscères soumis à l'analyse. Le cerveau seul n'a point présenté de traces de l'agent toxique.

Deux semaines après, une femme travaillant dans la même fabrique, ayant déjà été traitée pour des douleurs arthralgiques avec le liséré bleuâtre des gencives, entrait à la salle Sainte-Elisabeth pour une hépatite aiguë. Vomissements bilieux répétés, teinte ictérique de la peau, malaise général, sentiment de pesanteur et douleur à la pression dans l'hypochondre droit. Le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigt, réaction fébrile intense avec exacerbation le soir.

La malade n'a reçu aucun coup dans la région hépatique; sa santé antérieure, abstraction faite des accidents saturnins précités, est excellente. Son tempérament lymphatique écarte toute idée de susceptibilité idiosyncrasique du foie.

Le traitement n'offrit rien de particulier; des antiphlogistiques énergiques employés au début enrayèrent les accidents inflammatoires. Quelques purgatifs salins ensuite et l'eau de Vichy postérieurement achevèrent la guérison.

Voilà donc deux malades, dans le cours d'une intoxication saturnine, présentant chacune une lésion du foie, précisément déterminée par cette intoxication.

On pourra, il est vrai, objecter que les deux faits cités peuvent être le résultat d'une coïncidence qui n'a pas de raison d'être dans un autre cas, et que, pour tirer une conclusion aussi nette, il serait besoin de mettre en avant des observations plus nombreuses. Admettant l'objection, je pourrai répondre qu'à l'observation des deux faits déjà cités je puis ajouter l'induction, induction légitime, en ce sens qu'elle s'appuie sur un fait vrai : la présence du poison dans l'organe malade et la quantité beaucoup plus considérable de ce métal dans le foie que dans tout autre viscère.

Dans le mode d'action du poison saturnin, dans la physiologie pathologique, nous trouvons d'ailleurs l'explication de ces faits.

La paralysie de la fibre musculaire constitue, comme chacun le sait, un des grands modes d'action du poison saturnin. Or, dans le système circulatoire du foie, l'élément musculaire va se trouver, dans les innombrables divisions de ce système, soumis à l'action directe de l'agent toxique accumulé dans la glande. Evidemment il peut et doit subir son action.

Nous pouvons donc conclure logiquement que, dans un certain nombre de cas, la paralysie plus ou moins complète des fibres musculaires du système circulatoire du foie aura lieu.

Cette paralysie admise, la physiologie vient nous prêter son concours pour nous indiquer son effet. C'est la dilatation du calibre des vaisseaux, conséquemment l'abord plus considérable du liquide nourricier, c'est la congestion, l'hypérémie, les accidents inflammatoires plus ou moins aigus.

Que cette hypérémie, que ces accidents congestifs, s'établissent lentement, progressivement, ils vont être le point de départ d'un travail sub-inflammatoire dans l'enveloppe celluleo-fibreuse des acini. La conséquence de cette sub-inflammation sera l'exsuda dans les cavités limitées par la capsule de Glisson, l'organisation fibreuse de cet exsuda, la cirrhose en un mot. Il advient là le même phénomène que dans la maladie de Bright, la néphrite albumineuse de M. Rayer; une exsudation plastique a lieu, s'organise et détermine la mort fonctionnelle de l'organe élémentaire dont elle détermine l'atrophie.

Que cette hypérémie soit plus active, qu'elle s'établisse rapidement d'une manière énergique, soit que l'agent toxique concentré en un espace de temps donné en quantité plus considérable, amène une paralysie vasculaire plus complète, soit qu'elle rencontre un organe plus disposé à l'inflammation aiguë, et nous nous trouvons en face des accidents d'une hépatite aiguë comme dans notre seconde observation.

Pourquoi alors cette lésion n'a-t-elle pas été observée dans les nombreuses nécropsies que l'on a eu l'occasion de faire sur des sujets soumis à l'empoisonnement saturnin? Nous répondrons à cette objection que l'état cirrhotique, au début de sa formation dans l'immense majorité des cas, a pu passer inaperçu.

Il est au début dans la grande majorité des cas, soit que les malades quittent leur profession insalubre, empêchés qu'ils sont de la continuer par la gravité des symptômes concomitants, ou bien emportés par l'effet de ces mêmes symptômes avant que la lésion organique du viscère ait eu le temps de s'établir.

Il a pu passer inaperçu; car l'observateur, ne portant pas son observation de ce côté, recherchant ailleurs les lésions des organes qui lui ont fourni des symptômes caractéristiques pendant la vie, a bien pu ne pas remarquer une lésion qui demande une attention particulière pour être reconnue surtout au début.

Quant aux accidents inflammatoires, dissimulés le plus souvent derrière un cortége d'autres accidents, ils ont pu d'ailleurs être parfaitement observés sans que les observateurs aient songé à remonter de l'effet à la cause.

Si nous appliquons les quelques réflexions que nous venons de faire à l'empoisonnement alcoolique, nous voyons qu'elles peuvent s'y adapter d'une manière moins hypothétique, en ce sens qu'elles reposent sur des faits incontestables et incontestés : la cirrhose et l'hépatite de cause alcoolique.

Il est un dicton populaire qui dit que le buveur de vin meurt dans l'eau. Rien n'est plus commun, en effet, que de voir succomber l'ivrogne dans l'hydropisie. Dans cette hydropisie et comme cause, le médecin reconnaît la dégénérescence du foie, la compression, puis l'atrophie des ramuscules de la vessie porte l'arrêt plus ou moins complet de circulation dans ce vaisseau important, la transsudation du sérum. Remontant à la cause première de ces accidents, il désigne l'empoisonnement alcoolique.

L'alcool, comme chacun le sait, est absorbé en nature, sinon en totalité, du moins en partie, puisqu'il a été trouvé en quantité appréciable dans le cerveau d'individus qui avaient succombé dans le delirium tremens. Il n'y a donc rien d'irrationnel de penser que cet alcool, absorbé par les ramifications de la veine-porte, amené dans le foie, va agir comme anesthésique sur les tuniques musculaires des vaisseaux. Avec cette anesthésie vasculaire vont survenir l'augmentation de calibre dans les vaisseaux, la congestion active, l'état inflammatoire ou sub-inflammatoire.

Mais, si l'alcoolisme chronique est universellement admis comme une des causes les plus fréquentes de la cirrhose, l'alcoolisme aigu est, lui aussi, admis en première ligne dans l'étiologie de l'hépatite.

Dans les pays chauds, où les conditions atmosphériques ont rendu le foie d'une grande susceptibilité, un individu vient à faire un usage immodéré de boissons fermentées; quelques jours après, il lui survient une hépatite. Comment, par quelle action, cette inflammation du foie aura été déterminée? Par le même mécanisme qui a servi à expliquer la formation de la cirrhose, par l'anesthésie vasculaire et ses conséquences. La seule différence consistera en ce que, dans un cas, l'inflammation sera aiguë; dans un autre cas, elle sera chronique.

Cette dilatation des vaisseaux a pu d'ailleurs être examinée sur le système vasculaire d'un organe moins directement soumis à l'action de l'agent toxique que le foie, c'est le cerveau.

L'observation suivante en fera foi.

Le nommé R..., âgé de cinquante-six ans, est adonné depuis nombre d'années aux boissons alcooliques. D'une constitution extrêmement délabrée par la misère dans laquelle il a vécu et les excès auxquels il s'est livré, son tempérament n'est plus guère appréciable. Il entre sans lésions morbides caractéristiques dans la salle dite des Voyageurs, destinée à fournir plutôt un gîte aux vagabonds éclopés des environs que des secours thérapeutiques dont la plupart n'ont aucun besoin. Cependant, aux visites quotidiennes, cet homme se présente, et, dans l'état d'abrutissement dans lequel il est plongé, il a assez de peine à accuser une céphalalgie intense et, paraît-il, fort ancienne.

Quelques révulsifs lui sont appliqués; on espère plutôt dans le repos et l'absence d'alcooliques que dans tout autre moyen pour le soulager. Le 15 décembre, le malade tombe subitement, frappé d'hémiplégie droite. Deux jours après, il était mort.

L'examen cadavérique nous montre la muqueuse stomacale et intestinale légèrement ramollie, le foie légèrement diminué de volume, ratatiné comme celui de la femme morte d'intoxication saturnin, il offre à la coupe un aspect identique. Sa texture est jaunâtre, encore grenue, parsemée de lignes rougeâtres, ne se laisse pas déchirer comme le tissu normal, mais offre déjà la consistance fibreuse. Les poumons sont sains, quelques adhérences se remarquent dans les plèvres, le cœur est normal. Le cerveau étant mis à nu, nous trouvons la dure-mère normale. (Les vaisseaux de la base du crâne, ceux des parties latérales, tout le système vasculaire cérébral présente un notable accroissement de calibre. Cet accroissement est sensible, surtout pour les veines qui offrent des sortes de varices d'un volume considérable.)

L'arachnoïde, considérablement épaissie de couleur légèrement brunâtre, offre une trame dense et résistante. Au-dessous d'elle, un exsuda gélatiniforme répandu sur toute la surface supérieure des hémisphères. Rien dans les ventricules, si ce n'est la réplétion sanguine de la toile choroïdienne. A la partie supérieure du lobe moyen gauche, nous trouvons une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, non enkystée avec un caillot étalé et diffluent, hémorrhagie pouvant être évaluée à 60 à 80 grammes, et provenant fort probablement de la rupture d'un vaisseau variqueux déjà signalé. Le tissu cérébral est beaucoup plus ferme qu'à l'état normal. Sa coloration est changée aussi. Au lieu de cette blancheur caractéristique de la substance blanche, on lui reconnaît une couleur jaunâtre.

Quant à sa densité, elle ressemble en tout point à celle des cerveaux macérés dans l'alcool pour la facilité des coupes dans l'étude de cet organe. Le tissu du cervelet et de la protubérance annulaire a subi la même transformation.

Comme particularité curieuse de cette nécropsie, je n'ai voulu montrer que la dilatation variqueuse des vaisseaux d'un organe où l'agent anesthésique a été retrouvé en nature. Elle nous fournit une preuve manifeste à l'appui de la théorie que nous émettions, preuve qu'il nous eût été impossible de fournir si la lésion eût été aiguë. Dans le cas observé, la tunique musculaire, la seule qui réagisse activement contre la tension sanguine, se trouvant paralysée pendant un long espace de temps, les autres tuniques ont cédé peu à peu devant l'effort excentrique du sang et ont déterminé ces renflements variqueux qu'il nous a été donné d'observer après la mort.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES

d'origine tellurique,

Par M. le Dr Bérenguier (de Rabastens).

Dans un livre excellent, consacré à l'étude des fièvres intermittentes, M. le docteur Béreguier fait remarquer que les fièvres intermittentes n'ont pas toutes pour cause la présence des marais; il en est qui se présentent dans des pays non marécageux. Ces dernières sont dues aux émanations de la terre en culture.

Nos lecteurs de la campagne trouveront un grand bénéfice dans la lecture de la partie thérapeutique du travail de M. Bérenguier; c'est à ce titre que nous le reproduisons.

Pendant le stade de froid, M. Bérenguier a eu souvent recours à l'application d'un sinapisme sur l'épigastre. Ce moyen est excellent: il réveille toutes les sympathies organiques et active immédiatement la circulation.

Dans un cas de fièvre tierce remarquable par la durée du stade de froid, M. Bérenguier s'est bien trouvé de la potion suivante :

Pr. Infusion de sureau . . . . 60 grammes.
Sirop de capillaire. . . . . 40 —
Acétate d'ammoniaque . . . . 3 —
Mêlez.

A prendre par cuillerée d'heure en heure (1).

Il n'est pas rare de voir survenir, pendant le stade de chaleur, des vomissements qui ne tardent pas à fatiguer considérablement le malade. Contre ces vomissements la potion que voici réussit presque toujours :

Pr. Eau de fontaine . . . . . 50 grammes.
Eau de menthe. . . . . . 10 —
Sirop simple . . . . . . 25 —
Jus exprimé d'un citron.
Éther sulfurique . . . . . 4 gouttes.
Mêlez.

A prendre par cuillerée toutes les quinze ou vingt minutes.

Il ne faut rien faire pour augmenter la sueur, mais il faut se garder de la supprimer et recommander aux gens de la campagne de ne pas sortir trop tôt après la cessation de ce stade.

Pour les climats tempérés où la fièvre n'est occasionnée que par les émanations d'un sol argileux, la dose ordinaire de sulfate de quinine est de 60 à 80 centigrammes. Ici c'est la forme liquide que préfère M. Bérenguier, et la meilleure manière de faire accepter le sel quinique par l'estomac, c'est, selon ce médecin, de lui donner pour véhicule le sirop de violettes :

Pr. Eau de laitue . . . } ââ 32 grammes.
Sirop de violettes. . }
Sulfate de quinine. . . . 70 centigrammes.
Acide sulfurique . . . . 1 goutte.
Mêlez.

Cette potion se prend en trois fois, à trois heures d'intervalle, de manière que la dernière dose soit ingérée quatre heures avant l'arrivée présumée de l'accès.

Chez les enfants, 1 décigramme de sulfate de quinine par année d'âge est une règle qui rencontre peu d'exceptions. M. Bérenguier donne ce sel dans du café noir. S'il s'agit d'un nouveau-né, le sirop de quinquina jaune à la dose de 8 à 10 grammes réussit mieux que toute autre préparation.

Quand un sujet a éprouvé plusieurs rechutes, l'organisme devient insensible à l'action du sulfate de quinine. En vain augmente-t-on les doses du médicament, l'ébriété quinique se manifeste, mais l'accès n'en revient pas moins. Le poivre noir, associé comme suit au sulfate de quinine, donne alors de très-bons résultats :

Pr. Infusion en vase clos de 7 gr. de
poivre noir . . . . . . 60 grammes.
Sirop de limons . . . . . 30 —
Sulfate de quinine. . . . . 1 —
Acide sulfurique . . . . . 1 goutte.
Mêlez.

A prendre en trois fois dans l'apyrexie.

M. Bérenguier a remarqué que dans les saisons chaudes et humides, après les grands orages d'été, la poudre de quinquina réussissait quelquefois mieux que ses alcaloïdes. Dans ce cas, le quinquina jaune doit être préféré à tout autre, et de même que le sirop de violettes est le meilleur véhicule du sulfate de quinine, de même la décoction de lichen est le meilleur véhicule du quinquina en substance. M. Bérenguier prescrit trois ou quatre paquets de 3 grammes de poudre de quinquina jaune à prendre pendant l'apyrexie, chaque fois dans une tasse de décoction de lichen.

Enfin, chacun sait qu'à la campagne il faut guérir vite et à peu de frais, sinon le client vous échappe et va se jeter dans les filets de certains flibustiers de la profession médicale. Eh bien, il n'est pas de remède moins cher et plus héroïque dans le cas de fièvres intermittentes rebelles, quel qu'en soit le type, que le remède de Desbois (de Rochefort) connu sous le nom de *Bolus ad quartanam*. Ce remède, qu'on ne saurait trop préconiser, a pour éléments la poudre de quinquina jaune, le carbonate de potasse et le tartre stibié mélangés dans les proportions suivantes :

Pr. Quinquina jaune en poudre. . 20 grammes.
Carbonate de potasse. . . . 3 —
Tartre stibié . . . . . . 80 centigrammes.
Miel . . . . Q. S.

F. S. A. Quarante bols égaux. A prendre par couple d'heure en heure.

A cette formule M. Bérenguier ajoute quelquefois 15 ou 20 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; et si les malades ne savent pas ou ne veulent pas avaler de grosses pilules, il prescrit comme suit le même remède sous forme liquide :

Pr. Tartre stibié . . . . . . 80 centigrammes.
Carbonate de potasse. . . . 3 grammes.

Triturez ensemble et ajoutez :

Infusion et sirop de quinquina ââ 50 —
Laudanum de Sydenham. . . . 10 gouttes.
Mêlez.

A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

L'efficacité de cette formule est moins certaine que celle des bols. Cependant elle a été constatée dans beaucoup de cas, et M. Bérenguier fait même remarquer que le résultat désiré a été souvent obtenu dans les familles indigentes malgré la substitution de l'écorce de saule ou de cerisier à celle du quinquina. Il est bon d'ajouter que quelle que soit la forme sous laquelle s'administre le remède de Desbois (de Rochefort), on doit, par prudence, en continuer l'emploi pendant dix ou quinze jours à doses décroissantes.

Mais si le quinquina s'adresse à la périodicité, ce n'est pas lui qui pourra neutraliser l'intoxication tellurique. L'agent le plus sûr, le plus puissant contre cet état cachectique visible ou latent, c'est le tartre stibié. Sous son influence les malades reprennent leurs forces, et leur teint jaune terreux revient à sa nuance normale. Seulement, comme l'économie entière se trouve profondément modifiée, c'est avec des doses élevées d'émétique qu'il faut agir. Pour atteindre ce but, M. Bérenguier, s'est arrêté à la formule suivante :

Pr. Quinquina rouge ou écorce de chêne. } ââ 6 grammes.
Espèces aromatiques. . . . . . }

F. S. A. 120 grammes d'infusion en vase clos. Coulez et ajoutez :

Sirop diacode . . . . 25 grammes.
Tartre stibié . . . . 3 à 4 décigr.
Mêlez.

A prendre une cuillerée toutes les six heures.

Les préparations martiales peuvent aussi être avantageusement employées pour s'opposer à l'altération du sang, c'est-à-dire à la cause principale des rechutes. Le fer réduit, le sirop de perchlorure de fer sont des préparations excellentes en pareil cas, mais un peu aristocratiques. Pour les familles pauvres, à la campagne, M. Bérenguier a souvent prescrit avec succès une solution formulée ainsi :

Pr. Eau distillée . . . . . . 180 grammes.
Sulfate de fer non effleuri . . 1 —

A prendre une cuillerée trois fois par jour au moment du repas, dans un demi-verre d'eau sucrée ou miellée.

ÉCOULEMENT CONSIDÉRABLE DE LIQUIDE AMNIOTIQUE,

marche normale de la grossesse,

Par M. A. Cavaillon, interne à l'hôpital d'Avignon.

Le 2 août 1863, entrait à l'hôpital d'Avignon, salle de la maternité, la nommée Adèle X..., âgée de vingt-quatre ans, mariée. Cette femme jouit d'une bonne santé, est bien constituée et de taille moyenne; elle a déjà eu deux enfants, le premier à dix-neuf ans, le second à vingt et un ans. Son premier accouchement fut facile, mais le deuxième présenta cette particularité que son ventre était très-volumineux et que pendant les huit jours qui l'ont précédé elle perdit une quantité d'eau assez considérable. En outre, le 15 août 1862, elle a fait une fausse couche de trois mois.

A son entrée, elle nous raconte que huit jours auparavant elle avait reçu un coup de pied dans la fosse iliaque gauche, et que les mouvements actifs du fœtus, qui avaient cessé aussitôt, reparurent après qu'elle eut pris un bain. Elle accusait des douleurs en ceinture qui, partant des reins, se dirigeaient vers l'hypogastre, ayant beaucoup d'analogie avec les douleurs de l'accouchement. La malade se croyait à terme, car, disait-elle, ses règles n'avaient pas paru depuis dix mois. L'utérus dépassait l'ombilic de quatre travers de doigt environ, le col était encore assez long et avait la forme en infundibulum que l'on retrouve chez les femmes enceintes multipares. A l'ouverture, on ne pouvait constater aucune déchirure des membranes, et cependant il s'écoulait par la vulve une grande quantité d'eau. De temps en temps l'utérus se contractait assez pour arracher des plaintes à la malade. L'écoulement d'eau a duré environ quatre jours, pendant lesquels elle a dû perdre près de deux litres de liquide. Une douleur vive dans la fosse iliaque avait persisté pendant tout ce temps. Mais, le 6 août, l'écoulement avait disparu et la femme sortait de l'hôpital, où elle revenait le 1er septembre. Les douleurs de reins l'avaient reprise et l'écoulement était de nouveau assez abondant. Le col, situé en arrière, avait la largeur d'une pièce de deux francs. Elle sentait remuer l'enfant que le doigt faisait encore balloter. Le 5 septembre, il n'y avait plus de douleurs. Pendant la nuit, elles étaient franchement intermittentes et suivies de la sortie d'un peu de liquide, qui persistait dans la journée du 6; mais le 7 tout écoulement avait cessé, et l'état de la malade eût été très-satisfaisant sans la réapparition de la douleur dans la fosse iliaque, que la pression exagérait.

Le 9, elle fut prise de frissons alternant avec des bouffées de chaleur. La douleur persistait. Enfin, dans la nuit du 9 au 10, vers minuit, les contractions utérines s'établirent avec tous les phénomènes du travail; à trois heures du matin, le col était aminci, dilaté, la poche des eaux était volumineuse et très-saillante, mais bientôt elle se rompit, et, malgré un temps d'arrêt au détroit inférieur, à cinq heures du matin elle donnait le jour à un enfant mâle dont la tête était grosse et auquel il fallut donner des soins prolongés pour combattre un commencement d'asphyxie. Au moment de la sortie du fœtus il s'écoula encore une grande quantité d'eau. Les membranes étaient très-épaisses.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 septembre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Paléontologie. — M. Serres donne lecture d'une note sur le squelette du *Glyptodon clavipes*, l'un des grands mammifères cuirassés qui hantaient aux époques géologiques la rive occidentale de l'Atlantique. Un squelette presque entier de ce gigantesque édenté vient d'être monté par les soins de M. Serres dans le laboratoire d'anatomie comparée du Muséum, et va incessamment prendre place dans les galeries. M. Serres décrit avec détails toutes les parties du squelette de cet animal, sur l'organisation duquel on n'avait jusqu'ici que des notions incomplètes.

Composition de l'iodure de potassium. — M. Payen lit un travail sur la composition de l'iodure de potassium.

« En écoutant plusieurs communications importantes sur les usages de l'iodure de potassium en médecine, dit M. Payen, il m'a paru utile d'examiner l'iodure de potassium des diverses origines dont disposent nos savants praticiens, afin de savoir si ces produits ont une constance de composition telle qu'elle puisse donner le maximum de valeur aux observations médicales.

« Après des essais nombreux entrepris sur les produits considérés comme purs, parmi ceux qui sont livrés habituellement, sous le nom d'iodure de potassium, à l'industrie, aux laboratoires et aux usages médicaux, je suis parvenu, soit à l'aide des réactions usitées en pareil cas, soit au moyen de réactions nouvelles, à reconnaître que tous les produits chimiques ou pharmaceutiques de cette espèce que j'ai pu me procurer offrent une alcalinité notable due à des proportions variables entre 2, 5 et 6 centièmes de carbonate de potasse (1), que presque tous contiennent de l'iode en excès.

« A l'occasion de ces recherches expérimentales, j'ai obtenu, en outre, certains caractères des iodure et bromure de potassium qui ne se sont pas retrouvés dans les chlorures alcalins. »

M. Payen résume l'ensemble de ses recherches sur ce sujet dans des conclusions dont nous reproduisons les suivantes, qui ont plus particulièrement trait aux applications médicales :

« 1° L'iodure de potassium des différentes origines, livré comme réactif ou comme médicament, contient en général du carbonate de potasse et de l'iode en excès.

« 2° L'iodure de potassium, soit pur, soit légèrement alcalin et ioduré en solution aqueuse saturée, peut gonfler les grains de la fécule au point d'accroître de 25 à 30 fois leur volume, dissolvant la substance interne et donnant à la couche externe une énorme extension.

« 3° Le bromure de potassium produit des effets semblables.

« 4° Les chlorures alcalins ne donnent lieu ni au gonflement de la fécule ni à la dissolution de la substance amylacée.

« 10° On reconnaît immédiatement des traces d'iode en excès dans l'iodure de potassium à l'aide d'un très-léger excès d'acide acétique, qui produit une teinte jaune dans la solution et de 2 à 5 centièmes de fécule amylacée, celle-ci manifestant aussitôt la coloration violette.

« 14° En ce qui touche l'iodure de potassium destiné à la thérapeutique, il est désirable que ce composé soit administré à l'état pur; que si dans certains cas le médecin voulait prescrire l'iodure de potassium ioduré, on devrait y ajouter l'iode en proportions dosées exactement et suivant la prescription : on aurait alors un deuxième médicament susceptible d'offrir plusieurs variétés.

« 15° L'analogie remarquable que présente, dans le phénomène du gonflement des granules amylacées, le bromure avec l'iodure de potassium, me semblerait de nature à provoquer de nouvelles expériences physiologiques comparatives sur ce bromure, qui, dans cette réaction et de même que l'iodure, diffère entièrement des chlorures alcalins. »

M. Chevreul fait, au sujet de la lecture de M. Payen, les réflexions suivantes :

« A une époque où les médecins commencent à apprécier l'avantage de l'emploi en thérapeutique des espèces chimiques, telles qu'un sel de morphine, un sel de quinine, etc., au lieu d'une matière complexe indéfinie, comme le sont l'opium, les décoctions ou infusions d'une écorce, d'une racine, etc., il est nécessaire que les médecins aient égard aux conséquences qui se déduisent des recherches de M. Payen, puisque l'iodure de potassium à l'état pur est une espèce chimique, et qu'en le prescrivant avec la connaissance précise de ses propriétés organoleptiques, le médecin sait ce qu'il en attend. Mais si cet iodure contient, comme M. Payen vient de le dire, du carbonate de potasse, de l'iode en excès, ce n'est plus une espèce pure, car le carbonate de potasse et l'iode en excès à la composition de l'iodure de potassium agissent autrement que cet iodure de potassium défini.

« Il importe donc que le médecin ne soit pas exposé à être trompé en employant autre chose que ce qu'il veut employer avec connaissance de cause.

« Les expériences de M. Payen sur la réaction de l'iodure ou du bromure de potassium et de l'amidon, si différente de celle du chlorure de potassium ou du chlorure de sodium et de l'amidon, sont très-intéressantes au point de vue de l'étude des propriétés organoleptiques.

« Il serait bien à désirer que le public trouvât toujours chez les pharmaciens des espèces chimiques pures, et non de ces espèces mélangées dont M. Payen vient de parler. »

Dragonneau. — M. Guyon fait la communication suivante sur le dragonneau ou ver de Médine :

L'origine du dragonneau ou ver de Médine (*Filaria Medinensis*) chez l'homme est encore, comme on sait, une question en litige parmi les helminthologistes. Cependant tous sont à peu d'accord en ce point que, dans le jeune âge, le dragonneau vivrait dans les eaux,

(1) Cette même potion a rendu de grands services à l'auteur dans une épidémie de variole, lorsque l'éruption s'effectuait difficilement.

(1) Ces proportions ont été déterminées par la saturation avec la liqueur normale d'acide sulfurique.

d'où il s'introduirait chez l'homme, ou par les pores, ou par les voies digestives, autre question sur laquelle nous reviendrons.

Partout où s'observe le dragonneau ou ver de Médine chez l'homme, on trouve, non pas seulement dans les eaux, mais encore dans le sol, des dragonneaux plus ou moins développés, parfois même aussi développés que la plupart de ceux qu'on trouve chez l'homme. Ainsi, un jour, dans le haut Sénégal, un médecin de la marine impériale, M. Joubert, faisant creuser des trous pour établir les appuis d'un gourbi, mit à découvert un dragonneau qui ne mesurait pas moins de 18 centimètres de longueur sur une grosseur proportionnelle. Ceci se passait au mois de mars 1858, près de Batikolo, village dans le Bambouc, contrée dont les habitants sont infestés par le ver de Médine. Le terrain dans lequel avaient été pratiqués les trous était une terre rendue humide, soit par une mare voisine, soit par une pluie tombée la veille. Trois mois après, sur un autre point du Sénégal, un autre dragonnau fut encore mis à nu, également en fouillant le sol, par des hommes faisant partie d'une colonne expéditionnaire. J'ajoute qu'un autre médecin de la marine impériale, alors à bord du *Liamon*, à l'escale du Coq (Sénégal), attribuait un dragonneau qui lui était apparu au pied à de l'eau qu'il avait bue, quelque temps auparavant, dans un de ces grands trous pratiqués, pour abreuver leurs bestiaux, par les *Toucouleurs*, peuplade sénégalaise.

En résumé, dans toutes les contrées où le ver de Médine s'observe sur l'homme, un dragonneau s'observe aussi dans le sol, où il peut acquérir, comme nous l'avons vu, un développement assez considérable. Il en naît des petits ou germes qui, dans la saison des pluies, apparaissent dans les amas d'eau qu'on voit se former sur le sol, dans les contrées basses, pour y séjourner plus ou moins, jusqu'à la saison suivante.

Maintenant, le dragonneau, que j'appellerai *terrestre* ou *aquatique*, est-il bien, en effet, comme le pensent les indigènes, le même que celui qu'on observe sur l'homme? c'est une question qu'une étude comparative des deux vers ne peut tarder à résoudre. Nous dirons, en attendant, qu'un vieillard, à la fois marabout et médecin, présent à la découverte de M. Joubert, rapportée plus haut, assurait celui-ci qu'il n'était pas rare d'en rencontrer de semblables dans les remuements de terrain, et que ces vers étaient bien de la même espèce que celle qui s'introduit chez l'homme, ajoutant seulement qu'alors ils sont beaucoup plus petits et vivent dans les eaux qui séjournent dans le sol pendant la saison des pluies. Qu'on me permette de rappeler à cette occasion que les jeunes vers de Médine, ou filaires, en sortant du sein de leur mère, peuvent vivre plusieurs jours dans l'eau à la température ordinaire (Jacobson, Maisonneuve), et que, de plus, après avoir été abandonnés dans une goutte d'eau qui s'évapore et les laisse sans mouvement, ils peuvent encore reprendre toute leur agilité et leur énergie par une addition d'eau faite jusqu'à douze heures après leur presque dessiccation, d'après MM. Deville et Robin.

Quant à l'introduction, chez l'homme, du dragonneau ou ver de Médine, elle s'effectuerait par les voies digestives; les jeunes ou petits y pénétreraient avec les boissons, à l'instar de la sangsue de cheval (*Hœmopis sanguisuga*, Moq.) chez l'homme et chez les animaux. Cette opinion, qui est unanime parmi les indigènes de la côte occidentale d'Afrique, l'est également parmi ceux de la haute Égypte, de l'Arabie, de la Perse, de l'Inde et autres contrées où règne endémiquement le ver de Médine.

M. Guyon met sous les yeux de l'Académie deux filaires ou dragonneaux terrestres, de la meilleure conservation, recueillis dans la colonie de Saint-Joseph, au Sénégal. Ils vivaient dans le sable; et, sans donte, dit M. Guyon, on aurait lieu de s'étonner d'un semblable *habitat*, eu égard à leur ténuité, si l'on ne savait que le sable de la côte d'Afrique est à la fois d'une grande finesse et d'une douceur qui a été comparée à celle de l'amadou. Ces filaires sont bien les produits, *à n'en point douter*, d'après les observateurs qui les ont découverts, du filaire ou dragonneau endémique chez l'homme sur la côte occidentale d'Afrique, et que les indigènes désignent sous le nom de *soungouf*.

Note sur les étamages et la poterie d'étain. — **M. J. JEANNEL** fait la communication suivante. Une instruction ministérielle du 11 juin 1864 prescrit, dans les hôpitaux militaires, l'étamage à l'étain pur et une vérification de la qualité du métal à chaque renouvellement des ustensiles, afin d'éviter tout alliage de plomb.

La fréquence des étamages, dit l'auteur, rendrait cette sorte d'expertise laborieuse s'il fallait exécuter chaque fois une analyse quantitative rigoureuse.

Heureusement les termes absolus de l'ordonnance ci-dessus mentionnés, quant à la pureté de l'étain à employer, simplifient la question. En effet, puisqu'on exige de l'étain pur, il suffit, pour que l'étamage doive être rejeté, de démontrer la présence du plomb, sans qu'il soit nécessaire d'en rechercher les proportions dans l'alliage.

Voici le procédé très-simple que propose M. Jeannel, pour constater la présence ou l'absence du plomb. Il suffit de traiter 5 décigrammes du métal divisé en rognures par un excès d'acide azotique étendu d'un tiers de son poids d'eau et de faire bouillir jusqu'à dissolution complète, puis d'ajouter à la liqueur filtrée un cristal d'iodure de potassium. Si le liquide contient seulement 1/10,000e de plomb, il se formera un précipité jaune très-apparent, qui ne disparaîtra pas par un excès d'ammoniaque. (Comm. : MM. Chevreul et Rayer.)

M. HUBERWALD adresse, pour le concours du prix Bréant, un Mémoire intitulé : « Essai d'une solution de la question mise au concours par l'Académie des sciences, la découverte d'un traitement du choléra épidémique. »

Partant de ce principe que le choléra est une dépression, une asthénie de la fonction des nerfs de l'estomac et des intestins, l'auteur rejette l'emploi des préparations opiacées et propose comme moyen spécifique celui du sulfate de quinine, administré par la méthode endermique et non à l'intérieur. (Renvoyé à la Commission du prix Bréant.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 4 août. — Présidence de M. GUIBOUT, vice-président.

M. LAGNEAU lit un rapport sur un travail dont M. Simonot a fait hommage à la Société, et qui a pour titre : *De l'acclimatation et de l'acclimatement chez l'homme.*

M. DESOYRE donne lecture d'un travail inédit sur l'éclampsie puerpérale, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire. (Rapporteur, M. Géry père.)

M. BRIERRE DE BOISMONT. Parmi les malades que j'ai été à même d'observer depuis trois mois, douze sur vingt-cinq m'ont présenté les signes de la manie suicide. De tous les aliénés, ceux-ci sont les plus difficiles, à cause de la surveillance perpétuelle dont ils doivent être l'objet. M. Delasiauve a-t-il noté une proportion aussi forte de manie suicide chez les malades confiés à ses soins.

M. DELASIAUVE rapporte qu'il y a un mois un malade s'est suicidé à Bicêtre, et fait remarquer que l'été est une saison plus favorable que toute autre à la perpétration de pareils actes dans les asiles d'aliénés.

M. GÉRY père a remarqué que dans la constatation des décès, le nombre des morts par suicide paraît augmenter depuis quelque temps. Il se demande si les excès d'absinthe, qui se multiplient de jour en jour, ne sont pas sans influence sur ce fait.

M. BRIERRE DE BOISMONT a constaté que les maniaques suicides dont il a parlé n'étaient pas alcoolisés. La manie suicide est, ajoute-t-il, la grande préoccupation des chefs d'établissements d'aliénés. Il y a quelques années, une femme lui fut amenée qui s'était déjà livrée à quinze tentatives de suicide.

Le deuxième jour de son entrée à l'établissement, elle paraissait jouir de l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Elle demande à faire une promenade au jardin. Elle ne cherche en aucune façon à se soustraire à l'active surveillance dont on a soin de l'entourer.

Le lendemain, elle sollicite la même autorisation; prétextant une diarrhée, elle profite d'un moment de solitude, franchit le mur et va se précipiter sous une locomotive en marche au chemin de fer de ceinture.

Il y a deux ans, un aliéné est amené de Clermont et est l'objet pendant le voyage de la surveillance la plus active. En route, il demande l'autorisation de fumer un cigare. Il en profite pour s'approcher de la portière de la voiture; soudain il l'ouvre, se lance et se tue.

De semblables faits prouvent combien est difficile la mission d'empêcher les aliénés atteints de manie suicide d'accomplir leurs funestes projets. C'est au moment le plus inattendu, sous le plus futile prétexte, qu'ils trompent la surveillance la plus attentive, et il est à noter qu'ils arrivent toujours et malgré tout à la satisfaction de leur idée dominante.

M. DELASIAUVE établit entre les aliénés suicides une division. Les uns, monomanes, prévoient leur tentative, la préméditent et ne l'accomplissent qu'au bout d'un temps plus ou moins long; les autres cèdent à une impulsion automatique tout instantanée, toute fortuite.

Comment, dans cette seconde catégorie de cas, soumettre les malades à une surveillance rigoureuse? Cette surveillance serait intolérable pour eux; inopportune à tous égards, elle est impraticable.

M. SIMONOT demande si l'influence de l'exemple peut suffire chez des malades de ce genre pour susciter des idées de suicide. A ce propos, M. Simonot rapporte l'exemple de plusieurs parents *par alliance* dans une même famille qui successivement sont tombés dans un état de manie avec propulsion au suicide, et se sont livrés à des tentatives d'exécution.

M. BRIERRE DE BOISMONT pense que certaines natures prédisposées aux idées systémaniaques sont susceptibles à ce point d'influence par le milieu dans lequel elles vivent, que l'aliénation se développe en elles et qu'elle revêt la forme suicide.

M. JACQUEMIN a eu l'occasion de constater à la prison cellulaire de Mazas un grand nombre de suicides, et de constater que, malgré toute l'activité de surveillance désirable, les sujets déterminés à cette extrémité réussissent dans l'exécution de leurs projets.

M. DELASIAUVE fait remarquer que l'idée de suicide s'impose parfois aux esprits prédisposés à cette forme d'aliénation avec une rapidité étonnante, et cite à ce sujet l'exemple suivant : Un homme, dans une conversation sans conséquence, dit à un autre que le moyen le plus sûr de mettre fin à ses jours consiste à se tirer un coup de pistolet dans l'œil. Son interlocuteur l'écoute avec attention; puis quelques instants après met à exécution l'acte que lui a suggéré son ami.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, COLLINEAU.

— M. le docteur Henri Roger vient de faire don d'une somme de 500 francs aux associations médicales de bienfaisance. 200 fr. à l'Association générale, 200 fr. à la Caisse des pensions de retraite, 100 fr. à l'Association de la Seine.

— Les journaux du Midi nous apportent la triste nouvelle de la mort de M. le professeur Alquié (de Montpellier). Nous ignorons à quelle maladie a succombé notre savant et regretté confrère. M. Alquié devait avoir, autant que nos souvenirs nous servent bien, à peine de cinquante-quatre à cinquante-cinq ans. Nos correspondances nous mettront probablement avant peu de jours à même de donner de plus amples détails sur cette perte prématurée et si regrettable.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 114. — JEUDI 28 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 28 SEPTEMBRE 1865. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 SEPTEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a entendu un bon rapport de M. Gosselin sur les appareils à fracture de la jambe, à propos d'un appareil de ce genre qui a été soumis à son examen. On a multiplié à l'infini, dans ces derniers temps, les appareils de réduction et de contention, et on a fait de grands frais d'imagination qui n'ont abouti, en définitive, qu'à outre-passer le but, pour les cas simples, sans l'atteindre pour les cas difficiles et compliqués. Tel était le cas de l'appareil que l'Académie l'avait chargé d'examiner. L'auteur n'avait pas échappé à cette illusion assez commune qui consiste à croire qu'il doit exister une sorte d'appareil proto-type capable de remédier sans peine et sans danger aux déplacements, quels qu'ils soient, de toute espèce de fracture. M. Gosselin a parfaitement montré l'inanité de la plupart de ces prétentions, qui n'ont d'autre fondement que l'ignorance des choses elles-mêmes. La connaissance des diverses variétés anatomiques des fractures prouve, en effet, que non-seulement il en est d'absolument irréductibles et qu'on tenterait vainement de réduire, mais encore qu'il est tels déplacements qu'on n'essayerait pas de réduire sans danger. Ce sont là de ces saines notions chirurgicales qu'il est bon de rappeler de temps en temps et qu'il était particulièrement opportun de formuler dans cette circonstance. C'est ce que M. Gosselin a très-nettement et très-opportunément fait dans ce rapport.

L'Académie a écouté ensuite avec intérêt les renseignements que lui a donnés M. le docteur baron Maydell sur l'état actuel des épizooties en Russie, leur influence sur l'état sanitaire des habitants et leurs rapports avec l'épizootie des bêtes bovines de l'Angleterre. Il résulte de ces renseignements qu'il ne paraît y avoir aucun rapport direct entre les épizooties de charbon et de peste bovine qui se développent presque chaque année dans les steppes du sud de la Russie et l'épizootie qui sévit en ce moment en Angleterre, pas plus qu'il ne paraît en exister entre ces mêmes épizooties et la fièvre récurrente qui a régné récemment à Saint-Pétersbourg.

M. Bataillé a terminé, dans cette séance, la lecture du mémoire sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale qu'il avait commencée dans la précédente séance. La séance a été terminée par la lecture d'un travail de M. Wanner sur un mode particulier de traitement de la fièvre typhoïde.

La correspondance comprend, comme d'habitude, plusieurs communications relatives au choléra. Nous nous sommes abstenu jusqu'à présent d'entretenir nos lecteurs de ces communications, pour la plupart sans importance ni valeur sérieuse. Nous attendions, pour en parler, des documents venus du foyer même de l'épidémie. Nous avons reçu aujourd'hui même une première communication sur l'épidémie d'Égypte, que nous mettrons incessamment sous les yeux de nos lecteurs.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Ramollissement de l'hémisphère gauche du cerveau. Aphasie (1).

(Observation recueillie par M. le docteur L. MARTINEAU, interne du service.)

B..., terrassier, âgé de quarante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 25 mars 1865, salle Sainte-Jeanne, service de M. le professeur Trousseau.

Ce malade est apporté dans le service par des voisins, qui ne peuvent fournir sur son état aucun renseignement. Lui-même ne peut en donner aucun, car, à toutes les questions qu'on lui adresse, il répond ces quelques mots très-bien articulés : *N'y a pas de danger.* En l'examinant, on constate une paralysie de la motilité dans tout le côté droit du corps. En même temps que cette paralysie, il existe une contracture très-accusée du membre droit. L'avant-bras est fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras. Ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à vaincre cette contracture. La moitié droite de la face est de même paralysée. La commissure labiale gauche est portée en haut; la langue n'est pas déviée, elle jouit de tous ses mouvements; la paupière droite jouit de tous ses mouvements.

La sensibilité générale et spéciale est conservée du côté paralysé : ainsi, quand on pince le malade à droite, il porte la main gauche de ce côté pour enlever la main de l'observateur.

Incontinence des matières fécales et de l'urine.

Il existe, en outre, une pâleur extrême des téguments; ceux-ci présentent même une teinte jaune paille assez accusée.

Le malade est très-affaissé; toutefois, il paraît comprendre ce qu'on lui dit; mais il répond toujours les mêmes mots : *N'y a pas de danger.*

Les artères de l'avant-bras sont sinueuses, dures, résistantes sous le doigt; elles ont subi la dégénérescence athéromateuse. Les bruits et les battements du cœur sont normaux. Le pouls donne 66 pulsations par minute.

Le 2 avril, même état; il répond toujours : *N'y a pas de danger;* parfois pourtant il dit : *N'y a pas de doute;* il comprend tout ce qu'on lui dit, mais pourtant il paraît avoir perdu la notion des objets. Ainsi, quand on lui présente une pièce de monnaie, une fourchette et une pipe, si on lui dit de prendre la pièce de monnaie, il prend la fourchette et réciproquement. Il en est de même du langage par gestes. C'est ainsi qu'il secoue la tête négativement quand il approuve; si on lui demande à quoi sert une fourchette, il ne sait pas l'exprimer par gestes.

Le 16, même état; mais l'affaiblissement est moins grand; la figure est plus ouverte, plus intelligente; toutefois, il se trompe encore quand on lui dit de prendre un objet parmi plusieurs qu'on lui présente. En outre, il ne répond plus que très-rarement : *N'y a pas de danger.* Sa réponse favorite est : *Tout de même.* Si on veut lui faire dire *même*, il ne peut y parvenir; il répond : *Tout de même.* C'est à partir de ce moment qu'un externe du service, M. Dieulafoy, eut l'idée de faire précéder du mot *tout* le nom de différents objets. En effet, le malade ne peut dire le vin, les malades, mais il articule facilement tout le vin, tous les malades. On peut même lui faire dire de plus grandes phrases pourvu que le mot tout précède. Si on insiste pour qu'il prononce des mots qu'il dit dans la phrase, on voit qu'il cherche à les prononcer, mais il ne peut y parvenir; il s'impatiente et se met à pleurer.

A partir de cette époque jusqu'au 27 juillet, l'état de B... est allé en s'aggravant de jour en jour.

L'appétit s'est perdu; il y a eu des alternatives de diarrhée et de constipation; jamais pourtant de vomissements. Le malade a maigri beaucoup; son teint a pris une teinte jaune paille de plus en plus accusée. La paralysie et la contracture sont restées toujours dans le même état; la sensibilité est restée intacte.

Dans les derniers temps, il a eu quelques frissons; il a toussé un peu, sans crachats, et la mort est survenue sans phénomènes nouveaux le 27 juillet.

Autopsie. — Le 29, M. Martineau pratique l'autopsie en présence de MM. les professeurs Natalis Guillot et Trousseau, et de plusieurs médecins. M. Broca devait y assister, malheureusement il arriva lorsque tout était fini.

Je ne m'étendrai pas sur les lésions trouvées dans les organes autres que le cerveau. Je dirai seulement qu'il existait au niveau de la grande courbure de l'estomac un énorme squirrhe qui n'obstruait ni le cardia ni le pylore.

Quant au cerveau, telles sont les lésions qui ont pu être constatées par toutes les personnes présentes :

Presque tout l'hémisphère gauche est converti en une vaste poche simulant un véritable kyste. Les parois de cette poche sont formées en haut par une très-petite épaisseur de la substance cérébrale aplatie et même ramollie. Cette substance est très-adhérente à la pie-mère très-épaissie; en avant et en arrière toute la substance cérébrale qui reste est jaunâtre, très-ramollie, se désagrégeant sous un filet d'eau; seules les parties suivantes de cet hémisphère sont saines. Dans le lobe postérieur, on voit que l'extrémité occipitale est normale; il en est de même de la corne sphénoïdale. Quant au lobe antérieur, on voit que le lobule de l'insula est intact, ainsi que les circonvolutions orbitaires. Il en est de même des circonvolutions frontales, et principalement de la troisième; celle-ci, examinée par les deux professeurs, a été reconnue saine dans la partie qui avoisine la scissure de Sylvius et le sillon de Rolando; mais elle est évidemment ramollie et même presque détruite dans sa partie supérieure, le ramollissement cérébral occupant toute la partie supérieure de l'hémisphère, ne laissant à la base que les quelques portions que nous avons mentionnées comme n'étant pas altérées.

L'intérieur de cette poche contient de la sérosité louche qui s'écoule dès qu'on l'incise.

Le corps strié, la couche optique participent à cette altération.

L'artère de Sylvius, examinée avec soin, n'est pas oblitérée.

Dans l'hémisphère droit, on trouve le ventricule latéral contenant une assez grande quantité de sérosité; ses parois sont ramollies; le ramollissement occupe surtout la corne d'Ammon. Quant au lobe frontal, il ne présente aucune altération.

Cette observation, on le voit, est un type d'aphasie liée à un ramollissement de l'hémisphère gauche. Je ne veux pas m'étendre sur toutes les particularités qu'elle présente. En la publiant, je n'ai eu pour but que de rétablir la vérité des faits. En effet, dans une thèse qui a été soutenue dernièrement à la Faculté de Paris par M. le docteur Escot, il est dit, à propos de l'autopsie : « La troisième circonvolution frontale, qu'on avait crue saine parce qu'on l'avait cherchée où elle n'était pas, était aussi jaune et ramollie à la partie postéro-externe du lobe antérieur, en ce point où la scissure de Rolando s'arrête, après avoir séparé les autres replis frontaux de ceux du lobe pariétal. »

D'après cette thèse, il paraît que M. Broca, qui était arrivé lorsque l'autopsie était complétement terminée et que le cerveau était réduit en morceau par suite de toutes les coupes qui avaient été faites, a pu montrer la lésion décrite plus haut.

M. Trousseau a été très-étonné de cette assertion, car, de l'avis des professeurs et des médecins qui assistaient à l'autopsie, la lésion n'existait pas en cet endroit, mais bien à la partie supérieure, puisque presque tout l'hémisphère gauche était détruit dans sa partie supérieure, ainsi qu'on peut en juger par la relation que je viens de donner.

(1) Quelques particularités de cette observation ont été publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 10 juin 1865, par M. Dieulafoy, externe du service.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. BOECKEL, agrégé, suppléant de M. le professeur SÉDILLOT.

Syndactylie avec fusion des phalangettes. — Opération plastique complexe. — Guérison.

(Observation recueillie par M. SCHNELL, interne.)

L'enfant H..., âgée de deux ans, est apportée à la clinique chirurgicale le 28 avril 1865, pour y être guérie d'un vice de conformation de la main gauche.

Cette petite fille, née dans les environs de Strasbourg, bien constituée du reste, présente une syndactylie du troisième et du quatrième orteils au pied gauche. Ces deux doigts, bien distincts dans leur partie postérieure, n'ont qu'une seule phalangette, un peu plus large qu'à l'état normal; l'angle est unique, un peu large également et offre dans son milieu une saillie longitudinale, indice de la fusion. Le manchon cutané commun, qui enveloppe ces deux orteils, présente peu de laxité et cela d'autant moins qu'on se rapproche de leur extrémité libre.

Un vice de conformation tout à fait semblable avait existé à la main gauche et aux deux doigts correspondants. Quinze jours après la naissance, le médecin du village avait tenté une opération, qui échoua en laissant les déformations suivantes : le médius et l'annulaire sont soudés par un tissu de cicatrice épais et irrégulier, qui de plus maintient ces doigts fléchis dans la paume et le quatrième plus que le troisième. La dernière phalange manque au doigt annulaire, par contre celle du médius est très-large et offre au côté interne une petite crête irrégulière. L'angle de ce doigt est marqué par la même saillie longitudinale que nous avons déjà remarquée au pied.

Il est évident que ces deux doigts avaient aussi une phalangette commune que le premier médecin avait dû laisser tout entière au médius lors de ses tentatives de séparation. Puis on avait simplement fendu la membrane palmée. Le résultat ne put être maintenu, les doigts se soudèrent de nouveau, mais avec cette circonstance aggravante, qu'il s'était produit une masse cicatricielle considérable, qui rétractait les doigts et gênait les opérations ultérieures.

Après avoir constaté ces complications, M. Boeckel discuta les différents procédés opératoires qu'on pouvait leur opposer. La section simple a déjà échoué ici, et quel que soit le mode de pansement qu'on adopterait, il est certain qu'elle ne réussirait pas mieux une seconde fois. Le procédé si ingénieux de Didot n'est plus applicable en raison de la cicatrice intermédiaire. On sait qu'il consiste à dédoubler la membrane palmée en deux lambeaux, l'un dorsal adhérent à l'un des doigts, l'autre palmaire adhérent à l'autre, et qui servent à revêtir les faces saignantes des doigts après la séparation.

Dans notre cas le doigt annulaire a déjà été fortement maltraité; il a perdu forcément sa troisième phalange, et la seconde, rétractée par cicatrice, ne reprendrait ses fonctions que très-incomplétement après l'opération la mieux réussie. On pourrait donc songer à sacrifier complétement ce doigt pour libérer le médius.

Mais ce moyen paraît trop radical à M. Boeckel dans les circonstances actuelles; il espère conserver la première phalange de l'annulaire en se servant des téguments de la seconde pour la revêtir et empêcher ainsi la fusion ultérieure des doigts. Cette unique phalange conservée servira toujours à la solidité de la préhension.

L'opération, ainsi arrêtée, est pratiquée le 30 avril en présence des élèves.

Le chloroforme est administré jusqu'à anesthésie complète; puis un trait de bistouri sépare les deux doigts jusqu'à la base. M. Boeckel circonscrit ensuite toute la peau saine qui recouvre la phalangine de l'annulaire et la dissèque sous forme de lambeau, après quoi il procède à la désarticulation de cette portion du doigt. La peau conservée est maintenant ramenée sur la face saignante de la première phalange de l'annulaire, où elle est fixée par deux points de suture. Mais elle ne la couvre qu'aux deux tiers. Pour assurer la séparation complète

des doigts, M. Boeckel a encore recours au procédé de Zeller; il taille sur la face dorsale du médius un petit lambeau triangulaire de 12 millimètres de long sur 6 de large, à base postérieure, et le ramène entre les doigts pour former la commissure. Un nouveau point de suture maintient la pointe de ce lambeau dans la paume de la main.

En dernier lieu on excise le tissu inodulaire épais qui est resté du côté du médius et qui empêche son extension complète. Ce doigt reste dépouillé dans presque la moitié de sa circonférence, mais, comme les surfaces opposées de l'annulaire sont garnies de peau ainsi que la commissure, cela n'a point d'inconvénient. Une seule artériole réclame la ligature.

En fait de pansement, on entoure les deux doigts de bandelettes de diachylon peu serrées et on les fixe dans l'extension sur une attelle palmaire offrant des découpures convenables. Le tout est recouvert d'une compresse d'eau.

Le troisième jour, on renouvelle le pansement. L'enfant n'a pas souffert jusque-là et n'a eu qu'un léger mouvement fébrile. Les points de suture sont enlevés et les plaies pansées avec une solution de nitrate d'argent de 1 pour 100, qui a l'avantage de modérer la suppuration et de donner des cicatrices lisses.

Au bout de dix jours, toutes les parties dénudées sont couvertes d'une couche de bourgeons exubérants. On cautérise avec le crayon et l'on fait un bandage légèrement compressif avec des bandelettes de diachylon renouvelées tous les deux jours.

Vers le fin de mai, la guérison est complète et l'enfant quitte la clinique. Les doigts sont restés séparés jusqu'à la base. Le médius est dans l'extension et jouit de tous les mouvements. La cicatrice, de sa face interne, est très-lisse, peu apparente. Comme trace de la difformité il ne reste plus qu'une phalangette un peu large et le relief médian de l'ongle. L'annulaire n'a plus que la première phalange, mais elle est libre de ses mouvements et servira efficacement à tenir un objet.

Cette observation montre que par la combinaison judicieuse des différents procédés en usage on peut obtenir des résultats favorables dans des cas de syndactylie très-compliqués et en sacrifiant le moins de parties possible.

FIÈVRE PUERPÉRALE ÉPIDÉMIQUE,

Par M. le docteur Stamm.

Le docteur Stamm, l'auteur déjà connu de la *Nosophthorie* (l'art de détruire les maladies), vient de publier un nouveau travail *sur la possibilité de détruire la fièvre puerpérale épidémique.*

Dans cet ouvrage, l'auteur annonce qu'il a heureusement combattu plusieurs épidémies puerpérales à l'aide de simples mesures hygiéniques, et sans employer pour ainsi dire aucun traitement thérapeutique.

Le docteur Stamm nous recommande donc de tenir les nouvelles accouchées avec la propreté la plus minutieuse. Il veut que les médecins et les élèves, chargés du service, s'abstiennent de disséquer, de faire des nécropsies et même de voir des malades atteints d'affections contagieuses. Il séquestre dans des locaux éloignés non-seulement les femmes atteintes de fièvre puerpérale, mais encore les femmes accouchées de fœtus morts, cette circonstance étant, selon l'auteur, une cause fréquente d'infection. Enfin il recommande de tenir les nouvelles accouchées dans un air parfaitement pur. Pour cela, il emploie un moyen bien simple et très-pratique, qu'on peut aisément appliquer dans tous les bâtiments, même les moins bien ventilés.

Ce moyen consiste à avoir deux salles pour les nouvelles accouchées, et à les transporter tous les jours de l'une dans l'autre. Naturellement, aussitôt qu'une salle est vide, on ouvre toutes les fenêtres, de manière à obtenir des courants d'air énergiques et à enlever toute cause d'infection. Ce transport continuel des lits n'offre, paraît-il, aucun danger pour les malades. Il n'est pas non plus trop pénible pour les gens de service, et d'ailleurs en attachant des courroies aux lits, on en facilite singulièrement la traction.

C'est à ce transport quotidien des malades que M. Stamm attribue la majeure partie de ses succès, dans les épidémies de fièvre puerpérale. Nous le croyons volontiers; car, en médecine, les moyens les plus simples sont souvent les plus efficaces.

D[r] Wolff.

DE LA PRÉSENCE DES GAZ DANS LES TISSUS

et de leur apparition dans l'appareil circulatoire,

Par M. le docteur Bouchaud, ancien interne des hôpitaux.

Si la présence accidentelle des gaz dans l'appareil circulatoire n'est plus un fait douteux ni même très-rare, leur origine, pour avoir fait naître des interprétations diverses, n'a point encore reçu de solution satisfaisante.

Pour ne point reproduire inutilement sur la question un exposé historique très-bien fait par M. Hervieux dans l'*Union médicale* de 1864, nous nous bornerons à dire, en renvoyant à cet article, qu'on a supposé à ce fluide l'une des trois sources suivantes : introduction par le poumon, introduction par les vaisseaux béants, développement spontané. Aucune de ces suppositions ne nous ayant paru admissible, nous avons cherché à résoudre ce difficile problème à l'aide d'expériences et de faits nouveaux.

Nous avions d'ailleurs à nous répondre dans la question suivante : une mort accidentelle, inexplicable, étant survenue à la Maternité chez une femme robuste, de bonne santé apparente, chez laquelle on faisait, ainsi qu'à d'autres, des injections intra-utérines, et des gaz ayant été trouvés dans l'appareil circulatoire, jusqu'à quel point devait-on craindre que ces injections que nous avions en partie conseillées pussent avoir de pareilles conséquences? En même temps que légitimer notre conduite, nous avions à nous éclairer sur un mode de traitement qui, dans certains cas, peut avoir une véritable utilité.

Nous reproduirons ce fait très-brièvement, puisque déjà il a été livré à la publicité par M. Hervieux (*Congrès médical de Rouen, Union médicale,* 1864), mais avec quelques détails pour répondre à des objections qui paraissent avoir été dirigées contre certaines conclusions qui en découlent.

Le 10 juillet, une fille, âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la seconde fois, entre à l'hospice de la Maternité et y accouche le même jour d'un enfant du sexe masculin. Expulsion spontanée du fœtus, délivrance naturelle. Pas le moindre accident jusqu'au 20 juillet. Cette femme, d'une bonne santé antérieure et d'une forte constitution, avait été désignée pour remplir les fonctions de nourrice.

Le 20 juillet, comme les lochies présentaient une grande fétidité depuis deux ou trois jours, on prescrivit une injection dans l'utérus avec une infusion de camomille. L'injection est faite par une aide sage-femme, qui s'assure que la seringue ne contient pas d'air. Le col largement ouvert permet facilement l'introduction de la canule, et aucune douleur, aucun phénomène grave, n'est la conséquence de cette petite opération.

Le lendemain, 21 juillet, même état, même injection vers sept heures du soir. Peu après survient un frisson assez intense, et une hémorrhagie abondante qui dure plusieurs heures et s'arrête après l'administration du seigle ergoté. En même temps, la malade est prise d'agitation et d'inquiétude, se plaint à ses voisines de l'injection qu'on lui a faite, sa colère va augmentant, et bientôt elle est comme en proie à une crise nerveuse violente. Ne pouvant rétablir le calme, on la transporte dans les salles de l'infirmerie.

A minuit, je suis appelé près de la malade, dont l'agitation a considérablement diminué; à cause de la métrorrhagie, on la tient horizontalement couchée sur le dos, mais cette position lui est très-pénible; aussi demande-t-elle instamment à être relevée, se plaignant de suffoquer, d'éprouver une forte oppression à la partie antérieure de la poitrine. A l'auscultation, je trouve la respiration normale; le cœur bat régulièrement, mais je n'entends qu'un bruit qui me semble correspondre à la systole ventriculaire. Le pouls est insensible, il faut remonter à l'artère humérale pour percevoir de très-faibles battements. Intelligence saine, ventre non douloureux, pâleur de la peau.

Je conseille l'opium pour calmer une excitation qui me semblait nerveuse.

En dépit des soins qu'on lui donne, la malade succombe vers une heure du matin.

L'autopsie est faite le 23. Le cadavre est très-bien conservé, sans trace de putréfaction.

On ne trouve d'autre lésion que l'existence de gaz dans l'appareil circulatoire. Le cœur est volumineux, distendu, élastique, sonore à la percussion; la veine-cave ascendante est également distendue et élastique, elle laisse voir par transparence de grandes bulles gazeuses séparées par un peu de sang. Les autres veines sont examinées légèrement et à la hâte; elles ne contenaient pas de gaz d'une manière aussi apparente.

L'utérus, un peu volumineux, ne présente que quelques ecchymoses à sa surface interne.

Le cœur, dont les vaisseaux ont été préalablement liés, puis coupés sur un point éloigné, est mis dans l'eau au-dessous d'un verre à expérience renversé, plein du même liquide. Les cavités cardiaques étant ouvertes, il s'en échappe des gaz en bien plus grande quantité à droite qu'à gauche. Recueillis dans le verre, puis transvasés dans un flacon et soumis à l'analyse, ces gaz fournirent les éléments suivants :

Oxygène.	7
Acide carbonique.	11
Azote.	82

Avant d'émettre sur ce fait les considérations que nous avons à faire ressortir, établissons d'abord qu'aucune des origines supposées à ces gaz ne soutient l'examen d'une critique sérieuse, et, pour cela, passons en revue chacune d'elles.

1° Peut-on admettre qu'ils se soient introduits par le poumon et qu'ils proviennent de l'air?

L'analyse, dans l'observation qui précède, nous ayant donné une composition qui a de très-grands rapports avec celle de l'atmosphère :

$$Ox = 7 \quad Co^2 = 11 \quad Az = 82$$

au lieu de :

$$Ox = 21 \quad Co^2 = \text{traces} \quad Az = 79.$$

On serait en droit de dire que l'air a réellement pénétré par les voies pulmonaires, et que postérieurement l'oxygène a été absorbé en majeure partie et remplacé par l'acide carbonique du sang. Il y a là une telle apparence de probabilité qu'il semble difficile de prouver qu'il n'en est point ainsi.

Avec un peu de réflexion, cependant, nous devions être conduit à vérifier les deux faits suivants. L'hémorrhagie est-elle, ainsi que cela a été avancé, une cause de production de gaz dans l'appareil circulatoire? S'il en est ainsi, un fœtus inclus dans l'utérus, qui n'a pu et ne peut respirer, venant à mourir d'hémorrhagie, contient-il des gaz dans son cœur et ses vaisseaux sanguins?

Sur le premier point, on peut s'assurer que le phénomène est constant. Ayant visité dans un abattoir un grand nombre d'animaux tués par la saignée, nous avons toujours constaté cette présence de gaz. Toutefois il faut que l'animal ait réellement succombé anémique. Sur un lapin, dont j'avais successivement ouvert la cavité abdominale et la veine cave ascendante, des convulsions survinrent et entraînèrent la mort avant une anémie complète; aussi les vaisseaux, encore remplis de sang, ne contenaient pas de fluide gazeux.

Ceci posé, abordons les observations qu'il nous a été donné de faire à la Maternité.

Ayant eu l'occasion de pratiquer ou de voir pratiquer des opérations de céphalotriptie, j'interrogeai le cadavre pour apprendre si la mort était due à une hémorrhagie ou à une lésion du système nerveux.

Sur neuf cas, six fois je trouvai des gaz dans l'appareil circulatoire, et trois fois il n'en existait aucune trace. Dans ces derniers cas, une fois l'enfant était mort, et deux fois il était vivant au moment de l'opération; dans les premiers cas, toujours vivant, l'enfant fut extrait deux fois immédiatement et quatre fois au bout de quelques heures seulement. L'autopsie a toujours été faite dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accouchement, et, dans aucun cas, il n'y avait le moindre indice de putréfaction, les tissus étaient parfaitement sains.

Quand il n'existait point de gaz, le cœur et les veines étaient pleins de sang noir; dans le cas contraire, ils contenaient toujours une très-faible quantité de ce liquide. Le cœur et la veine-cave ascendante renfermaient le plus de gaz, mais les petites veines n'en étaient point dépourvues. Les artères en avaient aussi, mais beaucoup moins. A cause de la minceur et de la transparence des parois, on voit facilement les bulles de gaz, séparées par des gouttelettes de sang, se mouvoir à la moindre pression.

Nous reviendrons plus loin sur les cas où il y avait absence de gaz; actuellement, constatons simplement qu'il en existait parfois, alors qu'il y avait impossibilité absolue pour l'air de pénétrer dans l'appareil respiratoire, puisque c'est pour l'instant ce qu'il s'agissait de prouver.

2° L'air peut-il entrer par la plaie? L'analyse donnée plus haut, des gaz trouvés dans le cœur, donne encore à cette supposition une certaine valeur. Cependant, si nous faisons une réserve pour les gros vaisseaux béants, où évidemment la chose est possible, il suffira, pour l'annihiler au sujet des plaies intéressant les capillaires, de faire remarquer que les artères, beaucoup plus élastiques que les veines, contiennent peu ou pas de gaz, alors que celles-ci sont considérablement dilatées. Et pourtant cette introduction est soumise à des lois purement physiques où cette élasticité devrait jouer un rôle.

Bien plus, cette introduction exigerait que la pression atmosphérique fût supérieure à celle exercée par les vaisseaux sur leur contenu. Or cette condition, rarement possible, si elle l'est, cesse de pouvoir exister quand un utérus ajoute ses contractions à la tonicité des tissus qui environnent les vaisseaux. En outre, quel trajet tortueux l'air aurait à suivre pour arriver, à travers la plaie du crâne, jusque dans les veines des membres inférieurs en dépit des valvules et d'autres obstacles!

Du reste, après les quatre premiers cas de céphalotriptie où je trouvai des gaz, trois faits se présentèrent sans qu'il y eût rien de semblable. Néanmoins, les conditions physiques étaient les mêmes. Nous donnerons plus loin l'explication de ces faits contradictoires.

Enfin on trouve, dans la science, des observations où cette apparition des gaz n'était accompagnée d'aucune solution de continuité dans les tissus, et des expériences où la plaie a été faite et maintenue sous l'eau.

3° Le développement spontané des gaz, par suite d'un état morbide des solides ou des liquides, n'est point soutenable, quand on songe que ce développement a lieu chez l'homme et chez les animaux en bonne santé. Mais si ceux-ci succombent à une hémorrhagie, il apparaît très-rapidement et ne s'accompagne d'aucune autre altération. Tels sont les cas qui se sont offerts à notre observation.

Est-il plus facile de concevoir que ces gaz proviennent du sang lui-même? Deux objections peuvent être dirigées contre cette interprétation. La première, c'est que la composition de ces gaz n'est point identique avec celle que donne l'analyse du sang où l'on trouve beaucoup d'acide carbonique, peu d'oxygène et bien moins encore d'azote, ce qui est tout à fait l'inverse des chiffres que nous avons obtenus.

En second lieu, si on se rappelle combien il est difficile d'isoler les gaz du liquide qui les contient, que pour cela il faut déterminer une diminution considérable de pression sur le sang, on ne comprend pas que, soumis encore à une pression au moins égale à celle de l'atmosphère, il laisse ces gaz s'échapper, et que ce dégagement soit plus considérable dans les veines que dans les artères, bien que la pression soit moindre dans ces derniers, où il semble qu'on devrait constamment trouver des gaz.

4° Vient enfin une dernière explication, qui est la nôtre, et qui nous paraît irrécusable,

Si ces gaz n'entrent point par le poumon ni par une ouverture artificielle, s'ils ne se dégagent point du sang et si leur développement n'est point spontané, ni morbide, ne pourraient-ils pas provenir des tissus ambiants et pénétrer, par endosmose, à travers les capillaires? C'est ce qui restera démontré si nous parvenons à prouver que les tissus contiennent des gaz, et que leur composition est identique avec celle des fluides aériformes recueillis dans l'appareil circulatoire.

A l'analyse que nous avons donnée plus haut des gaz trouvés dans le cœur de notre accouchée, nous pouvons donner celle des gaz recueillis sur du fœtus ayant subi l'opération de la céphalotriptie.

Disons ici que ces analyses et celles dont nous parlerons plus loin, ont été faites par notre excellent ami le docteur Delconet, ancien élève de l'École normale supérieure.

La quantité de gaz fourni par un fœtus étant très-faible, il nous a fallu réunir celle de quatre d'entre eux, et encore

n'avions-nous qu'un volume très-faible dont la composition était :

$$Ox=5 \quad Co^2=4 \quad Az=94.$$

Nous trouvons ici, avec ce qui précède, une assez notable différence, mais il nous paraît possible d'en donner l'explication. Pour recueillir les gaz, nous placions le corps dans l'eau et nous ouvrions le cœur au-dessous d'un verre à expérience renversé; pour de là transvaser dans un petit flacon. Le gaz ainsi mélangé avec une grande quantité d'eau devait perdre de ses éléments en raison de leur solubilité, aussi l'acide carbonique surtout a-t-il dû disparaître en très-forte proportion. En outre, le volume total des gaz étant très-faible, l'analyse devait en être plus difficile.

Nous croyons donc que cette dernière analyse vient confirmer la première, laquelle nous semble, à très-peu près, représenter la vérité.

Voyons maintenant s'il existe des gaz dans les tissus, et quelle est leur nature.

Cette idée que l'on ne trouve émise nulle part vient naturellement à l'esprit, quand on fait une application de ventouses et qu'on voit les tissus prendre rapidement un volume considérable. Ce n'est pas le sang, qui, par son affluence, produit toute cette tumeur, et ce ne sont pas les gaz qu'il contient, minime partie de son volume, qui pourraient produire ce phénomène.

Pour être convaincu, ces présomptions, malgré leur importance, sont insuffisantes, et on est en droit d'exiger des preuves plus positives. Il suffit, dans ce but, de prendre une masse charnue, de la soumettre à l'ébullition dans l'eau, pour s'apercevoir qu'il se dégage une certaine quantité de gaz infiltré dans la masse.

Nous avons dû recueillir et analyser ces gaz. Comme précédemment, les moyens employés ont été des plus simples, aussi l'analyse n'est-elle qu'approximative; cependant, ainsi qu'on peut en juger par les résultats, elle ne manque pas d'une certaine précision, et partant de valeur.

Je place la moitié du corps d'un enfant, bassin et membres inférieurs, dans de l'eau bouillie, au-dessous d'un vase en verre renversé. Le tout bien purgé d'air est porté à l'ébullition. Ce n'est que vers 78 à 80° que des bulles de gaz commencent à s'échapper, et, montant au-dessus de l'eau, vont se loger au fond du vase en verre. Ce dégagement continue pendant trois ou quatre heures et cesse enfin complétement. Après refroidissement convenable, le gaz est transvasé dans un petit flacon en verre plein d'eau bouillie et soumis à l'analyse. Nous avons ainsi obtenu

$$Ox=8,23 \quad Co^2=8,43 \quad Az=83,34.$$

Même opération a été faite avec une cuisse de lapin. La chair, non recouverte de peau et moins dense, a laissé dégager ses gaz beaucoup plus rapidement, à une température moins élevée et dans un temps très-court. L'analyse a donné

$$Ox=7,40 \quad Co^2=10,19 \quad Az=82,41.$$

Le volume total de gaz recueilli m'a paru être environ le 1/5 du volume de la chair employée.

Ces deux analyses donnent une composition trop différente de celle de l'air, pour admettre que ces gaz proviennent de l'atmosphère. Elles démontrent encore qu'il ne s'agit pas des gaz du sang, le volume recueilli est d'ailleurs trop supérieur à celui de ce dernier (vu la quantité de chair en expérience), pour qu'il en soit ainsi.

Ces gaz proviennent donc réellement des tissus. Ajoutons qu'ils étaient infiltrés et non combinés. Quelle combinaison, en effet, pourrait si facilement céder sous l'influence d'une température inférieure à 100° et donner des éléments simples tels que l'azote, l'oxygène et l'acide carbonique? Pourquoi ce dégagement limité au temps nécessaire, pour que la cohésion étant détruite, tous le gaz se soit échappé?

On pourrait encore tenter l'expérience suivante, qu'il ne m'a pas été donné d'accomplir, mettre de la chair sous un tube barométrique et la faire arriver broyée dans la chambre de l'instrument; assurément les gaz se dégageraient et pourraient être recueillis; mais qu'est-il besoin de cette nouvelle preuve, quand les ventouses y suppléent et nous apprennent qu'il doit en être ainsi?

Si nous rapprochons maintenant l'analyse des gaz fournis par notre accouchée, de celle des gaz provenant des tissus d'enfant et de lapin, nous trouvons une similitude frappante. Les chiffres parlent d'eux-mêmes et il reste bien prouvé, par cette identité, que les gaz des vaisseaux et du cœur ont pour origine ceux des tissus; que ceux-ci passent dans l'appareil circulatoire à la suite de l'hémorrhagie. Ce passage se fait par endosmose, les gaz se conduisant comme le feraient des liquides épanchés, lesquels se résorbent quand on opère une déplétion sanguine.

Cette introduction par les capillaires explique pourquoi le système veineux est généralement le seul plein de gaz, et pourquoi la veine-cave ascendante en contient le plus. Quant au cœur gauche et au système artériel, les gaz qu'on y trouve parfois peuvent provenir, chez le fœtus, de la communication qui existe entre les deux systèmes sanguins, et chez l'adulte de l'introduction par les capillaires pulmonaires des gaz contenus soit dans le parenchyme, soit dans les vésicules du poumon.

Si dans quelques cas d'hémorrhagie on ne voit pas de gaz, c'est que la mort peut être due à une tout autre cause; alors on trouve le système veineux encore plein de sang, car il est général de trouver d'autant plus de gaz que ce liquide est en moindre quantité. C'est ce qui existait sur ce lapin dont j'ai parlé et qui mourut de convulsions. Il en était de même chez les fœtus qui n'avaient point de gaz. Pour celui qui était sans vie, rien de plus naturel; quant aux deux autres qui étaient vivants au moment de l'opération, je m'explique ainsi leur genre de mort. Les quatre premières céphalotripties où je trouvai des gaz furent faites par moi, c'est-à-dire d'une main timide, et l'isthme de l'encéphale fut sans doute respecté. Quant aux trois autres, faites avec plus d'assurance, il y eut une destruction plus considérable de l'encéphale. C'est ce qui me parut exister à une des dernières autopsies, alors que mon attention attirée sur ce point cherchait à se rendre compte de la différence dans les résultats de l'opération.

On conçoit encore qu'une syncope, comme la lésion du nœud vital, peut causer la mort avant la fin de l'hémorrhagie.

D'après ce qui précède, où nous avons démontré que la présence des gaz est la conséquence d'une hémorrhagie qui amène la mort, on serait tenté de croire qu'il en est toujours ainsi et que ces gaz ne peuvent par eux-mêmes faire mourir. Cette proposition semble avoir été soutenue au Congrès médical de Rouen. Sans nier que la présence des gaz puisse être suivie de guérison, il est pourtant certain que leur développement peut entraîner une issue fatale. L'observation que nous avons à dessein rappelée au début de ce travail le prouve parfaitement. Après l'émotion très-vive éprouvée par la malade, son système nerveux devint calme; mais elle se plaignit de suffoquer, quoique la respiration fût régulière et facile; elle éprouvait à la région épigastrique une sensation pénible d'oppression; en outre, son pouls était insensible, et il fallait remonter à l'artère humérale pour percevoir quelques faibles battements. Ces signes sont pour nous, qui avons assisté à l'agonie, une preuve positive que la mort doit être attribuée à cette cause.

On peut ajouter que cette mort n'a pas été instantanée, et que, malgré les gaz, la malade a pu vivre encore quelques heures.

Cette théorie de l'endosmose gazeuse explique-t-elle tous les faits? Nous le pensons. Au moins on accordera qu'elle n'est en contradiction avec aucun. La plupart des malades qui ont succombé à ce genre de mort étaient anémiques et faibles. Que dans de pareilles circonstances une pression, une émotion viennent à déterminer le vide dans les capillaires d'une région, le sang n'étant point en quantité suffisante pour immédiatement remplir ce vide, aussitôt les gaz pénètrent et circulent. Après un accouchement, n'y a-t-il pas diminution de pression, déplétion de l'appareil circulatoire et par suite disposition des capillaires à l'absorption gazeuse?

Nous sommes, en définitive, en face de deux faits : présence de gaz dans les tissus et apparition de gaz semblables dans l'appareil circulatoire. Le passage s'explique parfaitement à l'aide de l'endosmose; reste à expliquer pourquoi ce passage s'effectue dans certains cas et non dans d'autres à peu près semblables. Là gît une petite difficulté; mais a-t-on jamais le dernier mot de la chose?

Cette existence de gaz dans les tissus est, ce me semble, un fait nouveau bien constaté dont l'étude pourra éclairer certains points de physiologie et de pathologie.

N'y aurait-il, en effet, aucune différence de composition dans ces fluides avec les divers états morbides où les liquides et les solides sont profondément altérés? Ne peut-on pas expliquer maintenant certaines productions gazeuses spontanées dans des cavités normales ou accidentelles? Avec de nouvelles analyses on pourra élucider toutes ces questions.

Quant à la gravité de l'introduction de l'air dans les plaies pénétrantes, ce n'est point, on le voit, aux éléments connus de l'atmosphère qu'il faut supposer aucune influence pernicieuse.

Les tissus végétaux, à l'égal des substances animales, contiennent des gaz dont la différence de composition est moindre qu'on ne serait tenté de le croire. Une pomme mûre mise dans l'eau bouillie et réduite par la cuisson à l'état de pulpe m'a fourni des gaz avec les proportions suivantes :

$$Ox=13,79 \quad Co^2=20,69 \quad Az=65,62.$$

Cette analyse, dont les résultats varieraient sans doute avec les diverses périodes de la maturation, eût été peut-être un peu différente si elle eût été faite plus tôt, avant le développement de champignons qui en quelques semaines apparurent dans le flacon, lequel ne fut pas immédiatement soumis à l'analyse.

En résumé :

1° Il existe dans les tissus des gaz dont la composition est celle des fluides aériformes trouvés accidentellement dans l'appareil circulatoire et qu'on peut supposer être en moyenne la suivante :

$$Ox=8 \quad Co^2=10 \quad Az=82 ;$$

2° Ce sont ces gaz qui par endosmose passent dans les vaisseaux sanguins quand ces vaisseaux contiennent peu de liquide;

3° Les faits démontrent que l'air n'entre point par le poumon, ni par les plaies des capillaires; que les gaz du sang ne se dégagent pas spontanément, et qu'il ne s'en développe pas sous l'influence de causes morbides;

4° Les tissus des végétaux, ainsi que ceux des animaux, contiennent des gaz dont la composition est peu différente.

TRAITEMENT DU ZONA PAR LE CHLOROFORME.

M. Crépinel emploie avec avantage le chloroforme en applications extérieures dans le zona. Il apporte quatre observations à l'appui. La première est relative à une femme de soixante-dix ans, ayant un zona qui l'empêchait de dormir depuis cinq semaines. La guérison a eu lieu en dix jours.

Dans la seconde, il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans. Guérison en huit jours.

La troisième concerne un voyageur. L'éruption ne datait que de deux jours. Après cinq jours de traitement, il a pu continuer sa route.

Quatrième observation. Jeune fille de neuf ans ayant un zona depuis douze jours. Guérison en sept jours.

M. Crépinel dit que le fait le plus frappant de l'emploi du chloroforme, c'est la cessation complète très-rapide des douleurs insupportables qui accompagnent le zona.

Voici la formule de M. Crépinel :

R. Huile d'amandes douces, 20 grammes.
Chloroforme, 4 —
Mêlez.

Faire cinq ou six applications sur tous les groupes de vésicules dans les vingt-quatre heures. Agiter le liquide avant chaque application, et couvrir immédiatement les parties enduites avec le côté d'un morceau de ouate dont on aura enlevé préalablement la partie glacée.

La dose du chloroforme peut être portée à 4 ou 6 grammes, suivant l'intensité des douleurs. Chez les enfants, M. Crépinel ne dépasse pas la dose de 2 grammes pour la même quantité de véhicule.

Généralement les douleurs disparaissent en un ou deux jours, et la guérison est complète en six ou huit jours. La réussite de ce moyen est d'autant plus sûre et plus prompte qu'il est employé à une époque plus rapprochée de l'invasion du mal. (*Bulletin de la Société médicale de l'Aube et Bulletin de thérapeutique.*)

EMPLOI DES INJECTIONS HYPODERMIQUES

De morphine dans les affections cancéreuses.

L'incurabilité absolue des affections cancéreuses non opérables nous impose le devoir de rechercher les moyens susceptibles de calmer les douleurs atroces que la plupart de ces affections infligent aux malades. Les injections hypodermiques ont sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, inauguré un progrès incontestable. M. Freemann a fait de nombreuses applications de ce moyen comme sédatif des douleurs, spécialement de celles qu'engendre le cancer de l'estomac et de l'utérus. Aucun agent, selon lui, n'a le pouvoir de calmer la souffrance aussi efficacement, aussi promptement que celui-ci, et avec moins d'inconvénients pour la santé générale. Il est aussi d'observation que, malgré les nombreuses piqûres nécessaires pour calmer la douleur aussi souvent qu'elle se reproduit dans ces affections, aucun accident local, abcès ou érysipèle, n'a eu lieu par le fait de l'opération.

Les effets de la morphine sont moins durables, mais s'exercent plus instantanément que ceux de l'atropine. L'atropine est le sédatif par excellence des douleurs superficielles; la morphine convient mieux pour celles dont le siége est dans les organes profonds.

Pour faire cesser les sensations pénibles qui résultent du cancer, il faut, bien entendu, augmenter progressivement la dose du narcotique. Néanmoins, cette augmentation n'a pas besoin d'être portée aussi loin quand on use de la méthode endermique que lorsqu'on agit sur la surface digestive. La plupart des cancéreux de l'hôpital de Middlesex reçoivent quotidiennement 10 à 15 centigrammes de morphine par les injections hypodermiques, et en obtiennent un effet équivalent à celui de 30 ou 45 centigrammes du même médicament introduit dans l'estomac. (*The British medical journal*, 24 juin 1865.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 septembre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une lettre du sieur Beno Sel Maio contenant la recette d'un remède auquel il attribue la propriété de guérir la malaria, les fièvres intermittentes, la fièvre jaune et le choléra. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bailhé, qui annonce à l'Académie un nouveau cas de choléra.

2° Une lettre de M. Louis A. Leroux, qui envoie une brochure de M. Manuel-Maria de Fuentes sur un mode de traitement du choléra. (Commission du choléra.)

3° Un rapport sur l'emploi de la pepsine dans le choléra, par M. Onofre Gonzalès (de Palma.)

4° Une lettre de M. le docteur Poggioli accompagnant l'envoi d'une brochure sur l'application de l'électricité dans le traitement du choléra.

5° Une lettre de M. le docteur Bellamare, d'Alexandrie (Égypte) accompagnant un rapport manuscrit sur le choléra en Orient. (Commission du choléra.)

6° Une lettre de M. le docteur Parise (de Lille), qui déclare ne pas accepter l'interprétation de MM. Devilliers et Depaul relativement à son travail sur une nouvelle cause de dystocie, et demande à l'Académie la permission de lui adresser sa défense.

7° Une lettre de M. le docteur Guillon, qui adresse à l'Académie plusieurs exemplaires de sa brochure sur la stricturotomie pour le concours du prix Barbier pour 1865.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Riolacci, un ouvrage sur le camp de Châlons;

Et, au nom de M. A. Tigri (de Sienne), une brochure en italien sur l'oblitération spontanée et complète du sac herniaire consécutif au décubitus prolongé et sur la cure radicale des hernies.

— **M. RAYER** dépose sur le bureau le XVI[e] volume des *Mémoires de la Société de biologie*.

— **M. HAIME**, membre correspondant à Tours, est présent à la séance.

RAPPORT.

Appareil à fracture. — M. **GOSSELIN**, au nom d'une Commission, donne lecture d'un rapport officiel sur un appareil à fracture de la jambe imaginé par M. le docteur Pauchet, de Rue (Somme).

Cet appareil, que M. le rapporteur met sous les yeux de l'Académie, consiste en une gouttière en crin, limitée de chaque côté par de longues attelles métalliques, et aux parties latérales de laquelle sont adaptées deux tiges transversales mobiles qui viennent, au moyen de vis mobiles, exercer une pression plus ou moins forte sur le haut et le bas de la jambe, et trois attelles longitudinales qui, au moyen de vis analogues, viennent par l'intermédiaire de petits coussins, presser sur la jambe au niveau de la fracture pour la maintenir.

M. le rapporteur reconnaît que cet appareil est ingénieux, qu'il est facile à appliquer et à supporter; mais il reconnaît aussi qu'il peut être incommode quelquefois, et même devenir dangereux, à cause des pressions exercées par les attelles et de la difficulté que l'on pourra éprouver au bout de quelques jours, à desserrer les vis et les écrous.

M. Pauchet, dit M. le rapporteur, me semble partager l'illusion de beaucoup de ceux qui ont écrit avant notre époque sur les fractures, c'est de croire qu'il doit exister, et qu'il y a lieu de chercher un appareil qui remédie sans peine et sans danger aux déplacements, quels qu'ils soient, de toute espèce de fracture de la jambe. L'étude attentive des variétés anatomiques et des variétés cliniques a fait reconnaître aux chirurgiens de l'époque actuelle quatre choses incontestables :

La première, c'est que beaucoup de fractures de la jambe sont sans déplacement et guérissent bien avec tous les appareils.

La seconde, que certaines fractures présentent des déplacements faciles à réduire et à maintenir réduits, pour lesquels encore tous les appareils sont bons, pourvu qu'ils ne soient pas trop serrés, et qu'ils soient convenablement surveillés et renouvelés.

La troisième, qu'il y a des déplacements réductibles, mais très-difficiles à maintenir, pour lesquels les appareils ordinaires, celui de Scultet en particulier, sont insuffisants, et pour lesquels il faut ou recourir à des moyens de contention spéciaux, ou se résigner à voir les malades guérir avec une difformité légère qui n'a, en définitive, aucune influence fâcheuse sur les fonctions du membre.

La quatrième, enfin, que certaines fractures ont des déplacements absolument irréductibles, et contre lesquels tous les appareils présents et à venir sont impuissants.

M. Pauchet, comme tous les inventeurs d'appareils pour les fractures de la jambe, aura donc la satisfaction de trouver des succès dans les deux premières catégories. Il en trouvera probablement aussi dans la troisième. Mais ceux qu'il obtiendra en pareil cas, il les obtiendrait aussi sûrement et d'une façon plus simple avec les moyens journellement employés aujourd'hui. Quant aux déplacements de la quatrième espèce, il ne réussira pas, et s'il veut lutter quand même, il produira des eschares et des douleurs qui changeront la fracture primitivement simple en une fracture compliquée.

C'est avec regret, dit en terminant M. le rapporteur, que je combats les illusions de M. Pauchet. Mais il n'est pas inutile que de temps en temps les chercheurs d'appareils soient avertis qu'il en existe déjà beaucoup; que depuis l'ouvrage de Boyer, auquel M. Pauchet paraît s'être arrêté, il s'en est fait un grand nombre; qu'aujourd'hui chacun remédie un peu à sa façon aux déplacements réductibles et y parvient en tenant compte de ces deux principes : qu'il ne faut jamais exercer de pression trop forte sur certains points, et qu'avec de la surveillance, surtout si l'on se sert des appareils à jour, on obtient beaucoup.

La Commission propose, en conséquence, de répondre à M. le préfet de la Somme : que l'appareil de M. Pauchet n'est pas mauvais, mais qu'il n'est supérieur à aucun de ceux actuellement connus.

LECTURE.

Épizootie en Russie. — M. le baron **MAYDELL**, sur l'invitation du président, qui lui a exprimé le désir de connaître son avis sur le développement actuel des épizooties en Russie et leur influence sur l'état sanitaire des habitants, donne les renseignements suivants :

En Russie, deux maladies occupent l'attention de l'administration à cause de leur grande contagiosité et de leur rapide développement, ce sont la peste bovine et le charbon. La peste bovine se développe presque chaque année dans les grandes plaines au sud de la Russie, d'où viennent les troupeaux de bœufs qui sont envoyés chaque année dans les grandes villes du Nord. Le voyage de ces troupeaux dure deux à trois mois, et les chemins qu'ils suivent sont souvent les points de départ de l'épidémie qui envahit le pays.

Le charbon apparaît presque chaque été dans la Russie européenne. Il se développe surtout dans les gouvernements à sol marécageux, pendant les grandes chaleurs. La maladie a frappé un grand nombre de chevaux occupés de travaux fatigants au bord de canaux dépourvus d'abris et privés de bonne nourriture, et faute de précautions il a atteint un certain nombre de paysans.

A la fin de juillet il n'y avait plus que des cas isolés de ces deux maladies. Nulle part elles n'ont pris le développement d'une véritable épidémie.

Quant à la question de savoir jusqu'à quel degré les épizooties ont influencé sur l'état sanitaire des habitants, M. Maydell déclare qu'il est embarrassé de répondre d'une manière définitive. A la fin de l'épidémie charbonneuse dans le gouvernement de Saint-Pétersbourg, au mois d'août 1864, se sont montrés les premiers cas de l'épidémie de la fièvre récurrente et du typhus qui, à la fin de l'hiver, devait atteindre son plus fort degré de développement. Les membres du comité hygiénique, chargés d'étudier les causes de l'épidémie, étaient d'avis que la mauvaise nourriture seule n'avait pu provoquer cette maladie. Le résultat de l'examen le plus détaillé de cette question a prouvé que la viande dont le peuple se nourrissait était d'une bonne qualité et que les animaux atteints de charbon, et qui étaient principalement des chevaux, avaient disparu depuis longtemps de la surface de la terre. On pouvait encore penser que cette épidémie était due en partie à la mauvaise qualité de certains légumes et à l'affluence extraordinaire de la classe ouvrière souvent mal logée. Mais, considérant que la basse classe se trouve souvent exposée à des inconvénients semblables sans qu'il s'ensuive une épidémie, M. Maydell est d'avis qu'il faut ajourner l'explication définitive de cette maladie.

En résumé, M. Maydell est d'avis que l'épidémie charbonneuse épizootique des mois de mai, juin et juillet 1864 dans les environs de Saint-Pétersbourg, n'a ni provoqué ni influencé le développement de l'épidémie de fièvre récurrente et de typhus du mois d'août de la même année. (Comm. : MM. Rayer, Leblanc, Bouley et Raynal.)

Fièvre puerpérale. — M. le docteur **BATAILHÉ** termine la lecture de son mémoire sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale. L'auteur s'attache à montrer dans ce travail, tant par ses propres recherches que par les travaux de MM. Grisolle, Cruveilhier, etc., que la phlébite suppurative non plus que la lymphangite n'existent pas dans la fièvre puerpérale, et que, par conséquent, c'est à tort qu'on a dirigé contre ces affections les médications antiphlogistiques. (Comm. : MM. Danyau, Depaul et Jacquemin.)

M. le docteur **WANNER** lit un mémoire dont l'objet est de faire connaître un traitement de la fièvre typhoïde par les passes d'eau froides sur la peau avec des pinceaux en poil de blaireau, les lavements avec de l'eau à 0° et l'ingestion de la glace par la bouche. (Comm. : MM. Grisolle et Briquet.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La Société centrale du département du Nord avait mis au concours la question suivante :

« De la valeur du palper abdominal comme moyen de déterminer la « position du fœtus, et surtout de rectifier les présentations vicieuses, « soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement. »

Dans sa séance du 16 août dernier, elle a décerné le deuxième prix, une médaille d'argent et le titre de membre correspondant, à M. le docteur Edmond Belin (de Colmar).

(*Gaz. médicale de Strasbourg.*)

— Nous recevons de M. le secrétaire du Congrès de Bordeaux la note suivante :

« J'ai le regret de vous annoncer que la compagnie d'Orléans n'a voulu faire aucune concession aux membres du Congrès. Bordeaux n'a pas eu auprès d'elle plus de succès que Rouen et Lyon. Cet incident, nous l'espérons, ne nous privera pas du plaisir de vous voir parmi nous; et la compagnie du Midi nous dédommagera de cet échec en donnant aux membres du Congrès une splendide fête sur le bassin d'Arcachon, le dimanche 8 octobre. »

— Le corps médical de l'Italie a payé sa dette de dévouement aux cholériques d'Ancône. MM. les docteurs Bruscolini, Jean Corbilier, Marchetti, Gaetan Persichetti, Piccinini, César Polloni, Stephanini, sont morts victimes de l'épidémie qu'ils allaient combattre.

(*Dirritto* et *Gazette médicale italienne.*)

— Notre profession vient de perdre un de ses meilleurs auxiliaires. M. J. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, qui soutenait avec honneur la réputation de la coutellerie chirurgicale française, vient de succomber rapidement, emporté par une pneumonie.

Nous avons tous apprécié le caractère et les qualités de M. J. Charrière. Les sentiments et la conduite de son honoré et aimé père, M. F. Charrière, avaient profité en lui. Nous n'oublions pas que la maison Charrière a seule, pendant de longues années, secondé avec le plus grand désintéressement toutes les tentatives nouvelles de la médecine et de la chirurgie, et que M. J. Charrière n'avait pas cessé d'être dévoué au corps médical.

Cette mort prématurée, nous ne craignons pas de le dire, sera l'objet des regrets unanimes des médecins et des chirurgiens.

Souscription en faveur d'un confrère malheureux.

MM. Barbot, à Jonzac.	10 fr.
Batigne, à Montpellier.	10
Total.	20 fr.
Liste précédente.	2,380 fr.
Total général.	2,400 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des indications dans le traitement de la pleuro-pneumonie primitive chez l'adulte, par le docteur MUNIER. In-8°. Prix : 2 fr. 50 c. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Instruction pratique pour l'usage du laryngoscope, par le docteur Maurice KRISHABER. In-8°. Prix : 50 centimes. — Paris, à la librairie de P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques et les indications de la thoracentèse chez les enfants, par le docteur VERLIAC, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 116 pages. Prix : 2 fr. *franco*. — Paris, 1865, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 115. — SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 30 SEPTEMBRE 1865. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le choléra.

Si la *Gazette des Hôpitaux* n'a pas cru devoir jusqu'ici entretenir ses lecteurs de l'épidémie cholérique qui a envahi une partie du midi de la France, après avoir successivement parcouru l'Orient et les contrées les plus méridionales de l'Europe, c'est parce que, en l'absence de documents scientifiques précis sur les caractères et sur la marche de l'épidémie, elle n'eût pu que répéter des bulletins numériques sans grande signification par eux-mêmes, ou les renseignements vagues reproduits par les grands journaux. Mieux renseignée aujourd'hui par des documents émanés d'observateurs compétents, elle s'empresse d'exposer immédiatement ceux qui lui paraissent de nature à faire le mieux connaître l'état exact des choses. Nous commençons par publier une relation de l'épidémie de Marseille que M. le docteur Sélim-Ernest Maurin a bien voulu nous transmettre, et un extrait du rapport de la Commission des maladies régnantes à la Société médicale des hôpitaux, sur la question de savoir s'il y a dans l'état sanitaire actuel de Paris des motifs de craindre une invasion prochaine de la maladie.

Caractères du choléra de Marseille en 1865,

Par le docteur Sélim-Ernest MAURIN.

Le commencement de l'année 1865 a été marqué par des pluies fréquentes, des froids peu rigoureux, un nombre considérable de grippes, de coqueluches et de fièvres intermittentes souvent larvées. Les grippes sont devenues de plus en plus rares à partir de mars, le nombre des fièvres intermittentes a peu diminué, bien que la constitution météorologique fût chaude et sèche.

Pendant tout l'été, la sécheresse a continué. A partir de juin, les vents faibles du sud et du sud-est ont dominé. La température s'est maintenue à 28 ou 29°, s'élevant quelquefois jusqu'à 34 ou 35° centigrades. Il n'a éclaté qu'un seul orage vers la mi-juin. Depuis la fin de ce mois, quelques observateurs ont noté que les machines électriques donnaient moins d'étincelles qu'auparavant.

Les rues des vieux quartiers et des faubourgs de Marseille étaient mal tenues. Les rues tortueuses de la vieille ville ne pouvant être parcourues, pour la plupart, par des voitures d'arrosage, les déjections n'en sont entraînées que lorsque l'eau coule dans les ruisseaux. Les rues des faubourgs ne sont pas encore toutes nivelées, elles manquent d'égouts, quelques-unes n'ont pas de caniveaux, les déjections et les eaux d'évier y forment parfois des flaques pestilentielles. La police a constaté chaque nuit le jet d'environ mille vases sur la voie publique.

Les fruits ont été fort abondants et d'un prix proportionnellement très-bas. Les autres denrées, par contre, étaient fort chères. La classe pauvre, dont la misère était augmentée par suite d'une stagnation d'affaires, s'est nourrie presque exclusivement de crudités pendant les mois de mai et de juin. Les Italiens surtout, au nombre de 25,000 environ à Marseille, entassés dans des logements étroits, au centre de la vieille ville et dans les faubourgs, abusaient des melons, des pastèques, des fruits aqueux, des tomates crues, des pâtes, dont ils faisaient leur nourriture habituelle.

C'est dans de telles conditions que le choléra nous a surpris le 7 juin, c'est-à-dire une quinzaine de jours après son début à Alexandrie. Je me réserve d'examiner plus tard s'il a été importé par les hommes ou par les courants atmosphériques; je me borne à affirmer d'ores et déjà que ces deux modes de propagation ont contribué au développement du mal qui a trouvé à Marseille des conditions atmosphériques, telluriques, fluidiques et individuelles, favorables à son développement.

Il a commencé par faire quelques victimes durant le mois de juin au centre de la vieille ville, si bien disposée pour le recevoir. Le concours de monde qu'attirent les processions, à cette époque, a favorisé son expansion. (Dès le 9 juillet, la mortalité était de 3 ou 4 par jour). La fête nationale du 15 août paraît lui avoir donné plus d'activité (dès le lendemain, 9 décès par jour). Vers la fin d'août, une exécution capitale devait avoir lieu sur la place Sébastopol : elle fut attendue pendant une dizaine de jours, avec impatience, par la populace, qui passa autant de nuits à la belle étoile (la mortalité s'éleva à 20 par jour). Le 1er septembre, la foire Saint-Lazare, ouverte à la plaine, a attiré pendant quinze jours de grandes agglomérations. Dès le surlendemain de l'ouverture de la foire, des cas de choléra furent constatés dans les rues du quartier, jusque-là respectées par le fléau (la mortalité moyenne monte à 30, 40, 50, 60 par jour). La foire a été close le 15 septembre, depuis l'épidémie décroît.

Y a-t-il eu coïncidence entre ces faits et la marche ascendante de l'épidémie, ou bien les agglomérations ont-elles été la cause de l'expansion d'une maladie qui paraissait, par la lenteur de sa marche, ne pas devoir prendre la forme épidémique? J'inclinerais pour cette dernière manière de voir.

Voici les mesures hygiéniques qui ont été prises contre le choléra? 1° La municipalité, en juillet, a mieux surveillé la propreté des rues, s'est efforcée de donner un cours facile aux flaques d'eau, a obligé les propriétaires d'impasse à blanchir les murailles au lait de chaux, à vider les fosses. Depuis quelques jours, enfin, elle a établi des bureaux de secours desservis par deux médecins pendant la nuit; on lave les rues à grande eau durant le jour, le soir on allume des feux.

2° Les particuliers ont renoncé pour la plupart (bon nombre d'Italiens font exception) à l'usage des fruits, des légumes, des boissons froides. Ils se nourrissent exclusivement de viandes, ne boivent que des alcooliques, des infusions excitantes, du thé, de la verveine, de la sauge, de la chartreuse verte, de l'alcool de menthe, de l'alcool camphré. 104,000 personnes environ ont émigré; les bastides, les cabanons, sont encombrés de femmes et d'enfants; les hommes vaquent à leurs affaires pendant le jour, et se rendent tous les soirs auprès de leur famille. On s'explique ainsi pourquoi le choléra fait une certaine quantité de victimes dans la banlieue.

A de fort rares exceptions, la maladie n'a sévi que sur des malheureux qui se sont livrés à quelques excès. On cite à peine dix personnes notables qui ont succombé au choléra, toutes avaient commis des imprudences. Chez les 1,500 victimes du fléau, il a presque toujours été possible de retrouver la cause prédisposante ou déterminante.

Pour étudier de la manière la plus profitable le choléra actuel, il est nécessaire de diviser la maladie en quatre périodes: 1° Incubation; 2° invasion; 3° algidité; 4° réaction et accidents.

La période prodromique est marquée par une lassitude extrême; la moindre dépense de force musculaire est suivie d'une grande fatigue dans les articulations du genou et du coude. Les fonctions de la peau s'accomplissent mal, les sueurs sont abondantes, bien qu'on ait froid; la langue n'est pas précisément pâteuse, elle est blanchâtre au centre, rouge à la pointe et au pourtour; les malades accusent un goût fade à la bouche, les aliments paraissent avoir moins de saveur, l'appétit pour les solides diminue, il augmente pour les liquides; la soif est inextinguible, et néanmoins l'estomac est fatigué des moindres doses de boissons. Les selles sont difficiles, noires chez ceux qui ont abusé des alcooliques; la tête est lourde, une douleur gravative se fait sentir au niveau des sinus frontaux; ce qui domine surtout, c'est la prostration absolue des forces. Si un vomissement critique a lieu, il est suivi d'un soulagement notable et immédiat. Si la diarrhée prend la place de la constipation, le soulagement est moins marqué, mais il n'est pas moins appréciable, et c'est ce qui trompe la plupart des malades; car, voyant que cette diarrhée noire, fétide, les remet au lieu de les affaiblir, ils se gardent de recourir au médecin.

Tel est le début ordinaire de notre choléra.

La tisane de riz à l'eau de fleurs d'oranger et à la gomme est excellente dans les premières heures pour calmer l'inflammation gastro-intestinale, produite par les alcooliques, et pour faciliter quelques selles; mais il faut se hâter de recourir aux opiacés, dès que les évacuations deviennent plus fréquentes, perdent leur fétidité et leur couleur. Je me suis bien trouvé de l'emploi de quatre gouttes de laudanum dans une cuillerée à bouche d'eau; ordinairement cette faible dose suffit pour couper la diarrhée. L'expérience m'a démontré que si on prend l'œnolé de Sydenham dans une plus grande quantité d'eau, l'action est moins certaine. La physiologie en donne la raison : boire, c'est exciter le mouvement péristaltique des intestins. Si l'administration de cette dose de laudanum n'enraye pas complétement les évacuations alvines et si le malade s'affaiblit, je fais donner un quart de lavement d'amidon avec cinq gouttes de laudanum, à renouveler quelques minutes après chaque selle. Je suis ainsi parvenu, en recommandant la diète absolue des boissons, le repos et la chaleur, à arrêter toutes les diarrhées prodromiques qui se sont présentées.

Malheureusement il est rare que le médecin soit appelé dans d'aussi heureuses conditions. On néglige de traiter cette indisposition : bientôt les selles se succèdent plus rapides, s'accompagnant de lypothimies, de nausées, de vomissements d'abord porracés, ensuite séreux ; la peau se recouvre d'une sueur visqueuse, qui fatigue le malade tant elle est abondante : c'est le début de la période algide. L'épigastre et l'abdomen deviennent le siége de douleurs les plus aiguës, comparées souvent par les malades à celles que produirait un fer rouge. Ces douleurs manquent dans certains cas et n'augmentent pas à la pression; elles ne sont pas continues et reviennent par accès qui précèdent soit les selles, soit surtout les vomissements. La langue est froide, livide, humectée. Le malade accuse cependant un sentiment de soif ardente ; les boissons augmentent ce besoin au lieu de le satisfaire; la glace seule, par petits morceaux, est prise sans dégoût pendant de longues heures. On ne saurait croire avec quelle facilité on arrête les selles et les vomissements, ou pour le moins l'un des deux symptômes, par l'usage de n'importe quel médicament. Mais il est plus difficile de combattre la prostration. Si peu que durent les selles et les vomissements, la peau se recouvre d'une sueur visqueuse, se refroidit, conserve le pli qu'on lui donne, change de couleur, se bronze par taches ordinairement ; il est rare de la voir se cyanoser. Ces taches bronzées, qui occupent la face, la poitrine, les membres, sont à leur tour souvent le siége d'une éruption confluente de miliaire et d'une insupportable démangeaison. Les urines sont supprimées, et leur retour est l'un des meilleurs signes de prochaine guérison. Les crampes sont rares, très-peu intenses, elles sont remplacées par un sentiment d'inquiétude des plus pénibles qui pousse les malades à se découvrir, à changer de position à chaque instant. Pas de céphalalgie, intelligence parfaite, respiration incomplète, air expiré froid, voix cassée. Ce dernier symptôme mérite de fixer l'attention au point de vue du pronostic; tant que la voix n'est pas revenue à son timbre normal, il est douteux que le malade guérisse. Le pouls est faible et fréquent, quelquefois lent, facile à déprimer, la face est altérée profondément. Le refroidissement de la peau s'accompagne souvent d'un sentiment de chaleur interne des plus intenses. Par l'emploi des excitants, des toniques fixes ou volatils et le réchauffement artificiel de la peau, on obtient un commencement de réaction dans presque tous les cas; mais l'effet produit est dû *à la maladie du remède*, cette réaction n'est pas franche, elle cède bientôt, l'algidité revient, dans quelques cas l'asphyxie est même survenue sans retour de l'algidité, la langue se sèche, les symptômes d'adynamie se prononcent davantage, le pouls se perd en queue de rat, les forces manquent entièrement, et la mort termine brusquement la scène, neuf fois sur dix, du deuxième au cinquième jour.

Le choléra de Marseille, en 1865, agit donc à la manière d'une fièvre typhique; il a pour causes prédisposantes la misère et la fatigue, pour élément prédominant l'adynamie; il sévit peu sur les malades en cours de traitement; on n'observe pas ce génie épidémique qui semble planer sur une ville et mouler toutes les affections; on ne signale pas de cas foudroyants, instantanés, la maladie prépare le terrain avant de l'envahir; on saisit quelque chose de pernicieux dans la marche du mal, un mélange de suette, d'intermittence et d'affection cholérique. C'est à de telles complications que nous devons le peu de succès des diverses méthodes thérapeutiques opposées aux cas de choléra arrivés à la période algide. Dans cette *pseudo-épidémie*, on conçoit au contraire pourquoi les mesures prophylactiques réussissent si bien. Il y aurait beaucoup à dire encore sur les faits de contagion; des enquêtes sont ouvertes; cette question, qui excite trop vivement les esprits en ce moment, sera bientôt vivement éclairée.

Aurons-nous le choléra à Paris?

(Extrait du rapport mensuel sur les maladies régnantes).

« Avons-nous le choléra à Paris? L'aurons-nous?

« Telles sont les deux questions que les préoccupations, fort légitimes du reste, d'un public inquiété par des révélations dont il ne peut apprécier lui-même la valeur, ne cessent de nous poser depuis quelques temps. Ces deux questions se dressent d'une façon tellement impérieuse devant nous, que la Commission ne pouvait songer à les éluder et qu'il était de son devoir de chercher à recueillir des documents qui lui permissent, sinon de les résoudre, au moins de les agiter en parfaite connaissance de cause. C'est ce à quoi elle a mis tous ses soins, et si pour la seconde de ces questions elle se voit forcée de rester dans une réserve plus grande qu'elle ne l'eût désirée,

elle a au moins la satisfaction de pouvoir, en ce qui concerne la première, apporter devant la Société des résultats aussi précis que démonstratifs. Il s'agit là, en effet, d'une simple numération à établir, et rien n'est plus facile que de relever, tant sur les statistiques administratives que sur les communications émanées de chacun de nos collègues, le nombre des cas de *choléra* ou de simple *cholérine*, qui ont été observés dans ces derniers temps à Paris. Or, de ce relevé, il résulte qu'en juin nous avons eu, pour l'ensemble des hôpitaux : 6 cas de guérison et 1 décès; en juillet, 20 guérisons et 1 décès; en août, 16 guérisons et 1 décès. En 1864, la même maladie avait causé en juillet 6 décès; en août, 3 décès; soit 9 décès en deux mois, au lieu de 2 que nous avons cette année pour le même laps de temps. On ne saurait objecter qu'un certain nombre de ces faits ont pu passer inaperçus, car notre attention a été éveillée non-seulement par les préoccupations du public, dont je parlais il n'y a qu'un instant, et par les nouvelles qui nous arrivaient du littoral de la Méditerranée, mais aussi et surtout par une circulaire de l'administration supérieure qui, surprise de voir les cas de choléra figurer en moins grand nombre que les années précédentes sur nos relevés mortuaires, nous invitait d'une façon toute spéciale à lui signaler chacune des manifestations de cette maladie que nous aurions occasion d'observer. C'est un devoir auquel aucun de nous n'aurait voulu manquer, aussi nous croyons-nous suffisamment autorisés, dût-on nous accuser encore d'un optimisme exagéré, à affirmer que, jusqu'à présent du moins, le choléra a atteint à Paris un moins grand nombre de personnes que les années précédentes, notamment qu'en 1864.

« Ajoutons que des 3 décès que nous avons eu à enregistrer pour les mois de juin, juillet et août, on pourrait facilement, au point de vue de l'influence épidémique, éliminer le dernier qui a été observé à l'hôpital des Enfants malades, car on sait que les sujets traités dans cet hôpital sont souvent exposés aux atteintes du *choléra infantile*, lequel n'a rien de commun, au moins quant aux circonstances qui président à son apparition, avec le *choléra épidémique*. Si nous en avons tenu compte, c'est afin de prouver qu'aucun fait n'a été omis. Des deux autres cas mortels, celui du mois de juillet a été observé à l'hôpital Lariboisière par M. Moissenet, et voici en quels termes notre collègue l'a apprécié : « J'ai posé le diagnostic *choléra nostras*, « en l'absence de quelques-uns des traits du choléra asiatique : « — selles blanches abondantes et vomissements de même « nature; — Les quelques vomissements bilieux observés au « début de la maladie ont cessé tout à fait pendant les derniers « jours de la période algide qui ont précédé la mort sans réac- « tion intermédiaire. »

« Quelques-uns des faits qui se sont terminés par la guérison ont peut-être été plus significatifs, et nous pourrions en citer un assez remarquable qui a été vu par M. Guérard, à l'Hôtel-Dieu; mais chez ce malade, entré à l'hôpital au milieu de la nuit, la réaction a été si rapide qu'elle était complète à huit heures du matin, et la guérison s'établissait en quelques jours. Les choses se sont passées absolument de la même manière chez un homme qui est entré dans mon service à la Pitié, vers le milieu de juillet, et chez quatre malades que M. Moutard-Martin soignait vers la même époque à l'hôpital Beaujon. « Il « s'agissait bien, dit notre collègue, de *choléra léger*, car les « quatre malades (hommes) ont eu des vomissements, de la « diarrhée aqueuse blanchâtre, des crampes, du refroidisse- « ment des extrémités, lesquelles étaient humides, comme « macérées. Les urines étaient rares; il y avait altération de la « voix. » — Ces quatre malades ont guéri, et, en donnant ces renseignements à la Commission, à la date du 8 août, M. Moutard-Martin faisait observer que depuis quinze ou vingt jours, il n'avait vu aucun cas semblable. M. Gabbe, qui a observé des faits analogues dans le même hôpital, dit : « Dans certains cas, « on observe le syndrome complet de la maladie asiatique; « néanmoins, je considère toutes ces affections comme déve- « loppées par le fait de conditions climatériques et hygié- « niques, sans intervention miasmatique. C'est du *choléra nos-* « *tras*, et non du choléra sporadique, dénomination qu'on « devrait réserver aux cas isolés de choléra de cause spécifique « et de nature infectieuse. »

« Si de l'ensemble de ces faits il résulte que nous n'avons pas le choléra, et qu'à ce point de vue l'état sanitaire n'est pas plus mauvais qu'il ne l'est tous les ans à semblable époque, il n'en est pas moins vrai que nous n'avons pas résolu la deuxième question, celle de savoir si nous devons nous considérer comme prochainement menacés d'une épidémie. Certes, s'il suffisait de constater que les diarrhées sont les maladies dominantes pour en inférer que nous sommes sous le coup d'une épidémie cholérique, nous devrions reconnaître le danger comme très-imminent; car, en effet, il y a beaucoup de diarrhées et même de diarrhées séreuses en ce moment. Mais rien n'est moins démontré que la corrélation que certains médecins veulent établir entre ces diarrhées et le choléra. D'abord, les dérangements intestinaux dont elles sont le symptôme sont les maladies habituellement prédominantes de cette saison. — Puis, au lieu d'aller en augmentant, elles décroissent depuis quelques semaines. — Enfin, si elles devaient être considérées comme des précurseurs, des avant-coureurs d'une autre maladie, elles pourraient tout aussi bien, et avec plus de raison peut-être, annoncer la dyssenterie ou la fièvre typhoïde que le choléra.

« A ce propos, je ferai remarquer que le nombre des cas de fièvre typhoïde, qui avait été extrêmement restreint pendant l'hiver et le printemps, s'est sensiblement accru depuis le commencement de l'été. On en a vu dans tous les services, et plusieurs de nos collègues, MM. Hérard, Jules Guyot, M. Raynaud, Grisolle, Siredey et moi, nous avons pu, pendant ces deux derniers mois, constater la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde et sa tendance à l'adynamie.

« Nous devons donc renoncer à tirer aucune induction de la présence des diarrhées que l'on a si prématurément qualifiées de *prémonitoires*, et il faut nous borner à chercher dans la marche même du choléra les seuls indices sur lesquels nous puissions baser les probabilités plus ou moins grandes que nous avons de le voir arriver jusqu'à nous. — Or, si nous considérons que jusqu'à présent il est resté circonscrit sur le littoral de la Méditerranée, qu'en France il ne s'est pas étendu au delà de Marseille (1), et que là même il a une intensité très-modérée, on ne peut s'empêcher de reconnaître que, s'il ne lui est pas impossible d'arriver jusqu'à nous, toujours est-il qu'à l'heure présente il ne frappe pas à nos portes. L'année dernière, à semblable époque, nous trouvions des cas isolés de choléra parfaitement caractérisés dans certaines villes importantes du centre et de l'ouest de la France. — Aujourd'hui, des renseignements pris dans les mêmes localités ne m'ont révélé que deux cas douteux de cette maladie, produits à côté de nombreuses affections intestinales avec diarrhée, comme celles que nous avons à Paris et qui méritent plutôt d'être désignées sous le nom de cholérine que sous celui de choléra. Aussi, sans les faits qui se sont manifestés depuis Alexandrie jusqu'à Marseille, nous ne serions pas plus inquiets que nous ne l'étions il y a un an. — Il ne nous paraît cependant pas possible de faire complétement abstraction de ces faits, mais, tout en en tenant compte, nous n'hésitons pas à penser que bien osé serait celui qui ne craindrait pas de se prononcer dès à présent et d'une façon irrévocable sur la question qui nous occupe.

« Une chose peut-être est plus menaçante pour nous que l'apparition du choléra à Marseille et même à Toulon, c'est son irruption sur les bords du Danube. Il se pourrait que de là il s'étendît à l'Allemagne et nous arrivât ensuite d'une façon plus tardive et plus sûre, par une voie toute autre que celle par laquelle nous l'attendons actuellement.

« Puisque j'insiste en ce moment sur les raisons qui peuvent motiver nos alarmes, je ne dois pas omettre de signaler une particularité qui m'a singulièrement frappé. — C'est que, d'une façon générale, les fièvres intermittentes sont plus nombreuses cette année que les années précédentes. Or, cette même augmentation dans le nombre des cas de fièvre intermittente constatée dans des localités où cette maladie est endémique, avait été également remarquée en 1854 et en 1849. — Je signale ce fait sans vouloir établir le moindre parallèle entre le miasme palustre et le miasme cholérique. Chacun, après l'avoir contrôlé, en tirera telle déduction qu'il jugera convenable.

« Quant à moi, après avoir fourni ces deux arguments à ceux qui pensent que nous devons nous considérer comme étant actuellement sous le coup d'une épidémie de choléra, je ne crois pas devoir me ranger à leur avis, et, sans vouloir prétendre déchirer le voile de l'avenir, je crois que de l'examen froidement et mûrement approfondi des faits nous pouvons conclure : s'il n'est pas impossible que, dans les circontances actuelles, le choléra s'étende en Europe et notamment en France, rien ne fait prévoir que cette extension de la maladie doive avoir inévitablement lieu; tout porte, au contraire, à supposer que l'épidémie restera bornée au littoral de la Méditerranée; et, dans tous les cas, ni Paris ni le centre de la France ne sont actuellement menacés d'une façon imminente. »

Depuis ce rapport, quelques cas de choléra se sont montrés à Paris. Nous en entretiendrons nos lecteurs.

Danger des injections sous-cutanées.

Le professeur Nassbaum (de Munich) vient de publier une note que reproduit le *Medical Times* du 23 septembre.

Le docteur Nassbaum, souffrant depuis plusieurs mois d'une névralgie rebelle, s'était fait sur lui-même plus de 2,000 injections sous-cutanées, et il avait introduit quelquefois sous la peau plus de 25 centigrammes de morphine en trente-six heures.

Il y a deux mois, recourant de nouveau à ces injections, il avait chargé sa seringue avec 10 centigrammes d'acétate de morphine, dissous dans quinze gouttes d'eau. Accidentellement il s'est trouvé que l'injection a pénétré dans une veinule sous-cutanée. L'auteur raconte la dangereuse position dans laquelle il a été pendant deux heures, après quoi les effets toxiques de la morphine ont cessé. Déjà, M. Nassbaum avait vu de semblables phénomènes se produire, mais à un degré moindre, chez deux malades, et le professeur, dans ses leçons, a formellement dit qu'il pouvait être impossible d'éviter sûrement les veines, et que l'on en pouvait ponctionner une, et que, en conséquence, on devait faire les injections sous-cutanées très-lentement.

Les effets des médicaments injectés sous la peau sont si rapides que le chirurgien peut alors facilement cesser immédiatement de faire manœuvrer le piston de la seringue au moindre signe de danger, et même il est possible d'aspirer le liquide mélangé au sang et de retirer ainsi une partie de la substance toxique injectée dans les veines.

Il est remarquable, ajoute le rédacteur du *Medical Times*, de voir ainsi la différence qui existe dans les conditions de l'injection sous-cutanée lorsque les veines sont ouvertes et lorsque l'absorption du médicament se fait dans le tissu cellulaire, les membranes des vaisseaux étant intactes.

(1) Les quelques cas qui se sont montrés depuis à Toulon n'avaient pas encore été signalés lorsqu'a été rédigé ce rapport.

HOPITAL DU CAMP DE CHALONS. — M. Amédée Chassagne.

Accès épileptiques triple-quotidiens, à périodicité régulièrement constatée pendant deux mois. Insuccès du sulfate de quinine.

L'observation qui fait le sujet de cet article a été recueillie dans le service de M. Mercier, médecin-major de première classe; elle nous paraît être des plus rares dans la science. Nos recherches dans la *Presse médicale* (qui, en enregistrant les exceptions aux règles, complète si heureusement les traités didactiques), nous autorisent à supposer que bien peu de cas ont affecté l'originalité symptomatique du fait ci-dessous.

Les périodes paroxystiques mensuelles de l'épilepsie à une ou même plusieurs attaques en vingt-quatre heures, sont très-communes. Le nombre des accès peut même s'élever très-haut (150 Trincavelli); mais ces cas sont souvent mortels, ils s'accompagnent en général de coma, et surtout ils ne se montrent qu'aux époques mensuelles, aux époques critiques, coutumières, de l'accès normal. C'est une complication déjà bien rare, limitée au septénaire des invasions habituelles de la névrose.

Il y a loin de ces faits aux trois accès quotidiens de notre observation, accès se répétant tous les jours, pendant deux mois, avec égale intensité aux mêmes heures, copiant la périodicité à la minute des fièvres palustres.

MM. Herpin, Leuret et Calmeil, ont déjà, depuis longtemps, insisté sur le retour régulier des attaques d'épilepsie, mais ils ne citent que des faits à périodicité mensuelle dont les similaires ont pu être constatés par tout le monde.

Un cas de périodicité tri-quotidienne, parfaitement constaté à l'hôpital pendant deux mois, est donc une assez bonne fortune clinique et mérite bien de la publicité à ce premier titre de rareté. A un second point de vue, nous insisterons sur l'insuccès absolu du sulfate de quinine. Ce sel était doublement indiqué par l'exacte périodicité et le long séjour en Afrique de notre sujet. On verra qu'essayé à deux reprises différentes, dans le but d'apprécier le plus consciencieusement possible son action, il est resté sans résultat avantageux. Nous avons eu là le curieux spectacle de l'antipériodique par excellence, non-seulement échouant contre la périodicité, mais même n'amenant pas cette atténuation qu'il produit quelquefois dans les pyrexies périodiques symptomatiques d'affections organiques, les fièvres vespérales des phthisiques par exemple.

Louis G..., fusilier au 9e de ligne, est âgé de vingt-quatre ans et né à Paris; sa constitution est assez forte, sa taille moyenne, l'embonpoint ordinaire; le premier aspect ne trahit pas chez lui une innervation exagérée, et, pour lui reconnaître un tempérament nerveux, il faut remonter aux anamnestiques et aux symptômes. Il y a vingt-huit ans, sa mère, étant en couches d'une sœur aînée, fut prise d'attaques éclamptiques qui se renouvelèrent très-probablement lors de la naissance de Gérard. Depuis cette époque, les crises nerveuses ont continué, s'atténuant quelque peu avec l'âge critique, mais toujours à peu près mensuellement périodiques.

Après une enfance difficile (nombreuses maladies vermineuses, convulsions fréquentes), G... arrive à l'âge de dix-sept ans sans subir aucune atteinte de la névrose. Au mois de juin 1858, il était en course pour son atelier de bijouterie en faux dans la rue Saint-Martin quand, tout à coup, il voit que tout tourne autour de lui, il a le temps de gagner une allée, s'assied sur une marche et se prend la tête à deux mains.

Puis, quand il rouvre les yeux deux minutes après, tout est rentré dans l'état normal, il se lève et continue sa route.

Quinze jours après, cette ébauche de vertige épileptique l'atteint de nouveau, puis de nouvelles invasions assez régulièrement bimensuelles l'habituent quelque peu « à la marche à suivre » en ces cas-là. Toujours il est averti par une vacillation, une incertitude de la vue; il gagne rapidement une allée pour se soustraire aux chocs et aux voitures; là il attend, les yeux fermés et solidement assis, que cet « éblouissement » se passe.

Une seule fois, en 1859, il eut beau essayer de se garer, il perdit connaissance et tomba. On le transporta chez un pharmacien, où il revint assez promptement à lui. Ce fut, dit-il, la seule fois sur cinquante environ que le public fut initié à son infirmité. Les autres fois, il allait si naturellement s'asseoir qu'on le croyait seulement fatigué.

En 1861, G... entre au service comme engagé volontaire. Il s'est bien gardé de parler de sa névrose qu'il croyait « n'être presque rien. »

On le dirige sur le dépôt du 9e de ligne, à Montauban.

Là, il ne peut cacher bien longtemps son affection. A la première marche militaire, il tourne sur lui-même et tombe privé de connaissance; il n'est plus averti, il tombe sans un cri comme foudroyé, toutefois on lui assure que « son évanouissement » dure à peine une minute et est sans convulsion. Il se réveille sans fatigue et sans brisement des membres. En même temps que les accès ont augmenté d'intensité, il a vu leur fréquence diminuer et n'est atteint que trois fois en quatre mois.

En septembre 1861, il est envoyé aux bataillons de guerre de son régiment dans la province d'Alger. Le climat d'Afrique semble, au début, amener une heureuse modification dans son état, il passe quatre mois dans la plus parfaite quiétude, Mais son bataillon est envoyé en Kabylie, à Dra-el-Mizan; il est dès lors exposé aux fatigues de l'étape qui toujours, dit-il, ont été cause d'une recrudescence dans son affection. Resté en arrière avant d'arriver au col des Beni-Aïcha, il tombe isolé sur la route et ne peut préciser le temps de sa perte de connaissance; des chameliers arabes le relèvent, le conduisent à l'étape et lui font comprendre par signes qu'il se débattait en d'horribles convulsions.

Pendant dix-sept mois de séjour dans les petits postes, il est atteint,

à peu près tous les deux mois, de pertes de connaissance, mais non accompagnées de convulsions; il a bien interrogé ses camarades, et ils le lui ont affirmé. Du reste, sa maladie semble en voie d'amélioration marquée; il revient à Alger (6 étapes) sans avoir besoin des cacolets d'ambulance. Son régiment rentre en France quelques jours après (1863); G... débarque à Toulon, fait à pied la route du Var à Lyon, et enfin passe deux ans dans cette ville sans y éprouver autre chose que quatre vertiges épileptiques espacés de semestre en semestre environ.

Ce pauvre soldat avait donc les plus grandes, sinon les plus légitimes espérances d'en avoir fini avec cette affection, dont quelquefois le nom effrayant avait été murmuré à son oreille par de malveillants camarades, lorsqu'en mai dernier le 9ᵉ de ligne dut se rendre au camp de Châlons.

G... fit les premières étapes sans encombre; mais, après avoir déjeuné à la grande halte entre Châlons-sur-Saône et Beaune, il tombe tout à coup sur la route, est pris de mouvements convulsifs, d'écume à la bouche, on le relève et le transporte sur la voiture des malades. A Beaune, sur les conseils du médecin-major de première classe, M. Pilet, il consent à ne pas entrer dans le petit hôpital local et veut essayer d'arriver jusqu'à Châlons, où il trouvera un établissement hospitalier militaire à ressources thérapiques plus étendues. De Beaune à Dijon, Gérard est attaché sur la voiture, il est pris trois fois d'accès d'épilepsie pendant le trajet. Ces accès triple-quotidiens se répètent chaque jour avant l'arrivée à Châlons, et, nous devons avouer qu'avant de les avoir contrôlés à l'hôpital, nous avions quelques doutes sur l'existence de ces trois accès à peu près sans précédent par leur régularité.

Le 24 mai, G... entre à l'hôpital du camp de Châlons, dans le service de M. Mercier.

Le 24, au soir (neuf heures), il est atteint d'un accès dont la description nous évitera des redites. Aucun avertissement, pas d'*aura*; mais, tout à coup au milieu d'un mot, chute, convulsions toniques et cloniques, yeux convulsés en haut, pupille dilatée, trismus, écume à la bouche, pouce en dehors, pouls petit, fréquent, respiration stertoreuse, fin de l'accès annoncé par quatre ou cinq respirations profondes, hébétude d'environ dix minutes. L'accès en a duré quatre.

Le 25, au matin, à six heures, nouvel accès. Enfin, le même jour, à deux heures, nouvelle invasion de la névrose.

Depuis cette époque, les accès se répètent avec une implacable régularité. Chaque jour, à six heures du matin, deux heures et neuf heures, variant de quelques minutes à peine, la périodique évolution de ses attaques, l'épilepsie justifiera pendant deux mois les précautions du malade, qui se fait attacher sur son lit quelques minutes avant son échéance morbide.

Les 25, 26, 27, 28, 29 et 30 mai, 1ᵉʳ et 2 juin, les accès ont reparu avec la plus grande exactitude, ils ont varié de durée de quatre à six, sept et même dix minutes; une potion avec extrait de belladone 0,05 n'a eu aucune influence sur leur retour (abstinence d'alcooliques, alimentation médiocre et uniforme).

Les 3 et 4 juin, même état, même traitement. Le 5 et le 6, la périodicité, le séjour en Afrique, suggèrent l'idée de l'emploi du sulfate de quinine, il est administré en deux potions de chacune, S. Q. 0,6; teinture d'opium, 0,4. Aucune diminution dans la durée de l'accès, nul changement, dans la périodicité de l'invasion; le malade se plaint, au contraire, de céphalalgie plus vive après l'accès, il trouve que le remède lui fait mal, on le suspend.

Les 7, 8 et 9, potion gommeuse opiacée avec chloroforme, un gramme. Aussi stérile en résultats que les médications précédentes.

Le 10, une pilule d'extrait de belladone, 0,025, qui n'influence en rien la durée et la marche des accès, elle est continuée jusqu'au 23. Le 15, coma adjuvant, on a appliqué un vésicatoire à la nuque, il a suppuré six jours, sans résultats aussi.

Le 23, une pilule belladone, 0,025, et une pilule valérianate de zinc, 0,1. Ces antispasmodiques sont continués jusqu'au 2 juillet sans résultat. A cette date, l'attaque de nuit, qui surprenait le malade en plein sommeil et amenait quelquefois des chutes de son lit sur le parquet, manque complétement pour la première fois. Gérard dit qu'il la sentait diminuer depuis quelque temps. Elle était venue à ne plus durer que deux minutes. Même invasion, même durée des attaques du matin et du jour.

Le 3 juillet, l'attaque de nuit manque encore, mais elle reparaît, quoique atténuée le 4 et le 5, et après avoir, les jours suivants, augmenté la dose du valérianate de zinc (trois pilules de 0,1), on en revient, le 11, au sulfate de quinine dans l'opinion que cet antipériodique n'avait pas été expérimenté la première fois dans des conditions suffisantes de durée.

Les 11, 12, 13 et 14, il est administré à la dose de 0,8. Même échec que la première fois, mêmes plaintes du malade, même aggravation, sinon dans la durée, du moins dans l'intensité de l'accès. Il est bien avéré dès lors que la périodicité ne peut être combattue. On redonne les antispasmodiques qui ont amené les moins mauvais résultats, et, le 28, Gérard est renvoyé dans sa famille en congé de convalescence. Il est à peu près dans le même état qu'à son entrée, et, s'il y a moins d'intensité dans les trois attaques toujours périodiques, on peut logiquement l'attribuer à l'influence d'une demi-diète de deux mois et à l'affaiblissement de réaction qui en est la conséquence.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 septembre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Brûlures des bronches.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, à l'occasion d'une communication faite par M. Broca au commencement d'août sur les brûlures des bronches, communique à la Société un certain nombre de cas analogues qui se sont produits dans la chirurgie navale.

Deux observations très-importantes de brûlures des bronches par la vapeur d'eau sont consignées dans le *Traité de chirurgie navale* de L. Saurel (1861).

La première (page 157), recueillie avec beaucoup de soin par M. le docteur Moras, chirurgien-major du régiment d'artillerie de la marine à Lorient, est relative à l'explosion de la chaudière à vapeur du *Comte-d'Eu* (2 août 1847). Sur les vingt-deux personnes qui se trouvaient dans la chambre de chauffe lors de l'accident, trois n'eurent aucun mal, sept guérirent plus ou moins complétement, et, sur les douze victimes, neuf succombèrent quelques heures après l'accident.

Bien que l'observation ne parle pas d'autopsies, la rapidité de la mort, rapidité que ne pourraient justifier des brûlures du deuxième degré et tous les phénomènes concomitants, ne peut laisser aucun doute sur l'effet produit par la vapeur : tous se plaignaient à des degrés différents d'une ardeur insupportable au larynx et de suffocation; plusieurs étaient pris de toux convulsive.

Ces phénomènes, portés au plus haut degré chez un monteur et chez un chauffeur, donnaient lieu à d'affreux accès de suffocation qui amenèrent l'asphyxie au bout de quelques heures au milieu d'une lutte effrayante.

Plusieurs des blessés qui ont guéri ont ressenti longtemps les effets pernicieux de l'inspiration de la vapeur; cinq mois après l'événement, l'un d'eux succombait à l'hôpital de Cherbourg après avoir présenté une toux continuelle et la série des phénomènes qui caractérisent la phthisie pulmonaire.

Un contre-maître, qui se dévoua pour retirer les malheureux de la machine, toussa continuellement depuis cette époque, et présentait dix ans après une laryngo-bronchite chronique.

L'autre observation, due à M. Lallouyeau d'Ormay (page 160), se rapporte à une explosion identique du *Roland* (24 septembre 1858).

Nous retrouvons chez les victimes de cet accident les mêmes symptômes que dans le précédent.

« Plusieurs, d'une voix rauque et entrecoupée, faisaient entendre de sourds gémissements. C'étaient ceux chez lesquels les voies aériennes étaient profondément atteintes et qui rendaient avec effort l'épiderme de la langue des parois de la bouche et même de l'épiglotte. »

Huit de ces malheureux succombèrent dans les six premières heures; chez tous, on voyait au fond du gosier l'épithélium roulé en faisceaux blanchâtres, et l'autopsie du pompier Merle, qui n'avait survécu qu'une heure, nous montre la langue complétement dépouillée, rouge et saignante, la voûte et le voile du palais privés de muqueuse; la surface interne des joues couverte d'érosions profondes au niveau des arcades dentaires; la muqueuse de l'épiglotte boursouflée, celle du larynx d'un rouge foncé et se détachant avec facilité au contact du doigt.

Même désordre dans la trachée et dans les bronches, mais à un degré moindre.

Une remarque importante à faire au sujet de ces deux observations, c'est que trois matelots du *Comte-d'Eu* ont été préservés en se jetant à plat ventre, la vapeur tendant toujours à monter et se condensant avec rapidité au contact du sol, et que l'ingénieur du *Roland*, M. Montety, a dû la vie à cette circonstance que, plongeur habile, il a pu rester trente secondes sans respirer au milieu de la vapeur. Les brûlures fort graves dont il était atteint à la face et aux mains ne peuvent laisser aucun doute sur l'effet mortel qu'eût produit l'introduction aussi longtemps prolongée de la vapeur dans les voies aériennes.

Dans l'explosion de *l'Aigrette*, le 17 août 1859 (*Archives de médecine navale*, t. III, p. 599), mêmes accidents en moins grand nombre : de six hommes, un seul survécut, et chez un maître mécanicien, qui succomba trois heures après l'accident, on observa des signes incontestables de brûlure des bronches (respiration sifflante, voix rauque, accès de suffocation effrayants).

Par analogie, ajoute M. Le Roy de Méricourt, on peut citer, comme dus aux brûlures de la muqueuse des bronches, les accidents présentés par plusieurs forçats lors de l'incendie du bagne de *Santi-Petri* (5 ou 6 janvier 1862. — *Archives de médecine navale*, t. I, p. 334). Ces hommes ont respiré de l'air surchauffé, entraînant avec lui des molécules de carbone en ignition. Les autopsies de cinq condamnés ont constaté : tuméfaction de la muqueuse des cordes vocales, érosion de la muqueuse des bronches au niveau de la bifurcation; ces érosions sont moins profondes et plus disséminées à mesure que l'on ouvre les subdivisions bronchiques, qui n'offrent plus qu'une simple rougeur inflammatoire. Engouement considérable des poumons, dont la coupe présente une surface marquée d'ecchymoses.

Les médecins de la marine conseillent dans le cas de fuite considérable de vapeur, si les hommes ne peuvent échapper par une issue facilement libre, de se coucher à plat ventre, de retenir la respiration ou de respirer à travers un tissu s'ils en ont un à leur portée. Pendant ce temps, on doit projeter dans la chambre de chauffe de l'eau froide en grande quantité. L'appareil Galibert (sans réservoir d'air) pour la respiration artificielle est appelé à rendre de grands services. Les précautions que nous venons d'indiquer vont être vulgarisées dans la marine par la publication de l'aide-mémoire du mécanicien.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Bec-de-lièvre compliqué. — Opération.

M. GIRALDÈS présente à la Société un enfant de onze ans affecté d'un bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine. Cet enfant, opéré plusieurs fois par le procédé ancien, a été guéri par M. Giraldès à l'aide du procédé nouveau qu'il a fait dernièrement connaître à la Société. La lèvre est entièrement restaurée, et, grâce à la disposition particulière des lambeaux, la narine est bordée par un rebord cutané non cicatriciel.

M. GUERSANT. Ce fait vient surtout à l'appui d'une opinion que j'ai souvent soutenue : c'est que l'opération tardive est celle qui donne le plus de chances pour le bec-de-lièvre compliqué. En constatant que M. Giraldès a été plus heureux que moi sur ce jeune malade, je ne puis méconnaître l'influence qu'ont eue sur le succès le procédé employé et l'habileté de l'opérateur.

M. GIRALDÈS. Je ne puis admettre avec notre collègue l'influence prépondérante de l'âge. De très-jeunes enfants opérés par mon procédé et placés en dehors de l'hôpital dans de bonnes conditions hygiéniques, ont parfaitement guéri.

COMMUNICATION.

Calcul de la vessie engagé dans l'urèthre et arrêté dans la fosse naviculaire, débridement du méat, extraction, guérison.

M. A. DESPRÉS, chirurgien du bureau central, donne lecture de l'observation suivante, et soumet à l'examen de la société le calcul qu'il a extrait de l'urèthre.

Le nommé Armand (Jacques), entre le 14 septembre dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, nº 14.

Le malade est dans l'impossibilité presque complète d'uriner.

A la visite, le malade raconte qu'il n'a jamais remarqué d'accidents du côté des voies urinaires, qu'il n'a jamais rendu de graviers, et que sauf quelques envies fréquentes d'uriner éprouvées depuis quatre jours, il n'avait rien ressenti qui pût lui faire soupçonner une maladie de la vessie. Voici comment le malade a commencé à constater son mal. Il y a deux jours, au moment où il voulait uriner, il a été pris d'une douleur subite en arrière du pubis, puis il a ressenti une sensation qu'il compare au passage d'un corps dans l'urèthre. Malgré cela, l'urine coulait un peu et le malade se sentait soulagé. Ce dernier, toutefois, voulant faire sortir l'obstacle au cours de l'urine en pressant sur la verge, a amené le corps étranger de l'urèthre dans la fosse naviculaire.

La rétention d'urine était complète, mais par un artifice le malade parvenait à accomplir la miction, il tirait les lèvres du méat au delà du calcul, et celui-ci, comme une soupape, cessant d'être en rapport avec l'orifice de l'urèthre, laissait écouler l'urine qui avait distendu la fosse naviculaire.

Les parties étaient dans l'état suivant : le gland était tuméfié, dur, les lèvres du méat entr'ouvert laissaient voir un calcul grisâtre.

Comme le méat était très-étroit, et comme le calcul était peu mobile et ne pouvait être extrait par des tractions, un bistouri tenu à plat a été introduit entre le calcul et l'urèthre. La lame du bistouri a été tournée du côté de l'urèthre, au point où s'insère le frein de la verge. Un débridement de 8 à 9 millimètres a été pratiqué, et le calcul a pu être extrait avec une pince à dissection par le méat urinaire ainsi agrandi.

La plaie a été réunie par une serrefine, et la verge a été entourée de compresses froides. Aujourd'hui la plaie est cicatrisée et le malade est guéri.

Après l'extraction du calcul, l'urèthre explorée avec une sonde ne présentait aucune lésion. La prostate, explorée par le toucher rectal, n'offrait rien d'anomal.

Le calcul, de forme ellipsoïde, régulier et très-lisse, composé d'un noyau de phosphate de chaux et d'une enveloppe de ce même sel, mais plus friable, avait 4 centimètres dans son plus grand diamètre, et 1 centimètre 1/2 dans le petit diamètre. Une de ses extrémités arrondie était celle qui se montrait à l'extérieur au moment où l'opération a été pratiquée. L'autre extrémité, un peu plus effilée que la première, présentait une sorte d'étranglement.

Ce fait se rapporte à un calcul de la vessie expulsé spontanément de la cavité vésicale, et arrêté dans la fosse naviculaire; ce qu'il y a de peu ordinaire dans ce cas, c'est l'absence de tout signe de lésion de la vessie ou de l'urèthre, avant l'expulsion du calcul.

L'intégrité des voies urinaires, de l'urèthre et de la prostate, semble indiquer qu'il ne s'agit point d'un calcul de l'urèthre; surtout si l'on considère les narrations du malade; on conçoit peu d'ailleurs qu'un pareil calcul ait pu séjourner même dans la portion prostatique de l'urèthre sans causer une irritation au col de la vessie. Quant à l'absence des accidents, du côté de la vessie, on peut les attribuer à la régularité du calcul.

Enfin, ce qui nous paraît digne d'intérêt, c'est la possibilité du cheminement de ce calcul dans l'urèthre, dont les dimensions normales ne doivent pas faire supposer une dilatabilité aussi considérable.

M. L. LABBÉ. J'ai assisté cette année à une opération analogue faite par M. Jarjavay. Le calcul était plus volumineux et l'extraction plus pénible; mais tous les renseignements permettaient d'établir que la pierre s'était développée dans la fosse naviculaire.

M. DOLBEAU. Le cas que vient de nous exposer M. Després n'est pas sans analogue; je dirai même que cette expulsion spontanée d'un calcul n'est par rare, relativement. Je ne suis pas disposé, pour ma part, à croire que le calcul présenté par notre confrère ait été expulsé de la vessie. Remarquez, messieurs, cette concrétion, elle a une forme toute particulière et qui est toujours la même dans les cas analogues; c'est en quelque sorte le moule de la région prostatique de l'urèthre. L'extrémité postérieure du calcul est plus petite que l'antérieure, elle est cylindrique, c'est elle qui correspondait au col de la vessie et qui se dirigeait vers le réservoir urinaire. J'ai observé deux faits en tout semblables à celui de M. Després. M. Larrey nous a présenté, il y a quelques mois, un calcul qui vous était adressé par un chirurgien de l'armée. Même forme, mêmes dimensions, même couleur que la pièce qui est actuellement sous vos yeux. Je crois, en résumé, que ces calculs se développent dans la cavité prostatique. Ce sont des grains calculeux fournis le plus souvent par les glandes de la prostate, qui séjournent dans la partie correspondante de l'urèthre, qui s'incrustent de couches successives de phosphate de chaux. Ces calculs, une fois formés, déterminent des accidents variables, puis ils arrivent à l'extérieur soit par le périnée, soit en suivant le canal lui-même.

Il en a été de même pour le malade de M. Després, et rien dans l'observation ne démontre que la pierre venait de la vessie.

De l'intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur.

M. RICHET lit une note intitulée : *De l'intoxication putride qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur.* (Sera publiée prochainement).

Communication sur l'emploi d'une nouvelle substance anti-blennorrhagique, l'essence de santal jaune.

M. PANAS. Henderson a publié, dans le *Medical Times and Gaz. June*, 3, un article reproduit dans la *Gazette hebdomadaire* par M. Genest de Servières, 14 juillet 1865, p. 434, concernant les propriétés anti-blennorrhagiques de l'essence de santal jaune (*syricum myrtifolium*), qu'il considère comme supérieur en action au copahu et comme ayant sur ce dernier le grand avantage d'être très-bien toléré par l'estomac.

Ne pouvant me procurer à Paris cette huile essentielle, dont voici un petit échantillon, j'en fis venir de Londres, et je l'expérimentai sur des malades tous du sexe masculin, afin d'arriver à des résultats plus concluants que s'il s'était agi de femmes chez lesquelles la blennorrhagie affecte, comme on sait, une marche bénigne toute particulière.

Conformément au dire de Henderson, j'ai pu constater que l'essence

de santal est parfaitement tolérée, même par des estomacs délicats et qui s'étaient révoltés à de petites doses de cubèbe et surtout de copahu; sauf une certaine sensation de chaleur épigastrique qui se dissipe promptement au bout d'un quart à une demi-heure, je n'ai rien observé de notable.

Dans le cours de la médication, les urines prennent une odeur *sui generis* de santal, mais leur quantité reste la même, et les malades n'éprouvent pas de douleur ou de pesanteur du côté des reins et de la vessie, ce qui me fait penser que cette substance ne possède pas une action nuisible sur l'appareil urinaire.

Henderson administre l'essence en dissolution dans trois parties d'alcool et aromatise le tout avec quelques gouttes d'essence de cannelle. J'ai pensé qu'administré pur, sous forme de capsule, le médicament serait plus facile à prendre, et que l'on aurait ainsi des résultats plus concluants au point de vue des propriétés thérapeutiques de celui-ci. M. Bretonneau, pharmacien, successeur de M. Cadet-Gassicourt, a bien voulu se charger de cette préparation dont voici un échantillon. Vous voyez que la coloration jaune de l'essence a fait ici place à une couleur rose, c'est là un détail de la fabrication. M. Bretonneau ayant pensé que, pour les distinguer des capsules au copahu, ce qui n'est pas toujours indifférent aux yeux de certains malades, il convenait d'y ajouter un peu d'une substance tinctoriale rouge soluble dans l'essence de santal.

En sachant que chaque capsule contient 0,40 d'huile, il est du reste très-facile de doser le médicament.

Dans mes essais, j'ai administré dix capsules par jour, prises par intervalles dans la journée, ce qui fait quatre grammes par vingt-quatre heures.

Le nombre des observations que j'ai recueillies est de quinze, parmi lesquelles on compte cinq cas d'uréthrite de quatre à huit jours, encore vierge de tout traitement, et dix de blennorrhagie aiguë, mais remontant à plus de deux semaines, et ayant déjà subi des traitements insuffisants, soit par les injections, soit par le copahu et le cubèbe.

Parmi les uréthrites toutes récentes, trois ont été soumises à un traitement antiphlogistique préalable, les deux autres furent traitées par l'essence de santal, administrée d'emblée. Voici quels ont été les résultats. La douleur de l'uréthrite a été considérablement amendée dans un temps très-court, variant de un à trois jours au plus.

Mais l'action la plus remarquable est celle que le médicament exerce sur l'écoulement qui, dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures au plus, se trouve réduit en une espèce de suintement séreux transparent, ou à quelques gouttes de muco-pus blanchâtres, quelle que soit la couleur et l'abondance primitive de la sécrétion morbide.

Une fois ce changement obtenu, les choses restent à peu près stationnaires malgré la continuité du traitement, et ce n'est que vers le quinzième ou vingtième jour que l'on obtient la cessation du flux muqueux; encore m'a-t-il fallu, dans un certain nombre de cas, ajouter vers la fin une injection légèrement astringente, répétée deux fois par jour.

Règle générale, l'essence de santal, de même que les autres balsamiques, réussit mieux, administrée après que les douleurs vives et l'inflammation se sont calmées, ou qu'elles ont été avantageusement modifiées par un traitement antiphlogistique approprié, que lorsqu'on a recours à cet agent dès le début. J'ai même vu une fois survenir une légère cystite du col, par suite de l'administration intempestive de l'essence de santal.

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que l'essence de santal, généralement bien supportée par l'estomac et d'une action pour le moins égale à celle du copahu, offre des avantages incontestables pour les cas malheureusement assez communs où les autres balsamiques ont échoué, ou n'ont pu être tolérés par l'estomac.

PRÉSENTATIONS.

Anévrysme faux consécutif du pli du bras.

M. LÉON LABBÉ présente un homme atteint de tumeur anévrysmale de l'avant-bras. Le malade qui fait le sujet de l'observation s'est blessé, il y a quinze mois, en tombant sur un corps pointu, et aussitôt une plaie a été produite, et une hémorrhagie avec jet a eu lieu. La plaie s'est cicatrisée, mais la tumeur n'a jamais complétement disparu. Il y a dix mois environ, elle présentait le volume d'une petite pomme, et alors elle était réductible. Depuis cette époque, elle a pris un accroissement graduel, mais elle n'a acquis les dimensions qu'elle présente actuellement que depuis quelques jours. La semaine dernière, un des amis du malade lui pressa le bras en jouant; peu d'instants après, la tumeur augmenta d'un tiers environ en volume, et aujourd'hui elle est bien plus grosse que le poing. On ne trouve ni battements ni mouvement d'expansion, mais le pouls radial est singulièrement affaibli, et un bruit de souffle, rude et intermittent, est entendu à la partie interne de la tumeur. M. Labbé pense qu'il s'agit, dans ce cas, d'un anévrysme faux consécutif, dont le sac a été rompu, ces jours derniers, sous l'influence des malaxations opérées sur le bras du malade par son camarade. Des caillots volumineux se sont formés, et ceci rend compte d'un certain degré de dureté que l'on constate au niveau de cette poche et de l'absence du mouvement d'expansion. M. Labbé s'est demandé si les caillots ne l'obligeraient pas à opter pour la méthode ancienne, c'est-à-dire l'ouverture du sac, il désire l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir dans ce cas. Jusqu'à ce jour il s'est borné à l'expectation. Le malade est en observation depuis huit jours. Le volume de la tumeur ne s'est pas modifié sensiblement.

M. LÉON LABBÉ présente une tumeur de l'omoplate : c'est un fibro-euchondrôme ayant pris naissance sur le périoste du bord axillaire de l'omoplate.

La tumeur a été enlevée, mercredi 13 septembre, et le malade est mort, au bout de quatre jours, des suites d'un érysipèle malin qui a débuté neuf heures seulement après l'opération. Plusieurs autres érysipèles se sont simultanément déclarés dans les salles.

La dissection de la tumeur avait été fort laborieuse, à cause des prolongements qui s'étendaient dans le creux axillaire. A l'autopsie, M. Labbé a constaté qu'une infiltration de pus s'était déjà faite dans une étendue fort considérable au-dessous des muscles larges du dos. A ce propos, M. Labbé appelle l'attention de ses collègues sur la gravité extrême que présentent les opérations pratiquées dans le creux axillaire, en vue de l'ablation de tumeurs. L'année dernière, au mois de septembre, il enleva une tumeur ganglionnaire de l'aisselle à un malade du service de M. Richet, à l'hôpital de la Pitié. Dans ce cas encore la dissection fut laborieuse; les derniers ganglions touchaient à la partie interne de la clavicule, sous le grand pectoral. L'inflammation se propagea au-dessous de ce muscle et gagna le péricarde. Le malade mourut des suites d'une péricardite pseudo-membraneuse et purulente. C'est là un cas intéressant à rapprocher des faits de propagation de l'inflammation des parois pectorales aux plèvres, faits si bien étudiés par M. Broca.

M. Léon Labbé remet une observation de tumeur fibro-cartilagineuse. (Sera publiée dans le Bulletin.)

M. MARJOLIN. M. Labbé vient de nous parler d'une épidémie d'érysipèle qui sévit à la Charité. C'est dans de semblables conditions que des chambres d'isolement rendraient de précieux services; il est fâcheux d'avoir à regretter qu'elles n'existent pas dans un hôpital aussi important.

M. BROCA. L'anévrysme que vient de nous présenter M. Labbé est, je crois, de ceux auxquels convient l'expectation. Je ne partage donc pas les appréhensions exprimées par notre collègue relativement aux caillots et au volume de la tumeur. Certes, elle est fort grosse, si on la compare aux anévrysmes que l'on observe ordinairement dans cette région, mais on guérit des anévrysmes beaucoup plus volumineux par les méthodes ordinaires. De plus, elle est favorablement située. Son expansion s'est librement faite vers la peau, il n'y a pas à craindre, comme dans l'anévrysme poplité, la compression des gros troncs vasculaires et nerveux de la région. Enfin elle est presque solidifiée, ce dont témoignent les caractères négatifs que vous avez constatés. Ce résultat a été obtenu, il est vrai, par une méthode que je considère comme dangereuse, la malaxation, ici appliquée par hasard. Il est très-probable aussi, comme il arrive même avec une application régulière de la malaxation, que le sac a été rompu; mais tant que les accidents ne seront pas plus pressants, il y a, je le répète, intérêt à attendre. Au cas où il faudrait intervenir, c'est d'abord à la compression indirecte, puis à la ligature que je conseillerais d'avoir recours. L'ouverture du sac ne serait pour moi qu'une extrême ressource, bien que dans cette région on ait même pu, sans grand danger, pratiquer l'extirpation de tumeurs anévrysmales. Je rejetterais aussi comme dangereuse la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

CORRESPONDANCE.

Les élèves en médecine, attachés à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier en qualité d'externes, nous prient de reproduire la lettre suivante, publiée dans le *Messager du Midi* du 23 septembre :

Montpellier, le 22 septembre 1865.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré, dans le numéro du 21 septembre de votre journal, une note dans laquelle, en parlant de l'appel fait aux étudiants de la Faculté de médecine de Montpellier par les administrations municipales et hospitalières des villes atteintes en ce moment par le choléra, on dit que, *à cause des vacances, il ne reste plus d'élèves à l'École de médecine.*

Il y a là, monsieur le Rédacteur, une erreur qu'il nous importe de vous signaler.

Malgré les vacances, il reste encore des élèves à l'École de médecine : mais ces élèves sont attachés aux services des hôpitaux, et, quels que soient les besoins que l'on éprouve ailleurs, ils regardent comme un devoir impérieux de ne pas abandonner les fonctions qui leur sont confiées. S'il n'en était pas ainsi, se hâtant de se rendre dans les villes atteintes par le choléra, ils se seraient efforcés de mériter les éloges que vous donnez avec raison à l'empressement et au dévouement de leurs condisciples.

Veuillez agréer, etc.

Isidore ESPAGNE, Paul LE SCELLIÈRE-LAFOSSE, G. ARASPIN, X. PRADEL, G. KLEINSCHMIDT, chirurgiens externes à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

Les obsèques de J. Charrière ont eu lieu hier. Un grand nombre de médecins et de chirurgiens assistaient au convoi. Aux regrets qu'inspirait la perte d'un homme jeune encore, dont le caractère avait été partout apprécié, se joignaient l'affection et la sympathie pour son père si douloureusement éprouvé.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 4 octobre, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, n° 20, où sont transférées les Sociétés savantes qui siégeaient à l'Hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Structure anatomique et propriétés physiologiques de la glande thyroïde, par M. le docteur Kofmann;

2° Des fluxions veineuses, par M. le docteur Dupré;

3° De la diathèse urique, par M. le docteur L. Sandras;

4° Des maladies régnantes, par les membres de la Société;

5° Communications diverses, par MM. Domerc, Girault, Pradier-Fodéré, Rousseau.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 116. — MARDI 3 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 3 OCTOBRE 1865. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. A. GUÉRIN.

Abcès périnéphrétique ouvert dans les bronches.—Hémiplégie droite. — Ramollissement du corps strié. Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. LEFEUVRE, interne du service.)

Le 24 juillet dernier, est entré à la salle Saint-Augustin, n° 22, un jeune homme atteint d'un vaste abcès périnéphrétique, qui a succombé au bout de onze jours après avoir présenté successivement les accidents les plus variés, hémiplégie, pneumonie, ouverture de l'abcès dans les bronches.

B... (Léon), âgé de vingt-trois ans, peintre, présente une bonne constitution. Il a eu vers l'âge de quinze ans une fièvre typhoïde légère et une blennorrhagie il y a deux ans. Sa santé n'a pas subi d'autres atteintes. Il était gros et gras, faisait bonne chère et peu d'excès; mais sa maison était humide et mal fermée, et il lui arriva plusieurs fois l'hiver dernier d'éprouver des refroidissements en sortant de son atelier trop chauffé pour rentrer chez lui. C'est à cette cause qu'il rapporte les douleurs de rein qu'il endura pour la première fois vers le mois de mars dernier et qui ne furent pas d'une longue durée.

Le 20 juin, en allant à sa journée, il ressentit subitement, et sans cause connue, les élancements les plus violents dans l'aine et le testicule gauche, et fut obligé de s'asseoir. Il gagna sa demeure avec peine et se coucha.

Depuis cette époque, il a gardé le lit et ne s'est levé que deux fois pour aller à la consultation des hôpitaux. A la Pitié, on a attribué à son varicocèle les douleurs vives qu'il éprouvait dans l'aine et le testicule, et on lui a prescrit un suspensoir et des onctions avec le baume tranquille. Les souffrances, loin de diminuer, se portent vers la région du flanc gauche et prennent une plus grande acuité. Il ne mange plus, ne dort plus et maigrit à vue d'œil; de temps en temps des frissons parcourent son corps et sont suivis d'un redoublement de fièvre. Il se décide alors à entrer à l'hôpital, et se présente à la consultation le 25 juillet 1865.

M. A. Guérin, après un examen sommaire du malade, déclare qu'il est atteint, selon toute probabilité, d'un abcès périnéphrétique. Les symptômes suivants, constatés à la visite du lendemain, confirment complétement son diagnostic.

L'aine, le testicule ne sont pas douloureux; la souffrance est rapportée à la région du flanc gauche; sourde, gravative quand le malade est au repos, elle s'exaspère par la pression, les mouvements de flexion et de rotation du tronc, l'action de marcher. En palpant avec soin la région lombaire et la saisissant entre les deux mains pour mieux l'embrasser, on trouve une tumeur globuleuse, dure, faisant une légère saillie vers la paroi abdominale postérieure, se terminant en avant vers la fosse iliaque. La peau qui la recouvre ne présente ni rougeur ni œdème. La cuisse gauche est fléchie sur le bassin, mais on peut lui imprimer des mouvements, l'étendre même sans causer beaucoup de douleur. Le malade souffre davantage la nuit; depuis longtemps il n'a pu reposer.

Il conserve encore un peu d'appétit, quoique la fièvre soit presque continue; son pouls bat 90 à 100 fois par minute. Il ne tousse pas.

M. A. Guérin insiste sur la nécessité de donner une prompte issue au pus de l'abcès périnéphrétique; il a l'intention d'ouvrir immédiatement la tumeur de ce jeune malade, mais il désire le soumettre d'abord à l'examen de M. Trousseau et prendre son avis. Plusieurs rendez-vous sont donnés et manqués par suite de circonstances impérieuses. M. Guérin est lui-même obligé de s'absenter pour plusieurs jours. Pendant ce temps, la maladie fait des progrès rapides et de nouveaux accidents viennent aggraver considérablement son pronostic.

Le 29 juillet, le malade est frappé pendant la nuit d'une hémiplégie de tout le côté droit, avec embarras dans la parole et impossibilité de souffler; la jambe seule conserve quelques légers mouvements; la sensibilité reste intacte.

Le 31 juillet au matin, la tumeur, qui s'est étendue peu à peu vers la crête iliaque, fait au-desssous des fausses côtes une saillie légèrement acuminée, au niveau de laquelle on peut percevoir une fluctuation profonde encore obscure.

M. Trousseau, attendu ce matin, ne venant pas, l'opération est remise au lendemain.

Le 31 au soir, l'aspect du malade est profondément modifié; il est dans un délire et une agitation extrêmes; des fuliginosités enduisent ses lèvres et ses dents. Il respire avec effort, tousse fréquemment sans avoir la force d'expectorer. Des râles muqueux humides se font entendre dans ses deux poumons. Les employés du service racontent que le malade est tombé dans cet état alarmant aussitôt après la visite du matin. L'abcès a dû s'ouvrir quelque part, peut-être dans le poumon, mais le malade n'a pas vomi ni craché de pus, et on n'en voit pas non plus la moindre trace dans ses selles. Le ventre n'est pas douloureux et les urines sont simplement chargées de sédiments briquetés, phlegmasiques.

Le 1er août, mêmes symptômes; en explorant la région lombaire, on reconnaît que l'abcès a disparu, laissant une dépression à l'endroit où la tumeur était proéminente. Râles sous-crépitants fins à la base du poumon gauche.

Prescription : Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.

Le 2 août, état adynamique profond, fuliginosités, subdélirium, dyspnée.

Prescription : Eau de Sedlitz.

Le soir, râles sous-crépitants dans les deux poumons; matité sous la clavicule droite avec crépitation fine.

Prescription : Vésicatoire sous la clavicule droite.

Le 3, pouls à 112 pulsations, comme les jours précédents; stupeur typhique, quelques sudamina, gargouillements vers la fosse iliaque droite. Dyspnée. Râles muqueux des deux côtés de la poitrine; à cet endroit la matité a presque disparu. Le malade ne recouvre plus sa connaissance.

Le 4, mort ce matin à neuf heures.

Le 5, autopsie.

1° *Abdomen.* — Le grand épiploon et le côlon descendant ont contracté de légères adhérences vers le flanc gauche. A ce niveau, le péritoine, détaché de la paroi postérieure du ventre, est soulevé par une tumeur purulente qui s'étend en bas jusqu'à l'arcade crurale. M. A. Guérin fait placer le cadavre sur le flanc droit afin d'ouvrir l'abcès par les lombes, suivant la règle et le manuel opératoire. Pendant ce mouvement, une quantité de pus assez considérable s'écoule par la bouche et le nez, et indique que nous trouverons une perforation pulmonaire. L'opérateur pratique alors une longue incision le long du bord externe du carré lombaire et pénètre avec sûreté dans la collection purulente, qu'il trouve placée plus en dehors que dans les autres cas par lui observés. Le sujet est replacé sur le dos.

On décole le péritoine pariétal; le tissu sous-séreux n'est pas envahi; par conséquent le pus est situé sous le rein gauche en haut, sous le fascia iliaca en bas. La tumeur est ouverte par une longue incision qui permet d'explorer facilement la cavité de l'abcès; cette cavité est limitée en avant par le rein et le fascia iliaca recouverts du péritoine, en arrière par l'aponévrose profonde du muscle transverse; elle se prolonge en haut jusqu'au diaphragme, qu'elle perfore, en bas jusqu'à l'arcade crurale, qu'elle ne franchit pas, s'étend en dedans jusqu'à la colonne vertébrale et aux vaisseaux iliaques. En arrière et en dehors, le pus s'est frayé un passage à travers les faisceaux dissociés des muscles psoas-iliaque et carré lombaire, et vient baigner la crête iliaque; mais ni cet os ni les corps des vertèbres ne présentent la moindre altération et leur périoste est conservé. L'abcès est rempli d'un pus jaunâtre, crémeux, non fétide, de détritus musculaires; sa cavité est encore traversée par les vaisseaux et les nerfs de la région.

Le rein gauche est volumineux et fortement congestionné; sa capsule fibreuse lui adhère intimement en arrière; il ne contient ni calcul ni pus. Le rein droit, le foie, la rate, l'estomac, les intestins, ne présentent aucune lésion.

2° *Poitrine.* — Cœur sain. Poumons légèrement congestionnés, présentant, en outre, une pneumonie du sommet droit à forme lobulaire. Rien dans les médiastins.

Le poumon gauche adhère par sa base au diaphragme. En déchirant ces adhérences, on voit s'écouler du pus, et on reconnaît la communication avec l'abcès périnéphrétique. Voici de quelle manière s'est faite cette communication : la périnéphrite a déterminé par voisinage l'inflammation du diaphragme et de sa séreuse, ainsi qu'un petit abcès de la base du poumon; le pus s'est ensuite frayé une voie à travers ces parties ramollies et adhérentes, et s'est écoulé en partie par une petite bronche que l'on trouve ouverte et béante dans le foyer purulent.

3° *Crâne.* — La moelle allongée, le cervelet sont d'une bonne consistance et sans lésion. Il en est ainsi de l'hémisphère droit du cerveau, dont l'élasticité et la fermeté sont même remarquables; tandis que l'hémisphère gauche, opposé à la paralysie, présente un ramollissement considérable circonscrit à la couche optique et au corps strié; la pulpe de ce dernier organe surtout est tellement ramollie qu'elle se laisse désagréger par le plus mince filet d'eau. Elle a l'aspect d'une bouillie blanchâtre, et rien ne fait présumer que ce ramollissement ait été provoqué par un foyer hémorrhagique. D'un autre côté, les artères du cerveau, et en particulier l'artère sylvienne gauche, ne sont point athéromateuses ni obstruées par des coagulums.

La périnéphrite suppurée est une maladie relativement rare; cependant elle a attiré de bonne heure l'attention des médecins par sa gravité, l'importance et la difficulté de son diagnostic, la variété de ses terminaisons et l'utilité de l'intervention chirurgicale. Cette observation n'ajoute aucune notion nouvelle à l'histoire de cette maladie; elle tire son principal intérêt de la rareté extrême de l'ouverture de l'abcès périnéphrétique dans les bronches. Elle vient aussi appuyer l'opinion de M. Trousseau touchant l'importance que l'on doit accorder souvent à la douleur dans l'étiologie des fluxions inflammatoires et des suppurations; en effet, à la cause ordinaire, le refroidissement, est venue s'ajouter chez notre malade la douleur névralgique d'un varicocèle qui par son retentissement sur le rein semble avoir déterminé l'inflammation du tissu cellulaire périnéphrétique.

Enfin, l'enseignement pratique qui doit ressortir de ce fait

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies des femmes, hors l'état de grossesse, pendant et après l'accouchement (1), par Fletwood Churchill; traduit de l'anglais sur la 7e édition, par MM Al. WIELAND et J. DUBRISAY.

MM. Al. Wieland et J. Dubrisay viennent de nous donner la traduction de l'ouvrage anglais de M. Fletwood Churchill. Nous devons tout d'abord leur témoigner notre reconnaissance, car les nombreuses et importantes additions de l'édition française ne forment certes pas la partie la moins instructive de ce traité des maladies des femmes. Le livre de M. Churchill est un traité complet de la matière, aux allures classiques, aux divisions méthodiques; il constitue, ainsi que l'indique le titre, un véritable traité pratique.

Nous pouvons aisément lui prédire un grand succès; il se lit facilement, semble pensé en français; on ne sent pas le travail pénible de la traduction; il possède des qualités propres qui le rendent facile à consulter. De nombreuses observations bien choisies, des planches en grand nombre facilitent ou complètent les descriptions du texte.

Comme il est sans doute destiné à de nouvelles éditions, qu'il nous soit permis de signaler quelques lacunes que nous voudrions voir combler; nous sommes convaincu que MM. les traducteurs tiendront à honneur de poursuivre la tâche qu'ils ont si vaillamment entreprise. Les parties consacrées à l'anatomie pathologique sont peu développées. Les chapitres anatomiques du cancer, de la métrite, ne représentent certainement pas l'état actuel de la science, et nous pensons qu'il ne suffit pas d'inscrire le mot pratique en tête d'un livre pour être dispensé d'exposer le résumé de nos connaissances anatomo-pathologiques. Cet oubli a fait passer complétement sous silence un des chapitres les plus importants de la pathologie utérine, la pelvipéritonite. C'est parce qu'ils se sont livrés à des recherches anatomiques consciencieuses que MM. Bernutz et Goupil ont pu décrire et son siége et sa nature. Mais ce n'est pas là seulement une lacune anatomique, ceux de nos maîtres qui, chose assez singulière, avaient cliniquement tracé les signes et les symptômes d'une maladie sur le siége de laquelle ils s'étaient trompés, MM. Nonat, Gosselin, Gallard, auraient peine à reconnaître les phlegmons péri-utérins, ces phlegmons subaigus à redoublement dans les quelques lignes consacrées au *pelvic cellulitis*.

Nous ne savons si MM. Wieland et Dubrisay pensent à nous donner ces additions dans la seconde partie de l'ouvrage, celle qui sera consacrée aux maladies des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement; nous l'espérons; toutefois, cette étude eût été mieux à sa place dans la première partie.

Si nous signalons cette lacune et quelques autres plus légères, diphthérite de la vulve, propagation du cancer aux nerfs dans le cancer de l'utérus, c'est que nous croyons ce livre appelé à faciliter l'étude des maladies utérines, et nous sommes convaincu que ce qui se grave le mieux dans l'esprit de l'étudiant ce sont les symptômes qui sont étroitement reliés à des lésions bien nettement définies. L'enchaînement des signes et des altérations anatomiques, s'il ne satisfait pas entièrement l'esprit qui recherche la cause des maladies, offre au moins l'avantage de grouper facilement les diverses manifestations morbides, de les préciser, et ce n'est pas un petit avantage dans un sujet où les diverses affections se distinguent non par l'intervention de nouveaux signes, mais par des nuances dans leurs différentes expressions.

Tout ce que pouvait donner l'examen des malades, M. Churchill a cherché à le mettre en lumière. Nous ne pouvons ici citer les chapitres; nous ne ferons que signaler les articles de tératologie, les leucorrhées, les polypes, les môles, etc. Enfin, nous devons aux traducteurs une histoire complète de l'ovariotomie, dont les conclusions nous semblent parfaitement sages. Espérons que de nombreuses additions viendront encore enrichir les parties qui nous restent inconnues; nous sommes sûrs d'y trouver les mêmes qualités et des enseignements aussi précieux que dans les premières.

Dr P. BROUARDEL.

(1) Première partie. Un vol. in-8°. Prix : 15 fr. Paris, 1865. J.-B. Baillière et fils.

Études de pathogénie et de séméiotique. Les paraplégies et l'ataxie du mouvement, par M. le docteur JACCOUD, professeur agrégé, médecin du Bureau central (1).

L'école médicale est aujourd'hui divisée en deux camps, les amis de la tradition hippocratique et les expérimentateurs. Les premiers n'admettent pas dans la clinique l'immixtion des sciences accessoires, considérant les phénomènes de la chimie et de la physique comme en-

(1) Un fort vol. in-8°. Prix : 9 fr. Paris, 1864. Delahaye, éditeur.

est qu'on doit ouvrir les abcès périnéphrétiques dès qu'on a pu les découvrir. Attendre pour opérer que la suppuration devienne moins profonde, attendre même que la fluctuation puisse être perçue, c'est exposer le malade aux chances les plus déplorables, car l'abcès envahit les tissus de proche en proche avec une telle facilité que les désordres sont déjà considérables alors que l'on ne peut encore que soupçonner la cause du mal. Notre jeune malade, atteint en même temps de pneumonie, de ramollissement cérébral, était voué à une mort certaine, dont ne l'aurait pas sauvé sans doute une opération prématurée ; mais nous voyons que le jour même de l'ouverture spontanée de l'abcès dans les bronches la fluctuation pouvait à peine être perçue dans la tumeur.

PÉRIODE PRODROMIQUE DU CHOLÉRA,

Par M. le docteur Jules GUÉRIN.

Avant l'épidémie du choléra morbus qui a ravagé l'Europe en 1832, il était généralement admis que cette terrible maladie débutait d'emblée par les symptômes les plus violents et frappait les malades d'une manière en quelque façon foudroyante. Tous les ouvrages et rapports publiés avant cette époque en font foi.

Cependant, dès le début de l'épidémie de 1832, je crus m'apercevoir qu'il en était autrement. Six jours à peine s'étaient écoulés que j'écrivais ce qui suit dans la *Gazette médicale* du 3 avril : « La plupart des sujets qui sont frappés du choléra morbus étaient, depuis plusieurs jours ou même depuis plusieurs semaines, sous l'influence d'un trouble des fonctions digestives, assez peu grave, du moins en apparence, pour n'avoir que très-légèrement fixé leur attention; telle est même l'incurie sur ce point de la plupart d'entre eux que souvent nous avons été obligé, pour obtenir la connaissance de ce dérangement, de leur adresser la même question à plusieurs reprises. Ce n'est qu'après leur avoir demandé trois ou quatre fois s'ils avaient eu la diarrhée qu'ils nous faisaient une réponse satisfaisante. De ce fait nous concluons :

« 1° Que dans beaucoup de cas où cette diarrhée n'aura pas été notée, on devra soupçonner une inexactitude;

« 2° Que cette diarrhée, précurseur du choléra, doit fixer surtout l'attention des médecins, des parents et même de l'autorité, qui, nous le pensons du moins, devrait recommander à la classe indigente, et par les moyens de publicité dont elle dispose, les soins que réclame cet état et lui faire connaître les résultats fâcheux qu'entraînerait la négligence de ces mêmes soins. »

Cette opinion, née en présence des faits, s'est complétée avec eux. A mesure que les malades venaient encombrer l'Hôtel-Dieu où je faisais particulièrement mes observations, ma conviction se confirmait de plus en plus. Sur 600 malades environ, interrogés avec le plus grand soin, 540 avaient offert tous les symptômes de la cholérine (diarrhée prémonitoire) avant leur entrée à l'hôpital. D'où je concluais dès le 12 avril :

1° Que le choléra était presque toujours précédé et annoncé par la série de symptômes à laquelle j'avais donné le nom de cholérine pour ne pas trop effrayer le public, mais pour rattacher néanmoins ces symptômes à la maladie dont ils étaient le précurseur;

2° Que la cholérine était le premier degré du choléra;

3° Que le choléra proprement dit n'était qu'une période avancée d'une maladie méconnue jusque-là dans sa période prodromique;

4° Qu'il était toujours possible d'arrêter le développement du degré mortel du mal en l'attaquant à son degré curable.

L'existence d'une période prodromique ou prémonitoire du choléra est donc un fait certain. Cette vérité fut reconnue et acceptée à cette époque par l'universalité des médecins. Les exceptions se signalaient à peine et encore tenaient-elles pour la plupart à un défaut d'exactitude dans l'observation.

Cependant il y a eu à d'assez courts intervalles, depuis 1832, trois nouvelles épidémies de choléra; de plus, cette terrible maladie a parcouru en même temps, ou successivement, les différentes contrées de l'Asie et de l'Europe. A-t-elle été modifiée dans sa nature? S'est-elle montrée partout et toujours conforme aux lois de sa première évolution? Enfin, la période prodromique du choléra a-t-elle invariablement précédé la période mortelle de la maladie? C'est ce qu'il était de la dernière importance de vérifier. Car si cette vérité, regardée dans l'origine comme une conquête pour la science et un bienfait pour l'humanité, acquiert par toutes les voies de l'observation le caractère d'une vérité définitive, il est utile de la signaler à toutes les populations, à tous les gouvernements, comme une ancre de salut dans le grand cataclysme qui continue à menacer l'humanité.

Or, ayant été appelé par l'Académie de médecine à rédiger le rapport général sur les épidémies de choléra, j'ai été mis en possession de tous les documents scientifiques et administratifs adressés à ce corps savant des différents points de France et de l'étranger. J'ai donc pu contrôler, vérifier, à l'aide de nombreux documents, l'observation que j'avais introduite dans la science dès le mois d'avril 1832. C'est le résultat de ce dépouillement et de ce contrôle que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie.

Je commence par l'Angleterre.

Le rapport du Conseil général de santé de Londres (*General Board of health*), publié en 1850, contient ce qui suit :

« Quelque doute qui soit resté dans les esprits pendant l'épidémie de 1863 quant à l'existence du symptôme prodromique (*diarrhée*), l'expérience de la dernière épidémie a complétement résolu cette question.

« Dans une circonstance on rechercha minutieusement les premiers symptômes de 300 cas de choléra, et on trouva que tous, presque sans exception, avaient été précédés de diarrhée cholérique de dix à douze jours de durée.

« Le docteur Burrows, qui dirigeait le service des cholériques dans l'un des hôpitaux de Londres, relate que d'après les réponses des malades et d'après ce qu'il a vu dans un certain nombre de cas, il y a dans le choléra une période de durée variable où les selles sont féculentes, avant qu'elles prennent l'aspect caractéristique d'eau de riz.»

Le docteur Mac Loughlin, l'un des inspecteurs sanitaires de Londres, résume dans les termes suivants les résultats de son enquête à ce sujet : « Je crois être autorisé à conclure que sur 3,902 cas de choléra, je n'en ai pas trouvé un sans diarrhée prodromique. » (*Report of the general Board of healt on the epidemie cholera of 1848-1849;* Londres, 1850, p. 89.)

En France, mêmes confirmations qu'en Angleterre.

M. Michel Lévy soumit à une observation attentive 142 sujets entrés à l'hôpital du Val-de-Grâce. Sur ces 142 cas, il n'y en eut que 6 sans prodromes. Dans 95 cas, la diarrhée avait duré deux, trois, quatre jours et plus. Dans les 31 autres, les prodromes avaient affecté des formes diverses, mais toujours afférant aux troubles digestifs et nerveux.

Une enquête plus générale, ordonnée par le Comité consultatif d'hygiène pendant l'épidémie de 1853, a constaté ce qui suit : « Du 1er novembre 1853 au 22 janvier 1854, sur 974 cholériques admis dans les hôpitaux de la capitale, on a constaté que 740 avaient été atteints de diarrhée prémonitoire; les autres en ont paru exempts ou n'ont pu fournir aucun renseignement. »

A ces renseignements authentiques je pourrais ajouter ceux qui ont été envoyés des différents départements de la France en réponse au questionnaire adressé par l'autorité. Presque tous les médecins ont répondu que le choléra a débuté dans l'immense majorité des cas par une diarrhée et autres symptômes prodromiques. J'ai réuni à la fin de ce travail des extraits des Rapports envoyés par les médecins des départements chargés du service des épidémies.

Je crois superflu d'ajouter que la plupart des ouvrages publiés sur ce sujet confirment l'existence habituelle d'une période prodromique de symptômes prémonitoires du choléra.

A l'égard des exceptions dont la loi générale est susceptible, il convient de faire des réserves. Bon nombre de malades qu'on suppose avoir été atteints d'emblée n'ont pu rendre compte de ce qu'ils ont éprouvé d'abord; d'autres ne comprennent pas les questions qu'on leur adresse, si bien qu'après avoir reçu d'eux une réponse négative, on peut se convaincre qu'ils n'avaient pas mentionné le dérangement d'entrailles qu'ils avaient réllement éprouvé, parce qu'ils n'y avaient attaché aucune importance.

Mais quelle que soit la minorité des cas de choléra d'emblée, toujours est-il que, de l'avis universel, cette minorité ne s'élève jamais à plus de cinq à six pour cent.

AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE.

Nous avons reçu de M. le docteur Vaquez une lettre à propos d'un article de revue clinique publié dans le numéro du samedi 2 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*. Notre honorable confrère est l'auteur d'un mémoire justement estimé, sur *l'amputation sous-astragalienne*, et il nous rappelle que, en 1859, il a établi, par les faits et par les écrits, les droits de chacun à propos de l'invention et de la réglementation de l'amputation sous-astragalienne. L'auteur, M. Vaquez, pense que M. de Lignerolles a parlé le premier de cette amputation, à laquelle il conseillait d'appliquer un procédé à deux lambeaux. Mais il ajoute que M. Malgaigne a fait passer l'opération dans la pratique, comme Chopart et Lisfranc ont fait passer dans la pratique des opérations proposées et tentées avant eux et qu'ils avaient perfectionnées et régularisées.

Nous n'avons pas voulu reproduire toute la lettre de M. Vaquez, parce qu'il n'est point question de ce confrère dans la note de M. de Lignerolles; nous avions seulement l'intention de prendre en considération les paroles autorisées de M. Vaquez, tout en évitant une polémique inutile.

La vérité est que M. de Lignerolles a, le premier, conçu la possibilité de pratiquer et de mener à bonne fin l'amputation partielle du pied en laissant l'astragale, et qu'il a exposé un procédé à deux lambeaux; que M. Malgaigne a discuté les principes de cette opération et en a amélioré le manuel opératoire; que cette désarticulation a été pratiquée, pour la première fois par Textor, au moyen d'un procédé qui n'a pas été désigné dans la relation de l'opération; et enfin que, grâce à l'application des règles de la désarticulation tibio-tarsienne, d'après le procédé de M. J. Roux et une modification de l'incision de la peau par M. Nélaton, l'amputation sous-astragalienne est devenue une bonne et utile opération.

Tous les détails de cette histoire sont exposés avec soin dans le mémoire de M. Vaquez (1).

M. de Lignerolles, se croyant oublié, a réclamé dans notre journal, et comme toutes les parties soulevant un débat, il a grossi ses droits, demandant plus pour obtenir assez, et c'est pourquoi nous avons laissé cet auteur dire qu'il avait enseigné dans ses cours les divers procédés qui sont aujourd'hui mis en usage, sans discuter la question de droit. M. Vaquez a réclamé, parce que les enseignements de M. de Lignerolles n'étaient pas publiés au moment où les modifications des procédés opératoires ont été accomplies, et M. Vaquez pouvait d'autant mieux parler qu'il a approfondi la question. Mais cet auteur avait appelé, dans son mémoire, l'amputation sous-astragalienne amputation de M. Malgaigne, et c'est dans cette dénomination peut-être que M. de Lignerolles s'est trouvé lésé, ne jugeant pas suffisante la part qui lui était faite dans l'historique du mémoire.

Nous espérons que la question sera jugée définitivement dans l'esprit de nos lecteurs; ils laisseront, nous en sommes sûrs, à M. de Lignerolles la priorité pour l'invention de l'amputation sous-astragalienne, et à M. Vaquez le mérite d'avoir bien étudié cette question de médecine opératoire.

Mais ils respecteront encore, dans ce dernier, une sorte de culte pour M. Malgaigne, qui l'avait conduit à donner à l'opération le nom du professeur qui l'avait réglementée.

Toutefois, appeler l'opération proposée par M. de Lignerolles amputation sous-astragalienne, n'appauvrira pas l'œuvre de M. Malgaigne; et, s'il pouvait encore parler, il ne nous démentirait certes pas, ce maître éloigné du champ où il a bouleversé tant d'adversaires et où bien des luttes scientifiques se sont éteintes depuis qu'il n'y apporte plus son génie de la discussion et l'éclat de sa parole. — Dr Armand Després.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 septembre 1865. — Présidence de M. MORIN.

Nouvelles observations sur la période prodromique ou prémonitoire du choléra morbus. — M. JULES GUÉRIN lit une note sur ce sujet que nous publions plus haut. (Commissaires : MM. Serres, Rayer.)

Observation d'ovariotomie suivie de guérison. — M. A COURTY. Le sujet de cette observation est une fille âgée de quarante ans, d'une constitution médiocre, mal réglée et ayant été atteinte, à la suite de contrariétés et de chagrins, d'une aliénation mentale pour laquelle elle fut admise à l'asile de Montpellier pendant cinq ans, et où elle

(1) Mémoire sur l'amputation de M. Malgaigne, *Thèse de Paris*, 1859.

---

tièrement distincts des phénomènes vitaux, et l'être organisé comme soumis à des lois propres, dites lois de la vie. La physiologie surtout a contribué à jeter le désarroi dans l'école.

Les expérimentateurs veulent sur les bases de la physiologie renouer la clinique, et dissiper, par la méthode scientifique moderne, le voile qui couvre ce mystère que l'on appelle la maladie.

Que de progrès sont dus aux tentatives heureuses de l'expérimentation! Que nous sommes loin de cette période où l'on était divisé en solidistes et humoristes, en vitalistes et organiciens! Que sont devenus le spiritualisme et le matérialisme médical!

L'individu n'est pour le physiologiste qu'une unité organisée sujette à des révolutions incessantes dont la nature constitue la santé ou la maladie. La notion de la maladie dérive de celle de la santé. La physiologie, dans ses inévitables imperfections, puisqu'elle cherche dans les lésions de l'être sain la connaissance des lois fonctionnelles, puisqu'elle rompt l'unité organisée pour s'élever à la science de la vie, est cependant d'un immense secours pour les études de la médecine.

M. le docteur Jaccoud a placé sous le patronage de l'anatomie et de la physiologie son intéressant livre intitulé : *Études de pathogénie et de séméiotique. Les paraplégies et l'ataxie du mouvement.*

« J'ai suivi pas à pas, dit l'auteur, les enseignements de la physiologie, de l'observation et de l'anatomie pathologique. J'espère que d'aussi bons guides auront pu me préserver de tout égarement. »

Le livre dont les paraplégies et l'ataxie du mouvement sont le principal objet est divisé en trois parties : la première, comprenant l'anatomie et la physiologie de la moelle; la deuxième, la pathogénie et la séméiotique des paraplégies, et la troisième, la pathogénie et la séméiotique de l'ataxie.

La formule anatomique de la moelle est empruntée à Schroder van der Kolk et à Wagner.

La moelle est un centre nerveux composé de plusieurs colonnes verticales de cellules dont chacune compose un territoire physiologique isolé.

Les racines antérieures se terminent dans les grandes cellules antérieures, lesquelles émettent des fibres ascendantes encéphaliques et des fibres transversales qui s'unissent à un groupe correspondant du côté opposé; et les racines postérieures comprennent deux ordres de fibres, les fibres cérébrales et les fibres réflexes, qui se dirigent d'arrière en avant à travers la substance grise et se terminent dans les groupes cellulaires d'où partent les racines antérieures.

L'ensemble des racines et couches antérieures blanches et grises est dit système spinal antérieur, et l'ensemble des racines et couches postérieures blanches et grises est dit système spinal postérieur. Le système antérieur conduit les impressions volontaires et est affecté à la transmission centrifuge. Le postérieur conduit les impressions sensitives; dans le système antérieur, les racines seules sont douées de motricité; dans le postérieur, les racines seules sont sensibles, et celui-ci assure la coordination des mouvements. La moelle est l'organe coordinateur.

Le cordon latéral préside aux actes mécaniques de la fonction de la respiration. La substance grise est la partie essentielle de la moelle. Elle conduit l'excitation motrice sans l'intervention des cordons blancs, et les cordons blancs sans les éléments gris ne peuvent effectuer aucune transmission.

L'auteur, en accord parfait avec l'école allemande sur les fonctions de la substance grise, n'accorde qu'un rôle de second ordre à la substance blanche. Ne laisse-t-il pas trop dans l'ombre les déductions physiologiques de MM. Bernard, Brown-Séquard, Longet, Vulpian? L'expérimentation des physiologistes français n'a-t-elle pas quelque peu fait justice de l'exagération de la théorie allemande?

M. Jaccoud, en étudiant la moelle comme centre nerveux et comme organe conducteur, insiste spécialement sur le mouvement réflexe dont la source est dans ces fibres intermédiaires qui relient le système spinal sensitif au système spinal moteur, dans ces fibres dites excito-motrices qui sont le théâtre de la transformation de l'excitation impressive en excitation motrice.

La deuxième partie de ce livre remarquable est consacrée à la pathologie.

Le savant auteur a passé en revue les principales formes de paraplégie, analysé la plupart des observations que la science possède, cherchant à déverser la lumière sur ce chapitre encore si obscur des paraplégies, avec tous les documents connus, avec tous les éléments que nous possédons.

Les paraplégies organiques, ischémiques, fonctionnelles, celles des maladies aiguës et chroniques sont successivement étudiées; les faits sont classés et rapportés avec ces qualités brillantes qui donnent à un livre un immense attrait, une grande clarté d'exposition, un langage toujours élégant, et un esprit critique même exagéré quelquefois.

M. Jaccoud arrive à cette conclusion que dans l'immense majorité des cas les paraplégies sont dues à une altération matérielle, que la paraplégie, par simple trouble fonctionnel, est extrêmement rare.

C'est aux paraplégies réflexes surtout qu'il s'attaque, réfutant par les expériences de Gall la théorie de Brown, ne reconnaissant pas la contracture des vaisseaux de la pie-mère que Brown a produite en

resta ensuite comme employée. Il y a environ vingt ans que l'abdomen commença à se développer lentement et progressivement, et à être le siége de quelques douleurs, surtout à l'époque des règles. De la toux et quelques crachements de sang témoignaient d'un mauvais état des organes pulmonaires.

Un examen, pratiqué au mois de janvier 1864, de l'état du ventre fit reconnaître une tumeur fluctuante au-dessous du détroit supérieur. L'utérus, situé en arrière de la tumeur, est mobile et à l'état normal. Le ventre, régulièrement globuleux, offre le même volume qu'au neuvième mois de la grossesse. La circonférence mesure un mètre au niveau de l'ombilic. Le diagnostic résultant de cet examen se résume par : kyste de l'ovaire gauche probablement sans adhérence aux parois abdominales ou aux organes intra-abdominaux.

Après quelques préparations préliminaires, M. Courty, assisté de plusieurs professeurs, agrégés et internes de Montpellier, procède à l'opération le 25 juillet 1865.

L'abdomen, largement ouvert, découvre un kyste offrant sur ses parois des veines superficielles très-développées. La ponction faite amène la sortie de quinze litres de liquide séreux. Le pédicule de la tumeur, très-large et très-court, est fortement saisi et arrêté entre les branches du *clamp* de M. Spencer-Wells et coupé au-dessus de la constriction. Après avoir débarrassé avec le plus grand soin la cavité abdominale du sang fourni par l'incision, etc., et s'être assuré que l'ovaire droit et l'utérus sont parfaitement sains, l'opérateur ferme la plaie au moyen de deux sutures, l'une interne et l'autre superficielle. Malgré un nouvel accès de manie furieuse, survenu après cette opération, et une série de symptômes très-alarmants du côté des organes respiratoires, la guérison a marché rapidement et, le 20 août, la plaie est presque complétement cicatrisée; l'appétit est rétabli, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, et l'aliénation mentale a une tendance marquée vers la guérison. M. Courty, dans la lettre qui accompagne l'envoi de ce travail, s'exprime ainsi :

« Je puis dire que jusqu'ici mes propres observations, et quelques autres dont j'ai eu connaissance, semblent démontrer que, dans le midi de la France comme en Angleterre et à Strasbourg, l'ovariotomie réussit deux fois sur trois lorsqu'on ne choisit pas les cas, et trois fois sur quatre lorsqu'on peut les choisir. »

M. RÉGIS demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé par lui au mois de mars 1863. Ce pli ouvert contient une Lettre relative à l'administration de l'iode à l'intérieur, par un procédé qui lui est propre, comme moyen, soit prophylactique, soit curatif, des maladies miasmatiques.

Cette lettre est accompagnée d'une note intitulée : « De la purification de l'air atmosphérique pratiquée à l'intérieur du corps par le moyen de l'iode métallique, en vue d'instituer la prophylaxie des maladies miasmatiques. »

M. A. CHEVALLIER adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé : « Traité des désinfectants sous le rapport de l'hygiène publique, » et demande que ce travail soit le sujet d'un rapport verbal ou renvoyé à la Commission des arts dits insalubres.

L'ouvrage étant imprimé, cette demande ne peut être prise en considération.

M. NETTER, qui a adressé en 1862 une Notice sur le traitement du choléra morbus par l'administration de grandes quantités de boissons aqueuses, renvoyée à l'examen d'une Commission spéciale, demande aujourd'hui, en raison des circonstances, que cette Commission veuille bien faire son rapport.

M. PENNES, dans une Lettre adressée à M. le président, demande à présenter à la Commission chargée de l'examen des communications relatives au choléra, un sel de sa composition pour bains stimulants, sel dont la formule a été publiée depuis plusieurs années. (Renvoi à la Commision du prix Bréant.)

M. BERNARD adresse une Lettre concernant l'heureux emploi de la liqueur d'absinthe fait sur lui-même dans une violente atteinte de choléra qu'il aurait ressentie en 1855.

Une Lettre, signée seulement des initiales J. S., propose, comme remède contre le choléra, un bain chaud auquel on ajoute une certaine quantité d'essence de térébenthine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 6 juillet 1865. — Présidence de M. ABEILLE, vice-président.

COMMUNICATION.

M. le docteur **MALLEZ** communique une observation de calcul vésical.

L'instrument donnait la mesure d'un calcul de 40 millimètres, mais à la quatrième séance le malade urina 64 petits calculs. Ces calculs nous sont montrés, ils sont gros, à facettes et comme polis, au lieu de ces rugosités qu'on remarque sur les calculs ordinaires.

Il est probable, dit notre collègue, qu'ils étaient renfermés dans une ou plusieurs coques, lesquelles se seront brisées sous l'instrument. Ils se seront formés dans la vessie et non pas dans les reins. M. Cloquet a présenté à l'Académie un tas de calculs à facettes recueillis chez un cochon, que celui-ci rappelle. L'enveloppe de ces calculs était composée, ajoute M. Mallez, de phosphate ammoniaco-magnésien.

DISCUSSION.

De l'influence de la grossesse sur les facultés intellectuelles et morales de la femme.

M. LEGRAND DU SAULLE. La communication que M. Mattei vient de faire à la Société soulève un problème médico-légal fort peu étudié jusqu'à ce jour. Si mes honorables collègues veulent bien me le permettre, j'esquisserai immédiatement l'état de la question.

Certaines femmes enceintes commettent parfois des actes contraires à l'ordre social et sont appelées à en répondre devant les tribunaux. On sait que la femme, qui dans son état habituel brillait par la douceur et l'aménité de son caractère, est souvent exposée à devenir morose, emportée, irascible, alors qu'elle est grosse. La moindre provocation est capable d'enflammer sa colère et de l'exalter jusqu'à la fureur. Telle autre, excellente mère, tendre épouse, voue, pendant la période de gestation, une haine implacable à son mari ou à un de ses enfants.

Parmi les excès auxquels le trouble de l'imagination peut entraîner la femme enceinte, il n'en est pas qui aient plus fréquemment préoccupé la justice que le penchant au vol; mais il convient de n'accueillir cette excuse qu'avec une timide réserve, et je ne peux que louer M. Mattei de la prudente attitude qu'il a prise dans la discussion.

Dans un grand nombre de cas, en effet, le médecin expert doit démasquer la ruse et le mensonge, et livrer sans pitié le coupable à la justice. Il existe cependant des cas où des impulsions irrésistibles apparaissent réellement pendant la grossesse, et les auteurs qui en ont observé des exemples les ont rangés sous la dénomination de monomanies impulsives, instinctives. Marc a rapporté l'observation d'une dame riche et appartenant à une classe élevée de la société, qui étant enceinte déroba une volaille exposée chez un rôtisseur dans le but d'apaiser le vif appétit que l'odeur et la vue de ce plat avaient développé chez elle. M. Girard (d'Auxerre) a fait acquitter une dame qui, au milieu de symptômes nombreux d'aliénation mentale, était affectée de kleptomanie pendant ses grossesses. Georget a parlé d'une femme de Mons, mère de cinq enfants et enceinte de cinq mois, qui a précipité dans un puits trois de ses enfants et s'y est ensuite jetée elle-même. Elle avait fait demander celui de ses enfants qui était encore en nourrice, et avait envoyé au cinquième, qui était en pension, un gâteau empoisonné.

La Cour d'assises de l'Aube a jugé, en 1854, une femme enceinte ayant des antécédents héréditaires fâcheux, présentant parfois de la tristesse et *paraissant comme idiote* dans certains moments, qui avait tenté d'empoisonner son mari. Aucun motif ne l'avait portée à commettre ce crime, et elle en avouait tous les détails, disant qu'elle avait formé son projet sous l'influence d'une impulsion irrésistible. Le jury rendit un verdict d'acquittement.

Leuret a été consulté au sujet d'une femme qui, pendant sa grossesse, avait fait des blessures mortelles à deux de ses enfants. On allégua une maladie mentale. Leuret constata que la mère et plusieurs parents de cette femme avaient été aliénés, qu'elle-même ne délirait sur aucun point, qu'elle n'avait ni hallucinations ni impulsions homicides, qu'elle ne présentait, en un mot, aucun signe évident d'aliénation mentale. Prenant en considération les antécédents héréditaires de cette femme, son tempérament nerveux, son caractère violent et emporté, rendu plus irritable encore par l'état de grossesse, Leuret déclara qu'il n'était pas impossible que l'inculpée eût agi par suite de quelque affection ayant momentanément troublé l'exercice de ses facultés intellectuelles. La Cour, tenant compte de cette opinion, reconnut l'inculpée coupable de coups et blessures, mais sans intention de donner la mort.

Le médecin ne doit jamais perdre de vue la possibilité de phénomènes intellectuels bizarres pendant la grossesse : sa mission consiste à les apprécier à leur juste valeur. En présence d'un acte d'un ordre tout à fait inattendu et en complet désaccord avec la moralité antérieure, les habitudes ordinaires et la position sociale de l'accusée, il y a lieu de s'assurer si l'état mental n'a point été réellement lésé. L'examen médico-légal est dans ce cas très-difficile, et l'expert doit formuler ses conclusions avec circonspection. Si la justice n'a point à punir certains faits commis sans liberté morale, elle ne doit pas, d'autre part, accorder aux femmes enceintes une trop facile impunité.

M. VERRIER. Il me reste peu de choses à dire après ce que vous ont dit MM. Mattei et Legrand du Saulle, touchant l'influence de la grossesse sur l'intelligence des femmes enceintes.

M. Mattei divise les altérations de l'intelligence chez la femme enceinte en cas simples, moyens et graves. Nous avons tous entendu notre confrère attribuer les troubles de l'intelligence à l'influence qu'exerce l'utérus sur le cerveau par irradiation et réflexion. Il invoque encore comme cause l'état des liquides et la compression sur les vaisseaux du petit bassin, la diminution de la capacité thoracique qui congestionne le cerveau. Mais il insiste surtout sur l'action nerveuse du grand sympathique et des nerfs du système cérébro-spinal, dont l'influence dans les cas simples est toujours soumise à la volonté.

Dans les cas moyens, il ajoute aux causes ci-dessus l'état du sang et l'albuminurie, mais, tout en recommandant l'examen des urines, il pose à ce sujet un point d'interrogation.

C'est justement pour cela que j'ai demandé la parole et j'y reviens dans un instant.

Enfin, pour les cas graves, M. Mattei ne se dissimule pas la difficulté qui existe à distinguer l'aliénation ordinaire de la folie puerpérale. Dans un cas de cette espèce, j'ai eu recours aux lumières de M. Legrand du Saulle pour lequel il a été très-difficile de décider la question.

Mais je reviens à l'une des causes de la folie puerpérale, cause qui, bien que citée par M. le docteur Mattei, l'a été avec trop de réserve, je veux parler de l'albuminurie des femmes enceintes, et de l'influence qu'elle a sur la production de l'aliénation pendant la grossesse ou après l'accouchement; je serai bref.

M. Imbert (de Clermont), dans un mémoire présenté à l'Académie en 1861 sur les paralysies puerpérales, a rapproché la manie de la paralysie; n'est-ce pas, en effet, une espèce de paralysie des fonctions cérébrales que la manie? Dans ce remarquable mémoire, il a surtout établi nettement le rapport qui existe entre la maladie dite de Bright et la folie des femmes enceintes. Or, l'excellent ouvrage de M. Marcé, publié en 1858, ne dit rien à ce sujet. Tous les traités d'accouchements, en parlant des divers modes de terminaison de l'éclampsie puerpérale, n'ont pas omis de citer la manie comme un des modes de terminaison; mais, comme le plus grand nombre des éclamptiques sont albuminuriques, il en résulte que l'albuminurie a une influence sur la production de la manie puerpérale.

M. Imbert rapporte six observations, dont les trois premières sont de Mercatus, Wepfer, Boenken; on peut en retrouver dans ces auteurs; la quatrième a été rapportée par MM. Devillers et Régnault.

La cinquième observation est due à M. Gros.

Enfin, la sixième, a trait à une femme de vingt-trois ans, atteinte de manie pendant l'accouchement. Cette affection dure dix-huit mois avec des alternatives de retours à la santé et de rechutes. Elle présenta ceci de particulier, que, quand l'albumine existait dans les urines, la malade était affectée de mutisme, quand l'albumine disparaissait, elle devenait prolixe, bavarde.

Tous ces faits prouvent l'importance qu'on doit accorder à l'albuminurie comme cause de folie puerpérale, et de quel poids la présence de l'albumine dans les urines doit peser dans l'admission des circonstances atténuantes en médecine légale.

J'en appelle à notre président, M. le docteur Abeille, qui a étudié avec tant de soins cette question de l'albuminurie.

Il me reste encore en terminant un point à signaler, Messieurs, point qui a été omis dans l'étude des causes de la folie puerpérale. C'est la douleur excessive qu'éprouvent certaines femmes pendant le travail, douleur qu'on pourrait si bien soulager à l'aide du chloroforme et qui déjà a été notée comme cause productive de l'éclampsie.

Vous connaissez tous l'histoire rapportée dans Cazeaux, de cette femme qui, sous l'influence de la douleur, se mit à chanter *Lucie de Lamermoor*, au grand effroi des assistants.

Je connais un fait qui peut lui être comparé et qu'on pourrait appeler la folie transitoire des femmes en couches.

Le 24 avril 1865, entre à la Clinique Rosalie L..., qui depuis son enfance est sujette à des attaques d'épilepsie; pas d'albumine dans l'urine.

On lui avait conseillé de se marier dans l'espérance d'une guérison. Malheureusement, comme on aurait dû s'y attendre, il n'en fut rien; cette femme devint grosse, fut prise d'attaques pendant la durée de la gestation qui se termina le 1er mai par un travail rapide (six heures et demie), mais très-douloureux. Elle était primipare.

Doit-on attribuer à l'épilepsie préexistante, la manie transitoire

---

liant le hile du rein. A qui donner raison en ce point. Qu'on l'appelle paraplégie par épuisement ou réflexe, peu importe? Cette espèce de paraplégies occupe dans le cadre de la clinique une bien légitime place dont les incertitudes de l'expérimentation ne peuvent la déposséder.

Le chapitre des paraplégies est certes le plus intéressant et le plus utile à consulter.

La troisième partie traite de l'ataxie; des chapitres spéciaux sont consacrés à l'ataxie cérébrale, à l'ataxie cérébelleuse et à l'ataxie spinale. Est-il nécessaire d'insister sur cette question déjà si débattue? Selon nous, il n'y a qu'une forme d'ataxie, la spinale, et nous avons déjà cherché à montrer ailleurs pourquoi nous ne pouvons admettre ni la forme cérébrale ni la forme cérébelleuse.

M. Jaccoud divise la coordination motrice, fait unique et indivisible, en coordination encéphalique et mécanique. C'est en partant de cette donnée qu'il arrive à ces déductions sur lesquelles nous ne pouvons partager son opinion. Je lui répondrai par cette phrase de Wolkmann, qu'il cite lui-même :

« L'âme n'a pas la moindre notion de l'accomplissement des mouvements. Elle est un pur esprit, elle commande à l'organe coordinateur, et elle ne sait rien touchant l'état des muscles ou des nerfs dans l'accomplissement du mouvement. »

Dans cette revue rapide, je n'ai voulu que montrer l'idée qui a guidé M. Jaccoud; asseoir sur les bases inébranlables de l'anatomie et de la physiologie la pathologie de la moelle, et nous pouvons dire que l'auteur, fidèle à son programme, a rapporté pour la solution de la question tous les éléments dont dispose la science moderne, et que, même entraîné par une logique trop vigoureuse, il a fait plier quelquefois la pathologie devant les abstractions de l'anatomie et de la physiologie, oubliant que ces sciences, aussi bien en deçà du Rhin qu'au delà, ne sont pas encore arrivées à leur dernier degré de perfection, et qu'il est dangereux de déduire quand même le théorème pathologique de l'anatomie et de la physiologie.

Dr M. LEVEN.

Prophylaxie du choléra, par M. le docteur Sélim-Ernest MAURIN. (Broch. in-8. 1865, Marseille, chez E. Camoin, libraire-éditeur, rue de la Cannebière.)

L'épidémie de choléra qui sévit en ce moment dans le midi de la France a dicté à M. le docteur Sélim-Ernest Maurin, à qui nous devons une communication sur l'état sanitaire actuel de Marseille, une petite brochure sur la prophylaxie du choléra, qui renferme sur l'origine, la nature et les voies de propagation de cette maladie, ainsi que sur les mesures hygiéniques propres à en arrêter les progrès, des idées dignes d'être méditées, et qu'on ne saurait, à notre avis, trop propager et vulgariser. Nous n'entreprendrons pas ici d'en faire l'analyse. Un simple exposé des conclusions principales qui la résument suffira pour inspirer le désir de la lire. C'est le seul objet que nous nous proposons pour le moment.

« La cause spécifique du choléra asiatique est un miasme qui naît dans le Delta du Gange.

« La maladie arrive jusqu'à nous par le courant atmosphérique qui amène vers les pôles l'air de l'équateur.

« Une ville où règne le choléra est un foyer épidémique qui rayonne et répand l'affection par les courants du littoral, par les vents locaux, par les déjections des cholériques qui ont subi un commencement de fermentation.

« Il n'y a de véritable épidémie de choléra que par le passage, sur un pays, de la colonne d'air méphitique apportée par le courant équatorial. Elle a une marche constante N.-O., O., S., S.-E.

« Les vents locaux et les courants du littoral donnent naissance à des *pseudo-épidémies*; les cholériques transmettent une *épidémie-métisse*.

« Le conversion du Delta du Gange en pays cultivé est la mesure radicale par laquelle on amènera la disparition du choléra. Les quarantaines appliquées aux pèlerins de la Mecque en enrayeront quelquefois la marche. Les quarantaines locales ont de forts petits avantages eu égard aux inconvénients qu'entraîne leur application.

« Le choléra n'est pas immédiatement contagieux et ne le devient que si les maisons sont mal tenues, si les déjections sont abandonnées sans désinfection préalable.

« Les personnes qui soignent les cholériques ne sont pas atteintes dans une plus forte proportion que les autres.

« Les préservatifs individuels les plus efficaces du choléra sont la propreté et la sagesse. » B...

Métallothérapie, choléra, préservation et traitement par le cuivre. Mémoire présenté à l'Académie des sciences. Lettre à M. le docteur MÉLIER, par le docteur V. BURQ. (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*, août 1865). Prix : 1 fr. Paris, à la librairie Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

qui se développa au moment même de l'accouchement et dura jusqu'au 4 mai, ou seulement à l'intensité de la douleur, chez un sujet d'ailleurs nerveux, je penche pour cette dernière cause, tout en laissant à l'épilepsie une large part dans la gravité du pronostic.

Quoi qu'il en soit, et bien que le traitement employé se réduisît à une saignée, qui, je le sais, a été critiquée dans des cas semblables, et à quelques compresses froides, la raison revint le quatrième jour, et la femme demanda pardon des invectives qu'elle n'avait cessé de vomir depuis son accouchement.

Trois semaines auparavant et dans le même service, une autre femme qui n'était pas épileptique, celle-là, s'était rétablie aussi rapidement d'une manie survenue à la suite d'un travail extraordinairement douloureux.

Enfin, nos confrères qui ont traité avant moi la question si intéressante de la manie puerpérale, n'ont pas assez insisté, il me semble, sur les cas de folie survenant chez les nourrices à l'époque du sevrage, et pouvant priver celles-ci, plus ou moins longtemps, de leur libre arbitre.

M[me] T...., rue Neuve-Saint-Eustache, allaita son enfant pendant les deux premiers mois qui suivirent son accouchement. Sa famille inquiète sur sa santé générale, intervint pour faire cesser cet allaitement; la malade toussait et aucun autre phénomène ne s'était présenté. Malgré les purgatifs et les tisanes donnés à titre d'anti-laiteux, cette femme fut prise de mélancolie profonde, désir de suicide, pleurs, découragement, la musique surtout excitait tout son système nerveux; elle se plaignait aussi d'une céphalalgie persistante, de fièvre, et il ne fallut pas moins de six mois de traitement par des purgatifs répétés, le valérianate d'ammoniaque, et surtout l'hydrothérapie pour arriver à la guérison.

Je dois cependant noter que dans la famille de M[me] T...., plusieurs membres se font remarquer par l'exaltation de leurs fonctions cérébrales.

Telles sont, Messieurs, les simples observations que j'ai l'honneur de vous soumettre. Il me semble qu'elles doivent nous déterminer à inscrire comme cause de la folie puerpérale, l'albuminurie, la douleur excessive, et le sevrage trop prompt.

Toutes ces causes, indépendamment de leur valeur étiologique, en ont une assez grande au point de vue médico-légal, pour que je n'aie pas besoin de la faire ressortir dans cette assemblée.

M. MATTEI dit que M. Verrier a donné trop d'extension à la question qui, primitivement, devait se réduire à l'influence de la grossesse sur l'intelligence des femmes enceintes, considérée au point de vue légal; que le cas cité par M. Verrier, d'une femme devenant folle entre son quatrième et son cinquième accouchement, n'est pas un cas de folie puerpérale.

M. VERRIER répond qu'il n'a envisagé que trois causes, omises parmi celles qui peuvent produire la manie, et que ces causes ont une grande importance au point de vue médico-légal; que le cas cité et auquel fait allusion M. Mattei est précisément un de ces cas douteux dans lequel le diagnostic est difficile; mais qu'il ne pense pas qu'il doive faire figurer comme folie puerpérale, les grossesses n'ayant été jusqu'ici qu'une cause déterminante.

M. MATTEI dit, en outre, que l'influence de l'albuminurie est moindre que ne le dit M. Verrier; qu'il faut d'ailleurs distinguer l'albuminurie transitoire de l'albuminurie permanente: la première ne pouvant avoir d'action sur la production de la folie, et existant à l'état normal chez un très-grand nombre de femmes grosses.

M. ABEILLE admet l'albuminurie dans les conditions de la grossesse, chez un dixième des femmes. Il a noté des troubles cérébraux dans les 2/10 des cas, toujours sur des femmes qui n'étaient pas infiltrées. Dans l'infiltration, dit M. Abeille, il y a peu de troubles cérébraux, l'albuminurie est persistante, c'est un symptôme. Il cite une femme devenue folle quinze jours après son accouchement, mais il y avait prédisposition.

M. le docteur **CARON** demande si l'albuminurie est cause de l'éclampsie, et *vice-versâ;* il raconte que dans une première grossesse, une femme devint folle et fut séquestrée, et dans une grossesse suivante elle fut atteinte de vomissements incoercibles.

M. le docteur **CORLIEU** dit que l'albuminurie passagère est produite par la congestion des reins qui sont alors sans altération. Il communique un moyen de diagnostic de l'altération du rein. Lorsque cet organe est malade, l'odeur caractéristique de l'asperge ou de la térébenthine n'existe pas dans l'urine, si le malade prend de ces substances.

M. ABEILLE connaissait ce moyen qu'il attribuait à M. de Beauvais; mais il dit qu'il est infidèle. Dans un cas de néphrite tubuleuse auquel le malade a succombé, l'odeur caractéristique des asperges existait; et dans un autre cas où le malade paraissait moins gravement atteint, les asperges ne donnaient aucune odeur. Ce malade est mort également, mais l'autopsie ne fut pas faite; mais quand le rein est très-altéré, le fait existe, et notre confrère l'a consigné dans son livre.

M. MATTEI n'admet pas que sur dix femmes enceintes une soit albuminurique.

M. ABEILLE lui demande à quelle époque de la grossesse il a observé, si c'est après le quatrième mois; que, du reste, ces albuminuries sont quelquefois fugaces.

M. MATTEI admet qu'en effet l'albuminurie est passagère dans un grand nombre de cas. Mais si, dit-il, il écarte ces cas, la proportion serait trop forte, et l'albuminurie permanente serait toujours considérée comme une complication.

Le vice-secrétaire annuel, D[r] E. VERRIER.

On sait que l'École du service de santé militaire est annexée à la Faculté de médecine de Strasbourg, et que les élèves de cette école, munis du titre de docteur, sont tenus, avant d'entrer définitivement dans les cadres de l'armée, de faire un stage au Val-de-Grâce où l'enseignement qu'ils reçoivent est exclusivement pratique et spécial. Rien n'est plus rationnel et plus indispensable à la fois, que cet enchaînement des deux phases de l'éducation professionnelle des jeunes médecins militaires.

Mais, quelque prévoyante et utile que puisse être une institution de cette nature, il se trouve toujours des récalcitrants intéressés à la dénigrer. Aussi, le système actuel de recrutement a-t-il été en butte à des attaques consignées dans un écrit qu'on vient de nous communiquer, avec prière d'en rendre compte. Rendre compte de quoi; d'un mélange d'invectives et d'inepties? C'est impossible; pour en donner une juste idée, il faudrait citer textuellement. Or, c'est ce que nous ne voulons pas faire, par respect pour les lecteurs de ce journal; qu'ils sachent seulement que des choses, déjà fort laides par elles-mêmes, peuvent encore s'enlaidir en sortant de certains moules.

Les deux auteurs du pamphlet en question n'ont point osé le signer; ils se nomment *Escobar* et *Judas.*

M. le docteur Adde Margras (de Nancy) nous transmet copie d'une lettre qu'il adresse au président de la Société des sciences industrielles, arts et belles-lettres de Paris, à l'occasion de l'érection d'un monument à la mémoire de Jenner. Notre honorable confrère, tout en exprimant dans cette lettre sa satisfaction et sa gratitude envers cette Société pour les soins qu'elle a mis à assurer le succès de cette entreprise, se plaint de voir attribuer à un autre la première idée de cet hommage à l'inventeur de la vaccine, idée dont il est lui-même le promoteur et avec laquelle il a inauguré son entrée dans cette Société.

Nous donnons volontiers acte à M. Adde Margras de sa juste réclamation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Le concours pour l'internat sera ouvert à l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, le lundi 23 octobre 1865, à midi précis.

Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au samedi 7 octobre inclusivement.

— L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 26 octobre 1865, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au mercredi 11 octobre inclusivement.

— Par suite du décès de M. Bauchet:

M. Foucher, chirurgien de l'hôpital du Midi, passe à l'hôpital Saint-Antoine;

M. Dolbeau, chirurgien de Lourcine, passe à l'hôpital du Midi;

M. A. Desprès, chirurgien du bureau central, passe à l'hôpital de Lourcine;

— Par suite du décès de M. Beau:

M. Monneret, médecin de l'Hôtel-Dieu, passe à l'hôpital de la Charité;

M. Vernois, médecin de l'hôpital Necker, passe à l'Hôtel-Dieu;

M. Potain, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Necker;

M. Millard, médecin de l'hôpital des Enfants malades, passe à l'hôpital Saint-Antoine;

M. Chauffard, médecin de l'hospice Larochefoulcauld, passe à l'hôpital des Enfants malades;

M. Luys, médecin du bureau central, passe à l'hospice Larochefoucauld.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera, le jeudi 5 octobre, un cours préparatoire au deuxième examen de doctorat (troisième de fin d'année), et au quatrième de doctorat, rue des Écoles, 56, de midi à une heure.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 117. — JEUDI 5 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 5 OCTOBRE 1865. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 OCTOBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Une lecture de M. le Dr Worms sur le choléra a ouvert la séance. Elle a principalement pour objet l'exposé de sa pratique habituelle dans le traitement de cette affection. C'est la limonade sulfurique qui en fait presque tous les frais. M. Worms paraît avoir une confiance presque absolue dans les effets de cette médication dont il voudrait voir vulgariser l'emploi dans les pays atteints par l'épidémie.

Cette lecture a naturellement provoqué une interpellation de M. Gibert au rapporteur ou plutôt aux rapporteurs de la commission du choléra. A cet appel M. J. Guérin s'est levé et a exposé en quelques mots les faits énoncés dans sa communication à l'Académie des sciences, que nous avons reproduite dans le numéro de mardi dernier. Ils se résument, on le sait, dans ce grand fait d'une importance capitale, l'existence de la période podromique; fait qui mérite tout l'intérêt et toute l'attention que M. Guérin n'a cessé d'y apporter et de provoquer autour de lui depuis la première invasion du choléra en France.

M. Velpeau, au débotté de son voyage, a lestement escaladé la tribune et clos la discussion sur la thoracentèse par une charge à fond de train contre la méthode de thoracentèse sous-cutanée de M. J. Guérin. Nous avions déjà entendu plusieurs fois ce discours dont quelques détails de forme seuls ont changé. Nous n'y insisterons pas. Comme l'a dit M. Guérin, la cause est entendue, le public appréciera. Quant au fond de la discussion dont cette allocution n'est qu'un épisode, nous n'avons point à y revenir.

La séance a été terminée par une lecture de M. le docteur Auzias-Turenne sur les virus. On trouvera les conclusions de ce travail dans le compte-rendu de la séance. Dr Brochin.

Il nous est venu de l'étranger depuis plusieurs années des ouvrages plus ou moins spéciaux, et qui renfermaient quelques nouveautés. Ce commerce scientifique avec les nations voisines n'avait rien que de très-heureux, et, à part quelques réserves, il n'y avait rien à dire.

Mais voici que les livres élémentaires, ceux avec lesquels on instruit la jeunesse, nous parviennent d'Allemagne. Ceci mérite attention.

M. Niemeyer, professeur à l'Université de Tubinge, a fait un livre intitulé ; *Éléments de pathologie*, et qui vient d'être traduit par les docteurs Culmann et Sengel, et annoté par le docteur V. Cornil, et il est destiné aux étudiants (1).

La première partie de ce traité élémentaire, parue déjà, renferme les maladies décrites en suivant l'ordre des organes, et l'auteur allemand accepte comme types les entités suivantes : hyperémie et catarrhe, hémorrhagies, inflammations, métastases, gangrènes, tuberculose et cancer.

La partie anatomo-pathologique est étendue, elle est riche de détails microscopiques, et la partie thérapeutique est divisée en groupes d'indications morbides et symptomatiques. Dans la classification des maladies, l'auteur a une manière de procéder un peu nouvelle, seulement, pour les livres de médecine, car on le sait, la classification allemande est depuis bien longtemps la classification de nos livres de chirurgie, et c'est là, avec les recherches micrographiques et la division de la thérapeutique, et avec le mode de classement, l'aspect de nouveauté que possède ce livre allemand.

Les élèves trouveront dans un tel ouvrage tout l'esprit de l'Allemagne; M. Niemeyer fait dater la science de M. Virchow; dans sa préface, le professeur de Tubinge dit : « A Virchow revient le mérite d'avoir transformé la pathologie et de l'avoir mise en harmonie avec la physiologie moderne. »

Certes, notre jeunesse trouvera des choses profitables dans le livre d'outre-Rhin. Ne serait-ce que les moyens de la mettre au courant de la littérature allemande; mais ce n'est pas tout de connaître et de citer ce qui se fait dans les universités allemandes, il faut que l'on sache que nos voisins ne nous payent pas de retour, au moins pour ce qui est de citer nos maîtres.

(1) Paris, 1865, Germer-Baillière.

Il nous serait facile de trouver dans nos auteurs la découverte de la médecine physiologique. Broussais, chez qui une exagération systématique a obscurci de lumineuses conceptions, est le créateur de la médecine physiologique déjà entrevue par Bichat.

Voici, pour ne prendre qu'un exemple, ce que disait Broussais, à propos des tubercules : « Ils sont le résultat d'une irritation organique qui est produite par une cause commune à toutes les affections irritatives; dans le poumon, par exemple, cette irritation est provoquée par le froid et par tout ce qui peut augmenter l'action organique de ce viscère. L'irritation pulmonaire ne commence point à produire des tubercules sans avoir affecté des tissus plus vivants que celui où ils se développent; en effet, elle se développe ou dans la membrane muqueuse des bronches ou de leurs cavités vésiculaires, et dans le tissu cellulaire et vasculeux interposé entre ces cavités; » et Broussais ajoute en note qu'il pense que l'irritation génératrice des tubercules peut être aussi dans les parois des vaisseaux. (*Examen des doctrines*. t. IV, p. 120.)

Mettons par la pensée le mot de cellulaire à la place d'organique, et nous avons une expression fidèle de la théorie allemande.

Que dire encore de la distinction entre les hyperémies et les inflammations? Est-ce encore là une œuvre allemande? M. Andral n'a-t-il pas, de l'aveu même de Vogel, créé le mot et l'idée de l'hyperémie, et n'a-t-il pas séparé cet état des tissus de l'inflammation franche?

Un détail encore entre mille. A l'article de la tuberculose du poumon, M. Niemeyer dit sans citer aucun auteur : « Nous devons appeler l'attention sur une distribution particulière du sang que l'on retrouve très-souvent dans les poumons tuberculeux. En même temps que beaucoup de branches de l'artère pulmonaire s'oblitèrent, les divisions des artères bronchiques se dilatent et amènent le sang au poumon dans lequel de nouveaux capillaires prennent naissance. » Schroeder van der Kolk, d'Amsterdam, avait vu l'oblitération des vaisseaux pulmonaires et la formation des vaisseaux nouveaux en 1826. Et en 1838, M. Natalis Guillot appelait l'attention sur le même fait que M. Niemeyer, et presque dans les mêmes termes.

Nous ne ferons pas ici le procès du livre : seulement, quoi qu'en disent ceux qui exaltent les grands hommes à l'étranger pour ne pas voir ceux qui sont chez nous, quoi qu'aient écrit contre Broussais, et les anciens maîtres, ceux que le souvenir de leurs travaux empêche d'établir des théories usées, nous dirons aux Allemands : Si vous augmentez la gloire de vos savants par une admiration naïve que nous ne blâmons pas; si vous regardez avec dédain notre médecine, parce que nous accueillons bien chez nous les vôtres, il en est parmi nous qui n'oublient pas les œuvres de ceux qui ont été nos grands hommes et qui ont été vos maîtres. — Dr Armand Desprès.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. RICHET.

De l'intoxication putride aiguë qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur (1).

Lorsque M. Verneuil communiqua son fait intéressant de plaie de l'articulation du genou, qui fut le point de départ de la discussion sur cette lésion si grave, il nous dit que son malade était atteint simultanément d'une fracture du maxillaire inférieur, et que les liquides versés dans la cavité buccale avaient acquis une odeur fétide. Me fondant surtout sur l'extrême gravité de la lésion du genou, mais aussi sur celle de la cavité buccale, j'exprimai cette opinion qu'il aurait peut-être mieux valu surseoir à toute opération. C'est qu'en effet d'après un certain nombre de faits qui avaient passé sous mes yeux, cette putridité des liquides versés dans la bouche par le foyer de la fracture du maxillaire, était déjà un accident assez sérieux par lui-même pour que sa coexistence avec une lésion aussi grave que celle d'une plaie pénétrante du genou, dût faire réfléchir le chirurgien sur le peu d'opportunité, je disais même l'inutilité d'une opération telle que la résection du fémur, laquelle ne remédiait qu'à un seul des accidents et encore bien incomplétement.

Je veux aujourd'hui entretenir la Société de cette intoxication putride qui peut survenir dans les cas de fracture du maxillaire inférieur lorsque le foyer de cette fracture suppure, et vous montrer que cette complication peut avoir lieu, même dans les cas de fractures réputées simples, et déterminer la mort. Depuis longtemps, mon attention est attirée sur ce sujet, car la première observation que j'ai recueillie remonte à l'année 1839. Plusieurs fois même, notre regretté collègue, Morel-Lavallée, m'avait pressé de lui donner quelques notes pour son mémoire sur le traitement de ces fractures; mais ces notes que je lui avait remises, trop tardivement sans doute pour qu'il pût s'en servir, n'ont jamais été publiées. Je saisis donc aujourd'hui cette occasion de faire connaître mes observations sur ce point important qui a passé pour ainsi dire inaperçu jusqu'à ce jour, et qui cependant ne manque ni d'intérêt ni de gravité.

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, séance du 20 septembre.

Pendant mon internat, je fus frappé par les deux faits que voici et que je résumerai succinctement.

En 1839, on apporta dans le service de A. Bérard, à l'hôpital Necker, un charpentier, homme fort et vigoureux, qui venait, disait-il, de recevoir un boulon sur le menton; il fut établi plus tard que c'était simplement un coup de poing qu'il avait reçu dans une rixe à la barrière du Maine; peu importe, pour le moment, la cause de la lésion, ce qu'il y avait de certain, c'est que le maxillaire inférieur était fracturé, que le trait de la fracture était presque vertical et passait entre la première molaire et l'incisive du côté gauche. La gencive était déchirée, et le fragment antérieur abaissé pouvait facilement être ébranlé, ce qui produisait une crépitation non douteuse. Du sang sortait en assez grande abondance par la plaie gingivale. J'appliquai de suite, avec tout le soin et tout le zèle dont j'étais susceptible en ma qualité d'interne provisoire, un appareil consistant en une fronde soutenue par plusieurs tours de bande. Une heure après, je revins visiter mon malade, l'appareil était relâché; je le réappliquai, et, lorsque le lendemain A. Bérard fit la visite, il prescrivit d'en appliquer un troisième, le second n'ayant pas mieux réussi que le premier.

Malgré tous nos efforts, il fut impossible de maintenir les fragments en rapport, du sang s'écoulait toujours par la plaie; puis bientôt au sang succéda une sanie putride, puis du pus infect, bientôt un abcès se manifesta dans la région sus-hyoïdienne; le malade, dont l'haleine était empestée et qui se plaignait vivement de l'odeur qu'il exhalait, fut pris de perte d'appétit, de diarrhée, de vomissements, de petits frissons irréguliers, puis maigrit rapidement en même temps que sa peau prenait une teinte terreuse; finalement il finit par périr le seizième jour, à partir de son entrée à l'hôpital. Bérard attribuait cette funeste terminaison, à laquelle aucune médication ne put mettre obstacle, à une infection purulente, et tous nous partagions son avis. Quel ne fut pas son étonnement et le nôtre lorsqu'à l'autopsie nous ne trouvâmes aucun abcès métastatique dans les viscères, rien absolument rien dans le tube digestif, aucune lésion, en un mot, qui pût nous donner l'explication de cette issue fatale; le mot *d'infection putride* fut prononcé, mais on n'y attacha pas autrement d'importance.

Ce fait recueilli avec soin avait cessé de nous préoccuper, lorsque, en 1842, alors que j'étais interne dans le service de M. Velpeau, je fus témoin du fait qui suit et dont notre excellent maître a certainement conservé la mémoire.

C'était l'époque à laquelle les chirurgiens, enhardis par les brillants succès de la myotomie oculaire dans le strabisme, cherchaient à remédier par les mêmes moyens au bégayement. Les uns enlevaient une tranche de la langue, d'autres se contentaient d'y faire des incisions, mais le plus grand nombre s'attaquaient aux muscles génio-glosses, qu'on croyait s'opposer aux libres mouvements de l'organe de la parole par leur contracture. Un jeune homme de dix-huit ans se présenta à la clinique de la Charité, demandant instamment à être guéri de son bégayement, et M. Velpeau, après s'être longtemps fait prier, lui pratiqua par la cavité buccale, avec de longs ciseaux courbes, la section des génio-glosses très-près de leur attache aux apophyses *géni*. Le succès parut d'abord couronner cette tentative, et, les jours qui suivirent, la parole semblait plus nette et moins hésitante. Mais, hélas! le succès fut de courte durée, non-seulement le bégayement revint plus prononcé qu'avant, mais bientôt ce jeune homme perdit l'appétit, maigrit, fut pris de vomissements, de diarrhée, de petits frissons irréguliers, de saignements de nez, en même temps que son haleine se corrompit et qu'une suppuration fétide et abondante remplissait sa bouche. Pendant la journée, il crachait ces liquides empoisonnés, mais la nuit il les avalait. Le dépérissement allait s'aggravant chaque jour, on crut à une fièvre typhoïde dont cependant les symptômes principaux faisaient défaut. Ainsi, point de pétéchies, pas de fièvre continue, point de gargouillement dans la fosse iléo-cœcale, point de stupeur, rien du côté des poumons. Lavages répétés de la bouche, purgatifs, toniques, rien n'y fit; le malade succomba, et, à l'autopsie, nous ne trouvâmes ni abcès métastatiques, ni ulcérations intestinales, ni aucune autre lésion appréciable. Seulement on remarqua que les plaques de Payer étaient un peu plus gonflées peut-être que de coutume, mais sans qu'aucune d'elles fût ulcérée.

A quoi pouvait-on attribuer la mort? Pour mon compte je pensai à une infection putride déterminée par l'ingestion des liquides altérés avalés par le malade, lesquels avaient déterminé une intoxication générale ne laissant aucune trace appréciable par le scalpel.

Quoique dans ces deux faits la cause qui a donné naissance aux accidents ne soit pas la même, j'ai cru devoir cependant les rapprocher pour bien montrer que, quelle que soit l'influence sous laquelle des liquides sanieux ou purulents sont mélangés avec la salive, les phénomènes infectants auxquels ils donnent lieu sont les mêmes. Dès que l'haleine acquiert une certaine fétidité, on voit dans les deux cas l'appétit se perdre, puis surviennent de petits frissons irréguliers et pour ainsi dire imperceptibles, surtout si on les compare aux frissons violents de l'infection purulente, puis de la diarrhée, des vomissements, un dépérissement sensible avec teinte terreuse de la peau, et enfin la mort. Ces symptômes ne sont ni ceux de l'infection purulente proprement dite, telle qu'elle est généralement décrite, ni ceux de la fièvre typhoïde; d'ailleurs après la mort on ne trouve aucune des lésions qui caractérisent ces deux affections; on ne découvre même rien,

absolument rien d'appréciable dans les viscères, ce qui fait supposer que la cause de la mort est une sorte d'empoisonnement des liquides, une *septicémie*, pour parler le langage de l'école organopathique. C'est qu'en effet cette forme d'infection se rapproche beaucoup de celle qu'on voit survenir chez les individus qui sont en proie à une vaste suppuration et qui périssent *à la longue* par la pénétration dans le sang des éléments putrides contenus dans le foyer, variété qui avait été distinguée avec soin de l'infection purulente par P.-H. Bérard et Bonnet. Mais elle en diffère par la promptitude avec laquelle elle parcourt ses périodes et détermine la mort, ce qui peut s'expliquer par la pénétration plus rapide et pour ainsi dire en masse des éléments infectants par le tube digestif et peut-être aussi par la respiration, tandis que dans l'infection putride chronique ou fièvre hectique des auteurs, les éléments altérés ne peuvent pénétrer que par parcelles très-ténues. On pourrait donc, pour la distinguer, lui donner le nom d'infection ou intoxication putride *aiguë*.

Il serait sans doute très-intéressant de poursuivre plus loin cette étude des caractères différentiels de cette variété d'infection générale avec les autres formes de septicémie qui sont beaucoup plus nombreuses qu'on ne le pense généralement, et c'est là un travail dont je réunis en ce moment même les éléments ; mais j'ai hâte de revenir à l'objet principal de ma communication, c'est-à-dire à la lésion buccale, cause première de tous ces désordres.

Les fractures du maxillaire inférieur sont divisées en fractures du corps et des branches. Celles du corps de l'os, les seules dont je m'occupe, sont comme toutes les fractures, *simples* ou *composées*, comme disent les Anglais, c'est-à-dire *compliquées*. On les dit simples quand il n'y a pas de plaie extérieure ; mais on n'a pas remarqué que même celles-là sont souvent des fractures compliquées dans l'acception qu'on accorde généralement à cette expression. C'est qu'en effet, quand la membrane gingivale, intimement liée, ainsi qu'on sait, au périoste, vient à être déchirée, le foyer de la fracture se trouve non-seulement communiquer avec l'air extérieur, mais encore avec les liquides sécrétés dans la cavité buccale. Eh bien, cette remarque, si naturelle, si simple cependant, semble avoir échappé à presque tous les auteurs classiques, et ceux qui l'ont entrevue paraissent n'en avoir tiré aucune des conséquences qu'elle comporte. C'est ainsi que J.-L. Petit, J. Bell, S. Cooper, Delpech, Boyer, Vidal et enfin M. Malgaigne, n'en disent absolument rien ; il faut arriver jusqu'à M. Nélaton pour voir cette particularité signalée, et c'est enfin dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin, qu'on la voit pour la première fois nettement formulée. Seulement, le premier de ces auteurs la regarde simplement comme une cause de nécrose des fragments, mais sans aller plus loin ; tandis que les savants auteurs du *Compendium* lui assignent comme conséquence une ostéite peu grave, et déclarent ensuite que pour eux cela ne constitue pas une *complication*.

Permettez-moi de m'arrêter un instant sur les suites que peut avoir cette déchirure du périoste gingival, et vous allez voir qu'elle constitue, au contraire, une véritable complication parfois des plus graves, qui a sur les symptômes la marche, le pronostic et le traitement de la fracture une grande importance, qui, en un mot, lui imprime une physionomie spéciale bien différente de celle des fractures dites simples.

Tout le monde sait que les fractures qui sont sans déchirure du périoste gingival guérissent rapidement et sans accident, dans l'espace de trente-cinq à quarante jours ; il en est de même de celles qui sont avec déchirure, mais sans déplacement des fragments, parce qu'alors ni l'air ni les liquides salivaires ne pénètrent dans le foyer de la fracture. Mais si, au contraire, la déchirure ayant lieu, les fragments s'écartent et se déplacent, alors le sang qui s'épanche dans le foyer de la fracture, communiquant avec l'air et se mélangeant avec les liquides de la bouche peut acquérir, et cela très-promptement, des propriétés septiques ; la gencive s'enflamme et se boursoufle, une tuméfaction se manifeste dans la région sus-hyoïdienne ou sur le bord marginal de l'os au niveau du point fracturé, un liquide saniopurulent s'écoule constamment dans la cavité buccale, l'haleine devient infecte et insupportable au malade lui-même. Bientôt, si on ne parvient à maintenir les fragments et à faire cesser cette communication du foyer avec la bouche, un abcès véritable se déclare à la région sus-hyoïdienne, tous les symptômes vont s'aggravant et le malade qui avale le pus et les liquides altérés versés dans la bouche et qui ne peuvent trouver d'autre issue, peut mourir empoisonné.

Voilà ce qui peut arriver dans les cas les plus graves ; mais heureusement cette terminaison est rare, et si on ouvre l'abcès au-dessous de la mâchoire, le pus trouvant par cet endroit déclive une issue facile, le calme ne tarde pas à renaître. D'autres fois, cependant, ainsi que l'a indiqué M. Nélaton, on voit s'établir une nécrose, ou bien encore des fistules interminables se forment soit sur les gencives, soit à la région sus-hyoïdienne ; on a aussi observé des consolidations tardives, et enfin des non-consolidations.

Ces derniers accidents, les abcès, la nécrose, les fistules, les consolidations tardives, ont été signalés par beaucoup d'auteurs ; ainsi, MM. Gosselin et Denonvilliers, M. Malgaigne, M. Neucourt y ont insisté, mais la plupart sans les rapporter à la cause que j'indique, et quant au phénomène de l'infection putride, chose singulière, aucun n'en parle. Il est vrai que Dupuytren et Monteggia semblent redouter cette infection, mais c'est dans les fractures compliquées, dans celles par armes à feu surtout, et ici ils ne semblent avoir été guidés que par l'analogie, c'est-à-dire par ce qui se passe dans les autres fractures compliquées de plaie à la peau (1).

D'après les descriptions tracées par les auteurs classiques, il semblerait donc que les fractures du maxillaire inférieur devraient se comporter d'une manière très-simple, et que la mortalité devrait être nulle ou du moins très-exceptionnelle ; or, il n'en est rien. Sur vingt-sept fractures de cet os relevées par M. Malgaigne sur les registres de l'Hôtel-Dieu, on compte quatre morts, et sur dix fractures observées par moi depuis une vingtaine d'années, et dont j'ai recueilli les observations, je trouve deux morts. Total trente-sept fractures, six morts, soit un sur six. Dans quelles fractures dites *simples* de l'humérus, par exemple, ou du fémur, ou même de la jambe, trouve-t-on une pareille mortalité? Pour que la fracture du maxillaire inférieur donne lieu à de pareils résultats, il faut nécessairement une raison, et cette raison, je la trouve dans cette complication de la déchirure du périoste gingival, dans les suppurations du foyer et dans l'infection putride aiguë qui en est la conséquence.

Voici, d'ailleurs, une analyse des dix cas de fractures du corps de l'os observés par moi :

1° Quatre cas très-simples terminés par consolidation sans accidents ;

2° Deux cas de suppuration avec nécrose partielle terminés par la guérison un peu tardive ;

3° Un cas d'abcès simple sur lequel je reviendrai tout à l'heure à propos du traitement ;

4° Un cas de fausse articulation observé dans le service de Gerdy, que je remplaçais alors comme chirurgien du Bureau central ;

5° Enfin, deux cas de mort.

J'ai donné une analyse du premier cas de mort ; voici le second :

Un jeune homme de vingt-quatre ans reçut un vigoureux coup de poing qui lui fractura le maxillaire inférieur à l'union de la canine avec les incisives, c'est-à-dire environ au niveau du trou mentonnier. Le périoste gingival était largement déchiré, et le fragment postérieur débordait l'antérieur en haut de plus d'un demi-centimètre. La réduction était facile, mais le déplacement se reproduisait aussitôt qu'on cessait de maintenir les fragments. Du sang mélangé de bulles d'air s'écoulait dans la bouche. Je lui fis placer un appareil en gutta-percha, suivant les indications de notre collègue Morel-Lavallée, et j'y adjoignis une fronde pour mieux maintenir les fragments qui se déplaçaient avec une grande facilité, d'autant mieux que ce jeune homme était très-impatient de la douleur.

Le lendemain, l'appareil était sur la table de nuit du malade indocile, que je gourmandai sévèrement. Un autre fut appliqué, même indocilité, même résultat. Je voulus alors pratiquer la ligature des dents avec un fil d'argent, pensant que le malade supporterait mieux cet appareil, mais il prétendit que celui-là le gênait autant, et, sans l'enlever cependant, ne fit rien pour le conserver en place.

Au bout de quelques jours, la ligature s'étant desserrée, les fragments se déplacèrent de nouveau, et il n'y eut plus moyen de faire entendre raison au malade. Cependant une tuméfaction considérable s'était manifestée à la région mentonnière, l'haleine était devenue infecte, du foyer de la fracture s'écoulait un pus fétide et sanieux que le malade rejetait le jour, car il était atteint d'un ptyalisme continuel, mais qu'il avalait la nuit. Bientôt il fut pris de frissons irréguliers, de saignements de nez, de malaises indéfinissables, de diarrhée et de vomissements, malgré les gargarismes au quinquina et les purgatifs répétés que je lui administrai. Les gencives se décollèrent sur l'un et l'autre fragment, qui, dénudés et noirâtres, pouvaient être facilement aperçus dans le fond du foyer. Le gonflement de la région mentonnière persistait, sans qu'on pût toutefois trouver nulle part un point fluctuant. Bientôt aux frissons irréguliers succéda une fièvre continue, et enfin le vingtième jour, à partir de son entrée à l'hôpital, ce malheureux garçon succomba.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes aucune lésion dans les viscères ; la seule chose que nous remarquâmes, c'est que la putréfaction cadavérique avait, dans les dix-huit heures qui nous séparaient de la mort, fait de très-rapides progrès.

Je n'insisterai pas davantage ; je n'ai pas l'intention de reprendre l'histoire tout entière des fractures du maxillaire inférieur, j'ai seulement voulu mettre en lumière un point de cette histoire qui m'a paru n'avoir pas été suffisamment étudié ; il me reste maintenant à résumer ce que je viens de dire en quelques mots :

1° La fracture du maxillaire inférieur, lorsque le périoste alvéolo-gingival a été déchiré et qu'il existe en même temps un déplacement des fragments, n'est plus une fracture simple, mais une fracture compliquée, puisque le foyer de la fracture communique avec la cavité buccale, c'est-à-dire tout à la fois avec l'air extérieur et avec les liquides salivaires ;

2° Outre la complication de purulence du foyer de la fracture, celles d'abcès circonvoisins, d'ostéite, de nécrose, de consolidation tardive, déjà observées et décrites par les auteurs, mais que je crois beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit généralement, on peut encore observer des accidents généraux pouvant devenir fort graves et même entraîner la mort ;

3° Ces accidents généraux, caractérisés par des frissons irréguliers à peine perceptibles, la putridité de l'haleine, la diarrhée, les vomissements, etc., lorsqu'ils font périr les malades, ne laissent point de traces à l'autopsie ;

4° Enfin, on ne peut rapporter ces accidents ni à l'infection purulente proprement dite, ni à la fièvre typhoïde ; c'est une sorte de septicémie ou intoxication putride, que j'appellerais volontiers aiguë pour la différencier de ce qu'on appelait autrefois la *fièvre hectique*.

Resterait à examiner par quels moyens on peut prévenir cette terminaison funeste ; sur ce point, je serai bref. Il est évident que le plus efficace de tous, c'est l'immobilisation des fragments après la réduction de la fracture. Pour l'obtenir, le meilleur, selon moi, des appareils, c'est le plus simple, c'est-à-dire la ligature des dents quand elle est possible.

Voici un fait très-remarquable qui remonte à trois mois à peine et qui prouve combien ce moyen est parfois efficace :

Au mois de juin dernier, une jeune dame qui chevauchait dans la forêt de Fontainebleau, est renversée dans un fossé et se fracture le côté gauche du corps du maxillaire inférieur au niveau du trou mentonnier.

Ramenée à la ville, elle est visitée par un de nos confrères, qui reconnaît de suite la fracture, applique un appareil (je n'ai pu savoir au juste lequel), et recommande un repos absolu. La malade, indocile, défait l'appareil et continue à se promener. Mais, le treizième jour après l'accident, elle est prise de frissons, de douleurs à la région sus-hyoïdienne, d'accidents tels, en un mot, que, saisie de frayeur, elle accourt à Paris, où je suis appelé à la visiter. La fracture était oblique en bas et en arrière, le fragment antérieur était abaissé et le postérieur le dépassait d'un demi-centimètre.

Le périoste gingival était largement déchiré, et le trait de la fracture passait entre la canine et la première molaire. L'haleine était infecte, il fallait laisser les fenêtres ouvertes jour et nuit, tant la malade et les assistants en étaient incommodés. Un pus rougeâtre et sanguinolent sortait quand on ébranlait les fragments ; enfin, un engorgement considérable existait à la région sus-hyoïdienne, mais dur et sans fluctuation. La malade avait perdu l'appétit, la fièvre revenait le soir par petits accès ; toutefois, il n'y avait ni vomissements ni diarrhée.

Comme les dents étaient très-belles et solidement implantées, je jugeai de suite qu'on pouvait s'en servir pour immobiliser les fragments, car c'était cette dernière indication qu'avant tout je tenais à remplir. Je réduisis donc la fracture ; puis, avec un fil d'argent, j'entourai les quatre dents qui l'avoisinaient, c'est-à-dire deux appartenant à chaque fragment, et j'appliquai une fronde ; les fragments bien réduits paraissaient devoir se maintenir.

Le lendemain, je constatai l'augmentation du gonflement de la région sus-hyoïdienne, la fronde n'avait pu être supportée, mais la ligature des dents avait suffi pour maintenir la fracture parfaitement réduite.

Néanmoins, le gonflement sus-hyoïdien continua à grossir ; je dus l'inciser ; il en sortit un demi-verre d'un pus rougeâtre et infect. A partir de ce moment, tous les symptômes généraux s'amendèrent. L'appétit revint, l'haleine resta encore quelque temps fétide ; puis, dès que la suppuration disparut, elle redevint ce qu'elle était avant l'accident.

Le trentième jour après l'application de la ligature, je pus enlever le fil, et je m'assurai que la consolidation était assez avancée pour que je pusse délivrer la malade de tout appareil.

Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie et n'a été traversée par aucun accident.

Cette observation prouve l'utilité et l'efficacité de la ligature des dents, alors même que les fragments ont une tendance manifeste à l'écartement ; elle montre aussi que leur immobilité est le meilleur traitement des accidents qui suivent l'introduction de l'air dans le foyer de la fracture. Enfin, on a dû remarquer la rapidité avec laquelle se sont évanouis les phénomènes de fétidité locale et d'infection générale commençants, dès que le pus prit jour par la région sus-hyoïdienne.

Mais la ligature des dents n'est pas toujours possible, et surtout elle ne réussit pas toujours aussi bien ; il faut alors avoir recours à l'appareil en gutta-percha de Morel-Lavallée.

Dans le cas où les accidents d'intoxication ont commencé, alors que les fragments nécrosés versent incessamment du pus dans la bouche, je crois qu'il convient de faire des injections avec de l'eau dans laquelle on met une faible proportion d'acide phénique, comme me disent le faire avec succès en ce moment même deux de nos collègues MM. Legouest et Demarquay.

De son côté, M. Dolbeau, qui a eu comme moi deux fois l'occasion de voir des accidents très-graves d'infection putride à la suite de fractures dites simples, les a vus disparaître aussi, me dit-il, par le seul fait de l'incision dans le lieu déclive. C'est donc là certainement un très-bon moyen, le meilleur peut-être. Mais malheureusement ce n'est pas toujours à la présence de véritables abcès, d'abcès du moins qu'on peut ouvrir, que tient l'intoxication, mais au foyer suppurant de la fracture elle-même. Peut-être dans ce cas serait-il bon de pratiquer une contre-ouverture à ce foyer même et d'y établir le drainage imaginé par notre distingué collègue, M. Chassaignac. C'est là toutefois un point qui ne peut être établi que par des observations.

J'ajouterai enfin, en terminant, qu'il ne faudra pas négliger le traitement interne ordinaire des accidents putrides, c'est-à-dire les vomitifs et les purgatifs, les toniques à haute dose, et parmi ces derniers je préconiserai surtout les lavages de la bouche avec les alcooliques, et surtout les boissons alcooliques à l'intérieur.

---

(1) Depuis que cette communication a été faite, j'ai reçu de notre obligeant et savant collègue, M. Giraldès, une note où il me dit que Gross, dans son *System of surgery*, publié en 1864 à Philadelphie, dit avoir vu des malades succomber à cette infection putride dans les *fractures composées*, par armes à feu ; mais il ne parle pas de cet accident compliquant les fractures sans plaie à la peau. Du reste, on trouvera plus loin la note de M. Giraldès qui sera publiée dans le prochain procès-verbal.

LOIS DE LA PRODUCTION DES GROSSESSES GÉMELLAIRES,

Par M. Matthews-Duncan.

La grande majorité des grossesses gémellaires se rencontre chez les femmes de vingt-cinq à vingt-neuf ans.

Les femmes qui accouchent de jumeaux ont d'autant plus de chances de devenir mères qu'elles avancent en âge ; tandis que chez les autres, les chances de grossesse diminuent à mesure que les femmes sont moins jeunes.

Les femmes récemment mariées accouchent de jumeaux plus fréquemment que celles qui le sont depuis longtemps.

Tandis qu'ordinairement la fécondité augmente jusqu'à vingt-cinq ans pour diminuer ensuite, le contraire devient la vérité pour les grossesses gémellaires, la fertilité en jumeaux étant la plus grande, au moment où la fécondité en général diminue, et *vice versâ*.

Une masse de femmes étant donnée, le nombre des jumeaux mis au monde dans leurs différentes grossesses est en raison inverse du nombre de ces grossesses.

Il est probable, quoique non encore démontré, que les femmes à grossesses gémellaires ont un plus grand nombre d'enfants que celles qui n'ont jamais de jumeaux.

(*Edimb. med. journ.*)

MORT SUBITE DANS LE COURS D'UN RHUMATISME AIGU,

Par M. le docteur Elliston.

Une femme de trente-quatre ans entra à l'hôpital d'Ipswich avec un rhumatisme très-douloureux des genoux, des coudes et des épaules, accompagné d'un point de côté à gauche. Bruits du cœur un peu sourds, mais pas de souffle morbide, pas de mal de tête. Peu d'urine. — Bicarbonate de potasse *à pleine dose*.

Le lendemain du jour de son admission, elle allait mieux, et avait pris des aliments. Mais tout à coup, à sept heures du soir, elle fut prise de délire et succomba au bout d'une heure.

Autopsie. — Ni le cerveau, ni les poumons, ni le foie n'offrent de traces d'inflammation. Le péricarde présente, outre d'anciennes adhérences, les signes d'une légère phlegmasie récente. Les reins sont tous les deux dans un état de dégénérescence graisseuse.

Il n'est pas douteux que la mort ait été due à l'empoisonnement urémique. Et cependant nul signe, ni coma ni stupeur, ne le faisaient

prévoir. Il faut peut-être croire que le ferment inconnu, grâce auquel l'urée est convertie en carbonate d'ammoniaque, est plus actif dans le rhumatisme aigu. (*Brit. med. Journ.*)

BLESSURE DU CERVELET PAR ARME A FEU.

Le 2 septembre 1864, le lieutenant W. B..., blessé à la tête, est apporté à l'hôpital de Philadelphie.

Perte de connaissance, respiration stertoreuse; la plaie d'entrée de la balle se voit à un pouce au-dessus d'une apophyse mastoïde, et celle de sortie est du côté opposé; il y a issue de matière cérébrale. Revenu à lui le soir, le blessé se plaint d'une cécité complète et de l'impossibilité de relever la tête. A minuit, il se met à crier, et ces cris continuent pendant trois semaines, même pendant le sommeil.

Le 20 septembre, il devient tout à coup calme, et répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui adresse. Paralysie du côté gauche pendant quelques jours; rien du côté de la vessie ni du rectum. Érections constantes, accompagnées d'émission de sperme. Ces divers symptômes vont en diminuant; mais quand le malade se lève, impossibilité complète de diriger ses mouvements; abolition de l'action de la volonté sur les contractions musculaires.

Guérison au bout de sept semaines.

(*Philad. med. and Surg. Rep.* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

INJECTIONS FROIDES DANS L'UTÉRUS,

Par M. Roper.

Mme M..., primipare, accouche le 29 mai 1863. Deux heures après la délivrance, M. Roper, appelé de nouveau, trouve sa malade abattue, pâle, presque sans pouls, extrémités froides, sans hémorrhagie externe, mais avec un utérus aussi volumineux qu'un utérus gravide à terme. Il pousse une injection d'eau froide; des caillots sont expulsés, mais l'hémorrhagie cesse, et l'utérus demeure contracté.

Autre primipare: accouchement naturel le 24 avril 1864. La délivrance est suivie d'une hémorrhagie considérable, la plus forte que M. Roper eût jamais vue. Une injection d'eau froide fait immédiatement contracter l'utérus, et l'hémorrhagie cesse.

M. Morris confirme ces résultats en faisant connaître plusieurs cas de sa pratique où il a réussi par les injections d'eau froide à arrêter des hémorrhagies utérines après l'accouchement dans des cas où l'ergot de seigle avait échoué. (*Brit. med. Journ.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 octobre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Des rapports d'épidémies de MM. les docteurs Prévost fils (d'Hazebrouck), Piffard (de Brignolles), Bonamy (de Saint-Waast-la-Hougue). (Commission des épidémies.)

2° Un rapport de M. le docteur Simonin (de Nancy) sur le service de l'assistance médicale dans les circonscriptions rurales et sur le service de la vaccine dans le département de la Meurthe en 1864. (Commission de vaccine.)

3° Des rapports sur le service des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres) et de Chaudesaigues (Cantal). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Andrieux (de Brioude) qui annonce l'envoi de deux appareils pour le traitement du choléra.

2° Des communications diverses relatives au choléra de MM. les docteurs Maurel, Hugat, Baldou et Danet (de Paris), de M. le docteur Martinenq (de Grasse) et de M. Gicquel, pharmacien à Saint-Malo. (Commission du choléra.)

3° Une observation médico-légale prouvant la possibilité de la chute d'un nouveau-né dans les latrines la femme accouchant assise sur la lunette, par le docteur F. Garrigou. (Commissaires: MM. Tardieu et Devergie.)

4° Un rapport médico-légal sur un cas de transmission de syphilis de nourrice à nourrisson, par le même médecin. (Commissaires: MM. Gibert et Ricord.)

5° Une note de M. Lagout sur une épidémie de variole dans la commune d'Aubiat, canton d'Aigueperse, suivie de conclusions relatives à la prophylaxie du typhus contagieux des bêtes à cornes. (Commission des épizooties.)

6° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un instrument qu'il a fabriqué sur les indications de M. le docteur Ludovic Hirschfeld, professeur à l'École de médecine de Varsovie, et qu'il désigne sous le nom de médullotome.

La lettre de M. Mathieu est accompagnée de la note suivante de M. Hirschfeld:

« Les anatomistes et les anatomo-pathologistes qui ont souvent besoin d'extraire l'encéphale de la cavité crânienne pour le soumettre à l'étude savent très-bien qu'il est difficile d'obtenir le bulbe rachidien intact dans toute sa longueur, vu l'obliquité et la profondeur trop restreinte de la section produite par l'instrument tranchant ordinairement employé à cet usage, lequel, ne pouvant pas pénétrer assez bas, sectionne la moelle allongée très-souvent au-dessus de la décussation des pyramides, qui est cependant la partie la plus importante au point de vue anatomique, physiologique et quelquefois pathologique.

« Pour obvier à cet inconvénient, j'ai imaginé un petit couteau articulé (médullotome), dont j'ai confié l'exécution à l'habileté bien connue de M. Mathieu.

« Cet instrument a le double avantage de sectionner la moelle perpendiculairement à son axe et beaucoup plus bas que le trou occipital; il se compose d'une tige d'acier qui par une de ses extrémités est enchâssée dans un manche, et qui par l'autre s'articule avec un des bords d'une petite lame rectangulaire de 1 centimètre 5 millimètres de longueur; les trois autres bords de cette même lame sont libres et tranchants.

« A l'aide d'une pression exercée sur un petit levier à ressort adapté à la tige, cette lame, dont la direction ordinaire est celle de cette dernière, peut s'incliner plus ou moins, et arriver à lui devenir perpendiculaire après son introduction dans la partie supérieure du canal rachidien par la cavité crânienne préalablement ouverte; on sectionne d'abord à l'aide du tranchant latéral les nerfs et les vaisseaux, puis on imprime à la lame l'inclinaison voulue pour faire la coupe perpendiculaire de la moelle le plus bas possible avec le tranchant terminal. »

LECTURE.

Choléra. — M. Worms, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, donne lecture d'un Mémoire sur le traitement du choléra.

Voici en quels termes l'auteur résume l'exposé de sa pratique:

Dans les cas de diarrhée prodromique et selon le plus ou moins de gravité du cas, je fais mettre 3, 4 au plus 5 grammes d'acide sulfurique concentré dans un kilogramme de décoction de salep édulcorée à 150 grammes.

Le malade prend d'heure en heure un verre plein de cette limonade et se rince la bouche deux ou trois fois après avoir bu; il est rare qu'il soit obligé d'aller à quatre verres. Je permets l'usage simultané des vins blancs et du champagne; mais je proscris expressément l'usage de la bière, de l'eau-de-vie et des eaux minérales alcalines pendant la durée de l'épidémie.

Quant au choléra confirmé, ma pratique est presque aussi simple. Le malade est laissé dans le repos le plus complet. On ne pratique de massage que quand les douleurs des crampes l'exigent; de demi-heure en demi-heure, il prend un verre de limonade (de 3 à 10 grammes d'acide par litre), et on profite pour lui donner à boire de l'instant qui suit le vomissement.

Il prend en outre à discrétion du vin et de la glace.

Je crois utile de faire remarquer que la limonade, qui a une grande puissance pour suspendre les évacuations alvines, produit un effet contraire en ce qui concerne les vomissements dont elle prolonge la fréquence et la durée. Mais cette prolongation n'a rien que de favorable, et est généralement un indice d'une heureuse terminaison.

(Renvoyé à la commission du choléra.)

M. Gibert demande la parole pour une motion d'ordre. Il y a, dit-il, une commission du choléra nommée depuis quinze ans et qui a eu déjà plusieurs rapporteurs. L'un d'eux a réuni de nombreux documents. Il serait désirable, dans les circonstances où nous nous trouvons, que ces documents ne fussent pas perdus pour l'Académie.

M. J. Guérin. Je suis heureux d'entendre M. Gibert faire cet appel, et je profite de cette occasion pour donner à l'Académie quelques explications. Depuis que j'ai été nommé rapporteur de la commission du choléra, je n'ai pas cessé de m'occuper de toutes les questions qui lui ont été soumises, mais il en est une dont je me suis plus particulièrement occupé, c'est celle de la période prodromique. J'en ai fait tout récemment le sujet d'une communication à l'Académie des sciences. Vu les circonstances où nous nous trouvons, je considère comme un devoir envers l'humanité d'insister sur les faits qui ressortent de mes observations.

On se rappelle qu'en 1832 je signalai l'existence d'une période prodromique dans le choléra. Mais ce fait, comme tous ceux qui ressortent d'observations relatives à des événements passagers, a pu être oublié ou échapper à l'attention de beaucoup de médecins qui n'ont pas suivi ces événements; j'ai pensé qu'il était utile de le rappeler.

Dans l'examen que j'ai fait de tous les documents relatifs aux diverses épidémies qui se sont produites depuis cette époque, et notamment celles de 1849 et de 1853 et 1854, j'ai porté particulièrement mon attention sur ce fait. Or, il est résulté de cet examen, que presque tous les médecins en ont constaté l'exactitude. En Angleterre, où l'on s'est livré à une vaste enquête sur ce sujet, sur un relevé de près de 4,000 cas de choléra, on n'en a pas trouvé un seul sans diarrhée prodromique. En France, notre collègue, M. Michel Lévy, ayant soumis à une observation attentive 142 sujets entrés à l'hôpital du Val-de-Grâce, n'a trouvé que six cas sans prodrome.

Le Conseil d'hygiène de Paris a constaté que sur 974 cholériques admis dans les hôpitaux en novembre et décembre 1863, 740 avaient été atteints de diarrhée prémonitoire. Enfin, dans les deux épidémies de 1849 et de 1853, j'ai invité plusieurs de nos confrères, dont un est ici présent, à vérifier le fait, et ils l'ont trouvé pleinement confirmatif. Et il ne faudrait pas s'autoriser des cas dans lesquels on n'a pas constaté la diarrhée prodromique, pour les considérer comme des exceptions. En présence d'un fait aussi important, il ne faut pas s'empresser d'accepter des exceptions. Il a été établi que beaucoup de malades ne disaient pas ce qu'ils avaient éprouvé avant l'invasion de la maladie, et qu'il était souvent impossible de savoir d'eux exactement la vérité.

Il y a deux sortes de prodromes, les prodromes individuels et les prodromes de l'épidémie. Les symptômes prodromiques individuels, on vient de le voir, ne sont plus niables aujourd'hui. Quant aux prodromes de l'épidémie, j'ai cherché également à en constater l'existence, mais les résultats de mes recherches, à cet égard, ne me permettent pas encore de me prononcer sur ce point. C'est une question à remettre à l'étude et qu'il faut laisser à l'avenir.

Je me résume. Quand on saura qu'une diarrhée prodromique précède constamment le développement du choléra, que cette diarrhée est contagieuse, ainsi que je l'ai établi pour les prodromes de la fièvre jaune, que chaque sujet qui en est atteint apporte son contingent à l'épidémie dont il contribue à accroître l'intensité et les dangers, il ressortira de cette notion des devoirs pour l'administration qui saura les comprendre.

Suite et fin de la discussion sur la thoracentèse.

L'ordre du jour appelle la suite et la fin de la discussion sur la thoracentèse. La parole est à M. Velpeau.

M. Velpeau. J'avais d'abord résolu de ne pas prendre part à cette discussion. Je m'en suis tenu une première fois à un petit redressement historique. La raison de mon abstention, c'est que je ne voyais pas en quoi cette discussion pouvait éclairer beaucoup la question. Cependant il y a encore quelques points à éclaircir, notamment en ce qui concerne les prétentions de M. Guérin. J'avais exprimé le désir que M. Guérin expliquât clairement ce qu'il entend par sa méthode sous-cutanée appliquée à la thoracentèse. Il s'est expliqué, et la question m'a paru un peu plus embrouillée qu'avant. En se mêlant à la discussion sur la thoracentèse, M. Guérin a eu pour but, dit-il, de poser des règles et des principes, il a espéré fixer la science et l'art sur ce point important de thérapeutique chirurgicale. Fixer l'art et la science, ce n'est déjà pas chose facile. Cependant qu'est-il arrivé? ajoute-il; c'est que MM. Barth et Bouley lui sont venus en aide, mais que MM. Velpeau et Gosselin sont venus renouveler les indécisions de 1836 et remettre tout en question. Ainsi, nous voilà accusés, M. Gosselin et moi, de nous opposer à la réalisation d'un progrès au lieu d'y aider. Veut-on savoir quelles seront les conséquences de cette opposition? C'est que M. Gosselin et moi nous serons responsables de tous les malheurs qui pourront arriver faute d'observer dans la pratique les principes de M. Guérin. Ce reproche m'a poursuivi comme un cauchemar dans mon voyage. On comprend que j'éprouve le besoin de m'en justifier. Accusé, j'ai le droit de me disculper. C'est ce que je vais essayer de faire.

Voyons d'abord quelles sont les qualités de M. Guérin pour nous accuser ainsi. M. Guérin est un homme très-intelligent et d'une capacité incontestée, mais il n'est pas chirurgien d'hôpital et il ne peut pas avoir eu beaucoup d'occasions de pratiquer des opérations chirurgicales, hors quelques opérations d'orthopédie. Pour nous, qui sommes passés par les amphithéâtres et les hôpitaux, cette situation est de nature à nous inspirer quelques préventions. Ce ne serait pas une raison cependant pour repousser ses faits sans examen; mais c'est du moins un motif d'y regarder de près avant de les admettre. Eh bien! M. Guérin dit tant de choses qui me paraissent extraordinaires, que j'ai de la peine à me laisser convaincre. Il invoque la statistique pour prouver que l'introduction de l'air dans la cavité pleurale est toujours plus ou moins dangereuse et qu'il faut s'attacher à l'éviter; et depuis qu'il a dit cela, il trouve qu'il a fait une révolution en chirurgie et il s'attribue volontiers tous les progrès qu'elle a faits dans ces derniers temps. Mais il y a à cela un petit embarras et des contradictions singulières. Comment se fait-il que depuis vingt ans que M. Guérin a réalisé ce progrès, on ait attendu jusqu'aujourd'hui pour le discuter au sein de l'Académie, et que dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, il n'en ait pas été question une seule fois! La statistique qu'il invoque établit que dans le plus grand nombre d'opérations de thoracentèse qui ont été pratiquées depuis qu'il a formulé sa proposition, on a pris la précaution de prévenir l'introduction de l'air. Mais de tout temps il y a eu des aérophobes, à commencer par Hippocrate lui-même.

M. Guérin dit qu'il faut distinguer la nature de l'épanchement. De tout temps, on a fait cette distinction. Mais il a voulu distinguer les épanchements en séreux, peu graves; séro-sanguinolents, plus graves; puis, purulents, les plus graves. Cela peut être, mais la statistique ne le dit pas. Pour l'innocuité des épanchements séreux, ce n'est pas contestable; mais les séro-sanguinolents qui, dans l'ordre de classification de M. Guérin, viendraient immédiatement après les séreux, donnent 7 morts sur 91. Si l'on acceptait l'assertion de M. Guérin, vous voyez dans quelles contradictions on tomberait. C'est qu'il y a d'autres conditions que celles dont il tient compte. Il y a longtemps que M. Louis a dit que les malades, atteints d'épanchements séreux simples, sans aucune complication, guérissaient tous. Mais les autres qu'ont-ils? des lésions organiques graves. Comment veut-on qu'avec une méthode quelle qu'elle soit on les guérisse? Évidemment l'épanchement, dans ce cas, n'est qu'un épiphénomène. Il aurait fallu préciser. Quant on formule une proposition comprenant tous les faits en bloc, on ne peut rien prouver.

M. Guérin prétend, avec sa méthode, guérir tous les cas d'épanchement séreux; mais ce n'est pas nouveau. M. Trousseau en a guéri un bien plus grand nombre que lui, sans avoir eu recours à sa méthode.

Et d'ailleurs quels sont les principes de la méthode de M. Guérin? Il dit que toute plaie sous-cutanée s'organise immédiatement. Est-ce nouveau? Ne connaissait-on pas auparavant les réunions par première intention? Mais il n'est pas nécessaire que les plaies soient à l'abri de l'air pour se réunir. Cela n'a donc rien de particulier. Quant à l'action de l'air, faut-il y revenir encore? C'est la grande affaire de M. Guérin, qui veut que l'air soit la cause de tous les maux. A l'en croire, une petite quantité d'air introduite dans une cavité séreuse en produit l'inflammation. On connaît son opinion de 1858 sur l'introduction de l'air dans le péritoine par l'utérus et les trompes, fait que personne autre que lui n'a vu et ne verra jamais, je l'espère. J'en dirai autant des phlegmons survenus à la suite de la section des muscles. M. Guérin oublie-t-il qu'il se développe des gaz dans des foyers purulents. Il prend un effet pour la cause. Il y a plusieurs manières d'expliquer le développement des gaz dans des cavités closes: soit par exosmose, comme cela a lieu dans les phlegmons voisins de la cavité abdominale, soit par les différences de tension qui résultent de l'évacuation des foyers purulents, etc. Il n'y a pas besoin de recourir pour expliquer ces faits à l'hypothèse d'une introduction accidentelle de l'air extérieur.

M. Guérin ne veut pas de la baudruche de Reybard. Il ne veut pas non plus qu'on ne lui attribue que l'invention de sa seringue. Pourquoi pas mon bistouri, dit-il, pourquoi pas mon pli? Pourquoi? parce que ce pli vous ne l'avez pas inventé, parce que je l'avais inventé moi-même en 1836, tandis que vous n'en avez parlé pour la première fois qu'en 1838. Ainsi, pas de pli, pas de baudruche. Que vous reste-t-il donc? et que peut faire votre méthode de plus que les autres?

La méthode sous-cutanée n'a rien à faire dans tout cela; les accusations de M. Guérin contre moi ne sont donc pas aussi graves que je le croyais d'abord, et je me sens allégé.

M. J. Guérin. M. Velpeau persiste à ne vouloir pas comprendre la différence qu'il y a entre le travail d'organisation qui se fait dans une solution de continuité à l'abri de l'air, et le travail de cicatrisation par inflammation adhésive. Tant qu'il ne voudra pas comprendre cette différence, il nous sera impossible de nous entendre.

M. Velpeau. M. Guérin fait une confusion. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait un travail d'inflammation pour obtenir une adhésion im-

médiate. Celle-ci se fait par le seul concours de la lymphe plastique. Tout cela était connu.

M. J. GUÉRIN. La cause est entendue. Le public appréciera.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close.

LECTURE.

Virus.— M. AUZIAS-TURENNE lit un travail intitulé : Coup d'œil sur les virus au double point de vue du perfectionnement de la vaccine et de la prophylaxie du choléra. L'auteur résume le contenu de ce travail dans les conclusions suivantes :

1° Les virus forment une famille pathogénique et les maladies virulentes une famille pathologique naturelle ;

Les uns et les autres ont des caractères communs et des caractères propres ;

2° Les virus diffèrent principalement des parasites par les modifications spécifiques qu'ils impriment aux organismes;

Ils diffèrent principalement des venins par leur reproduction et leur multiplication dans les organismes qu'ils attaquent ;

Ils diffèrent principalement des miasmes par l'immunité qu'ils confèrent aux organismes ;

3° Les virus et les maladies virulentes ont une intensité variable ;

4° Les virus sont susceptibles de présenter des modalités différentes ;

5° Ils peuvent dégénérer ou se régénérer suivant les terrains, le mode d'ensemencement ou d'insertion, les moments de la récolte, la manière de les utiliser ou d'en subir l'action, et par d'autres circonstances moins importantes ;

6° Les virus sont transmissibles et prolifères, les uns par contagion, les autres par contagion et infection réunies ;

7° Les virus contagieux ont une existence intraorganique plus durable que les virus infectieux ;

Ceux-ci ont une partie plus ou moins longue de leur existence qui se passe en dehors d'un organisme ;

8° Dans l'impossibilité où nous sommes d'anéantir les virus, faisons tous nos efforts pour parvenir à les subjuguer et à les utiliser ;

9° Chaque virus a son terrain propre dans lequel il n'est pourtant pas rigoureusement interné ;

10° L'action de tout virus suppose une incubation d'une durée ordinairement en rapport direct soit avec la longueur de la vie intra-organique de ce virus, soit avec son intensité ;

On nie souvent l'existence de cette incubation quand elle est très-courte et quelquefois quand elle est très-longue ;

Dans le premier cas on n'a pas le temps, et dans le second la patience de la constater ;

11° Les virus donnent lieu à des symptômes locaux et à des symptômes généraux successifs ;

On méconnaît également ces derniers quand ils viennent très-vite ou très-lentement, trop tôt ou trop tard, et surtout quand ils durent peu ;

12° Enfin les virus créent l'immunité contre eux-mêmes, c'est-à-dire l'invulnérabilité contre leurs propres coups.

Telle est la pierre angulaire de leur prophylaxie et de leur traitement.

C'est le plus précieux filon, la plus brillante perspective de la médecine des maladies spécifiques. (Comm., MM. Grisolle et Ricord.)

La séance est levée à cinq heures.

BULLETIN DU CHOLÉRA.

Quelques cas de choléra ont été signalés dans les hôpitaux de Paris. Les malades proviennent en général des communes annexées : l'état sanitaire de Paris reste d'ailleurs satisfaisant. Mais ces premiers accidents méritent toute l'attention des praticiens et doivent nous faire tenir sur nos gardes.

A Toulon, la mortalité diminue sensiblement. Un de nos confrères, M. le docteur Tourrette, vient de succomber dans cette ville à une attaque foudroyante de choléra.

A Marseille, on vient de fermer les salles de cholériques de l'hôpital militaire. Le chiffre des décès semble diminuer avec rapidité. On a observé, dans cette ville, que le choléra avait suivi une marche ascendante depuis la première semaine jusqu'à la neuvième, et, qu'à partir de celle-ci, les décès sont de moins en moins fréquents. Du chiffre de 308 de la huitième semaine, les décès sont tombés à 282 dans la neuvième et à 186 pour la dixième. Faisons des vœux pour que le fléau arrête enfin ses coups.

Sollier-Pont, Arles, sont toujours cruellement éprouvés par le choléra. Dans toutes ces villes, les mesures d'hygiène ont été prises avec le plus grand soin, et rien n'est épargné pour conjurer la terrible épidémie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Les élèves de la Faculté de médecine de Montpellier viennent de donner un louable exemple de dévoûment en se mettant à la disposition des autorités des villes dans lesquelles le choléra s'est manifesté. Cet acte d'abnégation est d'autant plus à signaler que ces jeunes gens ont dû, pour se rendre au poste où le devoir les appelait, renoncer aux quelques jours de repos qu'ils se proposaient de prendre dans leurs familles après une année d'études.

Trois élèves, MM. Watering, Vallat et Benoît, sont entrés comme internes à l'hôpital d'Arles. Treize autres sont successivement partis pour former des ambulances à Toulon. Ce sont MM. Massol, Autard, Hippolyte, Lannelongue, Loisel, de Saulnays, Girard, Azémar, Ferran, Jansion, Falc, Gillet et Gayat. A ces élèves, a voulu se joindre M. Masse, ex-chef de clinique, actuellement prosecteur de la Faculté.

— *Prix Godard.* La Société de biologie vient de décerner pour la première fois le prix Godard. Ce prix, de la valeur de 500 fr., a été décerné à M. le docteur Cayrade, à Decazeville (Aveyron), pour son mémoire intitulé : *Recherches critiques et expérimentales sur les mouvements réflexes* (1864). La Société a accordé, de plus, une mention honorable à M. le docteur Chédevergne, auteur d'un mémoire ayant pour titre : *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques sur les principaux appareils de l'économie* (cerveau, moelle, poumons, etc.); *stéatose du foie* (1864).

Le prix Godard, de la même valeur, sera décerné pour la seconde fois au commencement de l'année 1867.

Les concurrents sont invités à envoyer leurs ouvrages et mémoires imprimés ou manuscrits à la Société de biologie, avant le 1er octobre 1866.

— Les affiches des concours pour l'externat et l'internat portent les mentions suivantes : Pour être admis à concourir à l'externat, les élèves doivent avoir dix-huit ans au moins et vingt-cinq ans au plus.

Pour être admis au concours de l'internat, MM. les élèves externes ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

— Les séances de la Société de médecine de Paris auront lieu dorénavant à l'Hôtel-de-Ville, salle de la Commission des logements insalubres, au 3e étage, n° 31.

Séance du vendredi 6 octobre.

Ordre du jour :

1° M. Simonot. Rapport sur le mémoire du docteur Decieux : « De l'influence de l'état moral de la société sur la santé publique. »

2° M. Géry père. Communication sur la constatation des naissances.

— M. le docteur Mallez commencera le lundi 9 octobre, à quatre heures, un cours pratique de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, à son dispensaire, 6, rue du Pont-de-Lodi, et il le continuera les mercredi, vendredi et lundi suivants, à la même heure. Exercice de cathétérisme et examen des urines. On s'inscrit, 6, rue du Pont-de-Lodi.

— Le maire de la commune de Beaumont-en-Gatinais demande un médecin pour remplacer le titulaire qui vient de mourir.

La petite ville de Beaumont (Seine-et-Marne) compte 1,800 âmes, il n'y a pas de pharmacien.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Topographie médicale de la Belgique; études de géologie, de climatologie, de statistique et d'hygiène; par le docteur Meynne, médecin militaire. 1 vol. grand in-8, avec cartes. Prix : 10 fr. Paris, chez MM. J.-B. Baillière et fils; Bruxelles, chez G. Mayolez, rue de l'Impératrice.

Des ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire, par le docteur Julliard, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 76 pages et 2 planches. Prix : 3 fr. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Leçons sur les propriétés des tissus vivants, faites à la Faculté des sciences de Paris, par M. Claude Bernard, recueillies, rédigées et publiées par M. Émile Alglave. (Extrait de la *Revue des cours scientifiques*). 1 vol. in-8° de 492 pages avec 94 figures intercalées dans le texte. Prix : 8 fr. Paris, à la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Anatomie pathologique des diverses espèces de pneumonie aiguë ou chronique, par le docteur V. Cornil. (Extrait des *Bulletins de la Société médicale d'observation*). Brochure in-8° de 24 pages avec 9 fig. dans le texte. Prix : 1 fr. Paris, à la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 118. — SAMEDI 7 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 7 OCTOBRE 1865. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes. — Varioles. — Croup. — Érysipèles. Choléra.

Il ne faut pas que les préoccupations nées des cruelles épreuves que subissent en ce moment quelques-unes de nos populations du Midi de la France et les appréhensions plus ou moins fondées que peut inspirer l'état sanitaire actuel de Paris, nous fassent perdre de vue les maladies dont la prédominance a constitué le caractère principal de la constitution médicale régnante de ces deux ou trois derniers mois. Le rapport de la Commission des maladies régnantes, dont nous avons extrait, il y a huit jours, ce qui concernait le choléra, va nous fournir encore les éléments principaux de cette Revue.

La maladie, qui s'est montrée la plus fréquente relativement et la plus grave pendant les mois de juin, juillet et août dernier, a été la variole. Signalées déjà pour leur fréquence au printemps dernier, les varioles semblaient être entrées dans une période de décroissance rapide dans tous les hôpitaux, — sauf toutefois l'hôpital Beaujon où l'on continuait à en constater des cas nombreux, — lorsque de toutes parts s'est manifestée une sorte de recrudescence « remarquable plutôt par la gravité que par le nombre des cas, » aux termes du rapport.

Voici, en effet, ce qu'indiquaient les relevés administratifs pour les mois de juin, juillet et août : en juin, varioles et varioloïdes réunies, 95 cas, dont 90 guérisons et 5 décès ; en juillet, 105 (92 guérisons et 13 décès); en août, 96 (84 guérisons et 12 décès). Presque tous les médecins des hôpitaux, dans leurs rapports partiels, insistaient sur ce fait que la variole se montrait avec toute sa gravité sur des sujets déjà vaccinés. — Nous avons eu l'occasion de constater depuis, nous-même, et tout récemment, cette même circonstance sur plusieurs malades et notamment sur un malade de l'Hôtel-Dieu, qui avait une des varioles les plus confluentes que nous ayons jamais vues, bien qu'il portât les traces d'une vaccine régulière. — Pendant le mois de juillet, M. H. Roger a vu, à l'hôpital des Enfants, deux varioloïdes, une varicelle et une variole confluente, cette dernière contractée dans les salles par un enfant de trois ans vacciné et qui a succombé. A l'hôpital Beaujon, M. Moutard-Martin a observé une varioloïde et deux varioles confluentes dont une mortelle; à Lariboisière, M. Jules Guyot, une variole et deux varioloïdes, guéries; à la Maison de santé, M. Bourdon, trois varioles dont une confluente et hémorrhagique, mortelle, chez une femme jeune et vaccinée; à l'Hôtel-Dieu, M. Grisolle, cinq varioles dont une hémorrhagique terminée par la mort le cinquième jour, et M. Raynaud, trois varioles guéries; enfin, à la Pitié, M. Gallard n'a eu dans son service qu'une seule varioloïde, et il ignore s'il y en a eu davantage dans les autres salles de l'hôpital. En août, le service de M. Gallard a été moins privilégié, car il a eu six varioloïdes et deux varioles confluentes. Deux femmes entrées à l'hôpital, l'une pour un rhumatisme, l'autre pour une ovarite, ont contracté la varioloïde. Pendant le même mois, aux Enfants malades, le service de M. Labric a reçu seulement deux varicelles et une varioloïde; à Beaujon, celui de M. Gubler, trois varioloïdes et une variole confluente mortelle, chez une femme vaccinée; à l'Hôtel-Dieu, celui de M. Vigla, six varioloïdes et une variole terminée par la mort au neuvième jour, chez un individu vacciné. Dans le service de M. Barth, suppléé par M. Raynaud, il y a eu cinq varioles ou varioloïdes.

Enfin, dans celui de M. Guéneau de Mussy, dirigé par M. Guérard, 2 varioles et 5 varioloïdes. Tous ces cas se sont terminés par la guérison. Dans un des cas observés par M. Guérard, la maladie a été contractée dans les salles. Dans un autre, elle paraissait être à l'état d'incubation lorsque la malade a été admise à l'hôpital. La vaccination a été pratiquée, et les pustules de vaccin se sont développées régulièrement du 2 au 9 septembre, tandis que celles de la variole n'ont commencé à se montrer, fort discrètes du reste, quoique parfaitement caractérisées, qu'à partir du 11.

La rougeole s'est montrée également assez fréquente pendant les deux mois de juillet et août. En juillet, M. H. Roger en a vu 6 cas dont un mortel (dans 2 cas, la maladie avait été contractée dans les salles). En août, M. Labric a compté 11 cas de rougeole, et, dans 7, la maladie a été contractée à l'hôpital; de ces 11 petits malades, 3 sont morts, 5 sont guéris, 3 restaient en traitement.

MM. Moutard-Martin et Gubler ont signalé quelques cas de pellagre à l'hôpital Beaujon. M. Moutard-Martin en a vu 2 pendant le mois de juillet, et M. Gubler 1 pendant le mois d'août, il n'y avait pas de troubles cérébraux.

Les autres maladies, telles que les pneumonies et les affections rhumatismales, qui occupaient le premier rang dans les précédents rapports, n'ont pas complétement disparu, mais elles sont devenues moins nombreuses; il y a eu cependant encore une assez forte proportion de rhumatismes.

Le croup qui, pour l'ensemble des hôpitaux, a donné en juin 13 guérisons et 13 décès, en juillet 9 guérisons et 7 décès, en août 11 guérisons et 14 décès, a continué à occuper un rang important parmi les maladies de l'enfance. A l'hôpital des Enfants malades, M. H. Roger signalait cependant une amélioration ; il n'avait que 2 cas, opérés tous deux et guéris. Dans le même hôpital et pour le mois d'août, M. Labric, sur 5 trachéotomies, a eu 3 décès, 1 guérison et 1 malade restant en traitement au moment où il écrivait à la Commission; à Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, M. Archambault a eu à traiter 7 cas de croup; 2 étaient consécutifs à des affections graves et ont entraîné la mort, 5 étaient primitifs. De ces derniers, un a guéri sans opération par le rejet des fausses membranes, 4 ont été opérés et 3 ont guéri. Il y a eu de plus, dans les mêmes services d'enfants, quelques cas d'angine couenneuse ou de stomatite diphthéritique. M. Archambault dit s'être fort bien trouvé dans le traitement de la diphthérie de l'usage des boissons alcooliques (il a donné jusqu'à 80 et 100 grammes de rhum par jour à des enfants) et de l'emploi de l'acide phénique au 50e en lotions sur les plaies ou les muqueuses envahies par les fausses membranes.

— A ces maladies qui persistent encore pour la plupart en ce moment, — ce qui par parenthèse semblerait exclure jusqu'à un certain point l'idée d'une transformation brusque et complète de la constitution médicale, — il faut joindre l'existence d'érysipèles graves dans quelques services de chirurgie. A la Charité, notamment, plusieurs malades ont succombé à cette terrible complication à la suite d'opérations de peu d'importance. C'est une circonstance qu'il nous paraît toujours utile de porter à la connaissance des chirurgiens afin qu'ils se tiennent sur leurs gardes et s'abstiennent en pareil cas de toute opération qui n'a pas un caractère d'urgence.

— Les nouvelles du Midi continuent à être plus rassurantes. A Marseille, à Toulon, à Arles, partout l'épidémie paraît entrer en voie de décroissance. On a remarqué à Toulon la coïncidence d'une diminution notable dans le chiffre des cholériques avec la tempête qui a eu lieu du 1er au 3 octobre avec vent du nord-ouest. A la Seyne, qui a été si cruellement éprouvée, les travaux interrompus ont été repris.

M. le docteur Burq, qui s'est rendu à Toulon pour y appliquer sa méthode métallothérapique au traitement du choléra, nous écrit de cette ville pour nous informer qu'un service de cholériques vient de lui être ouvert à l'hôpital militaire. Déjà, nous dit-il, l'usage thérapeutique du cuivre a produit à Marseille des résultats considérables entre les mains de plusieurs médecins. M. le docteur Lille, médecin de l'asile des aliénés, a traité par les sels de cuivre 24 cholériques, dont 20 ont guéri. Sur les 4 morts, 1 a succombé au bout d'une heure et demie à deux heures, c'est-à-dire probablement avant que l'absorption du cuivre eût eu le temps de se faire, et deux autres ont lutté six à sept jours et ont fini par succomber à des phénomènes congestifs, après le rétablissement des principales fonctions. M. Lille, avant d'avoir recours aux sels de cuivre, avait traité 13 malades par les méthodes ordinaires et en a perdu 11. M. Bernard a traité aussi par le cuivre *intus* (le sulfate de cuivre) deux sœurs de la Conception qui ont guéri. Un autre médecin a eu aussi des succès par le même moyen.

M. Burq nous promet dans sa lettre de plus amples détails sur les résultats de ses nouvelles et courageuses tentatives. Mais des nouvelles ultérieures publiées par les journaux politiques nous apprennent que M. Burq, trop confiant probablement dans l'efficacité de sa méthode qu'il s'est abusivement appliquée à lui-même comme moyen prophylactique, tombé malade peu de temps après son arrivée à Toulon, a dû quitter cette ville et se diriger sur Hyères, où il est allé prendre quelques jours de repos.

— A Paris, les hôpitaux Beaujon et Lariboisière seuls ont continué à recevoir un certain nombre de malades venant presque tous exclusivement des quartiers nord et principalement des 17e et 18e arrondissements. On n'a signalé, jusqu'à présent, que de très-rares cas dans le centre. L'Hôtel-Dieu et la Charité, que nous avons visités hier et aujourd'hui, et où des services spéciaux ont été organisés par les soins de l'administration, comme à Beaujon et Lariboisière, en prévision d'une extension possible de cette petite bouffée épidémique, n'ont reçu jusqu'à présent qu'un nombre presque insignifiant de malades. La salle des hommes, à l'Hôtel-Dieu, ne contenait hier que cinq malades dont un seul nous a paru sérieusement atteint, la salle des femmes n'en contenait que trois. La Charité n'a reçu, ces jours derniers, que trois ou quatre malades. La salle spéciale des femmes que nous avons parcourue était vide.

S'il nous est possible d'émettre une opinion d'après l'impression que nous a produite l'aspect des premiers malades et les renseignements que nous avons recueillis sur leur compte, la maladie ne paraîtrait frapper qu'avec une médiocre intensité, et elle n'aurait atteint exclusivement, jusqu'ici, que des sujets prédisposés par des souffrances antérieures, par les privations et par l'influence des plus mauvaises conditions hygiéniques. C'est ce qui résulte aussi de plusieurs communications qui nous ont été faites et notamment de la relation d'un cas de choléra parfaitement caractérisé, observé dans la commune de Saint-Maur par M. le docteur Bitterlin, médecin des bureaux de bienfaisance de Saint-Maur et Joinville, et qui a facilement cédé à l'emploi de moyens très-simples.

Consolidation régulière d'une fracture de cuisse pendant la grossesse.

Dernièrement M. Gosselin exposait à ses élèves les résultats de ses observations sur l'influence de la grossesse sur la consolidation des fractures.

Certains auteurs du dix-septième siècle, du dix-huitième et même du commencement de celui-ci, avaient avancé que la grossesse suspendait le travail de consolidation des fractures. C'est ainsi que Fabrice de Hilden, Ferd. Hertodius, S. Cooper, avaient rapporté des cas dans lesquels la grossesse avait empêché la production du cal, qui n'avait commencé à se former ou à se consolider qu'après l'accouchement. L'on connaît aussi l'observation curieuse d'Alanson dans laquelle la consolidation de la fracture aurait suivi la marche que nous venons d'indiquer.

Trois cas analogues auraient été observés dans le service de Dupuytren par le docteur Fournier, cité par Cazeaux.

Cependant, de nos jours, l'on n'observe plus de faits semblables, ou du moins, s'il s'en rencontre, on ne les publie pas. La grossesse a-t-elle réellement une influence aussi grande sur la consolidation des fractures, et ces faits de non-consolidation jusqu'au moment de l'expulsion du fœtus ne peuvent-ils pas recevoir une autre interprétation? Si l'on doit attribuer à la grossesse une telle influence, il est alors difficile de comprendre comment cet état physiologique, qui d'après tous les observateurs modifie très-souvent d'une manière heureuse certaines affections chroniques des parties molles et des os, telles qu'ulcères, ostéite, carie, nécrose, et en favorise la guérison, est capable de s'opposer au travail de consolidation des fractures, et comment pendant l'allaitement, état qui, au point de vue où nous nous plaçons, peut-être comparé à la grossesse, la consolidation se fait toujours régulièrement, du moins on ne cite aucune observation de retard du cal que l'on puisse rapporter directement à l'allaitement, à défaut des autres causes qui ont une action réelle sur la marche régulière de la consolidation. M. Gosselin a soigné, il y a quelques années, d'une fracture de l'humérus, une femme qui allaitait, et n'a rien remarqué d'insolite dans la consolidation de sa fracture.

Du reste, des observations citées par Hertodius lui-même, par Callisen et S. Cooper tendent à démontrer que la grossesse n'entrave pas toujours le travail de consolidation des fractures.

A ces faits déjà nombreux nous en ajouterons un autre intéressant observé à la Pitié dans les salles de M. Gosselin.

Le 5 septembre 1865 entrait à l'hôpital de la Pitié une jeune femme de vingt-quatre ans pour y compléter le travail de consolidation d'une fracture de la cuisse gauche. L'accident remontait au 13 juin de la même année.

Soignée d'abord à l'hôpital Saint-Antoine par Bauchet (1), puis par M. Després, elle quitte l'hôpital le 13 août avec un appareil dextriné qui lui permet de marcher en se servant de béquilles et de s'appuyer légèrement sur le membre malade.

Le 27 août, elle enlève son appareil, mais les tentatives im-

(1) Cette malade avait été traitée par Bauchet au moyen d'un appareil de Scultet sans extension continue. A. D.

prudentes qu'elle fait pour marcher lui occasionnent de violentes douleurs au niveau de la fracture. C'est à cause de ces douleurs qui la condamnent au repos que la malade se fait transporter à la Pitié.

En l'examinant, on constate que le membre inférieur gauche est plus court que l'autre de quatre à cinq centimètres, et qu'il est en rotation en dehors ; vers la partie moyenne de la cuisse, on sent une tumeur assez volumineuse formée par le cal très-douloureux à la pression; le fragment supérieur de la fracture est porté en dehors, l'inférieur en dedans. La malade détache assez facilement le talon du lit, et en faisant immobiliser solidement la partie supérieure du membre, M. Gosselin constate qu'il n'existe aucune mobilité anomale, et que le cal lui paraît très-solide. La malade, qui se dit enceinte de plus de six mois, a en effet le ventre volumineux; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic : mouvements actifs très-sensibles; bruit du cœur fœtal très-net à gauche. Mais l'état général de la malade laisse beaucoup à désirer. Elle est pâle, amaigrie, et éprouve parfois des troubles digestifs qui la fatiguent beaucoup. Il y a donc un état chlorotique assez prononcé, qui se traduit encore par un bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Après huit jours de repos, la malade recommence à se lever et à marcher avec des béquilles, en appuyant sur le membre fracturé.

Ainsi, l'on peut voir, d'après cette observation, qu'une fracture de cuisse peut se consolider parfaitement, en moins de trois mois, malgré la grossesse, malgré des mouvements prématurés, malgré l'état de faiblesse dans lequel se trouvait la malade. M. Gosselin avait déjà observé un fait semblable, et dans lequel la consolidation ne s'était pas fait attendre plus que de coutume.

Rétrécissement du rectum. — Fistule recto-vaginale.

Le docteur Mauder, de l'hôpital de Londres, a observé le fait suivant, qui peut être considéré comme une rareté.

L. R..., âgée de vingt-six ans, de faible constitution, mariée, sans enfants, a été atteinte d'un rhumatisme quatre ans auparavant, et a eu des hémorrhoïdes à plusieurs reprises. L'année suivante il y a eu une constipation opiniâtre, et depuis ce temps la malade n'allait à la selle qu'avec les plus grandes difficultés. Toutefois, la constipation était quelquefois remplacée par une diarrhée persistante.

Depuis trois semaines elle a ressenti de grandes douleurs dans le bassin. Après une semaine de ces souffrances, elle s'est aperçue que les matières fécales passaient par le vagin, et qu'il y avait une diminution dans les douleurs qu'elle éprouvait précédemment.

La mère de la malade avait été atteinte d'un cancer du sein, qui avait été enlevé six ans auparavant, et n'avait laissé aucune trace, car cette femme se portait bien.

Le 9 juin, dit l'auteur, la malade se présentait avec un rétrécissement très-étroit du rectum, juste au-dessus de l'anus; en même temps il y avait un trajet oblique qui faisait communiquer le vagin avec rectum. La fistule recto-vaginale s'ouvrait dans le vagin immédiatement au-dessus de la vulve.

Il y avait sur le tronc et les extrémités une éruption cutanée ayant l'aspect de productions squammeuses (psoriasis, probablement).

M. Mauder pensait d'abord que l'existence d'un rétrécissement du rectum, chez une personne dont la mère avait été atteinte d'une tumeur maligne, devait d'abord inspirer l'idée d'un cancer; mais le chirurgien, en analysant avec soin l'histoire pathologique de la mère et de la fille, a conçu l'opinion qu'il s'agissait de syphilis héréditaire.

Une tumeur avait été enlevée chez la mère de la malade depuis six ans. Celle-là n'avait rien éprouvé et le mal ne reparaissait pas. Cette tumeur était très-probablement une tumeur de nature bénigne. La malade, de son côté, était une jeune femme, elle avait une éruption sur le corps; et ce qu'elle avait appelé des hémorrhoïdes, lorqu'elle avait raconté ses antécédents, devait avoir été des plaques muqueuses. Les accidents secondaires de la syphilis sont assez généralement confondus avec des hémorrhoïdes par le public, et même quelquefois par les membres de notre profession (and not unfrequently by members of the profession).

Le traitement qui a été institué a été établi d'après les principes du traitement employé pour les rétrécissements de l'urèthre de l'homme, associé à celui de la fistule périnéale.

Le rétrécissement a été traité par la dilatation, des injections fréquentes ont été faites dans le rectum, au-dessus du rétrécissement.

La dilatation progessive a été poussée jusqu'à un degré qui permit l'introduction d'une sonde n° 6, et les matières fécales ont cessé de passer par le vagin; la dilatation n'a pas été faite davantage. L'introduction de sondes plus grosses que le n° 6 causait une grande douleur.

En examinant alors avec le doigt, qui pouvait passer à travers le rétrécissement, le rectum au-dessus de la partie rétrécie, on a vu que le rétrécissement était constitué par des tissus denses et qui pouvaient se prêter au traitement par les incisions. Celles-ci ont été faites à l'aide du dilatateur de l'urèthre à quatre dents (Weiss'three pronged, sorte d'inciseur à quatre lames, sur le modèle des uréthrotomes à quatre lames), la malade n'a pas souffert à la suite de cette opération dont le résultat immédiat a été excellent, et qui a rendu facile la défécation.

Pendant un mois la malade a été soumise au traitement par l'iodure de mercure.

En quittant l'hôpital, elle a été engagée à passer tous les jours quelques heures la sonde n° 8, et à continuer ce traitement pendant quelque temps encore, afin de maintenir le rectum dans un état de dilatation suffisante.

Ce fait offre un exemple de rupture du rectum au-dessus d'un rétrécissement de ce conduit, et c'est la chose rare.

L'observation anglaise ne dit pas si la fistule recto-vaginale a été guérie, mais on peut le supposer d'après ce qui est dit du cours des matières. Quelle que soit l'opinion qu'on doive se faire de cette observation, il reste admissible que pour le rectum et comme pour beaucoup d'autres fistules, le rétablissement d'un canal oblitéré facilite singulièrement la guérison, même spontanée, d'une fistule d'un conduit muqueux en arrière d'un point rétréci.

CHOLÉRA.

Traitement de la diarrhée cholérique.

PILULES DEVILLIERS.

Diascordium	8 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	4 —

Faire trente-six pilules.

En prendre une toutes les heures ou toutes les demi-heures, suivant l'intensité de la diarrhée.

POTION ANTIDIARRHÉIQUE DE PERROCHET.

Eau distillée de laitue.	90 grammes.
Eau de menthe poivrée	20 —
Extrait de monésia.	1 —
Sirop d'acétate de morphine.	30 —

F. S. A.

Une cuillerée à bouche toutes les heures dans les cas peu intenses, toutes les demi-heures dans les cas les plus graves. Cinq ou six cuillerées ont toujours suffi à arrêter la diarrhée prodromique.

LAVEMENT DU DOCTEUR CAILLARD.

Sulfate de soude	19 parties.
Chlorure de sodium	1 —

Ce lavement arrête la diarrhée d'une manière très-remarquable.

PLAIE DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE LA CUISSE DROITE

avec perforation de la synoviale du genou. Arthrite consécutive. Guérison lente, mais définitive.

Par M. le Dr Bourguignon (d'Ambonay).

Dans la soirée du 18 novembre 1862, le nommé Godin, de Bouzy, âgé de quarante-cinq ans environ, revenait de voyage avec deux de ses enfants, et il faisait froid; à Louvois on s'arrêta pour se réchauffer. Au moment de repartir, il s'agissait de remettre la bride au cheval quand l'aubergiste, s'approchant avec une lanterne, effraye l'animal qui s'emporte et précipite au loin son maître qui se relève boiteux et meurtri; le marche-pied de la voiture l'avait atteint au-dessus du genou droit.

Appelé par le malade le 20, parce que la plaie était toujours saignante, j'ai constaté à la partie inférieure et externe de la cuisse droite, en dehors de la saillie du ligament supérieur de la rotule et sur les limites du cul-de-sac externe et supérieur de la membrane synoviale du genou, une plaie de deux centimètres au moins de longueur sur un centimètre et demi de profondeur, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, à bords tranchés, sans corps étrangers, ne fournissant alors que du sang, la jambe étant fléchie.

Deux bandelettes de sparadrap, une compresse imbibée de perchlorure de fer et une bande roulée constituent le premier pansement que je laisse à demeure le lendemain.

Mais le 25, rassuré sur les suites de l'hémorrhagie, le blessé s'en va après-midi pour achever de labourer un champ auprès du village. Au bout de deux heures à peine, une douleur atroce et continue qui s'éveille dans le genou l'oblige de revenir; le même soir, il est pris de frissons, de maux de tête, de fièvre et d'insomnie, c'est pourquoi le 26 on me rappelle et je constate une arthrite aiguë généralisée.

Les bords de la plaie sont enflammés et turgescents, alors que le fond est formé d'une trame semi-solide sous laquelle je crains de trouver une collection. Avec la sonde cannelée, je donne issue, en effet, à un liquide rougeâtre, abondant, moitié séro-sanguinolent et moitié visqueux : ce qui laisse à redouter une perforation *primitive* ou *secondaire* de la synoviale. Sans m'arrêter à ce point de diagnostic, je pousse alors doucement la sonde qui pénètre sans peine à six centimètres et plus, en bas et en avant, la cuisse étendue; une perforation traumatique était évidente.

J'établis le membre inférieur dans une gouttière déclive du pied vers le bassin; je place dans la plaie une tente de charpie et je fais couvrir tout le genou de larges cataplasmes émollients; il m'a semblé qu'en raison de l'hémorrhagie des jours précédents, je pouvais m'abstenir de sangsues et attendre.

En effet, au bout de huit jours de ce traitement, aidé d'une diète sévère et de quelques purgatifs, le malade, qui n'a pas fait un mouvement, commence à goûter un peu de sommeil, et le liquide qui sort par la plaie n'est plus que de la synovie pure et limpide comme du blanc d'œuf.

Le 6 décembre, le fond de la plaie est bien cicatrisé, et le 10 je suis obligé d'en cautériser légèrement les bords. Dès lors je substitue aux cataplasmes émollients et laudanisés des compresses d'une décoction de quinquina et de pavots.

Le 12, je commence, au contraire, à exercer autour de l'article qui reste toujours gonflé des frictions douces avec l'onguent napolitain, en même temps que je soumets le malade à des doses croissantes et réparties de calomel et d'extrait thébaïque.

La plaie néanmoins ne se ferme que le 24 décembre.

Le 26, j'observe que la tuméfaction du genou va diminuant, et j'en profite pour aider à la résorption des liquides épanchés par l'application de deux vésicatoires volants, à un jour d'intervalle, l'un en dedans, l'autre en dehors de l'articulation.

Le 28, on lève le malade pour remuer son lit; et, comme il a la jambe engourdie, un peu empâtée, je la lui fais frictionner chaque soir avec un liniment volatil camphré.

Le 8, le genou est soumis à des badigeonnages partiels de teinture d'iode et à quelques mouvements gradués de flexion et d'extension.

Seulement, le 20 et le 28, je suis forcé de revenir aux vésicatoires volants dont je fais suivre l'application de cautérisations linéaires au nitrate d'argent, tant que le genou tarde à diminuer de sensibilité et de volume.

Cependant, le 9 février, je redoutais une tendance à l'état chronique, quand, sur la foi du docteur Laboulbène, *Gazette des Hôpitaux* du 10 janvier 1863, j'ordonne l'extrait de ciguë *intus et extra;* et le 20 suivant j'avais la satisfaction de voir mon malade se promener désormais sans trop de gêne, à la condition d'avoir le genou maintenu par une genouillère rembourrée qui se laçait sur le côté.

Plus d'un an après, le genou était encore faible; aujourd'hui la guérison est définitive.

Cette observation est un exemple de plaie d'un cul-de-sac de la synoviale du genou. On conçoit que la guérison ait pu être plus facilement obtenue ici que dans les cas où il y avait fracture comminutive de la rotule, des condyles du fémur ou du tibia, et ouverture de l'articulation. Il y a d'autres exemples dans la science de guérison semblable auxquels il est bon d'ajouter toutefois l'observation que nous a envoyée M. Bourguignon. A. D.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 27 septembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Alquié (de Montpellier), membre correspondant.

— A l'occasion du procès-verbal :

M. RICHET communique une note qui lui a été adressée par M. Giraldès au sujet de sa lecture sur les fractures du maxillaire inférieur.

Dans les fractures composées et compliquées de la mâchoire inférieure, en particulier lorsqu'elles sont produites par un coup de feu, les sécrétions buccales et glanduleuses deviennent très-abondantes, et si elles sont avalées peuvent donner lieu à un état typhoïde qui s'aggrave peu à peu, et qui, si les malades ne sont pas soulagés, occasionne la mort. Dans le but de prévenir cela, grande attention doit être donnée à nettoyer souvent la bouche par des lavages avec le chlorure de Labarraque et du miel. Les abcès doivent être ouverts promptement, les malades soutenus avec les préparations de quina, de fer, opium et stimulants alcooliques (1).

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine.

— **M. LETENNEUR** adresse à M. le président la fin de l'observation de *plaie du cou* dont il a récemment entretenu la Société.

Le 15 septembre, le malade se lève sans permission, se promène dans la maison; mais bientôt il se sent faiblir, pâlit et est obligé de se coucher pour éviter une syncope.

Le 16, purgatif léger pour combattre la constipation, les efforts de défécation ont été extrêmement violents et douloureux, malgré un lavement émollient. Ces efforts sont suivis d'un état syncopal, et immédiatement après, le malade, en mettant la main sur son cou, trouve que le frémissement vibratoire a beaucoup augmenté, ce qui est constaté aussi par son père.

Le lendemain 17, à ma visite, on me fait part de ce qui s'est passé et j'examine le malade avec le plus grand soin.

L'état général est toujours bon, quoiqu'il y ait moins de gaieté et d'assurance que les jours précédents.

La cicatrice de la peau est rosée sans adhérence au muscle; le muscle lui-même, quoiqu'un peu tuméfié au niveau de la blessure, est mobile sur les parties profondes.

La dépression sus-claviculaire est plus marquée que dans les premiers jours et à peu près aussi profonde que du côté sain.

Le frémissement vibratoire a beaucoup augmenté, il s'étend en avant et au-dessus de la plaie; il se prolonge peut-être moins en arrière.

A l'auscultation, je trouve le souffle continu saccadé plus intense, il remplit l'oreille, il remonte le long de la jugulaire jusqu'au niveau de la bifurcation de la carotide, il s'entend en dehors sous la clavicule, dans la direction de l'aisselle, où il est bien plus fort qu'au haut du cou; en outre, on le snet *toujours très-fort* sous l'extrémité interne de la clavicule et sous la moitié supérieure du sternum, jusque dans l'oreillette droite; on n'en trouve plus de traces vers la pointe du cœur ni dans le côté gauche de cet organe.

Le pouls radial est un peu plus faible à droite qu'à gauche. Cette différence n'était pas assez sensible jusqu'ici pour mériter d'être notée; le pouls est régulier, 75 puls.

Pas de douleur de tête, pas de chaleur dans la poitrine, pas de gêne dans la respiration.

Le malade n'*entend* pas le frémissement vibratoire.

L'engourdissement du bras et de la main diminue; il persiste encore dans le petit doig et le côté interne de l'annulaire; le malade a essayé d'écrire, mais sa main tremble et manque d'assurance.

Le 18, les symptômes observés la veille se sont bien atténués et ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'ils étaient avant les efforts de défécation.

Je conduis ce jour-là MM. Velpeau et Longet près de mon malade qu'ils ont examiné avec intérêt.

M. Longet me fait observer que la main droite est plus froide que l'autre, ce que je constate moi-même.

M. Velpeau autorise le malade à cesser l'usage de la glace et à se lever; cet avis est accueilli avec empressement.

Le 21, le malade fait sa première sortie et prolonge chaque jour ses promenades de plus en plus.

(1) *Gross. System of Surgery.* 1 vol., p. 896. Philadelphie, 1864, 3me édit.

Les mouvements du cou sont devenus assez faciles, sauf l'extension.

L'engourdissement des deux derniers doigts n'existe pour ainsi dire plus.

Les signes de phlébartérie tendent à diminuer; cependant le thrill s'entend toujours très-fort sous la cicatrice, particulièrement en arrière sous le faisceau postérieur du sterno-mastoïdien; il retentit toujours dans la veine jugulaire et dans la sous-clavière, et on le retrouve dans la veine cave supérieure.

Il n'existe pas de tumeur circonscrite, pas même de tuméfaction appréciable dans les parties profondes du cou.

La guérison peut donc être considérée comme définitive avec la persistance d'une phlébartérie.

L'accident avait eu lieu le 1er septembre, et le 21 le malade a pu faire à pied sa première promenade.

DISCUSSION.

Fracture du maxillaire inférieur.

M. MARJOLIN. Dans trois ou quatre cas de fractures compliquées du maxillaire inférieur, j'ai été frappé de l'importance des accidents concomitants. Ils ont été surtout prononcés chez une jeune fille que j'ai récemment observée, l'abattement et la diarrhée n'ont cessé que lorsque la suppuration a diminué. Aucun de mes malades n'a succombé, j'ai employé les lavages répétés et le chlorate de potasse. L'appareil en gutta-percha de notre regretté collègue, Morel Lavallée, a beaucoup contribué à améliorer la situation. Il est nécessaire de l'enlever et de le laver avec soin au moins tous les deux jours, sans quoi l'appareil lui-même deviendrait un foyer d'infection. J'ai observé des faits analogues dans les nécroses du maxillaire si communes chez les enfants.

M. TRÉLAT. Dans son intéressante communication, M. Richet a eu pour but de montrer que des fractures dites simples du maxillaire inférieur pouvaient donner lieu à de très-graves accidents, et il a voulu étudier et mettre en lumière ces accidents eux-mêmes. Je ne suis pas convaincu, au point de vue des accidents, de la légitimité de la distinction établie par M. Richet entre les fractures qu'il étudie et celles que l'on est convenu d'appeler compliquées. Les accidents qu'il nous signale ont attiré l'attention de plusieurs auteurs, on les trouve indiqués sinon dans les traités didactiques, du moins dans plusieurs mémoires: Ainsi, dans un mémoire de M. Bouisson, publié dans son tribut à la chirurgie, dans un travail de M. Neucourt inséré dans le journal de M. Malgaigne. J'ai moi-même soigné trois cas analogues; il y a eu des accidents, mais aucune menace de mort. Ce que M. Marjolin vient de nous dire témoigne dans le même sens. Je ne viens pas dire que les malades de M. Richet ne sont pas morts sous l'influence de la cause qu'il nous a indiquée, je crois seulement qu'un semblable dénoûment est rare.

J'ai recherché autrefois, à propos de la nécrose phosphorée, si la sécrétion très-abondante qui l'accompagne ne pouvait pas déterminer des accidents graves. Après avoir étudié un grand nombre de faits, je suis arrivé à être convaincu que jamais la mort n'avait pu être attribuée à cette cause. Parmi les auteurs, Lorinser seul accepte cette manière de voir, mais elle concorde tellement avec ses opinions sur la nécrose phosphorée, qu'il considère comme le résultat d'un empoisonnement, qu'on ne peut voir dans son assertion que l'expression d'une opinion toute personnelle.

M. LARREY. Je crois que M. Richet a eu grandement raison d'établir une distinction entre les fractures dites simples et celles que l'on est convenu d'appeler compliquées. Dans celles-ci il y a souvent des accidents de suppuration qui n'amènent pas d'intoxications. Il resterait à dépouiller les observations de fractures dites simples, à savoir si les accidents toxiques signalés par notre collègue ont été fréquemment observés, et quelle est leur valeur.

M. RICHET. Je suis très-heureux d'entendre M. Larrey ramener la question sur son véritable terrain. Plusieurs auteurs ont, en effet, étudié les accidents qui peuvent survenir dans les fractures compliquées du maxillaire. Dupuytren a même proposé d'inciser la région sus-hyoïdienne pour faire une contre-ouverture permettant l'issue des liquides à l'extérieur et de reséquer les extrémités des fragments osseux. Je n'ai pas voulu parler de ces cas, mais de ceux où les téguments sont restés intacts, où la fracture, quoique simple, communique avec la cavité buccale. J'y ai vu un danger qui résulte sans nul doute de la déglutition de matériaux putrides, et, sans préjuger de la nature des accidents qui surviennent, j'ai pensé qu'un traitement efficace pouvait être institué. Je ne puis m'empêcher de croire à leur gravité, car dans le relevé de M. Malgaigne j'ai trouvé quatre morts sur vingt-sept cas, j'ai pour mon compte vu mourir quatre malades sur dix, quelles sont les fractures simples qui donnent de semblables résultats? J'ai voulu m'enquérir de la cause d'une mortalité si exceptionnelle et chercher le moyen de parer à de semblables éventualités; ce sont les points que j'ai développés dans ma communication.

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation de M. Paul Dauvé intitulée :

Lésions traumatiques des deux genoux par coup de feu. — Articulation fémoro-tibiale gauche ouverte et broyée. — Résection du genou. — Intégrité de l'articulation fémoro-tibiale droite. — Plaie osseuse du condyle interne fémoral. — Conservation du membre. — Mort dix-huit jours après l'opération par suite de suppuration de la cuisse droite et quand déjà la cicatrisation de la cuisse gauche était fort avancée.

Le rapport et l'observation seront publiés dans le *Bulletin*.

COMMUNICATIONS.

Plaies pénétrantes du genou.

M. VERNEUIL communique plusieurs observations de plaies pénétrantes du genou, qui lui ont été adressées par M. Parise (de Lille).

Notre correspondant a adressé à la Société plusieurs observations suivies de remarques sur le sujet actuel de la discussion. Les faits ne sont pas choisis, ils représentent toute l'expérience de l'auteur. La variété des lésions et des moyens employés donne un grand intérêt à cette série, toute restreinte qu'elle soit. Quant aux réflexions, elles sont à la hauteur de tout ce qui émane de la plume de notre savant collègue.

Obs. I. *Plaie par instrument tranchant de l'articulation du genou gauche. Suppuration de la jointure. Guérison complète.* — Un bûcheron, âgé de quarante-neuf ans, bien constitué et bien portant, voulant abattre une branche d'un coup de serpe, s'enfonça la pointe de cet instrument dans l'articulation du genou. La plaie, presque longitudinale, longue de deux centimètres au moins, était située au côté antérieur et interne de l'articulation, à deux centimètres en dedans du ligament rotulien. Le blessé remplit cette plaie avec un tampon de toiles d'araignées, la banda avec son mouchoir et regagna son domicile, situé à plus d'un kilomètre. Le chirurgien, appelé, conseilla des applications émollientes et le repos. Des accidents inflammatoires s'étant développés du côté du genou, le blessé fut dirigé sur l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, où il entra le huitième jour de sa blessure.

Le genou était tuméfié modérément, ainsi que la cuisse et la jambe; la plaie offrait un aspect curieux : ses bords boursouflés, renversés en dehors, formaient un énorme bourgeon charnu, du volume d'un œuf de pigeon, aplati, percé au milieu d'un orifice par lequel on pouvait faire sortir, par quelques pressions, une abondante quantité de pus mêlé de synovie filante. La douleur du genou était assez vive, mais très-tolérable. La fièvre était aussi très-modérée, et le malade se disait être beaucoup mieux que les jours précédents.

Ne voyant aucun danger imminent, je me bornai aux moyens les plus simples; le membre fut placé sur un coussin dans une très-légère flexion, et le genou fut couvert de fomentations émollientes, et j'attendis, tout en portant un pronostic très-réservé.

Mais, heureusement, mes craintes ne tardèrent pas à se dissiper, la plaie continua à donner une suppuration très-abondante pendant huit jours; puis celle-ci diminua de quantité, en même temps qu'elle devint plus visqueuse, plus filante, puis elle fut remplacée par de la synovie presque pure. Le gonflement diminua lentement; les bords de la plaie s'affaissèrent, et celle-ci se ferma seule sans autre traitement que celui que j'ai indiqué. Je fis alors exécuter quelques mouvements à la jointure. Et bientôt le blessé put sortir de l'hôpital, marchant assez bien.

Six mois après sa sortie, je revis ce blessé atteint alors d'un cancer du rectum, et je pus m'assurer que le genou gauche était revenu à son état normal. Il n'y avait aucune douleur; les mouvements étaient aussi étendus que ceux du côté droit, la cicatrice était linéaire et peu visible.

Il est extrêmement probable qu'il s'agissait ici d'une plaie simple, et que les os ni les cartilages n'avaient été atteints par l'instrument vulnérant. Il eût été fort intéressant de s'assurer de l'état anatomique de la jointure après la mort de ce blessé, laquelle eut lieu dix mois environ après sa sortie de l'hôpital; mais les démarches que je fis, dans ce but, furent sans succès.

Que dire du traitement? Qu'il fut des plus simples; que la guérison doit être attribuée aux efforts de la nature; que celle-ci eut à lutter non-seulement contre le mal, mais aussi contre le trait ment, car il faut se rappeler que le blessé s'empressa de bourrer sa plaie avec un tampon de toiles d'araignées. Faudrait-il en conclure qu'il vaudrait mieux maintenir ouvertes les plaies articulaires que de les réunir? Il paraît certain que l'écoulement facile du pus, à mesure qu'il se formait dans l'articulation, a été une condition des plus favorables. Mais je n'en veux tirer que cette conclusion : Qu'il faut donner une libre issue au pus dès qu'on en constate la présence dans l'articulation blessée.

Obs. II. *Plaie par instrument tranchant du genou. Arthrite purulente. Mort.* — Un jardinier, âgé de soixante-sept ans, habitant le village de Montacan, près de Lille, fut blessé au genou gauche par la pointe recourbée d'une serpette fixée à l'extrémité d'une perche servant de manche. Cet instrument était appliqué contre un mur lorsqu'il glissa, en décrivant un grand arc de cercle autour de l'extrémité de son manche, appuyé sur le sol, et vint frapper le côté externe du genou, à peu de distance du bord externe de la rotule, sur le condyle fémoral correspondant. Son médecin, appelé immédiatement, plaça le membre dans l'extension, réunit la plaie par des bandelettes agglutinatives, et fit couvrir le genou de linges continuellement imbibés d'eau froide. Cependant les accidents se développèrent. Appelé en consultation le sixième jour, je constatai que la plaie, longue de deux centimètres, livrait passage à du pus mêlé de synovie provenant de l'articulation; un stylet pénétrait sous la rotule et sentait un point osseux dénudé sur la face externe du condyle externe du fémur, indiquant que l'instrument vulnérant avait légèrement entamé cet os. Le genou, la jambe et la cuisse, étaient tuméfiés et douloureux à la pression. Une fièvre assez forte durait depuis quatre jours; la langue était rouge et chargée d'un enduit brunâtre épais, il n'y avait pas de sommeil. La fièvre avait commencé par un frisson qui ne s'était pas reproduit. En face d'accidents aussi menaçants et eu égard à l'âge avancé du malade, je proposai l'amputation de la cuisse, laquelle fut rejetée. Comme le pus ne sortait pas facilement de l'articulation, j'agrandis la plaie, j'en fis sortir une grande quantité de liquide purulent et rougeâtre, puis je lavai l'intérieur de l'article par des injections d'eau aiguisées d'eau-de-vie camphrée. Je recommandai de répéter ces injections trois fois par jour, me proposant d'en venir à des incisions multiples si la suppuration fusait sous les muscles de la cuisse. Mais je ne revis plus le blessé; il se mit entre les mains d'un médecin qui promit de le guérir, sans amputation, par la méthode de Raspail. Il ne tarda pas à succomber.

Ce fait se rapproche beaucoup du précédent; il en diffère cependant en ce que la pointe de l'instrument avait entamé le condyle fémoral, en ce que la plaie était moins favorablement située pour permettre l'écoulement facile de la suppuration.

Obs. III. *Extraction d'un corps mobile de l'articulation du genou; suppuration de l'article; amputation. Mort.* — Un gendarme, âgé de trente-quatre ans, entra à l'hôpital militaire de Lille, pour y être débarrassé d'un corps mobile de l'articulation du genou droit. Murville, chirurgien en chef, aidé des deux chirurgiens-professeurs sous ses ordres, Scrive et moi, choisit la méthode de Goyrand. Le corps étranger, bien que très-mobile, ne put être conduit vers les culs-de-sac supérieurs de la capsule; il se présentait toujours en avant et en bas, au-dessus de la tubérosité interne du tibia. Murville tenta donc de l'attaquer par ce point et de le faire glisser sous la peau de la partie supérieure et interne de la jambe. La capsule largement incisée par un ténotome introduit sous la peau, le corps étranger fut poussé dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais, malgré des pressions énergiques, il ne put être suffisamment abaissé. Nous reconnûmes alors qu'il devait être retenu par un pédicule résistant, et que la méthode de Goyrand n'était pas applicable dans ce cas. Une incision fut pratiquée sur le corps étranger; son pédicule fut coupé, et il put être enlevé. Il avait le volume d'une amande avec sa coque ligneuse. Il était presque entièrement ossifié; il était enveloppé d'une membrane très-distincte vers son pédicule, lequel était très-résistant. La plaie, longue de deux centimètres au plus, fut réunie avec soin par des bandelettes agglutinatives. Il ne pénétra pas d'air dans la jointure, car une pression méthodique fut exercée entre la plaie de la capsule et la plaie cutanée pendant toute la durée de l'opération, avant et après la sortie du corps mobile. Le membre fut immobilisé dans une gouttière; le soir, une saignée fut pratiquée et répétée le lendemain. Malgré ces moyens, l'inflammation envahit la jointure. Dès le cinquième jour, Murville amputa la cuisse. La mort survint cinq ou six jours après.

Je n'assistai pas à l'autopsie; mais j'examinai les deux genoux. Le pédicule du corps articulaire, du volume d'une petite plume d'oie, aplati, fibreux, extrêmement résistant, long de 3 à 4 centimètres, s'insérait à la capsule au côté interne entre le tibia et le ménisque qui le couvre. Le corps mobile, longtemps fixé entre les surfaces articulaires, s'était creusé une loge dans le condyle interne du fémur. En le plaçant dans cette loge, on voyait qu'il la remplissait exactement, disposition qui eût pu faire croire à un observateur inattentif qu'il provenait de la substance même du fémur, si la présence de son pédicule n'eût montré à tous les yeux son origine et son point de départ. Chose curieuse! La même disposition existait du côté gauche, bien que le malade n'eût jamais accusé de douleurs ou de gêne dans cette jointure. Mais il faut remarquer que le corps étranger, muni de son pédicule, était logé dans la cavité qu'il s'était creusée dans le condyle fémoral dont il suivait tous les mouvements.

Obs. IV. Piqûre du genou par une grosse aiguille. — Arthrite. — Mort. — Un jeune colporteur, âgé de 15 ans, mais peu développé pour son âge et affaibli par la misère, fut apporté à l'hôpital Saint-Sauveur dans mon service, pour une plaie du genou gauche qu'il s'était faite dans les circonstances suivantes : Il avait l'habitude de recoudre lui-même son pantalon troué, au moyen de grosses aiguilles dites *à resarcir*, et quand il avait épuisé le fil dont elles étaient armées, il les laissait implantées dans l'étoffe. Or, il arriva qu'en courant, une de ces aiguilles fixée à la jambe droite du pantalon, s'arc-boutant par sa pointe sur le tibia droit, s'enfonça par sa grosse extrémité dans l'articulation du genou gauche et s'y brisa vers le milieu de sa longueur. Il tomba en poussant des cris de douleur et ne put se relever. On voulut retirer l'aiguille en tirant sur le fil qui sortait par la plaie; mais le fil fut amené seul, l'aiguille resta cachée au fond de la plaie. La pointe de l'aiguille fut retrouvée et apportée avec le blessé à l'hôpital. Deux autres aiguilles, placées comme il a été dit, furent trouvées dans son pantalon. Pendant tout le trajet, le blessé poussa des cris déchirants. Il arriva pendant ma visite du matin et je l'examinai immédiatement.

Le genou déjà un peu tuméfié était le siége de douleurs extrêmement vives, exaspérées par le moindre mouvement. On voyait à son côté interne la trace de l'entrée de l'aiguille, un peu au-dessous de l'interligne articulaire. Mais on ne sentait pas le corps étranger. Les renseignements précis fournis par le blessé et par les personnes qui l'avaient relevé ne permettaient pas de douter qu'une portion de l'aiguille ne fût restée dans les chairs; et la violence des douleurs provoquées par les moindres mouvements me firent penser qu'elle avait pénétré entre les surfaces articulaires.

Qu'y avait-il à faire? Je n'hésitai pas à aller immédiatement à la recherche de l'aiguille. Le blessé étant chloroformé, je fis sur la piqûre, préalablement explorée avec un stylet mince, lequel ne put pénétrer au delà de la peau, une incision d'un centimètre et demi, presque transversale. J'incisai successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux, puis deux ou trois plans de fibres appartenant au ligament latéral interne, ayant soin, chemin faisant, de chercher le corps étranger avec le doigt et avec la pointe d'une aiguille fine. J'allais le poursuivre jusque dans la jointure, mais je le découvris dans l'épaisseur des dernières couches du ligament latéral interne; je pus le saisir par son extrémité brisée et l'amener. La capsule articulaire ne fut pas incisée, mais je pus m'assurer immédiatement par la direction transversale de l'aiguille, et surtout par la sortie de la synovie, qu'elle avait pénétré dans l'articulation. Je réunis avec soin les bords de mon incision par des bandelettes collodionnées, je plaçai le membre dans une gouttière de Bonnet, et je couvris le genou de compresses qui devaient être maintenues toujours mouillées d'eau froide. Potion morphinée, etc.

La douleur cessa promptement après l'opération, et le blessé dormit la nuit suivante. Mais, dès le lendemain, le genou se tuméfia, la fièvre s'alluma. Les jours suivants, la jambe et surtout la cuisse se gonflèrent. Dès le cinquième jour, je fis deux incisions sur les côtés de la rotule, il en sortit une grande quantité de pus sanguinolent. Les accidents généraux n'en furent pas sensiblement modifiés. Deux jours après, je proposai l'amputation de la cuisse; mais le malheureux enfant la repoussa et me supplia de le laisser mourir tranquille. Il mourut en effet le onzième jour.

Une circonstance particulière m'empêcha, à mon grand regret, de faire l'autopsie et de vérifier le mécanisme de la mort. J'avais supposé une infection purulente dont il avait offert les symptômes généraux de la fin, non ceux du début, les frissons notamment. Mais les chirurgiens savent bien qu'il y a une forme d'infection purulente qui ne revêt pas la symptomatologie classique, et que l'on ne reconnaît d'une manière certaine qu'à l'autopsie.

Voici donc une piqûre de la capsule articulaire, comparable à celle qui résulterait d'un coup de trocart, suivie de suppuration de la jointure et d'accidents mortels. Je sais bien qu'il faut tenir compte de la plaie résultant de l'opération; mais si l'on veut bien considérer que cette plaie, peu étendue d'ailleurs, n'a pas atteint la synoviale, n'a pas été pénétrante par elle-même, on admettra avec moi que la piqûre seule a suffi pour provoquer l'arthrite suppurative et toutes ses fâcheuses conséquences.

Vous me demanderez peut-être pourquoi j'ai proposé l'amputation, au lieu de la résection qui, chez un jeune sujet, eût sans doute offert des chances de succès? J'avoue que j'en fus détourné par le résultat d'une opération semblable que j'avais faite quelques mois auparavant dans des conditions favorables. Il s'agissait d'un sujet de seize à dix-sept ans atteint de tumeur blanche tuberculeuse du genou, et qui succomba à la pyohémie.

Tels sont les cas de plaies pénétrantes de l'articulation du genou qu'il m'a été donné d'observer. Je ne crois pas devoir y joindre les cas de tumeur blanche dans lesquels j'ai ouvert l'articulation, soit

avec les caustiques, soit avec l'instrument tranchant, car ce sont des faits d'ordre différent, et, chose remarquable, la pénétration dans une articulation malade m'a semblé moins grave que dans une articulation saine.

Quelle conclusion tirer de mes quatre observations? Une seule : que les plaies pénétrantes du genou, même celles qui sont les plus simples, sont très-graves, puisque trois sur quatre ont été mortelles.

Quant à la thérapeutique de ces plaies, je n'aurais à produire que des opinions basées sur le raisonnement, la tradition, le préjugé peut-être, et non sur les faits observés par moi. Je m'abstiendrai donc.

Mais il est une question qui, selon moi, se lie intimement à la thérapeutique des plaies du genou, et qui ne me paraît pas avoir attiré d'une manière spéciale l'attention de mes éminents collègues, je veux parler du mécanisme de la mort dans les plaies pénétrantes du genou. Je serais heureux d'être éclairé sur ce point. On verra peut-être quelque naïveté dans une pareille demande : mais ne sait-on pas qu'une règle de pratique n'est définitivement assise que lorsqu'elle repose sur un base théorique inattaquable.

Or, pour pouvoir prévenir, pour pouvoir combattre les conséquences funestes des blessures du genou, ne serait-il pas convenable de savoir en quoi consistent ces conséquences elles-mêmes?

J'avoue très-humblement, quant à moi, que je ne sais ni *comment*, ni *pourquoi*, l'arthrite traumatique suppurée du genou est si souvent et si prochainement mortelle.

Le *comment*, c'est-à-dire le *mécanisme* de la mort, n'est pas déterminé. Celle-ci ne peut être expliquée par l'étendue des surfaces suppurantes et moins encore par l'abondance de la suppuration. Faut-il l'attribuer à l'infection putride, à certaines formes de septicémie? J'adopterais volontiers cette explication, si l'on me disait en quoi consiste cette septicémie. Faut-il en accuser l'infection purulente? Cette supposition me paraît la plus probable, bien que je ne l'aie pas vérifiée anatomiquement. J'ai déjà dit que j'avais cru reconnaître l'une des formes de la pyohémie chez deux de mes blessés (Obs. II et IV). J'ajoute que j'ai positivement constaté l'existence de la pyohémie dans deux cas de blessures de l'articulation tibio-tarsienne et dans un cas de plaie de l'articulation du coude.

Maintenant, pourquoi telle plaie du genou, peu grave en apparence, est-elle suivie d'accidents mortels, tandis que telle autre plus compliquée guérit sans difficultés? Je sais bien que ces questions peuvent être posées à propos de presque toutes les grandes blessures ou opérations; je ne veux pas les aborder ici. Je tiens seulement à faire remarquer que nous savons *presque toujours comment et quelquefois pourquoi* nos opérés succombent, et qu'il n'en est pas de même pour nos blessés du genou.

Phlébite du pressoir d'Hérophyle et des sinus latéraux provoquée par un anthrax de la nuque.

M. BROCA. J'ai eu l'occasion de signaler, comme terminaison de l'anthrax de la nuque, l'ouverture du canal vertébral. Je viens d'observer, pour la même maladie, un mode de terminaison non moins curieux. Un malade de mon service, atteint d'un anthrax très-étendu de la nuque, présentait les symptômes de l'infection purulente, un très-grand abattement, mais une parfaite intégrité de l'intelligence; les urines n'étaient pas sucrées.

A l'autopsie j'ai trouvé dans la cavité arachnoïdienne une quantité notable de sérosité, une phlébite suppurée du pressoir d'Hérophyle et des deux sinus latéraux. Il y avait dans ces conduits du pus en nature et la limite de la phébite était marquée par l'arrivée de la veine mastoïdienne de chaque côté.

Pendant la vie, la protuberance occipitale était à nu; sur la coupe que nous avons pratiquée, nous avons pu nous assurer que toutes les cellules osseuses qu'elle renferme étaient remplies de pus. En pénétrant par l'une d'elles, le stylet s'enfonçait à plusieurs millimètres de profondeur. Il m'a donc semblé évident que la phlébite s'était propagée par l'un des sinus du diploé.

Il y avait des abcès multiples dans le poumon.

M. TRÉLAT. Le fait peut être rapproché de ceux récemment observés de phlébite faciale propagée aux sinus par la veine ophthalmique, et survenus à l'occasion de furoncles de la face.

M. SALMON. Presque tous les chirurgiens ont observé la terminaison fréquente par la mort de grands anthrax de la nuque et du dos. Elle survient souvent à une époque avancée de la maladie. Il serait fort intéressant de savoir à quoi succombent ces malades. Le fait que vient de signaler M. Broca autorise une médication très-active.

M. LARREY. Je ne puis accepter sans protestation l'opinion de M. Salmon. Les anthrax de la nuque ne sont qu'exceptionnellement suivis de mort. Je crois que ce doit être là le sentiment de la plupart de nos collègues.

M. BROCA. Il y a longtemps que, frappé de la gravité de certains anthrax, j'ai eu la pensée qu'il conviendrait peut-être de se comporter à leur égard comme pour les tumeurs malignes, de les extirper ou de les détruire. Cela deviendra peut-être de la chirurgie rationnelle. Mais si je n'ai pas encore obéi à mon idée, c'est qu'il est bien difficile de prévoir ce que deviendra un anthrax donné. Il n'en est pas moins certain que ceux qui se propagent, se propagent à la fois en profondeur et en surface; l'inflammation qu'ils déterminent et la suppuration qui en résulte glissent à travers les couches musculaires, les infiltrent sourdement et arrivent jusqu'aux os. C'est une marche analogue à celle des phlegmons diffus, sauf l'acuité. Ce qu'il a de mieux à faire est de pratiquer des incisions multiples et profondes, c'est d'enlever chaque jour, jusque dans le vif, les détritus celluleux qui remplissent la cavité de l'anthrax.

M. TRÉLAT. Je partage l'avis de M. Broca relativement à l'incertitude du pronostic au début de l'anthrax. J'ai pu voir un anthrax volumineux guérir sans incision, il en est qui se limitent; on ne peut donc s'autoriser des faits malheureux pour se tracer une règle invariable de conduite.

M. LARREY. Lorsque l'on pratique l'incision cruciale de l'anthrax, j'ai souvent observé que le coup de bistouri trop timidement donné n'en comprenait pas toute l'épaisseur. C'est là une très-fâcheuse manière de faire à laquelle sont dus beaucoup d'accidents et dont je tiens à signaler les dangers. Il faut inciser largement et profondément.

PRÉSENTATION.

Ostéo-périostite du tibia. — Arthrite suppurée du genou. — Amputation de la cuisse.

M. MARJOLIN. La pièce pathologique que je soumets à l'examen de la Société pourrait prouver, une fois de plus, que le cartilage épiphysaire n'est pas un obstacle à la propagation de l'inflammation développée soit dans l'épiphyse, soit dans la diaphyse; plusieurs fois déjà j'ai eu occasion de présenter à la Société des pièces dans lesquelles il était facile de constater qu'en très-peu de temps l'inflammation avait franchi cette limite. Ma communication aujourd'hui a un autre but, c'est pour démontrer avec quelle rapidité, malgré un traitement actif, bien dirigé, l'ostéo-périostite gagne souvent les articulations voisines, et comment, dans ces cas, il est impossible de songer à la résection, tant les os ont été affectés dans une étendue considérable.

Le 23 août 1865, le nommé Joseph O..., âgé de 14 ans 1/2, très-grand pour son âge, fut amené à l'hôpital Sainte-Eugénie pour un vaste abcès occupant la partie supérieure et interne de la jambe gauche. Au mois de janvier 1865, ce jeune garçon, qui est apprenti dans une fabrique d'instruments de musique, mais qui n'est pas obligé, comme beaucoup d'autres apprentis, de faire de longues courses avec de lourds fardeaux, eut une fièvre typhoïde dont il se rétablit bien. Le 15 août, le jour de la fête, il ne fut pas mouillé avec l'orage, mais le soir il fit un long trajet sur le siége d'une voiture et souffrit de l'impression du froid, en rentrant il éprouva une lassitude extrême, et le lendemain matin il ressentit en se levant une douleur lancinante dans le haut de la jambe; il garda le repos et on appliqua des cataplasmes sur la région douloureuse; le mal augmentant, il fut amené à l'hôpital. Le 24 août, M. Guéniot, qui était alors chargé du service, reconnut après l'ouverture de l'abcès que la partie supérieure du tibia était dénudée de son périoste. Malgré un soulagement momentané, l'inflammation continua à faire des progrès, et le 1er septembre, lorsque je repris le service, je trouvai le genou très-tuméfié; il y avait un épanchement considérable, de plus, dans quelques points de la jambe et de la cuisse il y avait des parties atteintes d'érysipèle Deux ouvertures faites à l'articulation du genou et traversées par un drain semblèrent calmer un peu la douleur; mais, malgré des injections d'eau et de vin de quinquina, la suppuration continua, la fièvre augmenta, le genou commença à se luxer en dedans, les deux membres inférieurs et le scrotum s'infiltrèrent, et le malade s'affaiblissant de plus en plus sous l'influence de la diarrhée, l'amputation de la cuisse fut décidée. Elle fut pratiquée sous ma direction par M. Petit, interne du service, l'enfant étant chloroformé, et à dater de ce moment tous les symptômes généraux s'amendèrent.

L'examen de la pièce nous a fait voir que tous les cartilages articulaires du fémur et du tibia étaient en grande partie détruits, que toute la portion épiphysaire du fémur était le siége d'une ostéite remontant un peu au-dessus du cartilage épiphysaire; quant au tibia, le cartilage épiphysaire était en partie détruit, plus de 14 centimètres de la diaphyse étaient nécrosés.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire, F. GUYON.

ACADÉMIE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pathologie chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 31 octobre courant, à quatre heures :

1° Leur acte de naissance ;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 119. — MARDI 10 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 10 OCTOBRE 1865. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 OCTOBRE 1865.

Séance de l'Académie des Sciences.

En temps de choléra, il est difficile aux esprits de ne pas se porter particulièrement sur ce point si important d'études. Aussi la séance académique s'est-elle fait remarquer par un nombre considérable de communications ayant pour objet cette maladie.

Au premier rang nous placerons la seconde partie du mémoire de M. Jules Guérin. Ce travail est trop important pour que nous hésitions à le reproduire en entier, c'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

Il est dans le travail de M. Jules Guérin un point que les médecins ont généralement bien accueilli, nous voulons parler de la *diarrhée prémonitoire*. Le plus grand nombre de nos confrères, — et nous partageons complétement cette manière de voir, — estiment avec M. Guérin que le choléra ne frappe pas subitement en état de santé, que le choléra algide est toujours précédé d'une période de diarrhée plus ou moins longue. Si le choléra algide semble nous défier, la diarrhée prémonitoire peut être enrayée. De là — près de la constatation scientifique — une pensée consolante au milieu d'une épidémie. De là aussi une ligne de conduite bien tracée, et qui consiste en soins préventifs : vie régulière, aucun excès, surveillance rigoureuse de l'état intestinal. Il ne faut pas, — dans ces circonstances, — permettre à la diarrhée de s'établir.

Ces idées ont trouvé un adversaire en M. Pellarin. Nos lecteurs trouveront plus loin son travail; mais nous attendrons des recherches nouvelles pour sentir ébranlée une conviction qui reste encore pleine, entière. Les faits de M. Pellarin sont des faits à réserver pour être examinés de plus près, ou des exceptions. La suite de ses recherches nous éclairera sur ce que l'on doit en penser.

Nous nous bornons à reproduire les travaux de M. Maurin et de M. Pietra Santa pour dire quelques mots sur l'état de Paris.

— Depuis notre dernier bulletin, l'état sanitaire est devenu plus satisfaisant encore.

Sans mettre en avant des chiffres qui pourraient ne pas rendre exactement la vérité des faits, il ressort de nos visites dans les hôpitaux que les entrées, — loin d'augmenter, ont paru diminuer. La mortalité qui, d'après nos renseignements, est à peine de moitié, parle assez haut en faveur de la bénignité de la maladie.

Le changement de température — hier dimanche quelques gouttes d'eau, et aujourd'hui une pluie qui tombe pendant que nous écrivons ces lignes — aura peut-être une heureuse influence sur la marche du choléra. En attendant, redoublons nos efforts pour faire bien comprendre aux masses l'importance des mesures hygiéniques.

Avant de fermer ce bulletin, signalons le traitement par la respiration d'oxygène. Ce traitement est mis en ce moment en œuvre à Beaujon, et un de nos honorés confrères, M. Foucher, médecin de l'hôpital de Levroux (Indre), se propose d'y avoir recours. Nous tiendrons nos lecteurs au courant des effets obtenus.

— En Angleterre, quelques cas ont été signalés à Southampton et Sheffield.

A Toulon, le retour trop rapide des personnes, qui avaient fui devant l'épidémie, a donné lieu à une recrudescence.

Quelques cas à Hyères; diminution à Marseille, Arles, l'Isle et Vaucluse complètent nos derniers renseignements.

— Un document important, sur le service sanitaire en Orient, vient d'être publié par le *Moniteur*, nous le reproduirons dans notre prochain numéro. — Dr E. Le Sourd.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LORAIN.

Acéphalocystes du foie et du poumon droit. — Double pleurésie. — Péricardite. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. J. BESNIER, interne des hôpitaux.)

Le nommé Louis Poirson, âgé de vingt-huit ans, couvreur, entre le 25 juin, dans le service de M. Lorain, n° 5, salle Saint-Antoine. Il raconte qu'il jouit habituellement d'une bonne santé, mais que cependant, il y a un an, il a eu une fluxion de poitrine du côté droit; et que, il y a trois mois, il a été atteint pour la première fois d'une jaunisse qui a duré trois semaines. Pas d'antécédents tuberculeux; pas d'excès alcooliques, surtout depuis sa jaunisse; régime ordinaire aux ouvriers; jamais de chute ni de coups sur la région hépatique. Lors de son entrée, il se plaint d'une douleur vive à la région hépatique; il a des vomissements fréquents; sa peau offre une teinte ictérique très-prononcée. Ces accidents se seraient présentés brusquement, sans cause appréciable, il y a deux jours seulement, et auraient débuté par la douleur, l'ictère n'étant survenu que le lendemain. Antérieurement, il n'aurait jamais rien éprouvé du côté du foie, ni douleur, ni pesanteur à l'hypochondre; il présente l'état suivant :

Teinte ictérique très-intense à la face, aux conjonctives surtout; moins foncée sur le reste du corps. Facies un peu anxieux, pas d'amaigrissement.

Douleur très-vive dans l'hypochondre droit, continue, mais offrant des paroxysmes violents et assez fréquents. La percussion de la région est douloureuse et dénote une matité qui remonte en avant, un peu au-dessus du sein et en arrière jusqu'à la cinquième côte. Au-dessous des fausses côtes on ne sent pas le foie; le creux épigastrique est parfaitement conservé.

Langue jaunâtre, inappétence, vomissements bilieux, abondants, se répétant au moment de l'exacerbation des douleurs, selles normales peu colorées.

Pas de troubles du côté de la respiration.

Un peu de chaleur à la peau, pouls assez fréquent (15 ventouses sèches, léger purgatif).

Cet état du malade, qui avait porté à admettre l'existence des calculs biliaires, persiste pendant quelques jours sans grande modification; la douleur dans l'hypochondre droit devient un peu moins vive, et n'offre plus de paroxysmes; les vomissements s'arrêtent. Mais la teinte ictérique persiste au même degré; la douleur, continue et sourde, s'étend du côté du creux épigastrique qui s'efface peu à peu et est remplacé par une légère tuméfaction, au niveau de laquelle la palpation est douloureuse. On n'y sent pas de fluctuation; la percussion y dénote une matité considérable, sans frémissement hydatique.

Le 2 juillet (huit jours après le début des accidents), le malade est pris de légers frissons, qui se répètent les jours suivants, et sont suivis d'un mouvement fébrile intense; chaleur vive à la peau; pouls de 95 à 100 pulsations; abattement profond. Ces symptômes généraux font craindre la formation de pus soit autour d'un calcul, soit plutôt dans un kyste du foie (sulfate de quinine). Bientôt de nouveaux accidents viennent confirmer ces craintes et aggraver l'état du malade.

Le 8, la respiration, accélérée et pénible depuis quelques jours, est plus gênée : douleur vive dans le côté droit de la poitrine, qui est comme immobilisée de ce côté; toux fréquente, suivie d'une expectoration muco-purulente; matité en arrière à droite, remontant jusqu'au tiers supérieur; vibrations thoraciques conservées; souffle intense, avec quelques gros râles dans l'inspiration, rien de semblable à gauche. En avant, sonorité et respiration normales.

Le 12, irrégularité très-grande du pouls et des battements du cœur, douleur à la région cardiaque où l'auscultation permet de percevoir un bruit de frottement péricardique très-net et très-fort. Du côté gauche de la poitrine, sous l'aisselle : matité, frottements pleuraux très-manifestes, même à la palpation; en arrière de ce côté, matité dans les trois quarts inférieurs et absence de respiration (ventouses scarifiées à la région cardiaque).

Le 14, à ces accidents se joignent dans les bourses du côté droit, une douleur assez vive avec gonflement, rougeur et sensation de fluctuation; rien de notable du côté du ventre, qui est souple et non douloureux, dans toute la partie inférieure.

Le 16, même état des organes pulmonaires; respiration très-pénible, très-accélérée. Battements du cœur irréguliers, sourds et éloignés, sans bruit de frottement; matité exagérée à la région cardiaque, qui est moins douloureuse, persistance de la douleur à la région hépatique; gonflement très-notable du creux épigastrique, sans fluctuation, ni frémissement hydatique, ictère toujours très-intense. Chaleur très-grande à la peau; pouls fréquent et irrégulier; facies très-anxieux et abattu; amaigrissement notable, prostration des forces considérable.

Le 17, apparition d'un œdème mou et dépressible avec plus de rougeur sur le côté droit, depuis les trois ou quatre dernières côtes jusqu'à la hanche, pas de fluctuation.

Le 18, aggravation de plus en plus grande de l'état du malade, qui finit par succomber le 19.

L'autopsie est pratiquée vingt-huit heures après la mort. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve dans la séreuse péritonéale un épanchement citrin, peu abondant dans le petit bassin, avec quelques fausses membranes flottantes; dans la tunique vaginale droite, même épanchement, avec quelques fausses membranes rougeâtres au niveau de l'épididyme. Pas d'épanchement purulent, ni d'adhérences intestinales; rien d'anormal du côté de la rate et des reins.

Le foie est volumineux, très-irrégulier, couvert de fausses membranes qui le font adhérer à la paroi abdominale et au diaphragme. A gauche, où il est considérablement augmenté de volume, il offre une poche fluctuante, enfoncée sous les fausses côtes de ce côté, et arrivant à peine au creux épigastrique, bien qu'elle soit considérable; à l'ouverture de cette poche il s'écoule un liquide purulent très-abondant, contenant des feuillets nombreux d'hydatides et quelques rares acéphalocystes intacts. Les parois sont anfractueuses, sans kyste adventif, et formées par le parenchyme hépatique sur lequel les vaisseaux forment un relief noirâtre. Ces kystes occupent le lobe gauche du foie, comprimant en arrière le lobe de Spigel, et en avant le canal cystique dévié de sa direction. Le lobe droit, également très-augmenté de volume, présente à la coupe des teintes variées, tantôt jaunâtres et tantôt violacées; de plus, les canaux biliaires très-dilatés présentent sur leur trajet des renflements ampulliformes, très-marqués, simulant au premier abord de petits kystes biliaires; ces petites cavités sont remplies d'une bile jaunâtre, épaisse, dans laquelle on rencontre de petits cristaux de cholestérine. La vésicule biliaire, complétement ramenée sur elle-même, ne contient pas de bile, offre une coloration blanchâtre; au-dessus du foie le péritoine est très-épaissi, très-adhérent à cet organe dans toute son étendue; d'un côté à l'autre et au-dessus de cette première couche adhérente du foie, se retrouve une seconde, entre elle et le diaphragme, formée par une nappe purulente en partie liquide et en partie formée par du pus concret; à droite elle gagne la paroi profonde de l'abdomen, au niveau de l'œdème noté de ce côté.

Le diaphragme est intact du côté gauche; mais, à droite, il est perforé, et, en détachant les fausses membranes de ce côté, on tombe dans une cavité qui occupe la base du poumon droit et d'où s'échappent une certaine quantité de pus et des débris d'hydatides. Cette cavité est anfractueuse, d'une coloration noirâtre, offrant de nombreuses saillies formées par les vaisseaux et les bronches, dont quelques-unes viennent s'y ouvrir largement. Le tissu pulmonaire environnant est resté très-condensé. Toute la base du poumon droit adhère fortement au diaphragme, au-dessus dans ses trois quarts supérieurs, le poumon redevient souple et crépitant. Dans la plèvre, de ce côté, se trouve un épanchement citrin, très-foncé, de 5 à 600 grammes, et quelques fausses membranes. Dans la plèvre gauche, même épanchement aussi abondant; le poumon, de ce côté, est souple et crépitant dans toute son étendue; à sa surface est un dépôt léger de fausses membranes rugueuses; en bas, adhérences avec le diaphragme établies par des fausses membranes rougeâtres faciles à déchirer.

Dans le péricarde, épanchement d'un liquide analogue à celui des plèvres, de 300 grammes environ; fausses membranes rugueuses, en langue de chat, tant sur le feuillet pariétal que sur le feuillet viscéral du péricarde.

Rien d'anormal dans les cavités du cœur et à ses orifices.

ASILE DE VINCENNES. — M. LABORIE.

Amputation sus-malléolaire.

(Observation recueillie par M. VERET, interne du service.)

Jusqu'alors il n'a été publié qu'un très-petit nombre de cas d'amputation sus-malléolaire par le procédé à lambeau postérieur avec conservation du tendon d'Achille, et c'est ce qui m'engage à publier cette observation.

Si Verduin fut le premier opérateur qui tailla un large lambeau postérieur, c'est à M. Voillemier qu'est due la modification qui consiste à laisser le tendon d'Achille dans ce lambeau, modification qui, toujours, a donné d'excellents résultats.

A...., cinquante-deux ans, charretier, a eu le pied gauche écrasé par une voiture, le 14 octobre 1864. Transporté à l'hôpital, il y resta trois mois, et fut envoyé en convalescence le 6 janvier 1865. Lors de l'entrée à l'Asile, le pied était tuméfié, la peau violacée, luisante. A la base du gros orteil existait une ouverture par laquelle s'écoulait un pus mal lié, jaunâtre, sans odeur. Une autre fistule était placée à la partie moyenne de la plante du pied; une troisième était située au niveau du bord supérieur du calcanéum à sa partie antérieure. Le stylet introduit dans ces divers orifices arrivait sur les os dénudés.

La suppuration diminuait sensiblement lorsque, le 22 février, survint un érysipèle du pied et de la jambe qui dura douze jours. Dès lors, le pus devint plus abondant; la suppuration et le séjour au lit affaiblirent le malade, et le 21 mars, M. Laborie dut pratiquer l'amputation.

Le malade ayant été endormi, une incision dirigée en bas fut commencée à 12 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure du péroné et à un centimètre en avant de cet os; cette incision décrit une légère courbe au milieu de la malléole externe, se continue horizontalement au niveau du bord supérieur de la face postérieure du calcanénm, décrit une nouvelle courbe auprès de la malléole interne et remonte verticalement à un demi-centimètre en arrière du bord interne du tibia, pour s'arrêter au niveau du point de départ de l'incision externe. Ce large lambeau postérieur fut disséqué dans toute son étendue en rasant les os, de telle sorte que le tendon d'Achille tout entier fut compris dans ce lambeau. Une incision antérieure, un peu convexe en bas, réunit les deux extrémités de la première, en formant un petit lambeau antérieur très-court. Toute cette première partie de l'opération fut faite à l'aide du bistouri. Les os furent sciés à 12 centimètres de l'articulation. Ligature des artères. Affrontation des lambeaux à l'aide de quatre épingles suturantes et de deux serre-fines. M. Laborie ménagea, à la partie externe de la plaie, une ouverture pour le pus.

22 mars. — La nuit a été calme, le malade n'a pas eu de fièvre, le moignon n'est pas douloureux. M. Laborie enlève le premier pansement. Sans toucher aux épingles, il renouvelle les fils de suture, afin d'empêcher la section de la peau par ces fils.

23. — Les lèvres de la plaie sont réunies à la partie médiane. Les serre-fines et deux des épingles sont enlevées. Dans l'après-midi, il survient une petite hémorrhagie qui s'arrête spontanément.

24. — L'hémorrhagie se renouvelle deux fois; la seconde fois elle présente une intensité telle, que M. Laborie n'hésite pas à décoller les lambeaux déjà réunis presque complétement. On reconnaît alors que le sang est fourni par une petite interosseuse; sa section étant fort oblique, on ne peut la saisir avec la pince, et l'emploi d'un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer arrête l'écoulement du sang.

25. — On interpose entre les lambeaux un petit linge cératé, afin d'empêcher leur réunion. Le malade se plaignant d'élancements très-douloureux, le moignon étant chaud, on emploie l'irrigation continue.

26. — Pas de fièvre. L'escharre formée par le caustique se détache en partie; après avoir nettoyé la plaie on maintient l'affrontation des lambeaux à l'aide de bandelettes de diachylon.

27. — Suspension de l'irrigation continue.

28. — La plaie offre un bel aspect, la suppuration n'est pas trop abondante.

8 avril. — La cicatrice est formée de nouveau; toutefois il existe une petite ouverture donnant issue au pus à la partie supérieure et externe.

10. — Le pus a fusé entre le jambier antérieur et l'extenseur commun; après avoir vidé le foyer, on fait une légère compression à l'aide de l'amadou.

13. — La suppuration, quoique légère, continuant, on fait des injections dans le foyer, avec de l'alcool mélangé d'eau.

28. — La cicatrisation du moignon est complète, trente-sept jours après l'amputation; bien que l'on ait été forcé de détruire la cicatrice trois jours après l'opération.

Durant le mois de mai, il survint de petits abcès environnant la cicatrice, sans la toucher toutefois, et dont le plus gros atteignait le volume d'une petite noix. Ces abcès renfermaient un pus liquide, un peu jaunâtre et paraissaient tous avoir leur origine autour des tendons des muscles de la région antérieure de la jambe. En effet, des recherches multiples pratiquées dans tous les sens, n'ont jamais permis d'arriver sur les surfaces osseuses. Le dernier des abcès fut cicatrisé le 5 mai.

21 juin — A.... est opéré depuis trois mois; voici l'état du moignon :

La cicatrice forme les trois-quarts d'un anneau à ouverture postérieure, qui serait placé perpendiculairement à l'axe de la jambe et à 3 centimètres au-dessus du plan formé par le lambeau postérieur, plan sur lequel le malade repose dans la station verticale. Elle est linéaire, un peu relevée à ses extrémités postérieures; à peine sentie par le toucher, offrant par conséquent la mollesse de la peau; sa coloration violet foncé rappelle celle des nævi. La position même de la cicatrice empêche qu'elle ne puisse se déchirer pendant la marche, puisque le membre repose sur un plan qui lui est inférieur de 3 centimètres. Le lambeau postérieur forme un coussinet tellement épais, recouvrant les extrémités osseuses et les protégeant si bien, que le malade n'éprouve aucune douleur lorsque l'on appuie très-fortement sur le moignon.

On peut suivre, à travers la peau, le tendon d'Achille jusqu'à l'extrémité antérieure du moignon. Ce tendon a acquis une dureté, une résistance particulières : on n'a plus la sensation donnée par les tissus tendineux, et ce n'est pas encore la sensation de dureté des os. 45 centimètres séparent la tête du péroné du bord externe du pied droit; il n'y a que 28 centimètres de la tête du péroné gauche à l'extrémité du moignon. Le mollet droit mesure 32 centimètres, le mollet gauche 30 centimètres. Le moignon a 22 centimètres à son extrémité et reste cylindrique dans une étendue de 9 centimètres. La jambe droite, au même niveau, mesure 24 centimètres.

Au 6 septembre, c'est-à-dire plus de cinq mois et demi après l'amputation, ces dimensions sont restées les mêmes; toutefois le mollet gauche est un peu amaigri et mesure 28 centimètres. Il n'y a pas la plus légère tendance à la conicité; le moignon conserve sa régularité, et le résultat est toujours aussi satisfaisant.

Tout récemment nous avons eu l'occasion d'examiner le moignon d'un amputé, chez lequel le tendon d'Achille avait été compris dans le lambeau, et nous avons pu acquérir une nouvelle preuve de la parfaite nocuité de la conservation des tendons dans les amputations. Le malade avait été opéré le 7 avril dernier, pour une tumeur blanche du pied gauche. Le chirurgien pratiqua la désarticulation tibio-tarsienne et scia les malléoles. Un lambeau postéro-externe fort grand, comprenant le tendon d'Achille, recouvrait les extrémités osseuses. Lorsque le malade entra à l'Asile, le 27 mai, le moignon présentait une large ulcération, qui déjà avait détruit une partie des lambeaux, et fit d'assez rapides progrès. Bientôt il survint un abcès remontant assez haut entre les jumeaux et le soléaire. D'autres abcès séparèrent les muscles de la région antérieure de la jambe. Trois trajets fistuleux conduisaient sur le tibia dénudé. La suppuration épuisait le malade et une hémorrhagie survint le 6 août; aussi, M. Laborie dut pratiquer une nouvelle amputation au lieu d'élection.

En disséquant le moignon, nous avons rencontré des abcès multiples autour du tibia. Mais bien que les abcès fussent voisins du tendon d'Achille, ce tendon était parfaitement intact, parfaitement sain, au milieu du pus qui remplissait le moignon. Il était uni à la peau par un tissu cicatriciel assez résistant et que n'avait pas envahi l'ulcération. N'est-ce point là un fait qui prouve que l'on peut, sans inconvénient, conserver les tendons dans les lambeaux?

CHOLÉRA MORBUS D'ÉGYPTE,

Par le prince J. Zagiell, docteur en médecine au Caire.

Au mois de mars 1865, le choléra se leva des bords du Gange, son lit perpétuel, et, pendant vingt-deux jours, sans sortir du pays, prit le caractère épidémique; ensuite, poussé par le vent sud-ouest, il prit son essor, se divisant en deux colonnes atmosphériques; l'une s'avança vers l'Arabie, accompagnant les pèlerins indiens jusqu'à la Mecque et Médine, prenant parmi eux, pendant la durée du voyage, bon nombre de victimes; l'autre, non moins terrible, s'avança par l'Afghanistan, vers Cachemire et la Boukharie, et de là se fraya un passage dans les provinces russes asiatiques, et en Russie d'Europe accompagnant la caravane des négociants.

La colonne sud-ouest ne s'arrêta que quinze jours sur l'Arabie, parce que le vent du sud (khamsin) et la chaleur tropicale sèche de l'Arabie Heureuse s'opposaient par leurs conditions peu favorables au développement et à la persistance du fléau.

C'est alors que l'épidémie, entrant dans les rangs des pèlerins égyptiens, les suivit jusque dans leur pays de la même façon que les pèlerins indiens. Sa première halte fut à Alexandrie, ville humide, située entre la mer et le lac Mariotis entouré de marais immenses, elle y séjourna trois semaines, effrayante, terrible; avide de victimes nouvelles, elle fit irruption dans les villes et villages d'Égypte y répandant le deuil et la mort.

L'épidémie s'est maintenue à Alexandrie dans son plus haut degré de force pendant vingt-trois jours, tandis qu'au Caire et dans les autres villes d'Égypte où la température est plus sèche elle ne dura que douze jours; après ce terme, l'épidémie commença à diminuer de jour en jour.

Causes atmosphériques du choléra-morbus. — Tout le monde accuse la composition de l'air pendant l'épidémie du choléra et prononce le mot *miasme*.

Voyons d'abord quelle est la composition chimique et physique de l'atmosphère miasmatique : d'après MM. Schoenbein, Boekel et Wolf, il y a absence d'ozone dans l'air atmosphérique; n'y aurait-il pas plutôt prédominance d'acide carbonique dans l'air épidémique?

Nous avons, pendant la dernière épidémie, fait de nombreuses recherches d'ozone en Syrie, à Beyrouth, et notre papier ozonométrique, préparé d'après la méthode de Schoenbein, était d'un bleu très-foncé pendant la période de plus grande mortalité; au Caire et à Choubrah, chez S. A. le prince Halim-Pacha, le papier ozonométrique prit une teinte pareille à la dernière période de la maladie, alors que la mortalité était seulement de trois par jour. Nous sommes donc porté à croire, d'après les expériences en contradiction avec celles ci-dessus précitées, que l'ozone ne joue aucun rôle dans la composition chimique et physique de l'atmosphère miasmatique pendant l'épidémie du choléra.

La température, au Caire et dans ses environs, est excessivement sèche, et de tous côtés, dans un rayon de vingt lieues carrées, il y a absence complète de marécages.

Si nous faisons provenir des miasmes les causes de l'épidémie, avant tout nous devons connaître de quels éléments la matière miasmatique est composée.

Pourquoi l'épidémie suit-elle un courant d'air, pourquoi un quartier de la ville où se dirige le courant est-il plus attaqué que l'autre? pourquoi la saison humide, un pays bas, un hémisphère du nord, et les endroits marécageux, malpropres, reserrés, mal aérés, les hôpitaux surtout sont-ils plus favorables au développement du choléra que les endroits secs d'un climat tropical et ceux d'une altitude de 400 à 800 mètres sur les montagnes calcaires?

Sur cette question, qui est un mystère pour la science, nous pouvons répondre, à notre point de vue, qu'incontestablement les pays bas, humides, les endroits malpropres, mal aérés, les caves, les prisons, etc., où l'air contient au moins 4 pour 100 d'acide carbonique, atmosphère à demi fermentée, donnent naissance à différentes espèces d'animalcules, d'infusoires, source certaine, incontestable de l'épidémie dans certaines contrées, épidémie qui persiste jusqu'à ce que l'air soit purgé de cette infection.

En 1849 et 1852 nous avons observé en Russie que, dans tous les endroits bas et humides, dans les hôpitaux, dans les prisons, l'épidémie régnait avec une telle violence, que la majeure partie des individus habitant ces foyers empestés servaient de pâture au fléau; tandis que dans les endroits plus élevés, dans les terres sablonneuses, dans les villes et villages enveloppés de sapins, l'épidémie, comme repoussée, était presque impuissante, à tel point que malgré la présence du choléra pendant deux années dans ces contrées, plusieurs villes ainsi situées ont été protégées contre son atteinte.

Autre exemple : le choléra s'installa à Pétersbourg pendant quatre années. Pourquoi? parce que cette ville est bâtie sur les marécages et qu'elle en est entourée comme d'une ceinture.

Selon nous donc, les principales causes du choléra épidémique sont : une atmosphère où il y a prédominance d'acide carbonique et développement, dans cette condition, d'une certaine espèce d'animalcules différents de tous ceux qui entrent dans la composition normale de l'atmosphère.

Ces animalcules, absorbés par les voies respiratoires, empoisonnent plus ou moins chaque individu respirant l'air où l'épidémie commence à se répandre, et augmentent en raison de la mortalité qu'ils accroissent à leur tour.

La marche du choléra obéit à un courant d'air.

Les navigateurs, d'après Ehrenberg, rencontrent souvent une pluie de poussière, contenant les débris de dix-huit espèces d'infusoires à carapaces siliceuses, à trois cent-quatre-vingts milles marins de la côte d'Afrique et à la hauteur du Cap-Vert. Ce sont des faits historiques acquis à la science, que les cendres du Vésuve ont été transportées à Venise et en Grèce. En 1794, les cendres du même Vésuve enveloppèrent d'un nuage épais le fond de la Calabre, distant de cinquante lieues. En 1766, d'après Oloffen, les cendres du mont Hécla produisirent une telle obscurité à Glaumba, ville placée à cinquante lieues du volcan, qu'on ne pouvait s'y diriger qu'à tâtons. Les cendres du volcan de Consiguina, dans le Guatemala, ont été transportées en janvier 1835 jusqu'en Jamaïque, éloignée de 1200 kilomètres. De Candolle, pendant son séjour sur la côte de Bretagne, habituellement battue par les vents du sud-ouest, prétend avoir trouvé sur les arbres, à Quimper-Corentin, deux lichens, le stricta crocata et le physcia flavicans, qui n'avaient encore été trouvés qu'en Jamaïque,

Tous ces exemples ne sont-ils pas la preuve que les miasmes moléculaires, obéissant à la même force de locomotion, peuvent être aussi transportés d'un bout du monde à l'autre, par la force du courant d'air (avec tendance à suivre plus particulièrement la direction du nord-ouest), et chose digne de remarque, c'est que jamais on n'ait observé que la marche de l'épidémie fût contraire au courant; en cela nous sommes d'accord avec les observations de M. Marc d'Espine.

Nous savons que le vent à peine sensible parcourt par heure 4 kilomètres; brise légère, 7 kilomètres; très-forte brise, 36 kilomètres; vent impétueux, 54 kilomètres; on comprend dès lors les différences de vitesse dans le passage de l'épidémie d'un endroit à l'autre.

Pourquoi l'épidémie, dans sa course, franchit-elle, sans les atteindre, certaines villes et villages? La raison en est bien simple : c'est que les miasmes moléculaires poussés par un vent impétueux sont retenus éloignés de la terre, absolument comme les sauterelles, qui, portées sur les ailes du vent, traversent certaines localités sans y produire le moindre ravage. C'est pour cela que nous voyons toujours les premières attaques de l'épidémie se manifester pendant la nuit, parce qu'alors, en général, le vent cessant, les molécules descendent vers la terre, empoisonnant pendant le calme du sommeil les habitants qui les aspirent.

Pourquoi aussi, l'épidémie ne se développe-t-elle pas sur les montagnes au-dessus de 1,000 mètres? C'est parce que d'un côté, la pression atmosphérique s'oppose à l'existence des animalcules miasmatiques; de l'autre, parce qu'au delà de 400 mètres l'air est presque privé d'acide carbonique, base essentielle au développement des animalcules miasmatiques.

Il est encore une observation digne de remarque, et que nous fîmes en 1849 et 1852 en Russie, et cette année à Beyrouth, pendant la durée du choléra, c'est la présence d'une certaine odeur spéciale, comme aromatisée (odor cholerica); probablement cette odeur était l'effet des matières organiques en suspension dans les vapeurs de l'air, et produites par les portions moléculaires emportées avec l'eau volatilisée par la chaleur solaire.

Le choléra est-il une maladie contagieuse? D'après nos recherches le choléra ne peut se communiquer par le toucher, de même que la contagion ne peut se transmettre d'un individu malade à un individu sain, soit par le contact immédiat de la personne malade, soit par le toucher de vêtements ayant appartenu à cette personne, et nous soutenons que la maladie est seulement communiquée par l'air spécial qui a apporté l'épidémie.

Les principes morbifiques n'appartiennent donc pas à un virus, mais aux miasmes moléculaires répandus dans l'atmosphère, lesquels empoisonnent par le contact avec la membrane muqueuse de l'appareil respiratoire et le système cutané.

Le choléra se transmet d'individu à individu indépendamment, jusqu'à un certain point de conditions atmosphériques.

Les lieux où se dégagent les principes pathogéniques, sont des foyers qui n'ont d'action que sur les individus placés dans leur sphère d'activité et chez lesquels existe déjà une prédisposition particulière, accompagnée de troubles moraux favorisant l'action d'un air miasmatique contagieux.

Ces individus, une fois atteints de la maladie, deviennent eux-mêmes des foyers d'infection, versant dans l'atmosphère les molécules animales susceptibles de transmettre l'épidémie à d'autres individus également prédisposés. Alors ce n'est pas par le contact d'individu à individu que le choléra empoisonne, mais bien en altérant l'air ambiant, qui est respiré par les individus habitant les endroits épidémiques.

I. *Traitement.* — Comme traitement préservatif, se soumettre à un sage régime, éviter toutte nourriture indigeste, comme les fruits verts, les légumes en abondance, etc. Ne pas boire d'eau sans la couper d'un spiritueux quelconque, tel que du cognac, le rhum surtout; pendant le repas, faire usage de vin pur, mais avec modération, s'abstenir des bains froids, porter de la flanelle, éviter les courants d'air dans les maisons; dans la journée, bien aérer le logement en ouvrant les croisées qui doivent être fermées pendant la nuit.

II. *Traitement pendant la période d'incubation.* — Dans cette période, nous avons, en Russie, en 1849-1852-1853, à Beyrouth et en Égypte en 1865, obtenu un succès complet par l'emploi du médicament suivant :

Acétate de plomb.
Extrait d'opium vineux, ââ 0,30 centigr.
Extrait de guaco.
Extrait de monesia, ââ 4 grammes.

Mêlez, et, avec quantité suffisante de sirop de gingembre, faites 24 pilules.

Prendre une pilule d'heure en heure jusqu'à complète action du médicament. En général, il n'est guère nécessaire d'admi-

nistrer plus de 5 pilules pour arrêter la diarrhée cholérine dès sa naissance. Quand l'action de ces pilules ne produisait pas un effet complétement satisfaisant, nous faisions prendre, de demi-heure en demi-heure, 15 à 20 gouttes du médicament suivant, dans une demi-tasse d'infusion de mélisse :

Teinture de guaco.
Teinture d'opium (simplex).
Teinture de guarana (paulinia).
Teinture de noix vomique.
Teinture éthérée de succin.
āā 15 grammes.
Mêlez.

Dans la première période du choléra confirmé, nous prescrivîmes, de dix minutes en dix minutes, le remède suivant :

Essence de cajeput.
Essence de camomille, āā 1 gramme.
Éther sulfurique, 16 grammes.
Teinture de valériane ammoniacale.
Solution arsenicale de Fowler.
āā 4 grammes.
Mêlez.

Prendre de 12 à 15 gouttes et même jusqu'à 20, de dix minutes en dix minutes, dans une cuillerée d'infusion chaude de mélisse, jusqu'à ce que la réaction s'opère.

Contre les crampes, nous prescrivions comme traitement externe le remède suivant :

Teinture de poivre long.
Teinture éthérée de moutarde.
Esprit de sel ammoniacal, āā 30 grammes.
Vératrine et aconitine, āā 50 centigr.
Mêlez.

Frottez vivement avec de la flanelle, jusqu'à complète disparition des crampes. En même temps faire boire au malade une infusion chaude de menthe anglaise fortement aromatisée d'eau de mélisse des Carmes.

En résumé, d'après nos expériences, nous avons l'intime conviction que la meilleure et la plus efficace méthode, pour le traitement du choléra, ce sont les excitants, les astringents, les narcotiques légers et les antispasmodiques.

Le traitement, par cette méthode, est tellement satisfaisant, que j'en ai obtenu les plus brillants et les meilleurs résultats.

Par ce traitement, la muqueuse intestinale se fortifie, la décomposition du sang s'arrête, il empêche également la transsudation de la sérosité du sang et la coagulation dans les gros vaisseaux, excite les nerfs vaso-moteurs à demi paralysés et ramène la circulation dans les vaisseaux périphériques et en même temps la chaleur du corps.

NÉVROSE MIXTE,

Par M. le docteur Louis MAUTHNER (1).

Une jeune fille de dix-neuf ans, chlorotique, se plaint, le 24 décembre 1861, de douleurs dans la main droite, qui paraît un peu rouge et gonflée : la peau du médius surtout est fortement tendue et luisante; le tout a l'apparence d'engelures ordinaires. Le docteur L. Mauthner fait de suite appliquer des compresses d'eau de Goulard; il apprend le lendemain que peu après les douleurs ont cessé, et que les doigts, *qui auraient été déjà bleus*, sont revenus à l'état normal. De fait, il ne trouve plus le moindre gonflement, la peau a repris sa couleur ordinaire, et il n'ajoute plus de créance à ce que la malade venait de lui dire sur le bleu de ses doigts : bientôt cependant il dut se convaincre de la réalité de la chose.

Le 25, dans la journée, nouvelles douleurs au médius et à l'annulaire de la main droite; d'abord les doigts sont gonflés, la peau rouge; bientôt après se montrent aux deux doigts quelques taches bleues isolées, qui plus loin convergent pour ne plus former qu'une seule tache d'un bleu foncé; de plus, ils sont incapables de se mouvoir et leur sensibilité est diminuée.

Tout en ne se rendant pas encore compte du fait, le docteur L. Mauthner fait de nouveau appliquer des compresses d'eau de Goulard, et au bout de quelques heures les doigts étaient revenus en tout point à leur état complétement normal. Mais le soir encore du même jour le jeu recommence à l'index de la main droite : d'abord douleurs excessives et gonflement de ce doigt, qui devient rouge, puis bleu foncé; mais à la fin, tandis que la coloration foncée ne fait qu'augmenter, le doigt diminue de volume, la phalange unguéale présente des sillons profonds; le doigt est d'un froid glacial et privé complétement de sensibilité et de motilité. Cet état dure peu : d'abord le ratatinement disparaît, le doigt se gonfle de nouveau tout en conservant la coloration morbide; puis disparaît cette couleur bleue, qui fait place à un beau rouge, enfin le gonflement lui-même cesse, de telle sorte qu'au bout de deux heures tout l'accès est terminé; le doigt se représente absolument comme si rien ne s'était passé.

Le 26, rien.

Mais voici ce que constate le docteur L. Mauthner le 27 à midi : la malade est au lit. Les doigts de la main droite, sauf le pouce et une partie du métacarpe, sont glacés, noirâtres, ratatinés, privés de mouvement et de sensibilité. Tous les orteils du pied droit sont fortement gonflés, d'un bleu foncé, froids, complétement inertes, leur sensibilité très-amoindrie. La malade avait accusé de violentes douleurs dans ces extrémités, dans la main gauche du fourmillement; la phalange unguéale de l'indicateur et du médius de cette main est comme parcheminée, la sensibilité très-amoindrie : l'accès avait commencé une heure auparavant. Il s'était accompagné de violentes douleurs dans le pied et la main du côté droit, et celles du pied avaient été telles que la malade ne put franchir seule les quelques pas qui la séparaient de son lit. On constate de plus les symptômes d'une chlorose avancée, pouls à 120 : du reste, rien du côté du cœur et de la rate. Ni rougeur ni douleur le long du trajet des veines et vaisseaux lymphatiques des extrémités du côté droit; pas de douleur à la pression de la colonne vertébrale : à part la fréquence du pouls, qui est du reste particulière à la maladie, rien de fébrile. Quelque menaçants que parussent être ces symptômes, ils disparurent au bout de quelques heures, car à quatre heures le professeur Dumreicher ne put plus constater qu'un assez fort œdème de la main droite.

Le 30, nouvel accès, mais les deux pieds seuls sont pris. Mêmes symptômes accompagnés de violentes douleurs; à droite, tous les orteils et une partie du métatarse; à gauche, les orteils seuls deviennent bleus; fort œdème sans ratatinement : motilité complétement abolie, sensibilité grandement diminuée. Cet accès présenta quelque chose de particulier : pendant qu'au pied droit le gonflement et la coloration suivaient leur développement régulier, les orteils du pied gauche perdirent leur teinte en dix minutes, redevinrent bleus et alors mirent le même temps qu'à droite (trois heures) pour revenir à l'état normal.

Le 3 janvier 1862, à midi, un nouvel accès frappe les deux pieds, mais le droit à un degré excessif. Les orteils, le métatarse et même la peau du talon sont d'un bleu sombre, très-œdématiés, froids, immobiles et presque insensibles. A gauche, les orteils seuls sont atteints. La douleur cette fois est atroce; celle des gros orteils l'est assez pour faire délirer la malade; quatre heures après tout était fini pour ne laisser comme trace qu'une coloration gris-sale bien circonscrite aux parties qui avaient été atteintes.

La malade reste huit jours au lit et ne se lève que le 10.

Le 12, elle reste levée presque toute la journée; dans la nuit du 12 au 13, points douloureux aux mains et aux pieds; le 13, elle se lève à onze heures; à trois heures, elle est prise d'un accès peu intense; à cinq heures, le retour à l'état normal commence à s'effectuer. Au troisième orteil, on observe que pendant l'accès il redevient normal en quelques minutes, et quelques minutes après de nouveau bleu, immobile et presque insensible.

La malade garde le lit jusqu'au 20 : les accès revinrent alors après des intervalles de plus en plus longs, et on crut à une disparition complète, lorsque le 25 mars un nouvel accès se montre après dix semaines de repos. Déjà la veille les mains étaient rouges, gonflées, étaient devenues froides et annoncèrent l'accès, qui cette fois n'atteignit que les mains; jusqu'ici la main gauche avait été épargnée; aux doigts gauches, la coloration se montra à deux reprises, la seconde fois sous forme de taches, qui du reste ne s'étendirent pas au delà : deux heures après plus rien.

Nouvel accès le 27 mars : pour la première et unique fois les quatre extrémités sont atteintes simultanément, à savoir : à la main droite les quatre derniers doigts, à la gauche le cinquième; au pied droit tous les orteils, une partie du métatarse et le talon, comme à l'accès du 3 janvier; au pied gauche les deux premiers orteils fortement, les autres peu; l'accès dure de onze heures et demie à deux heures et demie de l'après-midi. Quelques autres accès furent encore observés à divers intervalles. Aux accès des 25, 27 mars et 2 avril, qui frappèrent aussi le cinquième doigt de la main gauche, on observa que ce dernier, alors que toutes les autres parties étaient complétement revenues à leur état normal, conserva encore près d'une heure un haut degré de sensibilité (douleur), gonflement, coloration, algidité et insensibilité à la peau.

La malade a un mois de repos; puis elle fait une cure à Franzensbad et se trouve bien jusqu'au milieu de septembre; un nouvel accès, suivi de quelques autres insignifiants, termine ce singulier procès pathologique, car jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis deux ans et demi, il n'y a plus rien eu.

Après la guérison de la chlorose par des ferrugineux et une cure à Franzensbad, la jeune personne se maria et est devenue mère sans avoir vu se reproduire aucun accès.

Quelle est maintenant la nature de cette affection? se demande le docteur L. Mauthner. Évidemment liés à l'état chlorotique, ces accès ne peuvent s'expliquer, d'après lui, que par un spasme des nerfs vaso-moteurs des petites veines, auquel s'associait dans certains cas un spasme des nerfs artériels; mais, comme cette névrose atteignait les quatre extrémités, on est amené à lui reconnaître une origine centrale; il s'agirait ici d'une névrose par effet réflexe dans laquelle l'excitation des nerfs sensitifs constituerait le premier moment. Toujours les phénomènes se produisirent *après* que la malade se fût levée et eût marché. Aux mains également on n'observa rien que lorsque pour des travaux divers elle se fut servie de ses doigts. La pression des souliers, le fait d'appuyer les pieds sur le sol en marchant, l'excitation des nerfs sensitifs par les mouvements des doigts, ne pouvaient-ils pas transmettre cette excitation à l'organe central mal disposé (chlorose) et la faire réfléchir sur les nerfs vaso-moteurs?

(1) Observation publiée par la *OEsterr. Zeitschr. für prakt. Heilkunde*, et traduite par M. le docteur G. Lauth.

SUR LA DIARRHÉE DITE PRÉMONITOIRE

ou période prodromique du choléra,

Par M. le Dr Ch. PELLARIN.

(Note adressée à l'Académie des sciences, séance du 2 octobre.)

L'auteur commence par faire observer que, même en temps d'épidémie cholérique, tant qu'une diarrhée demeure bilieuse, aqueuse ou glaireuse et qu'elle ne revêt pas l'aspect *riziforme*, il est impossible de savoir si elle doit aboutir ou non à une attaque de choléra. Il rappelle que, suivant l'opinion de plusieurs médecins, cherchant à arrêter la diarrhée par les astringents et les opiacés, c'est, pour peu que l'influence cholérique s'y mêle, précipiter la crise et diminuer les chances de salut.

A la doctrine qui prétend « que les épidémies cholériques sont, comme les cas individuels, presque toujours précédés pendant plusieurs semaines, si ce n'est pendant plusieurs mois, de diarrhées prodromiques, » M. Pellarin oppose ce qu'il a vu lors de l'invasion du choléra en 1849 à Givet, puis à Fumay.

Lorsque le choléra vint à éclater dans la garnison de Givet, l'effectif était de 1,599 hommes, comptant à l'hôpital en tout 33 malades, dont 17 fiévreux, 8 blessés, 7 vénériens et 1 galeux, soit un homme à l'hôpital sur 48,46, et 1 fiévreux sur 96, chiffres dénotant un état sanitaire peu affecté par les prétendues influences prodromiques.

L'auteur rappelle comment le choléra fut importé dans Givet par un domestique arrivé de Bruxelles le 17 août, et qui présenta les symptômes caractéristiques le jour même; comment à ce premier cas se rattachèrent, par des communications directes ou de voisinage, ceux qu'offrit d'abord la population civile, puis la première attaque dans la garnison. Celle-ci porta sur un grenadier lié avec la servante qui avait soigné le premier cholérique et qui mourut elle-même du choléra le 31 août. Or le grenadier l'avait visitée pendant sa maladie, notamment le jour de sa mort, et le soir à onze heures lui-même était pris des symptômes les mieux caractérisés, et il succombait à sept heures du matin; 18 autres militaires, provenant tous de la même caserne occupée par deux compagnies seulement, tel fut le contingent de la première journée épidémique.

Fumay est à 22 kilomètres de Givet en remontant la Meuse. Depuis le 17 août que le choléra s'était montré à Givet jusqu'au 11 octobre suivant, les habitants de Fumay, ouvriers ardoisiers la plupart, n'avaient ressenti aucun trouble inaccoutumé dans leur santé.

Le 11 octobre, un bataillon du 63e de ligne quitte Givet, se dirigeant sur Fumay, qui est la première étape. En route, un fusilier (Pierre Guérin) est pris des symptômes du choléra. On le transporte en bateau jusqu'à Fumay où il meurt le lendemain. Deux jours plus tard, un cas se déclare dans la population de cette petite ville, et à la date du 26 novembre, l'épidémie y avait fait 130 victimes sur 3,000 habitants.

D'influence prodromique, nulle trace, pas plus à Fumay qu'à Givet.

M. Pellarin mentionne plusieurs cas individuels qui ont été sans diarrhée prémonitoire. On sait que les cas de choléra *sec* sont les plus foudroyants de tous.

M. J. Guérin, à l'appui de sa théorie, cite le résultat de l'enquête générale ordonnée par le Comité consultatif d'hygiène pendant l'épidémie de 1853-1854. Cette enquête a constaté que du 1er novembre 1853 au 22 janvier suivant, sur 974 cholériques admis dans les hôpitaux de la capitale, 740 avaient eu la diarrhée prémonitoire et que 234 en avaient été exempts. 234 contre 740, c'est tout près du tiers, fait observer M. Pellarin, et cela ne confirme pas, tant s'en faut, la doctrine qui tend à faire de la diarrhée prémonitoire une règle à peu près constante.

Enfin, l'auteur de la note trouve des inconvénients de plus d'un genre aux visites domiciliaires et préventives réclamées par M. Guérin pour combattre la diarrhée prémonitoire.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 octobre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Prophylaxie du choléra-morbus. — **M. DE PIETRA SANTA.** L'étude de l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans la prison ... delonnettes du 1er septembre 1853 au 1er octobre 1854 conduit l'auteur à admettre :

Que l'épidémie a été précédée de troubles gastro-entériques;

Que la diarrhée, dite *prémonitoire*, s'est montrée presque constamment;

Que la médication rationnelle a fourni d'heureux résultats.

En effet, sur une population de 2,186 individus, 517 ont subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers :

1er degré. Embarras gastrique	308	
2e degré. Diarrhée.	168	
3e degré. Cholérine.	29	
4e degré. Choléra.	12	(4 décès, 8 guérisons).

Du rapprochement de ces deux chiffres, 517 malades et 12 cholériques, ressort la confirmation de cette vérité :

Possibilité de prévenir les manifestations cholériques par l'application immédiate, intelligente et bien entendue des lois de l'hygiène publique et de la prophylaxie privée.

Les rapports de M. Blondel, inspecteur général de l'Assistance publique, confirment le fait de la préexistence de la diarrhée prémonitoire.

Sur 4,740 bulletins de malades, 4,359 avaient eu la diarrhée avant le moment où ils se présentaient à l'hôpital.

Sur les 381 bulletins restants, il y a eu doute ou insuffisance d'enquête.

L'efficacité des soins préventifs, ajoute M. Blondel, est le seul point de thérapeutique sur lequel les médecins des hôpitaux de Paris paraissent fixés.

Quand il s'agit de combattre cette diarrhée prémonitoire, il faut de toute nécessité tenir compte des constitutions médicales régnantes et observations cliniques recueillies au lit du malade.

Après avoir traité la question au point de vue administratif, l'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'étude attentive des épidémies de choléra-morbus observées en France, en Angleterre et en Italie, démontre dans la grande majorité des cas l'existence de phénomènes prodromiques en général, et plus particulièrement de la diarrhée dite *prémonitoire*.

2° Cette diarrhée doit être combattue par une médication rationnelle, en rapport avec la connaissance des conditions cosmo-telluriques et l'observation des constitutions médicales régnantes.

3° Toute l'attention des praticiens doit se porter sur la nécessité de prévenir par une prophylaxie intelligente les premières manifestations de la maladie.

Nous ne reproduirons pas les deux dernières conclusions qui se rapportent à des mesures administratives jugées utiles par l'auteur. Ces questions, sortant du domaine purement scientifique, sont du nombre de celles dont l'Académie ne s'occupe que quand elle est consultée par l'administration même. (Commissaires : MM. Serres, Rayer.)

M. A. TRÉCUL lit une Note sur des spores remplissant des cellules parenchymateuses, qui, avant la putréfaction, renfermaient des grains d'amidon. Germination de ces spores. (Commissaires : MM. Brongniart, Tulasne.)

Nouvelles observations sur la période prodromique ou prémonitoire du choléra-morbus. — M. le docteur **JULES GUÉRIN** lit la deuxième partie de ce travail. Sera publié. (Commissaires : MM. Serres, Rayer.)

M. E. MAURIN, secrétaire général de la Société de statistique de Marseille, adresse une deuxième note sur le choléra de 1865.

M. Maurin expose les différences de caractères qui existent suivant

lui entre le choléra de 1865 et celui des invasions antérieures. Suivant lui, la *pseudo-épidémie* de cette année (c'est ainsi qu'il l'avait déjà appelée dans sa première communication), offre bien moins les traits d'une véritable épidémie. Le mal arrive sans soudaineté, et marche par degrés pour atteindre quelque chose du caractère pernicieux, à la manière d'une fièvre typhique. Il offre un mélange de suette, d'intermittence et d'affection cholérique. C'est à cette complication que l'on doit le peu de succès des méthodes thérapeutiques opposées au cas de choléra arrivé à la période algide, pendant que les mesures prophylactiques réussissent si bien. Le mal a pour causes prédisposantes la misère et la fatigue et pour élément prédisposant l'adynamie.

« On ne saurait croire, dit M. Maurin, avec quelle facilité on arrête les selles et les vomissements, d'autant que la gradation de la marche du mal permet un traitement pour ainsi dire préventif. Ce qui est le plus difficile à combattre, c'est l'excessive prostration et les développements des symptômes extérieurs apparents, tels que ces taches qui deviennent souvent le siége d'une éruption confluente miliaire. » M. Maurin reconnaît comme bon l'emploi des opiacés, mais étendus dans des quantités d'eau minimes, les boissons ne faisant qu'irriter. L'emploi des excitants, des toniques fixes ou volatifs et le réchauffement artificiel de la peau ne procureraient qu'un soulagement trompeur et passager. (Commissaires : MM. Serres, Rayer.)

M. DUCHESNE, en présentant comme pièce de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un exemplaire de son « Rapport au Conseil d'hygiène et de salubrité publique du choléra de 1853-54..., » y joint, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication des points qui lui semblent de nature à attirer principalement l'attention de la Commission. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. MOURA-BOUROUILLON adresse, dans le même but, une note concernant son pharyngoscope et son *Traité pratique de laryngoscopie*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. DUMAS** présente, au nom de M. le docteur J. Hermann, un ouvrage écrit en allemand et ayant pour titre : *Les maladies mercurielles dans leur rapport avec la syphilis*.

Cas de puberté très-précoce chez une jeune fille nègre. — M. RAMON DE LA SAGRA communique sous ce titre un fait que nous publierons.

— **M. PLAITE**, médecin attaché à l'armée hellénique, adresse une note concernant la prophylaxie de la syphilis, et un instrument décrit dans cette note sous le nom de *coléocoréthron*. (Renvoi à l'examen de M. Velpeau, qui jugera si cette communication est de nature à devenir l'objet d'un rapport.)

— **M. POGGIOLI** adresse, pour faire suite à sa note du mois d'août dernier sur le choléra, un opuscule qu'il a publié en 1854 sous ce titre : *nouvelle application de l'électricité par frottement et sans commotion...*

Dans la lettre qui accompagne cet envoi, l'auteur avance que, dans le cas de choléra morbus, le traitement par l'électricité non-seulement agit favorablement sur le malade, mais encore modifie d'une façon heureuse l'air au milieu duquel il est plongé.

— **M. FRANCIS** propose un moyen de traiter le choléra en modifiant l'air que respirent les malades.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la perte d'un homme éminent qui, sans avoir appartenu par son titre à notre profession, a exercé pendant un grand nombre d'années une si grande et si heureuse influence sur l'hygiène publique, que nous ne pouvions que nous honorer de le compter parmi les nôtres. M. Adolphe Trébuchet, docteur en droit, ancien chef du bureau des affaires sanitaires à la Préfecture de police, membre associé, libre, de l'Académie de médecine, secrétaire du Conseil d'hygiène, membre de la Commission des logements insalubres, vient de succomber dans un âge encore peu avancé, à soixante-trois ans, aux progrès d'une maladie qui ne l'avait pas empêché jusqu'à l'avant-veille de sa mort, de remplir activement ses nombreuses et utiles fonctions. Auteur de nombreuses publications presque toutes relatives à l'hygiène ou à la médecine légale ou administrative, M. Trébuchet laisse un livre classique qui devrait être, s'il n'est déjà, entre les mains de tous les médecins, le *Traité de jurisprudence médicale*.

Ses longs et honorables services administratifs et scientifiques lui avaient valu de nombreuses distinctions honorifiques. Il était officier de la Légion d'honneur, commandeur de l'ordre du Lion et du Soleil, officier des ordres de Danebrog, des saints Maurice et Lazare et de Gustave Wasa. Tous ceux qui ont eu l'occasion de connaître de près M. Trébuchet et d'apprécier la solidité de son esprit et de son caractère, partageront les vifs regrets que nous cause cette perte prématurée. B.....

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Nous avons annoncé que la chaire de pathologie chirurgicale près la Faculté de médecine de Paris était déclarée vacante. Cette vacance a lieu par suite de la démission de M. le professeur Malgaigne de la chaire de médecine opératoire, où il a été remplacé par M. Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale.

— La Seine s'est maintenue presque tout l'été à un niveau exceptionnellement bas, qui tend sans cesse à *décroître* : elle est descendue, le 29 septembre dernier, à un point qu'elle n'avait jamais atteint même dans les années antérieures les plus sèches.

Cet état de choses a eu en même temps pour conséquence un énorme accroissement dans les besoins de la consommation des eaux et une extrême difficulté pour s'en procurer. Les machines élévatoires qui approvisionnent les réservoirs de Paris ont dû être presque constamment ralenties dans leur marche, souvent même arrêtées tout à fait pendant des journées entières.

Le rendement des pompes à feu de Paris, qui, par les temps ordinaires, peut atteindre un maximum de 80,000 mètres cubes en vingt-quatre heures, n'a jamais dépassé 60,000 depuis le 1er septembre, et plusieurs fois même est descendu au-dessous de 40,000.

Le canal de l'Ourcq a subi, comme la Seine, l'influence de la température, et le contingent très-important qu'il fournit pour l'approvisionnement des quartiers du centre de Paris a sensiblement baissé.

En présence de cette pénurie sans précédent, l'administration s'est vue obligée de supprimer l'écoulement de toutes les fontaines monumentales, et de restreindre celui de tous les orifices publics, parce qu'il importait avant tout d'appauvrir le moins possible les services intérieurs des grands établissements d'utilité générale et des maisons particulières, et de maintenir dans les différents réservoirs une certaine masse d'eau à répandre en cas d'incendie.

L'administration municipale a fait en même temps les plus grands efforts pour chercher ailleurs les ressources qui lui manquaient tout à coup.

On sait que, grâce au zèle infatigable de ses ingénieurs, elle a fait arriver l'eau de la Dhuys, le 11 septembre dernier, jusqu'aux portes de Paris. Au prix de grandes dépenses et de travaux difficiles, on a posé une conduite qui met en communication les nouveaux réservoirs de Ménilmontant et ceux de Charonne.

L'eau de la Dhuys est entrée dans ces derniers dimanche matin 1er octobre, et depuis lors 20,000 mètres cubes au moins d'excellente eau de source sont distribués mêlés avec l'eau de Seine qu'amènent dans ses réservoirs les pompes à feu du quai d'Austerlitz et de Maisons-Alfort.

En même temps, on a installé au-dessous du pont de l'Alma des pompes sur bateaux qui puisent et rejettent dans les machines de Chaillot l'eau que celles-ci ne peuvent plus aspirer dans la rivière.

Ces ressources ont permis de rétablir le service complet des bornes-fontaines pour le lavage des ruisseaux.

Les fontaines monumentales ont pu couler pendant le temps nécessaire pour renouveler l'eau de leurs vasques et en opérer le nettoyage; un commencement de lavage en eau pure a pu avoir lieu dans les égouts.

Enfin, M. le préfet de la Seine vient de prescrire les mesures nécessaires pour que les égouts ne reçoivent pas d'autres eaux que les eaux de lavage, mesures dont bénéficieront, en même temps que Paris, les communes situées en aval du débouché en Seine de l'égout collecteur.

— Le banquet annuel de l'internat de Lyon aura lieu le samedi 21 octobre prochain.

Tous les élèves (anciens et actuels), sont invités à y prendre part.

Ce banquet se fera *par souscription* et le prix de la cotisation est fixé à *quinze francs*.

On est prié de remettre en souscrivant le montant de la cotisation à l'interne de poste à l'Hôtel-Dieu, ou à MM. Bianchi ou Moranel, internes dans le même hôpital.

La liste de souscription sera close le 16 octobre au soir.

MM. les souscripteurs seront informés par une lettre du lieu et de l'heure de la réunion.

Choléra-morbus. *Guide du médecin paticien* dans la connaissance et le traitement de cette maladie, suivi d'un dictionnaire de thérapeutique appliqué au choléra-morbus et d'un formulaire spécial, par feu le Dr FABRE, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, etc. 1 volume in-8° de 483 pages. Prix, 5 francs. Librairie Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Iodothérapie ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections et des badigeonnages iodés, par le docteur A.-A. BOINET, de la Société de chirurgie, ouvrage couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine. Deuxième édition. 1 volume in-8° de XVI, 1112 pages. Prix, 14 fr. Paris, 1865, Victor Masson et fils, libraires-éditeurs.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de médecine. — CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. Altérations de la membrane du tympan. — Période prodromique du choléra. — Cas de puberté précoce. — Traitement du choléra. — Conseils hygiéniques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Rapport à l'Empereur. — Congrès de Bordeaux. — Chronique.

PARIS, LE 11 OCTOBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Une communication de M. Civiale, dont nous ne pouvons rien dire ici, n'ayant eu ni les pièces ni le manuscrit sous les yeux, une lecture de M. Leroy de Méricourt sur l'acrodynie et une communication de M. Devilliers, relative à un cas de dystocie par déformation et étroitesse extrême du bassin, ont fait, avec la lecture du discours prononcé par M. Chevallier sur la tombe de M. Trébuchet, tous les frais de cette séance.

Le mémoire de M. Leroy de Méricourt, dont nous publions une courte analyse dans le compte-rendu, a pour objet d'établir l'identité « probable » de l'acrodynie et de la trichinose. L'acrodynie, cette bizarre et mystérieuse affection qui a régné épidémiquement à diverses époques et dont le traitement est resté aussi impuissant que l'étiologie en a été obscure jusqu'ici, ne serait, suivant M. Leroy de Méricourt, qui se fonde en cela sur la ressemblance des symptômes et la communauté des caractères, autre chose que la maladie signalée dans ces dernières années, en Allemagne, comme l'effet de la présence des trichines vivantes dans l'économie. Il manque à cette détermination, de l'aveu même de M. de Méricourt, la seule preuve péremptoire, la constatation à l'aide de l'observation microscopique de la présence des trichines dans les muscles des malades atteints d'acrodynie. Vienne l'occasion de faire cette vérification, et M. de Méricourt aurait raison de dire que, si ses prévisions se réalisaient, il ressortirait de cette donnée étiologique une indication prophylactique importante.

L'observation de dystocie communiquée par M. Devilliers a donné lieu de la part de M. Depaul à quelques observations critiques que nous reproduisons dans le compte-rendu, ainsi que la réponse de M. Devilliers. Toutes les observations de M. Depaul en matière d'obstétrique ont une importance qui nous fait en quelque sorte un devoir de les reproduire le plus fidèlement possible. Nous ferons remarquer ici, toutefois, que si celles qu'il a présentées hier à l'occasion de la communication de M. Devilliers sont justes et fondées en thèse générale, elles perdent, dans l'espèce, leur principale valeur critique en présence des résultats avantageux qu'a eue la manière d'agir de cet habile praticien. Nous mettrons, du reste, les lecteurs à même d'en juger en publiant dans le numéro prochain les particularités principales du fait qui a été le sujet de cet échange d'explications.

— Le choléra n'a été l'objet que d'une toute petite communication de M. Gibert. — Nous ne parlons pas des remèdes tous plus infaillibles les uns que les autres qui remplissent la correspondance. — M. Gibert signale, comme un signe distinctif certain de la diarrhée prodromique, un état particulier de la langue qui serait constamment différent de celui que présente cet organe dans les diarrhées bilieuses ou irritatives ordinaires. Nous en demandons pardon à M. Gibert, mais nous craindrions de voir, sur l'autorité de son nom, prendre trop à la lettre l'infaillibilité de ce prétendu signe. Rien n'est plus variable, on le sait, et cela d'un moment à l'autre chez les mêmes sujets, que l'aspect de la langue? et vouloir fonder sur des caractères aussi peu fixes un diagnostic aussi important nous paraît bien près d'une imprudence. — Dr Brochin.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Diagnostic différentiel des altérations de la membrane du tympan.

Vous avez pu constater depuis quelque temps un grand nombre d'altérations de la membrane du tympan sur les malades de notre clinique. Afin de vous guider dans cette étude, qui est la clef du diagnostic, je vais passer en revue, devant vous, les divers états morbides que cette membrane peut présenter; de cette manière, l'examen vous sera facile et vous n'aurez qu'à faire l'application des notions suivantes :

Les maladies de la membrane du tympan ont été divisées en maladies congénitales et maladies acquises.

Les maladies appelées congénitales sont :
1° L'absence de la membrane du tympan;
2° La perforation centrale de cette membrane;
3° L'étroitesse de sa surface;
4° La brièveté de ses diamètres;
5° La diminution de sa courbure.

Les maladies accidentelles sont :
1° Les blessures de la membrane du tympan;
2° Le relâchement et la tension exagérées de la cloison;
3° L'inflammation du tympan, simple (myringite aiguë) et chronique; myringite spécifique, scrofuleuse, syphilitique, herpétique et arthritique (goutte et rhumatisme);
4° L'épaississement des lames de la cloison; opacité, nuage et leucôme;
5° Les granulations et les polypes; fongus;
6° Les perforations, ulcérations, usure du tympan;
7° La chute des osselets;
8° Les fistules du tympan;
9° La destruction plus ou moins complète de la cloison;
10° Les adhérences morbides.

Pour répondre à chacune de ces questions, nous avons à résoudre le problème suivant :

1° Un malade étant donné, il faut reconnaître si la membrane du tympan existe;
2° Si elle est entière, saine ou malade;
3° Dans ce dernier cas quel genre d'affection elle présente.

Ce problème est difficile à résoudre dans un grand nombre de cas, et vous ne sauriez apporter trop d'attention à l'étude que nous allons entreprendre.

1° Absence de la membrane du tympan.

La membrane peut-elle manquer en totalité ou en partie? On n'en connaît aucun exemple avéré et prouvé. Même, depuis la remarque faite par moi à cet égard dans la première édition de mon *Traité des maladies de l'oreille* en 1857 (1), il n'a plus été question dans aucun ouvrage de cette absence de la membrane du tympan. Jamais, dans mes recherches multipliées sur l'embryon ou le fœtus, je ne l'ai vue manquer. Cassebohm (2) lui-même, qui, dans un traité vraiment curieux, a étudié le développement de l'oreille humaine, à dater du deuxième mois de la vie embryonnaire, n'a jamais remarqué non plus cette défaillance du *nisus formativus*, à l'endroit de la cloison tympanique, j'ajouterai que comme dépendance du feuillet séreux du blastoderme, la membrane du tympan se montre de très-bonne heure, et en même temps que le conduit auditif, la caisse, la trompe : tous ces organes dérivent de la deuxième fente branchiale, et l'on commence à les distinguer nettement vers la fin du troisième mois de l'embryon (3).

Sur le fœtus à terme, j'ai aussi constamment trouvé la membrane entière; mais, dès les premiers temps de la vie extra-utérine et dans la première enfance, elle peut déjà être détruite par les maladies du nouveau-né, par les fièvres éruptives surtout, et, un peu plus tard, par la coqueluche, la fièvre typhoïde, et aussi les otites scrofuleuses, morbilleuses et syphilitiques, les gourmes de la première et deuxième enfance, etc.

Concluons donc que l'absence congénitale de la membrane du tympan ne repose que sur des hypothèses dénuées de fondement.

Mais, quand une de ces graves maladies vient à la détruire pendant les premières années, l'enfant sera sourd et fatalement muet.

2° Perforation centrale de la membrane du tympan.

Existe-t-il une perforation centrale et congénitale de la membrane du tympan? Non, il n'existe pas de perforation congénitale de la membrane du tympan, centrale ou autre.

Cette erreur anatomique, qui remonte jusqu'à Aristote, n'est guère plus fondée que l'assertion précédente, bien qu'elle ait été soutenue par des hommes du plus grand mérite.

Aristote dit en effet qu'Alcméon a vu des chèvres respirer par les oreilles, preuve évidente, selon lui, « que l'oreille est percée naturellement dans son fond. » Cette opinion était tombée dans l'oubli, et Duverney l'avait victorieusement réfutée dans son bel ouvrage (4), qui pourrait encore servir de modèle aux anatomistes contemporains, lorsqu'en 1652, Marchettis (5), et en 1697, Municks (6), prétendirent de nouveau avoir trouvé une ouverture congénitale constante à la membrane du tympan; mais c'est là une illusion à n'en pas douter, ainsi que Ruysch l'a démontré le premier (1), et d'une manière incontestable; aussi Valsalva (2) et Rivinus furent-ils mal accueillis par le monde savant, quand chacun d'eux essaya, non sans talent, de faire revivre l'hypothèse de Marchettis.

(1) *Traité pratique*, chez J.-B. Baillière.
(2) *De aure humana. Tract.* Halle, 1734.
(3) Cassebohm, *loc. cit.*
(4) *De anima*, lib. II.
(5) Duverney, *De l'organe de l'ouïe.* 1683. In-12.
(6) Marchettis, *Anat.* Padoue, 1652. *De re anatomica*, Utrecht, 1697. In-12

Chose singulière! ce qui résulte le plus clairement de leur description, c'est que le prétendu trou qu'ils disent avoir vu résultait bien certainement de leur mode de préparation; ainsi Valsalva raconte naïvement : « qu'il enfonçait des soies de cochon dans la membrane du tympan (si ténue, comme on sait), jusqu'à ce qu'il eût trouvé l'ouverture; » et sur plusieurs sujets, objets de leurs recherches, ces deux anatomistes avouent eux-mêmes qu'il y avait eu auparavant des abcès et des flux purulents par l'oreille.

L'expérience clinique confirme cette donnée, la seule vraie.

Telle est, en effet, la démonstration fournie tous les jours par l'observation des maladies; chez des enfants même très-jeunes et atteints d'otite scrofuleuse, le plus souvent il n'est pas rare de trouver une et parfois deux petites perforations centrales ou à peu près; ces perforations ne sont autre chose que le résultat de la déhiscence des phlyctènes qui envahissent la surface externe de la membrane du tympan dans la première période de la maladie.

Pourtant, comme la cloison tympanique n'est pas toujours entièrement fermée à la naissance, j'accorde volontiers aux théoriciens purs, qu'il peut à la rigueur rester une fente ou *hiatus*, suite d'un arrêt de développement, comme pour le bec de lièvre, la gueule de loup, la division palatine, etc., et encore il faut ajouter, pour être exact, que ce petit point de la membrane tympanique, qui n'est pas tout à fait clos à la naissance, existe, non pas au centre de ce diaphragme, mais sur un point de sa circonférence et plus particulièrement à l'extrémité supérieure du grand diamètre vertical, là où l'os temporal offre lui-même à cette époque une toute petite interruption.

Il est donc vraiment surprenant que le professeur Berres (de Vienne) ait cherché à tirer de l'oubli toutes ces vieilles erreurs, et cela il n'y a qu'un petit nombre d'années.

Je ne saurais admettre davantage l'opinion de son successeur, Hyrtl, qui, revenant, il est vrai, à des idées plus saines, cherche cependant à insinuer que la perforation centrale du tympan, quand elle existe, est le résultat de la préparation qu'on a fait subir à cette toile délicate, et surtout doit être attribuée à la dessiccation.

Concluons donc que l'ouverture centrale du tympan n'est autre chose que le résultat d'une otite terminée par perforation (3), ainsi que nous le voyons tous les jours chez les malades de tout âge que l'on peut examiner à ma clinique.

3° *L'étroitesse de la surface* de la cloison est un vice de conformation congénitale plutôt qu'une maladie. La membrane du tympan étant fixée dans un cercle osseux, le champ du cercle osseux préexistant sert naturellement de limite à la membrane dans son développement; or, cet anneau osseux est un os distinct du temporal chez le fœtus et l'enfant nouveau-né.

Comme il s'ossifie plutôt que les parties voisines, il renferme ainsi le tympan dans des limites plus ou moins étroites, quand la membrane a subi quelque retard dans son évolution.

Quoi qu'il en soit, cette imperfection dans le développement a une certaine influence sur la finesse de l'ouïe, ainsi que j'ai pu m'en assurer bien des fois et par des expériences positives, qu'il serait trop long de rapporter ici.

4° Brièveté des diamètres.

On comprend facilement que l'étroitesse de surface entraîne nécessairement avec elle la brièveté des diamètres : sur un grand nombre de membranes tympaniques que j'ai examinées à loisir, j'ai trouvé la moyenne suivante, comme mesure exacte des diamètres :

Le diamètre vertical ou grand diamètre a 10 millimètres environ en chiffres ronds;

Le diamètre horizontal ou petit diamètre mesure 8 millimètres et demi chez l'adulte;

Sur un fœtus de trois mois et au moment même où la cloison est complète, le diamètre vertical de la membrane du tympan est de 2 millimètres, le diamètre horizontal ou transversal de 1 millimètre et un huitième;

Chez un fœtus à terme le diamètre vertical a 9 millimètres et demi, l'horizontal 8 1/2, comme chez l'adulte; mais on trouve parfois des anomalies bizarres : ainsi, j'ai vu le diamètre ho-

(1) *Thesaurus anat.* Amsterdam, 1703.
(2) Valsalva, *De aure hum. Tract.* 1704.
(3) *Leçons cliniques*, De l'otite scrofuleuse.

rizontal plus grand à six et sept mois qu'à huit et neuf mois.

Les réflexions exposées au § 3 sont parfaitement applicables ici : la brièveté des diamètres diminuant la longueur des vibrations et augmentant leur nombre, il en résultera que chez les sujets ainsi constitués les sons graves seront perçus moins nettement que les sons aigus à l'état normal ou physiologique, à plus forte raison quand des épanchements interlamellaires, à la suite de phlegmasies chroniques, viennent encore (quand ils sont disséminés), augmenter la brièveté absolue des diamètres, intercepter les vibrations sonores, et former surtout des nœuds de vibrations immobiles, de sorte qu'avec une membrane du tympan ou légèrement épaissie par des produits plastiques ou sillonnée par des vaisseaux et peu malade en apparence, il n'est pas rare de trouver des individus presque privés de la faculté d'entendre.

Mais je me propose d'entrer prochainement dans de plus longs détails sur cet intéressant sujet.

5° *Diminution de courbure de la membrane du tympan.*

Nous savons que le manche du marteau vient s'insérer vers la partie moyenne de la membrane du tympan, ce qui rend la cloison concave en dehors et convexe en dedans. On peut, jusqu'à un certain point, évaluer le degré de courbure de la membrane du tympan d'après la direction du manche du marteau, qui s'avance plus ou moins vers l'intérieur de la caisse.

Dans certaines maladies, quand la membrane du tympan devient plus concave, cet osselet prend une direction plus oblique en dedans et apparaît en raccourci; mais si la concavité du tympan diminue, le manche du marteau se dessine en une ligne plus étendue.

Le degré de courbure normale de la cloison dépend, en partie, de l'action du muscle interne du marteau ou tenseur de la membrane du tympan! Cette courbure diminue dans toutes les phlegmasies de la caisse aiguës et chroniques; dans l'ankylose des osselets surtout cette diminution de courbure coïncide toujours avec une ossification de tissu de la membrane, un épaississement le plus souvent, et il en résulte une modification dans son degré de courbure, une altération du triangle lamineux.

Or, le diagnostic des maladies de l'oreille moyenne repose principalement sur l'examen attentif de ces symptômes, ainsi que je le démontrerai plus loin. Pourtant il ne faut point y attacher une importance exagérée et trop absolue : c'est un bon signe et rien de plus.

Concluons donc que des cinq affections, dites congénitales de la membrane du tympan, aucune ne peut mériter ce nom, à proprement parler, puisque nous avons vu qu'elles résultent le plus souvent d'altérations acquises.

NOUVELLES OBSERVATIONS

sur la période prodromique ou prémonitoire du choléra-morbus,

Par M. le Dr Jules Guérin.

Depuis mon premier mémoire sur la période prodromique du choléra, j'ai pu m'assurer que les épidémies, comme les cas individuels, sont presque toujours précédés, pendant plusieurs semaines, si ce n'est pendant plusieurs mois, de diarrhée prodromique. Ce fait, que l'on peut considérer comme corollaire du précédent, a reçu partout sa confirmation.

« Dans toutes les villes européennes où le choléra se montra, dit le rapport du Conseil de santé de Londres, il manifesta son approche par des signes caractéristiques... A Moscou, à Saint-Pétersbourg et dans d'autres villes russes, la diarrhée régnait généralement avant le début du fléau. A Berlin, la diarrhée, la dyssenterie étaient épidémiques.

« A Londres il y avait eu, pendant les cinq années qui ont précédé l'épidémie, un accroissement progressif de toutes les classes de maladies zymotiques formant un excès de 31 pour 100 sur la mortalité moyenne. La mortalité, qui, par suite du typhus de 1846, surpassait considérablement celle de 1845, augmenta encore en 1847 et 1848 : cet accroissement était dû surtout à la diarrhée. Les décès, suite de cette affection, de 1843 à 1848, s'élevèrent à 7,580, tandis que dans les cinq années précédentes ils ne furent que de 2,828. En 1848, le chiffre des morts seuls de diarrhée était sept fois plus considérable qu'en 1839, et presque cinq fois plus grand qu'en 1841. »

L'accroissement considérable de la mortalité observé cette année à Londres, coïncidant avec une très-grande fréquence de la diarrhée, est la reproduction du même fait.

En France, l'enquête administrative donne le même résultat. Dans presque toutes les localités, la diarrhée précéda l'invasion du choléra. Les rapports des médecins des épidémies sont presque tous d'accord sur ce point.

Enfin, il est un dernier fait non moins général, non moins constant, et j'ajouterai non moins certain, c'est l'immense fréquence du même symptôme chez les habitants des villes et villages en proie au fléau ou situés au voisinage des localités envahies. La vérification de ce fait a pu surtout s'effectuer dans les localités à populations restreintes, dans les villages et les petites villes. Ainsi à Coatbridge, population de 4,000 âmes, il n'y eut que 600 personnes qui n'eurent pas la diarrhée; à Cambroc, sur une population de 1,200 âmes, tout le village fut atteint, à l'exception de 100 habitants.

A Munich, une moitié de la ville était en proie au choléra, et l'autre moitié n'avait que la diarrhée. En France, mêmes résultats généraux, quoique constatés avec moins de précision. Le dépouillement de l'enquête donne à cet égard les réponses les plus uniformes.

Ainsi, la diarrhée précède le choléra individuel; — elle précède l'invasion du choléra dans les localités qu'il doit envahir; — elle règne dans les localités non encore envahies au voisinage des lieux où il sévit; — elle règne dans les villes et villages où il est établi; — elle occupe souvent des quartiers, des rues, des côtés de rues, pendant que d'autres quartiers, d'autres rues, d'autres côtés de rues sont en proie au choléra.

Ces rapprochements ne suffisent-ils pas pour montrer la liaison mutuelle, le rapport intime de la diarrhée prodromique avec le choléra, et ne montrent-ils pas que chez les individus qui sont atteints de choléra confirmé, comme chez ceux qui n'ont que la diarrhée prodromique, comme les localités où le fléau n'a pas encore revêtu ses formes complètes, que partout enfin où la diarrhée se manifeste pendant le règne d'une épidémie cholérique, c'est le choléra qui germe, qui se développe, qui grandit.

S'il pouvait encore exister quelque doute à cet égard, il suffirait de faire remarquer que la diarrhée cholérique, soit qu'elle s'observe chez ceux qui doivent avoir le choléra confirmé, soit qu'elle s'arrête à la forme et au degré prodromiques, n'est presque jamais un symptôme isolé : presque toujours des malaises nerveux, des bourdonnements, des vertiges, de petites crampes, une tendance au refroidissement, des sueurs froides, des nausées, un affaiblissement général, encadrent ce fait principal et plus accentué. Or, que sont ces symptômes, ces malaises, si ce n'est l'atténuation et comme la première ébauche des véritables symptômes cholériques? Ils donnent donc à la diarrhée qu'ils accompagnent quelque chose de leur signification, comme ceux-ci reçoivent de celle-là une nouvelle preuve de leur commune origine.

Ce rapprochement des faits d'observation peut conduire à un rapprochement étiologique non moins important. S'il est vrai que la diarrhée qui précède et annonce l'invasion du choléra dans les localités soit comme celle qui précède le développement du choléra individuel, comme celle qui sévit sur les populations des localités envahies, l'une et l'autre doivent avoir une seule et même origine. Et en effet, ce que la science ancienne enseignait sous le nom de *constitution épidémique* comme un état particulier de l'atmosphère et des organismes sous l'influence de causes indéfinies, occultes, c'est tout simplement le produit encore atténué de la cause qui réalisera plus tard la maladie tout entière.

Les conséquences de ce fait ainsi restitué dans toutes ses dimensions et transformations sont aussi importantes que nombreuses. Les unes sont purement médicales, les autres administratives.

Les conséquences médicales ont fait l'objet de mes précédentes publications. J'ai longtemps et longuement insisté sur les avantages pratiques qui résultent de la connaissance d'une période prodromique ou prémonitoire du choléra, pendant laquelle il est possible d'arrêter un mal qui, à une période avancée, se joue de tous les efforts de l'art. Arrêtez la diarrhée, ai-je dit, vous arrêterez le choléra, et j'en ai indiqué les moyens. Cela est suffisamment précisé, mais non encore suffisamment connu. Je le dis même, à regret, on continue bien plus à chercher le spécifique qui doit ressusciter le cadavre, qu'à faire connaître la période où l'on pourra guérir la maladie. Mais ce que la science avec ses moyens de divulgation bornés ne saurait faire, l'administration peut très-facilement le réaliser.

Et en effet, l'Angleterre, que l'on trouve toujours la première à réaliser les mesures utiles, a dès longtemps compris ce qu'il y avait à faire sous ce rapport. Pendant qu'on avait oublié en France jusqu'au nom de celui qui avait proclamé l'existence de la période prodromique du choléra, l'Angleterre instituait un service complet de mesures sanitaires qui avaient tout à la fois pour but d'apprendre aux populations la possibilité d'arrêter le choléra à sa période bénigne et les moyens d'y parvenir.

On a institué à cet effet un système de surveillance et de visites domiciliaires dans les localités atteintes par le choléra, de manière à découvrir chez les malades les premiers symptômes de la maladie, alors même qu'ils n'en soupçonnaient pas l'existence. Ce n'est pas le lieu d'exposer ce système : disons seulement qu'il a été appliqué dès 1848 et 1849 dans la plupart des villes infestées, et qu'il a produit des résultats qui ont dépassé toutes les espérances.

« En résumé, dit le Rapport de M. Laffont-Ladébat, dans les quinze villes principales d'Angleterre où la méthode préventive fut appliquée, d'une manière plus ou moins complète, sur 130,000 personnes traitées, 250 seulement eurent le choléra complet, quoique 6,000 au moins touchassent à la période caractéristique de la maladie. »

Enfin à Munich, où le même système fut appliqué à mon instigation, et par les soins du docteur Hartmann, médecin du roi, la capitale échappa presque complétement aux terribles effets du fléau, au milieu de localités plus ou moins infestées.

L'administration française s'est émue de ces résultats. Elle a chargé le Comité consultatif d'hygiène de s'enquérir des mesures mises en usage en Angleterre et d'en constater les résultats. M. le docteur Mélier, délégué du Comité, s'est acquitté de cette tâche avec tout le soin et l'intelligence dont il est capable. L'administration est en possession d'un système complet de mesures qui pourront être appliquées si le fléau visite une quatrième fois la capitale.

CAS DE PUBERTÉ TRÈS-PRÉCOCE

chez une jeune fille nègre,

Par M. Ramon de la Sagra.

. . . La mère ne conservait pas le moindre souvenir de circonstances particulières qu'elle eût éprouvées pendant la grossesse. Elle ne peut même affirmer si la petite Isabelle, c'était le nom de la jeune fille, avait été le sixième ou le cinquième de ses enfants; tous les autres étaient morts. Cependant, elle se rappelait bien que dès sa naissance cette petite fille avait présenté un sein très-gros pour son âge, et quelques mois après un écoulement sanguinolent par les parties génitales, qu'elle attribua, ainsi que la grosseur du sein, à une maladie de l'enfant.

Cet écoulement s'était présenté diverses fois pendant la première année; mais dès la seconde, il prit la régularité du flux menstruel : ce qui décida la négresse à en faire part à ses maîtres.

Depuis cette époque, le phénomène se divulgua et parvint à ma connaissance.

Pendant les trente-deux mois écoulés depuis la naissance d'Isabelle jusqu'au moment de notre première visite, sa santé avait été inaltérable. La dentition s'était opérée régulièrement, et les parties caractéristiques de la puberté avaient continué à se développer. Quand je l'ai vue en mars 1824, elle avait les jambes un peu maigres, comme chez les enfants ordinaires de son âge, le tronc et les extrémités supérieures d'une proportion admirable. La gorge, les parties génitales légèrement garnies d'un duvet fin et frisé, ainsi que les aisselles, offraient le développement d'une jeune fille de treize ans de la même race. La tête bien conformée et la physionomie vive et expressive auraient figuré sur un corps de seize ans d'une négresse créole.

J'ai continué mes observations autant qu'il m'a été possible. Dans une de mes visites, j'avais amené avec moi le docteur Belloc, savant médecin français, qui a laissé un nom honorable à la Havane, et dont les études sur la fièvre jaune sont bien connues en Europe.

Isabelle était née le 6 juillet 1821; je l'avais vue pour la première fois au mois de mars 1824; je la vis pour la dernière fois en 1827, regrettant bien de ne pouvoir, comme je l'avais espéré d'abord, faire de ce phénomène intéressant un sujet d'études régulières et suivies. Les formes de la jeune fille s'étaient parfaitement développées. Elle avait grandi et engraissé, ce qui faisait disparaître la disproportion du volume de la tête, qui était si marquée lors de la première enfance. Sa vivacité, son intelligence, son adresse, semblaient en rapport non avec son âge de sept ans, mais avec son développement physique.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA

POTION RICHET DE FORGES.

Carbonate d'ammoniaque. . . . 8 grammes.
Eau. . . . . 40 —

Pour une potion.

Une cuillerée à café, de cinq minutes en cinq minutes.

Si la mort paraît imminente, remplacer la petite cuillerée par une grande.

Un sinapisme à l'épigastre permet d'obtenir la tolérance; pendant les vomissements, trente à quarante gouttes de laudanum doivent être ajoutées à la potion si la diarrhée est trop abondante.

Nous avons vu, en Crimée, tirer de précieux bénéfices de l'usage de cette potion, et nous pouvons confirmer l'affirmation de M. le docteur de Courtois, qui assure que la guérison suivait ordinairement l'emploi de cette potion.

CONSEILS HYGIÉNIQUES A PROPOS DU CHOLÉRA (1),

Par M. le docteur Poggioli.

1° Ne négliger aucune indisposition, quelque légère et de quelque nature qu'elle puisse être;

2° Apporter un soin particulier aux désordres intestinaux;

3° Éloigner des habitations toute espèce de matière corrompue, animale ou végétale;

4° Nettoyer les égouts et les laver avec un soin particulier;

5° Éviter que les alentours des habitations soient humides, écouler avec soin toute espèce d'eau stagnante;

6° Abattre toutes les cloisons qui empêchent la ventilation nécessaire;

7° Aérer les chambres tous les jours à l'heure de midi;

8° Opérer tous les nettoyages avec des torchons secs;

9° Éviter toute espèce d'excès, une trop grande fatigue, particulièrement dans les temps humides;

10° Éviter les boissons froides, surtout pendant la chaleur;

11° S'abstenir de fruits crus et acides;

12° Apporter un grand soin dans le choix de l'eau;

13° Se vêtir chaudement, porter de la laine sur le ventre, propreté personnelle;

14° Éviter de trop fortes émotions, les réunions trop nombreuses, les logements humides;

15° Faire du feu pendant la nuit dans les chambres à coucher, mettre à l'air les draps de lit et les couvertures.

Traitement préservatif. — Tant que le fléau n'aura pas disparu d'une localité, il est prudent, surtout pour les personnes faibles, convalescentes, pusillanimes, de se faire électriser une fois par jour. Pour cela on a une bonne machine électrique dans une pièce chaude, on s'assied sur un isoloir qui communique avec la machine par un fil métallique; une personne de la maison un peu familiarisée avec l'électricité, ou mieux le médecin de la famille, fait des frictions avec la

(1) En reproduisant ces conseils, dans lesquels l'auteur donne à l'électricité une importance que nous trouvons exagérée, nous lui en laissons toute la responsabilité. (Note de la rédaction.)

main, le long de la colonne vertébrale et sur le ventre, toujours de haut en bas, pendant cinq ou dix minutes.

Si l'on pouvait avoir une boule en or de trois à quatre centimètres de diamètre, à laquelle se trouve adapté une tige du métal de trente centimètres de long, on tirera des étincelles à la place des frictions. Pour l'abdomen seulement, surtout s'il y a des coliques, on peut remplacer l'or par le cuivre.

Lorsqu'on ne peut pas avoir une machine électrique, on fait des frictions avec de la flanelle, et mieux avec une peau de chat.

Traitement curatif. — Aussitôt qu'on éprouve les premières atteintes de ce terrible fléau (vomissements, coliques, diarrhée, crampes), il faut recourir de suite à une bonne électrisation, une ou deux séances à une heure d'intervalle doivent suffire pour enrayer le mal, ou bien on renouvelle la même opération toutes les heures jusqu'à complète disparition de tout symptôme morbide.

Dans les cas foudroyants, on isole le lit du malade par des pains de résine ou du verre, et on l'électrise dans son lit comme on l'aurait fait sur le tabouret (*isoloir*), en ayant soin de prolonger les séances le plus possible, même une demi-heure. Pendant l'opération, le malade sera toujours très-couvert de flanelle ou de soie; on lui donnera une boisson chaude, abondante et stimulante (infusion de tilleul, de camomille ou de feuilles de menthe); les extrémités seront aussi électrisées, frictionnées ou enveloppées de sinapismes.

Il ne faut pas oublier dans ce cas que la machine électrique doit être très-forte et que les étincelles tirées du malade doivent avoir au moins un pouce de diamètre.

Dans le cas où l'on ne pourrait pas avoir recours à l'électricité, voici le moyen à employer; autant que possible le traitement sera dirigé par un médecin :

1° Aussitôt l'apparition des premiers symptômes, cataplasme de moutarde avec du beurre fondu comprimé sur l'abdomen;

2° Frictions générales sèches avec de la flanelle ou une peau de chat; — humides avec de la flanelle trempée dans une solution de sel et d'esprit-de-vin; — un liniment, parties égales d'ammoniaque et d'huile — ou sinapismes étendus et puissants aux membres inférieurs;

3° Tisane chaude et abondante de bourrache ou de feuilles de menthe;

4° Potion avec :

Extrait thébaïque	0,15 (3 grains)
Acétate d'ammoniaque	8,0
Sirop d'éther ou d'écorce d'oranger	30,0
Infusion de feuilles d'oranger	100,0

A prendre une cuillerée à café tous les quarts d'heure jusqu'à cessation des vomissements, des coliques et des crampes.

L'extrait thébaïque agit en arrêtant les vomissements et les coliques par ses propriétés calmantes; l'acétate d'ammoniaque, en portant à la peau et en favorisant la circulation du sang, par ses propriétés excitantes et diaphorétiques.

Si les vomissements sont trop abondants, donner immédiatement un gramme d'ipéca dans un demi-verre d'eau sucrée; si les coliques sont trop violentes, prendre un gramme de calomel dans une cuillerée de miel; dans l'un ou l'autre cas, la potion sera suspendue pendant deux heures; si l'attaque est foudroyante, elle sera portée à deux cuillerées à café et même plus tous les quarts d'heure.

Le malade sera toujours tenu très-chaudement pour favoriser le mieux possible la transpiration.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 octobre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un Mémoire de M. le docteur Monot, médecin à Montsauche (Nièvre) sur l'industrie des nourrices et la mortalité des petits enfants. (Commissaires : MM. Jacquemier et Blot.)

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Schneider sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Thionville en 1865. (Commission des épidémies.)

2° Un Mémoire de M. Rebold sur les moyens préservatifs et curatifs des maladies épizootiques. (Commission des épizooties.)

3° Divers documents relatifs au choléra. (Commission du choléra.)

4° Un rapport sur le concours de vaccine dans le département de la Gironde pour l'année 1864, par M. le docteur Henri Gintrac. (Commission de vaccine.)

5° Des rapports sur le service des eaux minérales, par MM. Besançon, de Milianah (Algérie), Cabrol, de Bourbonne. (Commission des eaux minérales.)

6° Plusieurs communications relatives à des remèdes contre le choléra. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des notes ou lettres de MM. Sandras, Debeney, Bonnard, Signoret, Robert, Nys, Poggioli et A. Hoffmann relatives au choléra. (Commission du choléra.)

2° Une note de M. Trideau, médecin à Andouillé (Mayenne), sur une médication rationnelle de l'angine couenneuse et du croup d'emblée par le baume de copahu et le poivre de cubèbe. (Commissaires : MM. Bergeron et Delpech.)

3° M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, à Rouen, adresse quelques-uns de ses principaux ouvrages pour le concours du prix Itard. (Commission du prix Itard de 1867.)

— **M. ROCHE** présente, au nom de M. le docteur Aubert Roche, deux brochures, l'une sur l'état sanitaire des ouvriers employés aux travaux de l'isthme de Suez, la seconde sur le choléra à Suez en juin et juillet 1865.

— **M. GOSSELIN** présente, de la part de M. le docteur Bourguet (d'Aix), une brochure sur une variété rare de hernie inguinale.

— **M. HUZARD** fait hommage à l'Académie d'une brochure intitulée : *Formation par métissage de races fixes d'animaux domestiques.*

— **M. GIBERT**, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques considérations au sujet de l'importante communication faite par M. J. Guérin dans la précédente séance.

Il y a, dit-il, un grand intérêt, dans les circonstances où nous nous trouvons, à distinguer de prime abord les diarrhées ordinaires, inflammatoires ou bilieuses, de celles qui se rattachent au choléra. Or, il existe un signe constant, infaillible et facile à saisir pour faire connaître sur-le-champ la diarrhée développée sous l'influence de l'épidémie régnante. Ce signe est fourni par l'état de la langue. Tandis que dans les diarrhées bilieuses ou irritatives ordinaires la langue est habituellement rouge, sèche et pointue, dans la diarrhée prodromique du choléra, ainsi que dans le choléra confirmé, la langue est large, pâle, humide, blanche et recouverte d'un enduit muqueux plus ou moins épais. Je ne prétends pas dire par là que toutes les personnes qui présentent cet état de la langue doivent infailliblement avoir le choléra, mais elles sont certainement sous l'influence épidémique, et il suffit de la présence ou de l'absence de ce signe pour indiquer qu'il y a lieu à prendre les précautions nécessaires ou pour inspirer au contraire toute sécurité.

J'ajouterai, en ce qui concerne la diarrhée prémonitoire, que je viens de voir succomber tout récemment trois vieillards qui ont été enlevés en deux jours par un choléra foudroyant sans qu'ils eussent eu auparavant la diarrhée. Ce n'est pas que je m'insurge contre la loi si bien formulée par M. J. Guérin. J'y adhère pleinement, au contraire, mais je cite ces faits pour montrer que cette loi générale souffre des exceptions. J'avais déjà eu l'occasion de constater des exceptions de ce genre soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital Saint-Louis, où j'ai eu à soigner des cholériques par centaines pendant les épidémies de 1832, 1849 et 1853.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Trébuchet, membre associé libre.

Une députation nombreuse de l'Académie a assisté à ses obsèques. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par M. Robinet au nom de la Commission des logements insalubres, l'autre par M. Chevallier au nom de l'Académie.

M. Chevallier est invité à donner lecture de son discours.

M. le secrétaire annuel lit ce discours pour M. Chevallier. L'Académie accueille cette lecture par de nombreux applaudissements.

LECTURES.

Lithotomie. — **M. CIVIALE** communique à l'Académie la relation d'une opération d'extraction de calcul volumineux dans laquelle il a combiné la lithotritie et la lithotomie.

Acrodynie. — **M. LEROY DE MÉRICOURT** lit une note ayant pour but de signaler l'identité probable de l'*acrodynie* et de la *trichinose*. Empruntant les expressions textuelles des observateurs qui ont décrit, d'une part, l'épidémie singulière qui a régné à Paris (1828-1829), de l'autre, les accidents produits par les trichines, en Allemagne, dans ces dernières années, l'auteur établit un tableau comparatif des symptômes, du mode d'invasion, de la marche, de la durée et des terminaisons des deux maladies. Et, s'appuyant sur les caractères communs et si frappants que cette étude fait ressortir, il croit pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Les nombreuses analogies qui existent entre les phénomènes morbides décrits sous le nom d'*acrodynie* et les accidents produits chez l'homme par les trichines vivantes, sont de nature à faire supposer que l'*acrodynie* et la *trichinose* pourraient bien n'être qu'une seule et même maladie.

2° En présence des accidents caractéristiques de l'acrodynie, il y aurait lieu, désormais, de rechercher avec soin si la présence des trichines, dans les muscles des malades, ne viendrait pas confirmer ce que l'analogie des symptômes permet, dès à présent, de soupçonner.

M. de Méricourt termine en disant : « Je puis me tromper, il peut se faire que l'observation microscopique ne vienne pas réaliser mes prévisions; mais, si elles étaient reconnues exactes, on comprend toute l'importance qu'acquerrait cette donnée étiologique au point de vue de la prophylaxie d'une maladie épidémique contre laquelle la science est restée désarmée. »

Dystocie par vice de conformation et étroitesse du bassin. — **M. DEVILLIERS** communique l'observation d'un cas de dystocie par suite de vice de conformation et d'étroitesse extrême du bassin, qui a nécessité l'avortement provoqué, opération particulièrement difficile dans cette circonstance, et pour laquelle il a dû avoir recours, pour extraire la tête, au broiement de la matière cérébrale à travers le canal vertébral et à l'écrasement de la tête fœtale contre les bords du détroit supérieur par la pression exercée à travers les parois abdominales.

M. Devilliers met sous les yeux de ses collègues un dessin représentant les principales particularités de la conformation vicieuse du bassin chez la femme dont il s'agit dans cette observation. (Nous publierons dans le prochain numéro les principales particularités de ce fait.)

M. DEPAUL. Je ferai remarquer que le dessin que notre collègue met sous nos yeux est trop net et trop précis pour une déformation qu'il n'a pu connaître que par des procédés d'exploration toujours insuffisants. Je ne sais si les mesures et les formes que reproduit ce dessin seraient trouvées exactes, si l'on venait à avoir le bassin sous les yeux. Il est permis d'en douter.

Je n'ai rien à dire sur l'opération pratiquée par notre collègue. Il n'y avait pas autre chose à faire que ce qu'il a fait, à moins d'être partisan quand même de l'opération césarienne. D'autres, peut-être M. de Kergaradec par exemple, pourront le blâmer. Pour moi, je déclare que j'aurais agi comme lui. Mais il est, dans la relation de cette opération, deux points qui m'ont frappé. Le premier est relatif à la manière dont M. Devilliers est intervenu pour faire engager la tête; le second est relatif à l'instrument dont il s'est servi. M. Devilliers, en présence de la difficulté qu'il a éprouvée à faire engager la tête, a cru devoir exercer une pression sur l'utérus. Est-ce là une pratique à adopter en pareil cas? Je ne le pense pas. Il y a d'autres moyens que j'eusse préférés pour mon compte; j'aurais cherché, par exemple, à introduire une pince ou un crochet; car je ne crois pas qu'on puisse, sans inconvénient, exercer de semblables pressions sur la matrice.

Quant à l'instrument dont nous a parlé M. Devilliers, il ne me paraît différer en rien de celui de M. Tarnier. C'est le même, avec cette différence que l'instrument de M. Tarnier donne le moyen de connaître exactement le degré de dilatation obtenu. J'ajouterai que dans l'application de cet instrument il y a un danger, c'est de décoller le placenta. J'avais pressenti théoriquement ce danger, mais je ne l'avais pas encore éprouvé, lorsque, il y a peu de temps, j'ai vu survenir, à la suite de son application, une hémorragie qui m'a obligé à changer de manœuvre. D'un autre côté, ce procédé, bon et utile dans un bon nombre de cas, échoue quelquefois. Il est des femmes qui ont la matrice tellement peu irritable, qu'on ne parvient point par ce moyen à la faire entrer en contraction, et qu'après avoir vainement essayé à plusieurs reprises, on se voit obligé d'y renoncer et de recourir à un autre moyen. On perd ainsi les avantages de l'opération en même temps qu'on laisse passer des délais précieux, pendant lesquels la grossesse continue et les périls s'accroissent. Il faut, — quelquefois trop tard, — recourir alors aux douches froides ou à d'autres méthodes, qui, appliquées plus tôt, eussent donné un meilleur résultat.

M. DEVILLIERS. Je répondrai à M. Depaul que je n'ai eu nullement la prétention d'inventer un instrument et encore moins de le faire prévaloir sur celui de M. Tarnier. L'instrument de M. Tarnier, je le reconnais, est très-utile. Mais dans un cas urgent où l'on n'a point cet appareil sous la main, il faut bien y suppléer par un autre. C'est ce que j'ai fait dans cette circonstance. Je n'attaque donc pas l'invention de M. Tarnier, que je trouve excellente, seulement je crois que le petit appareil dont je me suis servi peut, au besoin, le suppléer. En effet, il est toujours facile de trouver sous la main une sonde ordinaire et une vessie en caoutchouc. J'ai cru utile de signaler ce moyen à cause même de la facilité de se le procurer.

En ce qui concerne le dessin que j'ai donné du bassin de cette femme, je ne prétends pas non plus l'avoir donné d'une manière rigoureusement exacte. C'est d'après les résultats de mon exploration que je l'ai tracé. Je crois être arrivé, par des explorations répétées, à pouvoir indiquer, avec quelque précision, les diverses dimensions du bassin. Quant à sa forme, il serait possible que j'eusse commis quelque erreur. Je ne la garantis pas, et, au fond, je n'y attache pas plus d'importance qu'il ne faut.

M. Depaul a critiqué la manœuvre à laquelle j'ai eu recours pour engager la tête. C'est après avoir employé plusieurs fois sans résultat les pinces, les crochets ou simplement même les doigts, — je ne parle pas du céphalotribe auquel il n'était pas possible de songer, — et voyant qu'il ne se produisait plus de contraction après l'évacuation au dehors de la substance cérébrale, que je me suis décidé à exercer cette pression, qui n'a pas déterminé de douleur et qui a été, d'ailleurs, suivi d'un effet presque immédiat. J'ai pensé et je crois encore qu'en agissant ainsi je ne faisais point une chose déraisonnable.

La séance est levée à cinq heures.

Réunion d'une conférence diplomatique pour l'organisation du service sanitaire en Orient.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Dès le début de la dernière invasion du choléra en Orient, le gouvernement de Votre Majesté s'est préoccupé des dangers dont l'apparition du fléau menaçait la santé générale en France. C'est sous l'inspiration de cette prévoyante pensée qu'a été décidé l'envoi immédiat en Égypte d'une mission médicale qui avait pour but non-seulement d'apporter aux victimes de l'épidémie une assistance éclairée, mais encore d'étudier les causes, la marche et le caractère de la maladie, pour en arrêter autant que possible les progrès et en prévenir l'introduction sur le territoire de l'Empire.

Les agents diplomatiques et consulaires ont prêté aux membres de la mission médicale un concours empressé qui a facilité leur tâche, et de son côté le gouvernement de Votre Majesté n'a cessé d'appliquer sa plus sérieuse attention à l'examen de l'importante question qu'il s'agissait de résoudre. Nous avons l'honneur de soumettre à l'Empereur les réflexions que cet examen nous a suggérées.

Pour préserver nos populations et l'Europe tout entière contre les atteintes périodiques du choléra, il semble qu'on devrait plus encore chercher à étouffer le mal à sa naissance qu'à l'entraver sur sa route. Il ne suffit pas de lui opposer, à chacune des étapes qu'il parcourt, des obstacles qui portent au commerce des préjudices réels et n'offrent à la santé publique que des garanties trop souvent impuissantes; il faudrait surtout organiser au point de départ un système de mesures préventives concerté avec les autorités territoriales au moyen d'arrangements internationaux.

Les renseignements recueillis par les agents consulaires et confirmés par les rapports unanimes des médecins prouvent jusqu'à l'évidence que l'épidémie a été importée en Égypte par les pèlerins revenant de la Mecque et de Djeddah. Or, il est avéré que le choléra existe chaque année parmi les caravanes de musulmans arrivant dans ces villes saintes après des fatigues et des privations de toute nature qui les rendent plus accessibles à la maladie. Cette prédisposition est singulièrement favorisée par l'état dans lequel vivent ces multitudes campant en plein air, exposées à une chaleur torride et à l'influence des miasmes pestilentiels que répandent des amas d'immondices et les dépouilles putréfiées d'animaux offerts en sacrifices propitiatoires. Ces causes permanentes d'infection ont été encore plus actives cette année par suite de certains faits qui peuvent se reproduire et que nous croyons devoir signaler à l'attention de Votre Majesté.

D'une part, l'affluence des pèlerins rassemblés à la Mecque pour le kourban-beïram (fêtes des sacrifices) a été, par une circonstance particulière du rite musulman, beaucoup plus considérable que les années précédentes. On n'évalue pas à moins de 200,000 le nombre des individus de tout âge et de tout sexe venus des divers pays mahométans pour accomplir les cérémonies consacrées, et le chiffre des moutons et chameaux égorgés, dont les débris restent abandonnés sur le sol, dépasse un million. Il n'est pas étonnant que cette agglomération d'êtres humains et cette énorme quantité de substances animales en décomposition aient développé dans des proportions exceptionnelles les conditions d'insalubrité que rencontrent habituellement les pèlerins.

D'un autre côté, il est à remarquer qu'autrefois le mouvement principal du pèlerinage s'effectuait par la voie de terre et que la traversée du désert contribuait à améliorer l'état hygiénique des caravanes en isolant et dissipant les éléments morbides qu'elles transportaient. Aujourd'hui, au contraire, grâce à la facilité et aux ressources de la navigation à vapeur, c'est par mer, et dans un très-court espace de

temps, que s'accomplissent en majeure partie ces voyages, à l'aide de paquebots sur lesquels s'entassent par milliers les musulmans de toute nationalité. Cette accumulation, ainsi que la brièveté du trajet, est certainement une des causes qui contribuent le plus au développement de foyers épidémiques.

Ces circonstances nouvelles appellent sur les opérations d'embarquement et de transport des pèlerins une surveillance et un contrôle qui semblent avoir été jusqu'ici tout à fait insuffisants. On comprend combien il importe que l'état sanitaire à bord des paquebots ne puisse être dissimulé soit par les commandants de ces bâtiments, soit par les autorités qui prononcent l'admission en libre pratique. Il est permis de penser que si un régime d'observation et de surveillance avait existé au point de départ, et si des rapports exacts sur les cas de maladie survenus pendant les traversées avaient sollicité la vigilance des intendances sanitaires locales, on aurait pu éteindre ou isoler les foyers d'infection, dont le rayonnement s'est successivement étendu à la Syrie, aux côtes de l'Asie Mineure et à une partie de l'Europe méridionale.

De l'ensemble des faits que nous venons de mentionner, nous sommes amenés, Sire, à déduire cette conclusion, qu'il y aurait une véritable opportunité à provoquer la réunion, dans un bref délai, d'une conférence diplomatique où seraient représentées les puissances intéressées comme nous aux réformes que réclame l'organisation actuelle du service sanitaire en Orient, et qui, après avoir étudié les questions sur lesquelles nous avons l'honneur d'appeler l'attention de Votre Majesté, proposerait des solutions pratiques. Les membres de cette conférence auraient à examiner s'il ne serait pas nécessaire de constituer, aux points de départ et d'arrivée des pèlerins revenant de la Mecque, c'est-à-dire à Djeddah et à Suez, des administrations sanitaires ayant un caractère international qui assurât leur indépendance et donnât à leur contrôle toutes les garanties possibles de loyale impartialité. Nous devons compter sur une active coopération de la part des gouvernements orientaux, dont les États, pendant le cours de ces épidémies, sont les premiers à souffrir des ravages du fléau et de l'interruption des relations commerciales.

Si, comme nous osons l'espérer, Votre Majesté daigne accorder son assentiment aux considérations que nous avons l'honneur de lui exposer, le gouvernement de l'Empereur s'empresserait de se mettre en rapport avec les cabinets étrangers afin de combiner, d'un commun accord, dans une conférence, un ensemble de mesures dont la nécessité est démontrée par de récents et douloureux événements.

Nous sommes avec respect, Sire,

De Votre Majesté,

Les très-humbles, très-obéissants serviteurs et fidèles sujets,

Le ministre des affaires étrangères,
Drouyn de Lhuys.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics,
Armand Béhic.

Paris, le 5 octobre 1865.

Les journaux qui nous arrivent de Bordeaux sont remplis de détails intéressants sur le Congrès médical qui s'est tenu ces jours derniers dans cette ville et dont le succès, paraît-il, a été complet. — La dernière séance de samedi a été marquée par deux incidents d'une certaine importance et que nous croyons devoir faire connaître.

M. Willemin, au nom de la Société de médecine de Strasbourg, a demandé que le Congrès tînt sa prochaine séance, celle de 1866, dans cette ville. — Cette invitation a été acceptée avec enthousiasme.

Immédiatement après, M. Henri Gintrac est monté à la tribune et a fait la communication suivante :

« Notre honorable confrère, M. Willemin vient de nous proposer de choisir Strasbourg pour siége du Congrès médical de 1866, et nous acceptons avec empressement la gracieuse hospitalité qui nous est offerte. Permettez-moi de porter mes regards plus loin.

« Le succès des assises médicales inauguré en 1863 par la ville de Rouen, confirmé à Lyon l'an dernier, n'est peut-être pas moins éclatant à Bordeaux.

« Des questions importantes ont été l'objet d'études approfondies, un grand nombre de travaux en dehors du programme ont été présentés par les hommes les plus compétents, les discussions qui ont suivi les lectures ont jeté de vives lumières sur des sujets d'un haut intérêt.

« Eh bien, Messieurs, cette somme considérable d'utilité scientifique et d'avantages sérieux qu'a pu produire le Congrès médical de Bordeaux, je viens vous proposer de la centupler en demandant pour l'année 1867 la réunion à Paris d'un Congrès médical plus que français, d'un Congrès international des médecins de tous les pays.

« En 1867, vous le savez, une Exposition universelle doit faire converger à Paris les intelligences de tous les pays civilisés. N'est-ce pas une admirable occasion d'interroger les représentants de la science médicale de toutes les contrées, de former comme le faisceau des connaissances acquises en lieux si divers, de s'assimiler les découvertes et les progrès obtenus ailleurs, de préparer la solution des plus hautes questions d'hygiène publique et humanitaire ?

« C'est de Bordeaux qu'est partie l'iniative de la grande Association confraternelle des médecins de France, j'ai à cœur que notre ville ait encore l'honneur de faire entendre au nom de la science un appel aux médecins de tous les pays.

« Je propose donc que le Congrès de Bordeaux émette le vœu qu'un Congrès international de médecins soit tenu à Paris en 1867. »

Cette proposition a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'état sanitaire de Paris reste à peu près le même depuis notre dernier bulletin.

Les entrées dans les hôpitaux et les attaques du choléra dans la ville n'augmentent pas. Mais on constate presque toujours l'état de diarrhée prémonitoire sur lequel nous appelons plus que jamais toute l'attention.

— Le Dr Jacquemet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, qui était allé spontanément au milieu de l'épidémie de Toulon pour se rendre utile soit aux étudiants de Montpellier excédés de fatigue, soit aux cholériques de la ville, a été lui-même atteint par le fléau. Pris à temps et traité énegiquement, il a passé en quelques heures de la période algide à la période de réaction et a pu retourner à Montpellier, où l'attendait une série d'accès pernicieux dont il est actuellement délivré.

Nous sommes heureux d'annoncer aujourd'hui que sa convalescence est en bonne voie, et que tout fait prévoir un prochain et complet rétablissement.

— La Société de médecine du Nord avait mis au concours la question suivante :

« De la valeur du palper abdominal comme moyen de déterminer la position du fœtus et surtout de rectifier les présentations vicieuses soit avant, soit pendant l'accouchement. »

Un premier prix, médaille d'or, a été décerné à M. le docteur Nivert (de Tours), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Un second prix, médaille d'argent, à M. le docteur Edmond Belin (de Colmar).

— MM. les docteurs en médecine, officiers de santé et pharmaciens nouvellement reçus, sont priés de vouloir bien nous indiquer la date de leur réception et le lieu de leur résidence. Ces détails nous sont nécessaires pour le travail de révision des Annuaires de médecine.

— Le banquet annuel des internes des hôpitaux de Nantes est fixé au mardi 7 novembre.

Les souscriptions, dont le montant est de 15 fr., seront reçues par l'interne de garde, à l'Hôtel-Dieu.

Un avis ultérieur fera connaître le lieu et l'heure du rendez-vous.

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours d'anatomie le 16 octobre 1865, à midi, à l'École pratique, et le continuera tous les jours à la même heure.

Il reprendra en même temps ses leçons particulières.

Le vingt-troisième fascicule du **Grand dictionnaire universel du XIXe siècle**, de M. Pierre Larousse, est en vente depuis le 1er octobre. Les mots les plus importants de cette livraison sont : *Attentat, attention, atterrissement, atticisme, Attila* (biographie et bibliographie), *attraction, attribut, Auber* (le célèbre auteur de la *Muette*), *Auberge des Adrets* (compte rendu), *Audience*, etc., etc. Ce qui distingue le *Grand dictionnaire* de tous les ouvrages de ce genre, c'est un cachet d'humour, de fantaisie, qui s'allie très-heureusement aux plus graves questions de la science, de l'histoire et de la philosophie. La sécheresse et l'aridité qui règnent dans le domaine encyclopédique et lexicologique sont devenues proverbiales ; le *Grand dictionnaire universel* paraît avoir la prétention de faire mentir le proverbe, et cette prétention nous semble tout à fait justifiée. — Vingt-trois fascicules, dont chacun renferme la matière de 2 volumes in-8°, sont en vente. Aujourd'hui encore, le prix de la souscription à forfait est de 150 francs ; à partir du 1er janvier 1866, ce prix sera porté à 200 francs. — S'adresser directement à M. Pierre Larousse, rue Saint-André-des-Arts, 49, à Paris.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 121. — SAMEDI 14 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 14 OCTOBRE 1865. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes.

Depuis notre dernière Revue il nous est parvenu plusieurs lettres et communications que leur étendue ne nous permettrait pas de reproduire textuellement ici. Nous demanderons à leurs auteurs la permission d'en donner seulement un résumé.

La première est de M. le docteur Ch. Ménécier, de Marseille. Elle a pour but de relever les erreurs que renfermerait, suivant lui, la communication de M. le docteur Maurin, insérée dans le numéro du 30 septembre dernier. On comprendra que nous négligions des rectifications de chiffres et de dates, pour nous en tenir aux faits généraux. M. Ménécier ne partage nullement l'opinion de son confrère de Marseille sur l'influence qu'auraient eue les conditions hygiéniques locales, le régime alimentaire et les diverses conditions d'existence de la population des vieux quartiers de la ville sur la manifestation et le développement de la maladie. Rien, d'après M. Ménécier, ni dans les conditions hygiéniques de la ville, ni dans la constitution médicale régnante, ni dans l'état sanitaire actuel de la population, ne pouvait faire pressentir au mois de juin l'invasion prochaine d'une nouvelle épidémie. L'un des caractères principaux de la constitution médicale régnante était l'absence de diarrhée et autres dérangements des voies digestives. Le chiffre des décès, loin d'être augmenté, était au contraire inférieur à celui de l'année dernière à pareille époque. Les fruits n'étaient point à vil prix, et la population n'avait pas eu un seul instant à souffrir du renchérissement des autres denrées. Enfin, les grands travaux de voirie et d'irrigation, exécutés dans ces dernières années, semblaient donner un surcroît de garantie à l'hygiène publique de la ville. Ce n'est donc pas à des conditions locales qu'il faut, suivant M. Ménécier, attribuer le développement de l'épidémie, mais à l'importation, et le mot de *pseudo-épidémie* dont s'est servi M. Maurin serait complétement impropre. Voici, du reste, en quels termes M. Ménécier résume sa lettre :

« Le choléra importé à Marseille n'a trouvé aucune des conditions favorables à son développement, aussi ne s'y est-il propagé que très-lentement. Malgré son peu d'intensité, il s'y est montré avec tous ses caractères épidémiques. Tous les cas ont été rapides, sinon foudroyants (ce caractère est particulier à l'épidémie de 1865). Bon nombre de malades échappés au choléra ont, comme en 1835, succombé du troisième au dixième jour à des maladies consécutives (accidents cérébraux, typhoïdes ou purpura). Les cas les plus heureux ont toujours réclamé de huit à quinze jours de traitement. Dans les hôpitaux, la moyenne du séjour pour les sortants guéris est de neuf à douze jours. »

Le dissentiment élevé entre M. Ménécier et M. Maurin porte, on le voit, sur une question capitale : Le choléra a-t-il été importé à Marseille ? ou bien y est-il né spontanément sous l'influence d'une constitution médicale spéciale et des conditions générales d'hygiène de la population qui en a été le plus particulièrement atteinte ? Nous n'avons pas devers nous les documents suffisants pour juger ce débat et le loisir pour le faire nous manquerait d'ailleurs en ce moment. Nous reprendrons cette question qui est une des plus importantes à étudier. Nous nous bornerons pour le moment à dire que ce qui s'est passé depuis et ce qui se passe encore en ce moment hors de Marseille, nous porte à adopter plutôt l'opinion d'une constitution épidémique locale née sous l'influence combinée de conditions atmosphériques exceptionnelles et de mauvaises conditions hygiéniques individuelles et à n'attribuer à l'importation qu'une part occasionelle tout au plus.

— L'un des courageux élèves en médecine de Montpellier qui sont allés offrir leurs soins aux habitants de Toulon, M. Gustave Girard, attaché à l'ambulance de Mourillon, nous transmet la relation d'une série d'expériences qu'il a faites sur lui-même pour se convaincre de la non-inoculabilité du choléra. Sans vouloir diminuer en rien le mérite d'une action aussi dévouée et aussi courageuse, nous en ferons remarquer simplement l'inutilité. Si M. Girard avait eu connaissance des expériences faites par les médecins français qui sont allés étudier la première épidémie de choléra en Pologne, en 1830, il se serait abstenu de renouveler des essais dont les résultats négatifs avaient été déjà parfaitement constatés. Nous ajouterons que ces résultats négatifs qui démontrent parfaitement la non-inoculabilité directe du choléra, ne prouvent rien par rapport au mode inconnu de transmissibilité de la maladie. C'est encore là une question qu'il faudrait pouvoir examiner à loisir.

— Une question non moins grave est soulevée dans une lettre que nous écrit M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), savoir : La période algide du choléra est-elle incurable comme le prétendent quelques médecins ? M. Liégard proteste contre cette opinion. Le sujet de cette lettre est trop important pour que nous nous bornions à ce simple énoncé. Nous y reviendrons dans l'un des prochains numéros.

— Nous recevons, enfin, de M. le docteur Bitterlin (de Saint-Maur), dont nous avons déjà signalé une première communication, les renseignements suivants qui ont dans les circonstances actuelles une signification que nous nous plaisons à faire ressortir.

« Depuis ma dernière communication, il ne s'est présenté dans notre vaste presqu'île aucun cas nouveau de choléra confirmé. Mais, en revanche, le nombre des embarras gastriques et des diarrhées a été assez considérable. Il résulte ici de mes observations que, chez tous les adultes de vingt à quarante ans environ, ces indispositions disparaissent d'un à deux jours : les embarras gastriques simples avec 1 gramme d'ipécacuanha en poudre, les embarras gastro-intestinaux avec l'ipéca associé aux sulfates de soude et de magnésie, et enfin la diarrhée à l'émétique associé avec les mêmes sulfates. Chez les enfants et chez les vieillards, la maladie a duré de huit jours à trois semaines, et a nécessité l'emploi du sous-nitrate de bismuth, de l'opium et des alcalins. Aucun décès tenant à ces maladies n'a été signalé. La confiance générale est excellente, au point qu'aucun de nos malades atteints de diarrhée ne redoute le choléra, à voir la terminaison si prompte et si heureuse de cette maladie. »

— Nous terminerons cette revue des faits relatifs à la maladie régnante, en disant qu'à Paris la situation sanitaire se résume ainsi : Diminution notable du nombre et de la gravité des cas dans les arrondissements primitivement envahis. Extension de la maladie dans quelques points de Paris, qui n'en avaient point encore été atteints. A côté d'un très-petit nombre de cas graves, cas plus nombreux d'une intensité moyenne et qui donnent une proportion de guérisons considérable, relativement aux épidémies précédentes. Enfin, cas nombreux de dérangements gastro-intestinaux qui cèdent pour la plupart à l'emploi des moyens les plus simples et quelquefois au seul régime diététique.

Nous exposerons prochainement les moyens de traitement que nous avons vu mettre en usage, en insistant plus particulièrement sur ceux qui nous ont paru préférables.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup par le baume de copahu et le poivre cubèbe.

M. Trideau, médecin à Andouillé (Mayenne), nous communique les trois observations suivantes, comme des exemples de l'efficacité des balsamiques dans le traitement de l'angine couenneuse et du croup. La rapidité avec laquelle la guérison s'est produite dans ces trois cas sous l'influence de cette médication ne permet pas, en effet, de mettre en doute son utilité. Elle est d'ailleurs d'une application trop facile pour qu'à l'occasion on ne puisse promptement s'édifier sur la réalité de ses effets. Nous croyons savoir que M. Trousseau se propose de l'expérimenter dès qu'il en trouvera l'occasion. En attendant qu'une plus vaste expérimentation vienne nous fixer sur la valeur de cette médication, nous mettons les observations de M. Trideau sous les yeux de nos lecteurs.

OBS. I. — Le 13 août dernier, vers quatre heures de l'après-midi, une petite fille, âgée de sept ans, Claire F..., d'Alexain, fut prise d'une fièvre violente.

Bien qu'elle ne se plaignît point de mal de gorge, elle refusa de manger et se mit au lit.

Le lendemain 14, à midi, elle se plaignit d'avoir mal au cou. On lui demanda à plusieurs reprises si elle souffrait de la gorge, elle répondit que non, et dîna comme d'habitude. Sa mère remarqua qu'elle salivait abondamment.

La malade fut amenée chez M. Trideau, qui constata une fièvre très-forte : le pouls battait 125 pulsations à la minute. L'amygdale gauche, augmentée de volume, était entièrement recouverte de fausses membranes. Il en existait quelques-unes seulement sur l'amygdale droite.

M. Trideau prescrivit de suite : sirop de copahu, une cuillerée à café toutes les deux heures, en alternant avec une demi-cuillerée à bouche de sirop simple, tenant en suspension 50 centigrammes de poivre cubèbe récemment pulvérisé.

Le 15, la fièvre a diminué, mais la malade refuse de manger. Elle fait des efforts pour vomir. L'enfant est triste, la tête penchée. La luette est collée sur l'amygdale gauche, qui est encore recouverte de fausses membranes.

Prescription : cesser le sirop de copahu, continuer le cubèbe ; trois cuillerées à café, soit 75 centigrammes de cubèbe toutes les deux heures.

Le 16, la petite malade a dormi toute la nuit d'une manière très-bruyante et la bouche ouverte. On avait eu beaucoup de peine à la réveiller pour lui faire prendre les médicaments. La mère, dans la matinée, avait arraché avec le manche d'une cuiller plusieurs fausses membranes. Il venait en même temps du sang. Depuis ces tentatives, la gorge est douloureuse et la petite fille refuse toute nourriture. Elle a du dévoiement. Le soir, rejet de fausses membranes, qui semblent venir du larynx. La respiration est plus facile. Cependant on voit sur les amygdales quelques fausses membranes un peu moins épaisses que les premières. — Même prescription.

Le 17, la fièvre est complétement tombée. Plusieurs fausses membranes très-volumineuses ont été rejetées. Il n'existe plus sur les amygdales que quelques points blancs. L'appétit est revenu ; plus de dévoiement ; respiration naturelle.

Le 18 et le 19, nouveau rejet de débris de fausses membranes, augmentation de l'appétit ; la petite malade a repris ses jeux. Il existe seulement de la constipation.

Le 20, guérison complète.

Il avait été pris en tout 48 grammes de cubèbe et huit cuillerées à café de sirop de copahu.

OBS. II. — Léonie G..., âgée de quatorze ans, était à Saint-Denis-de-Gastine, chez un de ses grands parents, lorsqu'elle fut prise, le jeudi matin 24 août 1865, de fièvre accompagnée de mal de gorge.

Le 25, un médecin opéra l'excision, puis cautérisa l'amygdale gauche.

Le 26, l'amygdale droite était prise. La malade fut ramenée dans sa famille à Alexain.

Le 27, M. Trideau fut appelé. Il trouva la malade au lit. Son pouls marquait 118 pulsations. Les deux amygdales étaient entièrement recouvertes de pseudo-membranes, moins épaisses du côté droit, qui avait été pris le dernier.

Prescription : une demi-cuillerée à bouche faible de sirop de copahu, à prendre toutes les deux heures, alternant avec une cuillerée à bouche de sirop simple, contenant en suspension 1 gramme de poivre cubèbe récemment pulvérisé.

Le lundi, à midi, les fausses membranes sont presque complétement disparues ; plus de fièvre.

Depuis le matin, à dix heures, le sirop de copahu n'est plus toléré ; on en cesse l'emploi. Continuation du cubèbe.

Le 29, plus aucune trace de fausses membranes ; retour de l'appétit ; guérison complète.

La malade avait pris 60 grammes de sirop de copahu et 24 grammes de poivre cubèbe. Pendant le traitement, elle dormait d'un si profond sommeil qu'on avait beaucoup de peine à la réveiller pour lui administrer les remèdes.

OBS. III. *Croup d'emblée*. — Jean H..., âgé de onze ans, domicilié chez ses parents, à la Couvrie, commune de Saint-Ouen-des-Toits, fut amené par son père, chez M. Trideau, le 8 octobre 1864. La veille, son frère jumeau était mort d'une angine couenneuse, traitée par la cautérisation. D'après les déclarations du père, l'enfant était malade depuis le 5. Il avait ressenti ce jour-là un assez grand mal de gorge, sans toutefois garder le lit ni rien changer à ses habitudes. Respiration sifflante, aphonie complète, toux croupale. Les amygdales et le fond du pharynx sont tapissés de fausses membranes disposées en îlots. Le pouls est plein et bat 118 pulsations à la minute. Engorgement ganglionnaire du côté droit.

Prescription : sirop de copahu, une demi-cuillerée toutes les deux heures, alternant avec une cuillerée à bouche de sirop simple contenant un gramme de poivre cubèbe récemment pulvérisé.

Le lendemain, absence de fièvre ; le pouls est à 92. L'enfant a dormi toute la nuit ; on a beaucoup de peine à le réveiller pour lui administrer les remèdes. Il a vomi le sirop de copahu deux fois dans la matinée. Pas de dévoiement, chaleur normale de la peau. L'aphonie persiste ; mais la toux n'est plus croupale, elle est grasse.

Le 10, le pouls est faible ; il marque 92 à 95 pulsations.

Ayant demandé à voir ce qui restait des médicaments, M. Trideau remarqua avec surprise qu'ils n'étaient pas diminués en proportion des doses qu'il avait prescrites. Sur l'obser-

vation qu'il en fit au père, celui-ci répondit que, s'il n'avait pas donné de sirop toutes les heures à son fils, c'est qu'il ne pouvait parvenir à le réveiller; il avait remarqué, d'ailleurs, que l'enfant ne ronflait plus en dormant comme les nuits précédentes.

En effet, le malade respirait librement; les fausses membranes se détachaient facilement. Le sirop de copahu provoquant une répugnance invincible, l'emploi en fut cessé, mais on continua l'usage du cubèbe.

Le 11 octobre, M. Trideau, inquiet de ne pas voir ramener le malade, ainsi que cela avait été convenu, se rendit auprès de lui et le vit se promenant. L'appétit était vif. Il n'y avait plus de fausses membranes. L'aphonie avait cessé dès le mardi.

Ce malade avait pris en tout 24 grammes de poivre cubèbe et de 60 à 80 grammes seulement de sirop de copahu.

Injections iodées dans la thoracentèse.

Au moment de la discussion académique nous avons plusieurs fois parlé de la possibilité de la guérison des épanchements purulents des plèvres par l'ouverture large de la poitrine afin d'évacuer quand même le pus contenu dans la poitrine, nous disions même qu'il serait facile de trouver dans la bibliothèque médicale plus d'observations de guérison d'empyème purulent par l'incision que par les ponctions sous-cutanées.

Outre les faits que nous avons déjà signalés, nous voulons reprendre les observations signalées dans l'*Iodothérapie* de M. Boinet (1).

Sur huit observations, six fois la poitrine a été plus ou moins largement ouverte. Dans trois cas, une ponction simple, sans la chemise de Reybard, avait été insuffisante; deux fois une contre-ouverture avait été nécessitée pour favoriser l'écoulement du pus, et une fois un drain avait été passé à l'aide d'une contre-ouverture. (Cette observation est anglaise, elle appartient à M. Banks, et c'est elle à laquelle M. Barth a fait allusion dans la discussion académique.)

Trois fois, sur les six observations, une canule à demeure a été placée pour faire des injections iodées et surtout pour permettre au pus et aux liquides injectés de ressortir. Dans tous les cas plusieurs injections iodées ont été faites. Cinq fois une guérison complète a été obtenue et une fois il est resté une fistule. Le malade qui la portait était dans un état relativement satisfaisant.

Dans deux cas, les ponctions avec la canule de Reybard ont été faites. Une fois, une première ponction a été insuffisante, il a fallu recourir à une nouvelle thoracentèse, et le résultat de cette observation n'est pas indiqué. Dans le second cas, une ponction et une seule injection iodée ont été faites et la guérison a eu lieu.

La lecture de ces observations offre plusieurs particularités; en premier lieu, l'introduction de l'air dans la poitrine dans tous les cas de ponction simple ou de ponction double, suivie du placement d'une canule à demeure, et cela sans dangers pour le malade. On trouve aussi trois fois constatée cette proposition, que les épanchements séreux des plèvres peuvent se transformer en épanchements purulents. Enfin, il est facile de constater les bons résultats qu'a fournis l'usage répété et prolongé des injections iodées. (Il y a une observation où des injections ont été pratiquées régulièrement presque tous les jours pendant six mois.)

M. Boinet attache une très-grande importance à cette pratique; il s'est appuyé sur des faits antérieurs à lui pour justifier l'usage des injections dans les plèvres, et il a cité A. Paré et Morand qui avaient fait des injections émollientes après la thoracentèse; Ledran et Carboné, d'après le journal de Desault, qui s'étaient servis d'injections d'eau miellée; Roux et Castryck qui avaient eu recours à des injections irritantes.

Il rappelle d'ailleurs les tentatives modernes de MM. Wells et Marotte qui avaient injecté une solution de chlorure de soude.

Certes, ce n'est pas à dire que d'emblée on doive ouvrir la poitrine et traiter les épanchements pleurétiques comme un abcès par congestion où les injections iodées sont d'une si heureuse application. Nous distinguons; et il n'est question ici que des épanchements purulents.

Voici, du reste, plusieurs conclusions de M. Boinet qui nous semblent tout à fait justifiées, aussi bien au point de vue de l'ouverture pure et simple de la poitrine qu'eu égard au bon effet des injections iodées :

« Que dans les épanchements chroniques purulents la thoracentèse, aidée des injections iodées qui en assurent le succès, doit toujours être employée, parce que c'est le seul moyen de guérir les malades.

« Que ces injections iodées, qui sont sans dangers aucuns, ont la propriété d'enlever presque instantanément la fétidité du pus, de changer la vitalité des surfaces malades, de produire la guérison de cas réputés mortels.

« Qu'il est nécessaire de laisser une canule, une sonde ou un drain à demeure, pour permettre l'écoulement continu du pus, faciliter les injections et éviter les ponctions multiples. »

Ces propositions qu'a formulées depuis longtemps M. Boinet, ont été d'ailleurs appuyées par des travaux plus modernes, et M. Sédillot a posé aussi en principe le traitement du pyothorax par les injections iodées.

(1) Boinet, *Iodothérapie*. 1865. Nouvelle édition.

RAPPORT

sur un travail de M. Lunier, intitulé : Deux cas de rupture du cœur chez des épileptiques (1),

Par M. le Dr Aug. Voisin.

Vous m'avez chargé (au nom d'une Commission) de vous faire un rapport sur un travail de M. Lunier relatif à deux cas de rupture du cœur chez des épileptiques. La rupture s'est produite chez les deux individus pendant les accès, et la mort a été subite. Chez l'un, la déchirure, longue de 22 à 25 millimètres, s'était faite à la partie moyenne et sur le bord gauche du ventricule gauche; les parois du ventricule étaient hypertrophiées et présentaient au niveau de la rupture une épaisseur de 18 millimètres; partout ailleurs l'épaisseur était de 22 millimètres. Le tissu musculaire avait l'apparence normale; quelques concrétions cartilagineuses existaient au niveau du bord adhérent des valvules sygmoïdes. Chez l'autre, la rupture, longue de 6 à 7 centimètres, avait eu lieu dans la paroi antérieure du ventricule droit, un peu à droite de la cloison interventriculaire. Le cœur n'était le siége d'aucune lésion appréciable à l'œil nu et n'était pas hypertrophié.

M. Lunier nous a signalé, d'une part, la rareté de ces sortes de faits, et de l'autre l'absence de toute lésion du cœur qui pût expliquer cette rupture. La lésion lui paraît devoir être attribuée à la gêne apportée à la circulation par l'accès d'épilepsie et aux efforts violents qu'ont dû faire les ventricules pour repousser le sang dans les artères comprimées.

Le cœur, nous a-t-il ajouté, a dû se rompre, comme le fait l'utérus pendant l'acte de l'accouchement lorsqu'une résistance quelconque s'oppose à l'expulsion du fœtus.

Permettez-moi d'insister sur un des points que M. Lunier a touchés dans son intéressant travail, je veux parler de l'absence de lésions dans ces cœurs qui s'étaient rompus.

Le mémoire de M. Dezeimeris (*Archives de médecine*. 1834, t. V et IV) renferme plusieurs observations de rupture spontanée du cœur gauche sans lésion antérieure du tissu du cœur; l'une empruntée à Ploucquet (*Nov. act. Acad. nat. Curios.*, t. VI, p. 212); une autre à Agostino Olmi (*Memoria di una morte repentina cagionata dalla rottura del Cuore*. Florence, 1803); une troisième tirée du journal de Hufeland (*Hufeland'sJournal der Practischen. Heilkunde*, 1810, décembre, p. 3-17) et communiquée par Fischer, et deux autres rapportées par Portal (*Mémoires de l'Académie royale des sciences*, 1784).

Dezeimeris, tout en faisant remarquer l'existence presque constante de l'hypertrophie du tissu musculaire du cœur dans ces cinq cas, surtout dans les cas de premières observations, ne leur accorde aucune relation pathogénique avec la rupture de l'organe, et a soin d'ajouter que l'hypertrophie, n'étant pas précisément une altération, n'a pas dû l'empêcher de placer de fait dans la classe des ruptures spontanées du cœur sans lésion antérieure du tissu de l'organe. Parmi les observations de Dezeimeris, la plus convaincante, à mon avis, est peut-être celle de Fischer, dans laquelle il est en outre noté que le système vasculaire a été examiné avec la plus scrupuleuse exactitude, et n'a présenté aucune altération. On ne pourrait en dire autant d'une des observations empruntées à Portal, et dans laquelle *l'ouverture de l'aorte* était très-rétrécie; les valvules *aussi dures qu'un cartilage* et *renversées vers le cœur*. J'insiste avec intention sur ces lésions, parce que, d'une part, leur existence dans les vaisseaux du cœur amène toujours une lésion de son tissu musculaire par insuffisance de nutrition, c'est-à-dire une transformation graisseuse de ses fibres, et par suite une diminution dans sa consistance, et parce que, d'autre part, la diminution d'élasticité des artères crée au-devant du cœur un obstacle qui rend ses contractions plus pénibles, et l'hypertrophie aussi bien qu'un rétrécissement de l'orifice aortique. (Voir Marey, *Gazette médicale*, 1858, et *Physiologie médicale de la circulation du sang*, 1863.)

Il me paraît donc très-important d'être fixé sur l'intégrité du système artériel avant d'affirmer qu'un cœur qui s'est rompu était sain. Cette question de la rupture spontanée du cœur a été, on le sait, l'objet de longues discussions dans le dernier siècle et au commencement de celui-ci; tandis que Morgagni s'était appuyé sur quelques faits pour affirmer que la rupture du cœur suppose un affaiblissement de la paroi (lettre XXVII, chap. 10), que Morand avait publié une observation suivie de semblables conclusions (*Académie royale des sciences*, 1732), Portal se fonda sur deux observations pour affirmer le contraire, mais je vous ai montré que l'on peut prouver l'inverse, puisqu'un orifice du cœur était altéré, et que les artères coronaires pouvaient l'être aussi, par conséquent, rien n'étant rare comme une lésion d'orifice sans altération simultanée d'autres points du système artériel; plus tard (1820), M. Rostan publia quatre observations de rupture du cœur gauche au niveau de sa pointe avec hypertrophie à la base et amincissement à la pointe de l'organe, observations qui lui ont fait penser que la rupture tenait à la disproportion entre l'épaisseur des parois et celle de la pointe. « Dans les mouvements du cœur, dit-il, la pointe, ne se contractant pas, n'offre qu'une résistance passive, tandis que les parois font des efforts considérables de contraction, » et le cœur se rompt dans sa partie la moins saine. Il est encore à noter que dans ces quatre observations, les trois où les autopsies sont bien détaillées signalent des lésions des orifices cardiaques ou de l'aorte. Quelques années plus tard parut un traité de Burns sur les maladies du cœur (1828), où il soutint que le cœur peut se rompre pendant ses efforts expulsifs de la même façon que l'utérus. Un autre observateur (M. Heucoz) vint, au contraire, soutenir que la science attendait encore un fait bien avéré de rupture spontanée du cœur (expérience, 7 février 1839). Ses conclusions furent combattues par Dezeimeris (expérience, 7 mars 1839), dans un mémoire destiné à prouver qu'il existe réellement des cas de rupture spontanée du cœur sans lésion préalable des parois de cet organe.

M. Bouillaud adopta cette dernière opinion et considéra dans certains cas le mécanisme des ruptures du cœur comme analogue à celui de l'utérus, de l'estomac, des muscles et des tendons. Ainsi qu'on peut le voir, la question a été débattue vivement, et l'intégrité ou l'altération des parois du cœur antérieurement à leur rupture est restée le point essentiel et le plus discuté.

A ce sujet il est à noter que l'on n'a pas encore éclairci la proposition suivante : un cœur hypertrophié est-il à l'état sain comme le voulait Dezeimeris, ou bien est-il à l'état pathologique? Ce point est très-important parce que dans presque toutes les observations de rupture du cœur présentées comme preuve de la possibilité de cet accident sans lésion antérieure de l'organe, il est noté que ses parois étaient hypertrophiées (15 millimètres et au-dessus).

J'insiste sur cette partie du sujet, parce que, à mon avis, rien ne prouve que l'hypertrophie se fasse également dans toutes les parties du cœur et que certains points ne deviennent pas plus faibles et moins résistants que d'autres. La chose est évidente dans quatre observations de M. Rostan, dans toutes, le tissu, à la pointe, siége des ruptures, était resté avec son épaisseur normale, tandis que le reste des parois était considérablement hypertrophié.

Eh bien, parmi les deux observations que M. Lunier nous a lues à l'appui de la possibilité des ruptures du cœur sans lésions antérieures, l'une (la première) est une éclatante démonstration de cette opinion émise par M. Rostan; en effet, au *niveau de la déchirure*, la *paroi du ventricule gauche* avait 18 millimètres d'épaisseur, et partout ailleurs elle en avait 22. Ainsi il existait dans un cœur généralement hypertrophié une épaisseur moindre au niveau de la déchirure.

Ce fait vient se ranger dans la même catégorie que ceux de M. Rostan, et me paraît pouvoir démontrer que dans les cœurs hypertrophiés, toute la substance n'ayant pas partout la même épaisseur, la partie la moins épaisse peut se rompre sous l'influence de violents efforts expulsifs de l'organe. Ces efforts seront d'autant plus énergiques que l'on aura affaire, comme dans le cas de M. Lunier, à des épileptiques. En contemplant, en effet, ces malheureux pendant leurs attaques, on ne comprend vraiment pas que leurs convulsions ne déterminent pas plus souvent de ruptures du cœur. La gêne de la respiration est si profondément atteinte par la convulsion des muscles du cou, de la poitrine et des membres, la compression consécutive des vaisseaux est si forte, la stase sanguine est si considérable dans les réseaux vasculaires de la poitrine, la rapidité des mouvements du cœur est si grande, et sa lutte si énergique contre l'engouement de ses cavités, que cet accident ne semble pas extraordinaire; et il est certain qu'il doit suffire alors d'une diminution de résistance de certaines parties du cœur pour déterminer sa rupture.

A ce sujet, il est à regretter que dans ces deux cas si intéressants, M. Lunier n'ait pas examiné au microscope les parois du cœur, à l'effet de s'assurer s'il n'existait pas, surtout dans le cœur droit, le plus fréquemment atteint de dégénérescence graisseuse, une lésion semblable de son tissu musculaire; cette recherche était d'autant plus indispensable que, sur le cœur du sujet de la première observation, les valvules sygmoïdes présentaient, vers leur bord adhérent, quelques concrétions cartilagineuses, lésion fréquemment parallèle avec la dégénérescence graisseuse du cœur.

Quoi qu'il en soit, à part ces *desiderata* et en admettant même que le cœur d'un de ces malades présentât quelques lésions antérieures à la rupture, les faits que nous a présentés M. Lunier sont très-intéressants par leur rareté et par la contribution qu'ils apportent à la mort subite chez les épileptiques.

Avant de terminer ce rapport, permettez-moi de vous rappeler d'autres étapes de la vie scientifique de M. Lunier.

En 1852 il a publié, dans les *Annales médico-psychologiques*, des recherches sur les déformations du crâne dans le département des Deux-Sèvres, et a démontré que le mode de coiffure le plus généralement usité dans ce département, surtout chez les enfants, a souvent pour effet de produire l'aplatissement du front, l'allongement de la tête, et parfois même une dépression transversale et circulaire. Ces considérations sont très-intéressantes au point de vue de la question des races et des caractères du crâne sur lesquels on s'appuie pour les distinguer; elles montrent qu'il faut se méfier des usages qu'ont eus de tout temps quelques populations de déformer les crânes pendant l'enfance et de leur imprimer certain caractère artificiel.

En 1853, M. Lunier a fait encore paraître un long travail, appuyé sur de nombreuses observations, destiné à montrer l'heureuse influence de la médication bromo-iodurée dans le traitement de l'aliénation mentale et de la paralysie générale (1).

M. Lunier est parti de cette idée que, dans le traitement de l'aliénation mentale, le rétablissement de la vie végétative coïncide presque toujours avec la disparition des phénomènes morbides de l'intelligence et du moral. M. Lunier s'est adressé aux plus importantes fonctions, à la digestion et à l'assimilation, et a trouvé dans la médication bromo-iodurée un médicament qui lui a paru satisfaire à cette indication; c'est dans les formes chroniques et principales dans la lypémanie qu'il produit les résultats les plus satisfaisants. Ici, peut-être, en dehors de son influence sur les fonctions digestives et le système absorbant, modifie-t-il aussi d'une manière favorable les lésions organiques des poumons et de l'abdomen qui tiennent si souvent sous leur dépendance l'altération des fonctions intellectuelles et affectives.

La médication bromo-iodurée détermine en général des résultats plus favorables chez les femmes que chez les hommes; il faut l'attribuer, selon M. Lunier, à l'action puissante qu'elle exerce sur les fonctions du système utéro-ovarien. Il n'est pas de meilleur emménagogue que ce médicament.

Il imprime de l'activité aux fonctions digestives, à toutes les sécrétions, et surtout au développement du système adipeux.

De plus, M. Lunier a publié plusieurs comptes rendus des services médicaux qu'il a été appelé à diriger comme médecin en chef des asiles d'aliénés de Niort et de Blois; ils renferment des recherches cliniques et anatomo-pathologiques très-approfondies sur les malades qu'il a traités.

Enfin, vous savez que M. Lunier est inspecteur général du service des aliénés de France.

A tous ces titres, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De faire imprimer son travail dans vos bulletins;

2° De le nommer membre titulaire de notre Société.

(1) Lu à la Société de médecine de Paris, séance du 7 juillet.

(1) Pilules bromo-iodurées :

Iodure de fer ou de potassium	1,80
Bromure	1,20
Racine de gentiane pulvérisée	2,00
Sirop d'armoise ou de fleurs d'oranger	q. s.

F. S. A. 60 pilules. En prendre 2 à 3 par jour.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

JULEP DE ARAN.

Sous-nitrate de bismuth . . .	4 grammes.
Diascordium	4
Julep	120

A prendre par cuillerées contre les vomissements et la diarrhée.

JULEP DE GUERSANT.

Julep gommeux.	25 grammes.
Éther sulfurique alcoolisé. . .	8
Acide sulfurique	8

Ce julep, formulé pour les enfants, se prend par cuillerées d'heure en heure dans la première et deuxième période.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 4 octobre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. le docteur **CABANELLAS**, à propos de la communication de M. Broca, adresse la lettre suivante :

« Cette marche de l'anthrax, si désolante par ses progrès incessants, dont parle M. Broca, m'avait frappé, il y a plus de quinze ans, chez une femme, cuisinière de profession, qui habitait une chambre donnant sur une petite cour d'écurie, rue Boudreau, n° 1.

« Agée de quarante-cinq ans, d'une assez forte constitution, elle mit plus de deux mois à guérir d'un anthrax qui avait envahi successivement, dans une grande étendue, la partie postérieure du tronc audessous des épaules.

« L'année suivante, à la même époque, dans le voisinage de la cicatrice, apparut un nouvel anthrax qui, dès le troisième jour, formait une tumeur de 10 à 12 centimètres de diamètre, et était le siége d'une tension et d'une chaleur si douloureuse que le sommeil était impossible.

« Dans l'espoir de circonscrire et d'abréger les accidents, je me décidai immédiatement à fendre la tumeur par une incision cruciale dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur, et je la cautérisai profondément avec du nitrate acide de mercure.

« La nuit suivante fut très-calme, la marche progressive s'arrêta, l'élimination des eschares se fit rapidement sans souffrance, et la cicatrisation était achevée en peu de jours.

« Telle est la formule que j'ai adoptée depuis pour le traitement de l'anthrax, et j'ai toujours vu les progrès du mal s'arrêter immédiatement après son emploi même chez les glycosuriques. »

— **M. TRÉLAT**, à l'occasion du procès-verbal, donne les détails suivants :

Phlébite consécutive au furoncle et à l'anthrax.

J'avais dit dans notre dernière séance, à propos de la remarquable observation communiquée par M. Broca, que plusieurs observateurs avaient vu et publié des faits analogues. J'ai recherché ces faits, et je demande à la Société de les lui exposer très-succinctement.

En 1859 et 1860, un médecin danois, M. Ch. Trüde, publia sous ce titre : *Cas de mort prompte dans des furoncles du visage*, quelques faits très-remarquables dont le plus caractéristique a été reproduit par notre collègue M. Follin dans son excellent *Traité de pathologie externe* (article FURONCLE).

Un étudiant de vingt et un ans, affaibli par des hémoptysies répétées, eut une éruption furonculeuse, et en dernier lieu un clou à la lèvre supérieure.

Au bout de quatre jours, frissons, céphalalgie, exophthalmie, phénomènes généraux très-graves; mort onze jours après l'apparition du furoncle.

A l'autopsie, abcès sous le furoncle, phlébite des veines faciale, ophthalmique, des deux sinus caverneux et du sinus coronaire.

M. Blachez ayant publié en 1863, dans la *Gazette hebdomadaire* (p. 716), un cas de phlébite faciale consécutive à une ulcération probablement syphilitique de la lèvre et ayant appelé l'attention des observateurs sur cette affection, M. le docteur Dubreuil, prosecteur à la Faculté, envoya bientôt au même journal (*Gaz. hebd.*, 1863, p. 764) deux observations sur l'une desquelles notre collègue M. Foucher pourrait donner des détails, puisqu'il a soigné le malade à l'Hôtel-Dieu après le départ de M. Laugier.

C'était un homme de quarante-huit ans, affaibli par la misère et malade depuis un mois. A son entrée à l'hôpital, il avait de petits furoncles multiples à la partie inférieure droite du front, une phlébite des veines fronto-pariétales, un abcès de la tempe et de l'exophthalmie causée par un foyer purulent intra-orbitaire. Des incisions convenables amenèrent l'évacuation des foyers et la déplétion des veines contenant du pus.

Au bout de deux mois, les fonctions générales étaient bonnes, mais le malade restait plongé dans un état de faiblesse et d'apathie.

Le second malade, vu par M. Dubreuil dans le service de M. Jarjavay, était âgé de quarante-cinq ans et sa constitution était bonne. Un furoncle, développé sur l'aile gauche du nez, se compliqua, au bout de quinze jours, d'accidents inflammatoires graves. Le malade entra à l'hôpital. On ouvrit plusieurs collections purulentes situées à la tempe, au front et à la paupière supérieure. Le malade mourut quinze jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une nappe de pus sous le cuir chevelu, un abcès dans chaque orbite, une phlébite purulente des veines ophthalmiques et du sinus caverneux et du pus infiltré sous la pie-mère.

Dans une thèse inaugurale subie en mai 1864 (*Sur les furoncles de la face*), M. Nadaud (Pierre-Paul-Louis) a réuni les faits qui précèdent et en a ajouté quelques autres. Tous ne sont pas également probants. Cependant l'observation recueillie dans le service de M. Laugier chez un homme de vingt-deux ans, qui mourut avec une phlébite de la veine ophthalmique, des sinus caverneux, coronaire et basilaire et une méningite purulente, l'un des faits empruntés au Mémoire de M. Fritz sur les rapports du diabète avec les affections inflammatoires et nécrosiques de la peau (*Archives*, 5e série, t. XI, p. 213), enfin une note de M. le docteur Cazin (de Boulogne) relative à un individu qui eut des furoncles multiples de la face et qui succomba à une phlébite des sinus caverneux reconnue à l'autopsie, ces trois faits rentrent bien évidemment dans le cadre de ceux que j'ai précédemment indiqués.

Voilà donc six cas bien incontestables de furoncles de la face qui se sont compliqués de phlébite; il est probable que des recherches plus étendues augmenteraient le nombre de ces cas, sur lesquels d'ailleurs l'attention des chirurgiens a été peu fixée jusqu'ici.

Ces observations offrent une grande analogie avec celle de M. Broca. Le processus morbide est le même et le résultat aussi grave. Une certaine différence mérite d'être signalée, c'est que dans la phlébite faciale l'inflammation des veines est souvent très-précoce. Peu de jours après l'apparition du furoncle, on voit survenir un empâtement rouge et diffus dont la nature est mal appréciée; c'est la phlébite des veinules cutanées qui se propage bientôt et atteint les grosses branches. Cette rapidité d'évolution me semble liée à la différence de disposition anatomique du système veineux à la face et dans d'autres points du corps. La richesse vasculaire de la face, le nombre des plexus veineux fins et superficiels qui entourent la base des lèvres et surtout les ailes du nez favorisent singulièrement le développement rapide de la phlébite.

M. VELPEAU. Il y a évidemment deux classes à faire dans l'histoire des anthrax : la première comprenant les anthrax petits et bénins, la deuxième les anthrax volumineux et malins.

C'est à cause de la confusion de ces deux sortes d'anthrax qu'on a vanté les traitements les plus opposés. En Angleterre, on a préconisé la compression, en Italie on a vanté les cataplasmes émollients comme le meilleur de tous les moyens. Dans les anthrax, tels qu'on les rencontre le plus ordinairement, il y a longtemps que j'ai remarqué que l'incision cruciale était insuffisante. Je préfère une multitude d'incisions (15, 20, 30, 40). En général, ces incisions doivent être faites du centre à la circonférence de la partie malade. Il faut de plus qu'elles dépassent cette circonférence d'au moins deux centimètres et qu'elles comprennent toute l'épaisseur des tissus enflammés. La distance qui les sépare doit être environ de deux centimètres. Il est bien entendu que ce traitement local ne dispense pas des moyens dirigés contre les accidents généraux. Si les malades redoutent beaucoup la douleur, on peut les soumettre aux inhalations d'éther ou de chloroforme, à moins de contre-indications formelles.

Ce traitement local par les *incisions multiples, suffisamment profondes et étendues*, a le plus souvent pour effet d'arrêter la marche envahissante de la maladie. On recouvre ensuite toute la région de cataplasmes un peu épais.

M. BOINET. Il est souvent difficile, dès le début, de savoir si on aura affaire à un anthrax ou à un furoncle. Dans le doute, j'ai l'habitude de badigeonner la moindre rougeur avec la teinture d'iode caustique. J'ai pu, de cette manière, faire avorter quelques anthrax commençants. Dans l'anthrax confirmé, après avoir fait les incisions multiples recommandées par M. Velpeau, je verse sur toutes les surfaces mises à nu de la teinture d'iode caustique dans le but d'éviter l'absorption purulente et putride en fermant, pour ainsi dire, les orifices veineux. M. Forget m'a dit avoir eu recours au même moyen, et il paraît que M. Nélaton a également adopté cette manière de faire.

M. DEMARQUAY. J'ai appliqué souvent le traitement préconisé par M. Velpeau, et mes malades en ont toujours retiré un grand avantage.

M. FORGET. Mis en demeure d'intervenir dans cette discussion par M. Boinet, je dirai, après avoir vu bon nombre d'anthrax depuis vingt-cinq ans de pratique, ce qui me paraît le mieux convenir pour son traitement. Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été dit des incisions, tout le monde est d'accord sur la nécessité de les faire prématurées, profondes et multipliées. Toutefois il y aurait quelque danger à prendre à la lettre le précepte formulé par M. Broca, de hacher la tumeur; on s'exposerait ainsi à avoir des lambeaux étroits et en communication avec les tissus ambiants par une base insuffisante à leur nutrition. Ces lambeaux, venant à se gangrener, laisseraient à nu une large surface où la cicatrisation, devant s'effectuer de toute pièce, exigerait une suppuration abondante et entraînerait une difformité plus grande.

Mais mon intention est de m'occuper plus spécialement de l'anthrax parvenu à sa seconde période, celle de suppuration et de mortification du tissu cellulaire. Je n'ai en vue que les inflammations du derme d'une grande étendue et dont je trouve le prototype dans l'anthrax que j'ai eu à traiter il y a un an environ. Étendu de l'occiput à la septième vertèbre cervicale, allant d'une épaule à l'autre et limité sur les côtés du cou par les muscles mastoïdiens, il offrait un gonflement considérable et donnait au toucher un bruit de crépitation caractéristique de l'infiltration des gaz au sein des tissus suppurés et sphacélés.

En présence de ce vaste foyer de gangrène et d'inflammation, je fis ce que j'avais fait dans des circonstances analogues; convaincu par expérience que souvent la mort des malades dans cette période de la maladie a lieu par intoxication due à la résorption des éléments putrides si nombreux dans l'anthrax, et convaincu, d'autre part, que le meilleur antiputride est la teinture d'iode, comme me l'ont démontré de nombreuses expériences faites avec M. Duroy sur des liquides physiologiques et pathologiques, j'incisai largement et crucialement ce vaste foyer, j'en retirai tous les flocons de tissu cellulaire à l'état de purulence et de sphacèle, puis je baignai toute la surface de teinture iodée.

Tant que des tissus sphacélés sont encore dans la plaie, je renouvelle les lotions iodées; j'ai soin que celle-ci en contienne toujours, et je m'assure de la présence de l'iode en plongeant dans les produits excrétés un linge amidonné qui bleuit à leur contact.

Il est bien entendu que je cesse l'application de la solution iodée dès que la plaie, débarrassée entièrement des éléments septiques, est en voie de cicatrisation régulière.

Grâce à cette médication, je n'ai pas encore vu un seul des malades qui y ont été soumis être atteint des accidents de résorption. Dans mes souvenirs, ne voulant tenir compte que des grands anthrax, j'en trouve cinq qui ont bien guéri par cette médication.

Pourra-t-on aussi, comme le prétend M. Boinet, faire avorter l'anthrax à sa période aiguë ou de développement à l'aide de ce moyen. Pour ma part, je ne le crois pas; et j'ai à cœur de bien établir les indications spéciales auxquelles j'ai appliqué la solution iodée au traitement de cette maladie.

J'ajouterai en terminant que M. Nélaton, auquel j'ai fait connaître ce mode de traitement et l'ordre d'idées qui me l'a fait adopter, m'a dit l'avoir appliqué avec succès.

M. GIRALDÈS. Il me semble que, pour pouvoir s'entendre, il faudrait tout d'abord distinguer les anthrax qui se produisent sans être précédés d'un état général plus ou moins grave, comme le diabète, et ceux qui ne sont qu'une des manifestations de cette dernière maladie ou de quelque autre également grave. Ces derniers anthrax résistent à tous les traitements. J'ajouterai maintenant, à propos du traitement conseillé par MM. Boinet et Forget, qu'il me paraît fort bon dans les régions pourvues d'une grande quantité de graisse; mais à la nuque, et dans quelques autres points aussi maigres, on ne peut, ce me semble, y avoir recours à cause de la mortification des aponévroses qu'on ne manquerait pas de produire. Son application me paraît également difficile et dangereuse aux lèvres et aux paupières. Je pense donc que la variété et la nature de l'anthrax, ainsi que la région où il se développe, doivent faire varier le traitement qui ne saurait, rationnellement, rester le même partout et toujours.

M. FOLLIN. Comme M. Velpeau, j'ai souvent eu recours aux grandes incisions multiples et profondes jusqu'aux aponévroses. Je dois dire que cela réussit souvent, mais non pas toujours. J'ai vu à Neuilly, avec M. le docteur Becquet, un malade dont l'état général resta grave malgré les grandes incisions. J'eus alors recours à la cautérisation des surfaces mises à nu par des lanières de chlorure de zinc, et je vis très-promptement les plaies se déterger et l'état général devenir meilleur.

M. BOINET. Je n'ai pas dit que la teinture d'iode arrêtait les anthrax, mais seulement les boutons de nature douteuse. Quant à la mortification des aponévroses, je ne l'ai jamais observée pendant l'emploi de ce moyen.

M. TRÉLAT. Si les incisions multiples et la cautérisation peuvent arrêter les accidents de l'anthrax, il me paraît difficile d'éviter la phlébite; car, par tous les procédés vantés jusqu'à présent, on ouvre une voie multiple à la propagation de l'inflammation veineuse. Le procédé opératoire de notre collègue, M. Guérin, pourrait peut-être éviter un peu mieux ce danger, en laissant aux incisions pratiquées, contre l'étranglement des tissus, le tégument naturel formé par la peau restée intacte. Je serais donc très-heureux de savoir, de M. Guérin, les résultats auxquels il est arrivé par la méthode de traitement qu'il a préconisée, à savoir, les incisions multiples sous-cutanées.

M. VELPEAU. Je désirerais qu'il fût bien entendu que je n'ai voulu parler que du traitement local et nullement des complications. Je répète qu'il est très-important que les incisions dépassent les limites apparentes du mal. Cela me paraît tellement la chose capitale, qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'inciser seulement ces limites et leurs environs; j'ai pu ainsi obtenir la guérison. Quant à la teinture d'iode, je l'ai employée très-souvent et je la considère comme un très-bon adjuvant, sans toutefois lui accorder toutes les propriétés qu'a signalées M. Boinet.

M. GUÉRIN. Je n'avais pas l'intention de prendre la parole sur cette question; j'ai soumis mon mémoire à l'Académie de médecine, et j'attends son jugement; mais, puisqu'on m'y invite, j'en résumerai la substance en quelques mots.

Comme tout le monde, j'ai pu constater les avantages des grandes incisions, mais j'ai eu aussi l'occasion d'observer les inconvénients qu'elles présentent. Un des plus fréquents est, sans contredit, l'infection purulente. Or, personne ne peut nier qu'elles ne multiplient les portes d'entrée aux éléments putrides et purulents, surtout quand on a affaire à ces tissus lardacés qui maintiennent béants les orifices veineux. Pour cette raison, et aussi parce qu'il ne me paraît pas nécessaire de faire porter le débridement sur la peau, j'ai eu recours à un procédé différent de celui généralement usité; je me suis contenté de faire des incisions multiples sous-cutanées. En ménageant ainsi la peau, je laisse une surface d'absorption moins grande; je diminue l'abondance de la suppuration, et enfin je cause moins de douleur au moment de l'opération. Ces trois considérations m'ont paru suffisantes pour recommander la méthode que je préconise, et, depuis dix ans que je l'emploie, j'ai toujours vu cette opération, d'ailleurs peu douloureuse, faire cesser immédiatement l'étranglement des tissus sous-cutanés. Ce manuel opératoire n'est pas difficile; un simple bistouri un peu long constitue tout l'appareil instrumental, et la seule précaution essentielle consiste à aboutir, au point de sortie, au delà de la partie enflammée. Si on incise assez profondément, on arrête la marche de la maladie en faisant cesser l'étranglement. Je regrette que mes collègues ne soient pas en mesure de juger ce procédé par leur expérience personnelle, car je suis persuadé qu'ils obtiendraient les mêmes résultats que j'ai signalés dans mon mémoire.

M. GUYON. Pour répondre au regret formulé par M. Guérin, je dirai que j'ai, deux fois, mis en usage le procédé qu'il a conseillé. Dans un premier cas, les phénomènes généraux ont continué; toute la partie centrale s'est mortifiée, la propagation circonférentielle de l'inflammation a été arrêtée.

Dans un deuxième cas, d'ailleurs simple, la guérison a été rapide. En résumé, cette méthode m'a paru présenter au moins autant de bénéfices que les autres, et je serais tout disposé à l'employer de nouveau, sans pour cela me croire en mesure de la juger aujourd'hui d'une manière définitive.

M. BROCA. Je ne parlerai pas du procédé opératoire de M. Guérin, je ne l'ai point encore appliqué. Quant à celui généralement employé, il me semble donner une surface sanglante plus étendue que celle qu'on obtiendrait par l'extirpation. En effet, je ne connais pas, quand l'anthrax a de grandes dimensions, une seule opération, pas même la désarticulation de la hanche, qui dénude une plus grande surface de tissus.

Je ne veux évidemment critiquer personne, puisque moi-même j'ai toujours eu recours au procédé vulgaire; mais je me demande s'il ne vaudrait pas mieux enlever le mal tout entier. C'est là, je le répète, une simple question que je soumets à l'appréciation de mes collègues. Le mal se propage ordinairement en profondeur et en surface. Son premier mode de propagation n'a rien de spécial; mais le second se fait par la peau.

L'anthrax, en effet, est primitivement une maladie des cavités glandulaires de la peau. Il résulte d'une réunion de furoncles, c'est un furoncle polyglandulaire. On a beau dépasser par les incisions les glandules cutanées, on n'en voit pas moins l'inflammation cheminer de proche en proche. C'est pour cela qu'il me semblerait avantageux d'enlever toute la partie malade, en en dépassant les limites. Je ne vois guère, à cette manière de faire, d'autre objection sérieuse que celle qui résulte de la difficulté de fixer exactement la courbe définitive de l'anthrax.

M. MARJOLIN. Je ne partage pas l'opinion de notre honorable président sur le mode de propagation de l'anthrax. Car j'ai pu observer sur moi-même que quand les incisions cruciales sont suffisantes, l'inflammation s'arrête, tandis qu'elle continue à se propager de proche en proche quand elles sont restées incomplètes. Et, d'ailleurs, qui pourrait répondre que l'inflammation septique ne s'étendra pas au delà de la partie enlevée? Mais, en supposant même qu'on n'ait point cette crainte, il ne me paraît guère possible de songer à l'extirpation quand l'anthrax occupe une très-grande surface, comme dans un cas où l'inflammation avait envahi l'occiput et la nuque tout entière. Dans ce cas, des incisions profondes et étendues m'ont permis d'obtenir, sans difformité notable, une guérison rapide.

M. DEMARQUAY. Il m'est arrivé si souvent d'arrêter la marche de l'anthrax par les grandes incisions, que je ne puis pas croire que ce ne soit pas là le meilleur traitement. Jamais je n'ai observé la phlébite de voisinage comme complication; l'induration des tissus, au milieu desquels se trouvent les veines incisées, me paraît être une raison pour que cette phlébite ne se développe pas. D'ailleurs, il me paraît évident que l'extirpation exposera, plus que les incisions, à la section de vaisseaux importants.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. GUYON présente à la Société un jeune homme de dix-huit à vingt ans, chez lequel une vaste brûlure a laissé une énorme cicatrice, au moyen de laquelle le bras gauche est réuni au thorax dans presque toute sa longueur. Il demande à ses collègues quel serait, suivant eux, le meilleur procédé opératoire pour rendre au bras sa liberté.

M. DEMARQUAY pense qu'on réussira en pratiquant une incision antérieure et une incision postérieure, puis une suture des deux bords de la plaie qui restera sur le côté de la poitrine.

M. PERRIN est d'avis que le procédé de Jones serait ici préférable; il consisterait à circonscrire, dans une incision en forme de V à pointe inférieure, un grand lambeau de tégument qu'on appliquerait ensuite sur le bras.

M. TRÉLAT croit qu'il y aurait à voir si on ne pourrait pas mettre ici à profit le procédé conseillé par M. Didot (de Liége) pour les doigts palmés.

M. GUYON fait observer qu'il serait disposé à faire deux opérations, en ayant soin de laisser entre elles un assez long espace de temps, ainsi que le recommande M. Denonvilliers pour presque toutes les autoplasties multiples. La première opération aurait pour but d'isoler le bras de la poitrine et de le recouvrir avec la peau existante. Un peu plus tard, il s'occuperait d'une deuxième autoplastie pour le creux de l'aisselle.

M. BROCA se rallie à la proposition faite par M. Trélat, et pense, comme ses collègues, qu'il y aurait grand avantage à ne pas se hâter de réparer le vide restant dans le creux de l'aisselle, attendu qu'il pourrait peut-être se combler spontanément.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

CORRESPONDANCE.

A M. le directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux*, du 5 octobre, M. le docteur Armand Després consacre, à l'appréciation des *éléments de pathologie* de Niemeyer, une colonne dans laquelle nous sommes dans la nécessité de relever plusieurs inexactitudes.

Lorsqu'on cite une phrase, il faut le faire textuellement, sous peine d'altérer le sens; aussi lorsque M. Després, citant un passage de la préface de Niemeyer, dit : « A Virchow revient le mérite d'avoir transformé la pathologie et de l'avoir mise en harmonie avec la physiologie moderne. » Il faut lire : « A Virchow revient le mérite d'avoir transformé la *pathologie générale*, etc. » L'addition du participe *générale*, souligné dans la préface de ce livre, a un sens, et, si M. Després ne l'a pas compris, nous voulons bien le lui expliquer. Cela veut dire que, de même que la physiologie générale consiste essentiellement aujourd'hui dans l'étude des fonctions des *éléments anatomiques*, de même la pathologie générale se fonde sur la connaissance des altérations de ces mêmes éléments. Tel est précisément l'objet du cours de pathologie générale que Virchow fait chaque année, et personne, que je sache, n'a plus fait que lui pour cette partie fondamentale de la médecine.

M. Després reproche aussi à l'auteur du livre de ne pas citer assez de noms; mais M. Després oublie que c'est là un manuel, et Niemeyer a eu soin de nous prévenir dans sa préface que la place dont il disposait ne lui permettait pas de donner la bibliographie complète. « Les ouvrages, dit-il, que j'ai consultés le plus souvent pour la rédaction de ce traité, n'ont pas été mentionnés, afin que le court espace dont je pouvais disposer ne fût pas rempli de citations. »

Il est bien rare, du reste, qu'une simple citation soit de quelque utilité et reproduise les idées d'un auteur; nous n'en voulons pour preuve que ce que M. Després dit à l'occasion de Broussais et de la phthisie pulmonaire : « L'irritation génératrice des tubercules se développe dans la membrane muqueuse des bronches ou de leurs cavités vésiculaires et dans le tissu cellulaire et vasculeux interposé entre ces cavités. » Est-ce là une formule précise et qui nous apprenne quelque chose? Nullement, car on peut la traduire en disant : « L'irritation génératrice des tubercules siége dans le poumon. » Broussais a, en effet, énuméré dans cette phrase, comme siége de son irritation, toutes les parties, sauf les nerfs qui entrent dans la structure du poumon. Si M. Després avait connu les opinions de Broussais sur la phthisie, il aurait su qu'à d'autres passages de ses œuvres il précisait davantage, mais sans être plus vrai, le siége des tubercules. Il les regardait comme dus à l'inflammation chronique des vaisseaux lymphatiques, hypothèse pure que jamais ni lui ni personne n'ont vérifiée anatomiquement (Broussais, *Histoire des phlegmasies chroniques*, 4e édition, t. I, p. 25; t. II, p. 2. *Examen des doctrines*, t. IV, p. 224, 3e édition). La physiologie était, du reste, à l'époque de Broussais, bien peu avancée encore, et les travaux d'anatomie générale de Bichat devaient aussi être bientôt modifiés profondément par ceux des histologistes. Aussi, lorsque M. Armand Després félicite l'auteur allemand de son *admiration naïve* (lisez chauvinisme) pour ses compatriotes, nous pouvons lui faire le même compliment, à cette seule différence près que celui de M. Després est d'un demi-siècle en retard.

Dr CULMANN.

Nous ne nous arrêterons pas à une omission qui nous est reprochée. C'est une dispute de mots, tous nos lecteurs savent que le mot pathologie comprend le terme pathologie spéciale et pathologie générale; laissons donc de côté cette querelle.

D'ailleurs nous n'avons pas à changer notre histoire; Broussais est réellement le promoteur de la médecine physiologique que l'Allemagne réinvente aujourd'hui sous le titre de « Pathologie générale mise en rapport avec la physiologie moderne. » Ce n'est pas parce que les Allemands substituent les mots de processus, de prolifération, d'irritation cellulaire aux mots poussée inflammatoire et irritation locale, qu'ils deviennent possesseurs de la doctrine de l'irritation organique; et il nous paraît que si Broussais a cité Themison et Brown, les solidistes de l'antiquité et du siècle dernier, M. Virchow peut citer Broussais et même de Blainville à côté de Schleiden et de Schwann.

Mais il serait trop long ici de reprendre nos vieux auteurs pour y montrer les premières phases des découvertes et des théories modernes. Il serait encore plus long de rappeler tous les emprunts qui nous ont été faits.

Nous croyons en avoir assez dit pour pouvoir lire sans humiliation et désormais sans colère les livres où les Allemands et même les Anglais naturalisent chez eux un grand nombre des travaux français. Si nous avons pris la parole, ce n'était pas pour faire rendre des honneurs légitimes à la mémoire de nos grands hommes et aux œuvres de nos illustres maîtres, ce n'était pas afin de réclamer une satisfaction tardive pour notre orgueil national, c'était pour rappeler aux Allemands que la fumée de l'admiration que l'Allemagne a pour elle-même n'était pas encore assez épaisse pour obscurcir les lumières de notre pays. — Dr Armand Després.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Les juges du concours pour l'internat sont MM. Frémy, Lorain, Féréol, Depaul, Monod, juges titulaires; MM. Demarquay, A. Fournier, juges suppléants.

— Les juges du concours pour l'externat sont MM. Siredey, Reynaud, Parrot, de Saint-Germain, Liégeois, juges titulaires; MM. Cadet de Gassicourt, Guéniot, juges suppléants.

— Le concours pour les prix de l'internat en médecine et en chirurgie sera ouvert le 4 novembre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. On s'inscrit depuis le lundi 9 octobre jusqu'au samedi 21 du même mois inclusivement.

Erratum. — Quelques fautes typographiques se sont glissées dans notre dernier numéro.

Dans l'article potion de Richet (de Forges) un point et virgule se trouve déplacé; il faut le restituer de la manière suivante : *un sinapisme à l'épigastre permet d'obtenir la tolérance pendant les vomissements*; la note de la rédaction se rapporte aux Conseils hygiéniques et non à la potion de Richet (de Forges).

Uréthrotomie, rétrécissements de l'urèthre, par le docteur BEYRAN (extrait de son *Cours des maladies des voies urinaires*). Chez Germer Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. CLAYE, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 122. — MARDI 17 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 17 OCTOBRE 1865. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 OCTOBRE 1865.

Le Choléra.

La situation sanitaire de Paris demande à être envisagée avec calme, sans exagération, mais aussi sans illusion comme sans faiblesse. Nous ne saurions dissimuler que la semaine qui vient de s'écouler a vu augmenter d'une manière sensible le nombre quotidien des nouvelles invasions. Nous sommes manifestement dans la période ascendante de la maladie. Où et quand s'arrêtera-t-elle? Il n'est donné à personne sans doute de le savoir. Mais on peut, du moins, sur une appréciation exacte de l'état actuel des choses, fonder des présomptions pour l'avenir. Nous avons dit, dès le début de l'épidémie actuelle, que de l'impression produite par l'aspect des premiers malades et des renseignements recueillis sur leur compte, il résultait pour nous que la maladie paraissait ne devoir frapper qu'avec une médiocre intensité et qu'elle n'atteignait jusque-là exclusivement que des sujets prédisposés par des souffrances antérieures, par les privations et par l'influence des plus mauvaises conditions hygiéniques. Malgré l'augmentation qui est survenue depuis, rien n'est changé au fond dans notre opinion. Et cette opinion n'est pas le fait d'un vague pressentiment ou d'un légitime désir, elle résulte de l'appréciation même des faits. De tout ce que nous avons vu jusqu'ici il ressort, en effet, que l'épidémie actuelle présente dans ses débuts, dans sa marche, dans sa physionomie, tous les caractères de l'épidémie de 1853-54. Voici ce que nous écrivions le 19 novembre 1853 au début même de cette épidémie, à propos des premiers malades qui s'étaient offerts alors à notre observation :

« Nous n'avons trouvé chez aucun de ces malades les caractères si accusés par lesquels s'annonçait l'épidémie de 1849 et surtout celle de 1832. Les déjections alvines et les vomissements ont bien la fréquence et le caractère spécial des évacuations cholériques ; l'absence des urines, l'extinction de la voix, le refroidissement de la peau, les yeux caves et la teinte cyanosée de la peau sont bien autant de signes qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection ; mais nous n'avons trouvé chez aucun ces signes élevés à ce haut degré d'intensité qui annonce une fin prochaine et inévitable. La température de la peau est abaissée, mais elle n'est pas froide, algide ; la langue conserve sa température normale ; la circulation est considérablement ralentie, mais non complétement enrayée. Nous avons pu constater chez presque tous des pulsations très-faibles, mais enfin perceptibles à l'artère radiale. La teinte de la peau est légèrement cyanosée, mais elle n'offre point cet aspect bleuâtre si caractéristique, et l'on ne voit point cette altération profonde des traits et cette fonte rapide des tissus qui rend les sujets méconnaissables en quelques heures. Enfin quelques caractères manquent tout à fait, et entre autres les plus douloureux et le plus pénible de tous, les crampes. Les malades accusent une anxiété précordiale, un malaise extrême, des douleurs vagues dans tous les membres, mais aucun de ceux que nous avons vus n'a accusé de crampes. Il y a, enfin, chez presque tous les malades une tendance beaucoup plus facile à la réaction. »

Or, cette esquisse se rapporte, à bien peu de chose près, à ce que nous voyons en ce moment. Sans doute il y a des cas extrêmement graves, nous en avons vu quelques-uns présenter l'ensemble le plus complet des symptômes du choléra asiatique, tels qu'ils se présentaient dans les plus mauvais jours de 1832 et de 1849, et se terminer rapidement par la mort. Il y en aurait eu même, au dire de quelques-uns de nos confrères, qui auraient été foudroyants et qu'aucun prodrome n'aurait annoncés. — On ne nous a pas dit, il est vrai, quel était l'état antérieur de santé de ces individus. — Toujours est-il que ce sont là de véritables exceptions. Dans le plus grand nombre des cas les choses se passent autrement. Comme en 1853, nous voyons le plus souvent la maladie se présenter, dès ses débuts, avec ses principaux symptômes caractéristiques, sans doute, mais atténués, pour la plupart, dans leur intensité. La réaction s'établit vite en général ; ce n'est pas toujours, il est vrai, un garant certain de la guérison, car plusieurs malades succombent aux accidents consécutifs à cette réaction ; mais du moins cette circonstance indique suffisamment une atténuation dans l'intensité de la cause morbide, et elle laisse à l'intervention médicale une grande part d'action et aux efforts naturels des chances qu'on eût vainement attendues d'une plus longue persistance de la période algide.

Ajoutons que, comme en 1853, les maladies habituelles continuent à suivre leur cours ordinaire sans paraître sensiblement influencées par le voisinage de l'épidémie et sans en porter l'empreinte, ainsi que cela se voit généralement dans les grandes épidémies et notamment dans celles de 1832 et de 1849. Une dernière circonstance, enfin, qui complète la ressemblance, c'est le très-petit nombre de cas qui se manifestent sur place, dans les hôpitaux, parmi les malades atteints d'autres affections. La proportion dépasse à peine celle des invasions quotidiennes qui ont lieu en ville par rapport à la masse de la population ; circonstance très-importante et dont nous ferons ressortir ailleurs toute la signification au point de vue d'une des questions qui préoccupent le plus l'opinion publique en ce moment. — Or, si l'on considère qu'il s'agit ici d'individus déjà malades et dont quelques-uns ont des affections qui constituent par elles-mêmes une prédisposition manifeste à l'explosion des accidents cholériques, on reconnaîtra au moins à ce signe que la maladie est bien loin jusqu'ici de constituer un de ces foyers d'infection si redoutables pour tout ce qui les avoisine.

C'est en nous fondant sur ces grandes analogies de la maladie actuelle, avec celle de 1853, que nous nous croyons fondé à présumer que l'épidémie qui est en face de nous, n'acquerra qu'une médiocre intensité et qu'elle n'aura pas les résultats funestes des épidémies précédentes. Nous trouvons un motif de plus de confiance et de quiétude dans l'active surveillance et le zèle éclairé de l'administration, prête à pourvoir à toutes les éventualités, ainsi que dans les merveilleuses conditions d'assainissement réalisées dans ces dernières années et qui ne demandent qu'à être complétées pour faire de Paris l'une des villes les plus salubres du monde. On n'ignore pas, en effet, et l'expérience des épidémies précédentes nous l'a assez éloquemment appris, que si l'insalubrité et l'inobservance des règles de l'hygiène ne suffisent pas pour donner naissance au choléra, elles ont du moins une influence considérable sur son développement et sa propagation.

Est-ce à dire que nous devions nous endormir dans cette semi-quiétude et nous croiser les bras en présence d'éventualités qui, après tout, peuvent déjouer toutes les prévisions et démentir tous les calculs? Non, sans doute. Nos confrères le savent comme nous, et ils n'ont nul besoin que nous leur rappelions leurs devoirs ou que nous cherchions à exciter leur zèle. Notre tâche doit se borner à les avertir. Qu'ils surveillent de près les nombreuses indispositions gastro-intestinales qu'on observe dans ce moment, et qui, le plus souvent, sont moins les prodromes d'une maladie grave, imminente, que l'expression même réduite et considérablement atténuée de l'influence morbide générale, agissant plus ou moins ostensiblement sur tous.

Et qu'en présence d'un cas grave confirmé, ils recourent sans hésiter et sans perdre en tâtonnements funestes un temps précieux, à la médication qui répond le mieux à l'indication capitale ressortant de la nature même des accidents et dont l'expérience a le plus sûrement consacré l'utilité, c'est-à-dire à la médication stimulante interne et externe, médication variable à l'infini pour le choix des moyens, mais constante dans son but comme dans ses effets, bien que trop souvent malheureusement insuffisante ; — toutes réserves faites, d'ailleurs, sur la question de la méthode évacuante au début, qui est encore l'objet de quelques dissidences entre les praticiens. — Nous reviendrons, du reste, sur l'ensemble des moyens du traitement du choléra, et en particulier sur ce point important de thérapeutique, quand nous serons en mesure d'exposer les méthodes actuellement usitées dans les divers services des hôpitaux. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. DEVILLIERS.

Avortement provoqué à 5 mois de grossesse chez une femme rachitique, dont le bassin présente une conformation particulière et rare.

Appelé par les docteurs Mézières et Boys de Loury, pour examiner une femme qui présentait un vice de conformation du bassin, de nature à rendre l'accouchement à terme impossible, je vis une naine qui ne mesurait qu'un mètre deux centimètres de hauteur et présentait tous les caractères du rachitisme le plus prononcé. Sa colonne vertébrale offrait deux courbures en sens opposés, l'une supérieure à concavité antérieure et gauche, l'autre inférieure à concavité postérieure et droite. Les extrémités inférieures, fémurs et tibias, étaient incurvées aussi en deux sens opposés, de manière à représenter exactement la forme de la lettre X. Mais, ce que la fille Louise M... présentait surtout de remarquable, c'était la conformation du bassin, lequel paraissait extérieurement petit, même relativement à la petite taille de la femme. Les pubis n'offrent qu'une saillie modérée, les hanches sont très-peu saillantes, la droite surtout, qui est complétement effacée et déprimée dans toute sa moitié postérieure. L'examen interne fait constater l'existence d'un rétrécissement considérable du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation, rétrécissement plus prononcé dans le sens du diamètre bisiliaque, par suite d'une saillie osseuse que l'on rencontre sur la paroi latérale gauche du bassin, et qu'un examen attentif permet de reconnaître pour être l'angle sacro-vertébral et la partie supérieure du sacrum. Ici, en effet, les dernières vertèbres lombaires et les premières pièces du sacrum ont subi une torsion de gauche à droite sur leur axe et en même temps une forte incurvation en avant. Cette déformation singulière donne à l'ensemble du détroit supérieur et d'une partie de l'excavation la forme d'un croissant, dont le milieu de l'arc rentrant, correspondant à l'angle sacro-vertébral, regarde la cavité cotyloïde droite, tandis que la pointe droite du croissant se prolongerait en arrière, la pointe gauche restant sur un plan plus antérieur à gauche de la femme. On dirait, enfin, que si l'on suppose les os du bassin ramollis et les deux os pubis et l'os iliaque gauche maintenus dans leur situation normale, une pression a été exercée d'une part sur l'os et surtout sur la crête iliaque droite, en même temps qu'une torsion de gauche à droite et d'arrière en avant a été imprimée aux parties inférieures de la colonne lombaire et supérieures de l'os sacrum. Il est résulté de cette viciation du bassin un rétrécissement considérable qui a porté à 43 millimètres le diamètre, s'étendant du milieu de la saillie vertébrale, à un point correspondant à l'éminence iléopectinée droite ; les autres diamètres, pris de cette saillie aux différents points du détroit supérieur, n'offrant que de 40 à 35 et 25 millimètres d'étendue. Ces mesures internes ont été prises avec le doigt et avec l'intropelvimètre bilatéral que j'ai représenté, il y a plusieurs années, à l'Académie. Quant au detroit inférieur de ce bassin, il ne présente pas de rétrécissement à noter ; mais les mesures des diamètres, prises à l'extérieur, indiquent une diminution considérable, dans tous les sens, lorsqu'on les compare à celles des bassins normaux. Dans des conditions semblables de rétrécissement du bassin, le parti à prendre ne pouvait être douteux : l'avortement provoqué. La fille L... M... se trouvait au terme de cinq mois environ. Pour provoquer le travail, j'eus recours à la dilatation au moyen d'un appareil analogue à celui de M. Tarnier, que je n'avais pas sous la main et que je construisis extemporanément à l'aide d'une petite vessie en caoutchouc, attachée à l'extrémité d'une sonde en gomme et qui fut dilatée graduellement avec de l'eau tiède et à un degré déterminé par l'échelle marquée sur la tige de la seringue à injection ordinaire. Les premières douleurs se manifestèrent dix-huit heures après la première application du dilatateur, qui avait été porté à 6 centimètres de diamètre. Le travail marcha régulièrement, et, le lendemain, on put saisir l'extrémité pelvienne du fœtus qui se présentait et procéder à son extraction. Mais, lorsque la tête dut s'engager entre les bords du détroit supérieur, les tissus du cou et les ligaments vertébraux se déchirèrent malgré les précautions prises, et la tête resta dans l'utérus. Profitant alors de la présence du cou dont on sentait les vertèbres au détroit supérieur, j'introduisis, à travers le canal vertébral, un fil de fer recourbé dont je me servis pour broyer la matière cérébrale ; puis j'attendis pendant six heures le résultat que pourraient amener les contractions utérines. Celles-ci, malheureusement, cessèrent, et il fallut chercher à extraire la tête. Mais le degré de rétrécissement du bassin ne permettait que d'introduire un ou deux doigts sur leur plat ou d'employer des pinces à dents et à érignes, moyens qui n'eurent pour effet que la disjonction des arcs vertébraux. C'est alors que, comptant sur l'évacuation de la matière cérébrale et sur le degré peu avancé d'ossification des os du crâne, j'eus l'idée de passer derrière la femme, d'appliquer la paume des deux mains sur le fond de l'utérus, à travers les parois abdominales et d'exercer une pression graduée, mais assez vive sur la tête du fœtus, qui fut écrasée contre les parois du détroit supérieur, se moula sur elles, s'y engagea, et fut chassée au dehors avec le placenta. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier à noter, et la femme se rétablit.

Deux choses me paraissent dignes d'attention dans cette observation, d'abord le degré et surtout la forme particulière du rétrécissement du bassin de la fille L... M.... On trouve bien, dans les annales de la science, des bassins rachitiques autant

et plus rétrécis que celui de cette femme, entre autres celui qui a été décrit dans l'ouvrage de Nægèle et dont les diamètres n'étaient que de 13 à 30 millimètres. La fille Julie G..., que Cazeaux, le professeur P. Dubois et Lenoir, firent successivement avorter et qui fut l'objet de la discussion académique sur l'avortement provoqué, n'avait qu'un rétrécissement de 60 à 80 millimètres. Mais je n'ai trouvé que, dans les collections si riches de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, un bassin ayant beaucoup de ressemblance, quant à la forme du détroit supérieur, avec celui de la fille L... M... que j'ai opéré, bassin offrant aussi un rétrécissement bilatéral en forme de croissant. Dans des recherches présentées jadis à l'Académie, j'avais cherché à démontrer qu'il était très-rare que le bassin de la femme présentât une régularité parfaite entre les deux moitiés, et que le milieu de l'angle sacro-vertébral correspondît exactement au milieu de la symphyse pubienne; qu'un des résultats les plus curieux de cette irrégularité était que, dans plus de la moitié des cas, le diamètre oblique gauche offrait plus d'étendue que le droit. Mais cette déviation de l'angle sacro-vertébral s'est montrée au plus haut degré possible chez la fille L... M....

Quant au procédé que j'ai employé pour provoquer le travail, c'est celui de la dilatation par un appareil semblable à celui de MM. Lépine et Moyne (de Dijon), que j'ai fait connaître précédemment à l'Académie. Mais, pour échapper au reproche fait à cet appareil par M. Depaul, au sujet du degré excessif et inconnu de dilatation qu'on risquait de lui donner, j'ai dilaté l'ampoule de caoutchouc avec une seringue à tige graduée, dont 1° 1/2 donne 4 centimètres de dilatation, 2° 1/2 5 centimètres, 3° 6 centimètres, etc. A l'aide de ce moyen si simple, on sait parfaitement ce que l'on fait, et on a vu que les premières douleurs régulières se sont développées au bout de dix-huit heures avec un diamètre de 6 centimètres de l'ampoule. C'est un nouvel exemple en faveur de l'efficacité et de l'innocuité des appareils dilatateurs du col de l'utérus. Je rappellerai, enfin, les deux procédés que, dans l'impossibilité où j'étais d'introduire des instruments comme le céphalotribe et de les faire agir, j'ai été contraint d'employer pour extraire la tête du fœtus restée dans l'utérus, c'est-à-dire le broiement de la matière cérébrale à travers le canal vertébral et l'écrasement de la tête fœtale contre les bords du détroit supérieur par la pression exercée, à l'aide des deux mains, à travers les parois abdominales et utérines, et sans aucun accident pour la femme.

CLINIQUE DES MALADIES DE L'OREILLE. — M. TRIQUET.

Diagnostic différentiel des altérations de la membrane du tympan (1).

MALADIES ACCIDENTELLES.

6° *Blessures de la membrane du tympan.*

Tous les corps qui nous environnent, vivants ou inanimés, peuvent blesser la membrane du tympan : les insectes en s'introduisant dans le conduit auditif, par exemple, les puces, mouches, punaises, grillons, surtout le perce-oreille. Ces insectes sont très-friands de la cire qui se trouve dans l'oreille, et ils cherchent à s'y introduire, attirés par l'odeur. Malheureusement ils ne tardent pas à s'y engluer, et c'est alors qu'ils piquent les membranes avec leurs suçoires et leurs tarières, font naître une violente douleur, déterminent un écoulement du sang, etc. La simple inspection, à l'aide d'un bon spéculum à deux branches et d'un éclairage convenable, suffira toujours au diagnostic, si d'ailleurs les commémoratifs n'avaient déjà mis le praticien sur la voie, par exemple, le malade habitait la campagne en été, il avait l'habitude de dormir au milieu des champs, etc.

Quant aux corps étrangers inanimés, nous trouvons les grains de sable, les cailloux, que les enfants s'introduisent en jouant dans les oreilles, les bouts d'allumettes dont les grandes personnes se servent pour se nettoyer les oreilles, et qui peuvent s'y briser et y rester implantées dans le cérumen et dans le tympan ; viennent ensuite les épingles, les aiguilles employées à tort pour le même usage; enfin, j'ai retiré de l'oreille des objets bizarres, un grain de chapelet, une gousse d'ail, un petit pois rond, un fragment de haricot, une tige d'oignon, un porte-plume en ivoire, des pepins de fruits, qui avaient blessé la membrane.

Vous savez aussi que la cloison tympanique peut être déchirée par les efforts de toux, pendant les quintes de la bronchite, de la coqueluche surtout; pendant l'action de se moucher ; en plongeant dans l'eau ; pendant un cathétérisme malheureux et aussi pendant l'exploration de cette membrane avec le stylet, moyen dangereux et que je vous engage à n'employer qu'avec une extrême réserve.

Enfin, vous m'avez souvent entendu parler de la déchirure en étoile, que présente la membrane du tympan chez les artilleurs. L'année dernière, en traitant des perforations du tympan, nous avons étudié toutes les causes et je vous en ai montré des exemples; je ne puis que vous les rappeler aujourd'hui.

Le diagnostic des blessures du tympan, produites par les accidents et les corps étrangers, n'offre en vérité que peu ou point de difficulté au praticien, qui a une certaine habitude d'explorer l'oreille, et à la condition d'interroger les commémoratifs et de suivre les règles de l'otoscopie dont nous avons parlé dans la première leçon.

(1) Fin. — Voir le numéro du jeudi 12 octobre 1865.

2° *Relâchement et tension exagérés de la membrane du tympan.* — Il est certain que si le muscle interne du marteau ou tenseur de la membrane du tympan a perdu tout ou une partie seulement de sa contractilité, la cloison subit un relâchement proportionnel. Ce petit muscle, le plus petit même de tous les muscles, est animé par un filet du ganglion optique, et, malgré les assertions contradictoires, je l'ai prouvé, d'une manière incontestable, sur des pièces présentées au concours, en 1850, pour la place de prosecteur des hôpitaux (1).

Animé par un filet nerveux d'un ganglion crânien, le muscle du marteau peut donc se contracter sous l'influence de la volonté et relâcher ou tendre la membrane du tympan, par exemple quand un son vient frapper notre oreille. Mais il peut aussi, et c'est le cas le plus fréquent, agir indépendamment de la volonté.

Par conséquent toutes les fois que, par une cause quelconque, le muscle du marteau ne pourra se contracter, la membrane tympanique sera relâchée outre mesure et le malade plus ou moins sourd. Or, c'est là une suite fréquente des vieilles phlegmasies de la caisse et surtout chroniques; infiltrant les membranes et les os de produits plastiques, fibreux même, ces maladies (les otites surtout) sont une des causes les plus certaines de la paralysie du muscle tenseur et de l'ankylose des osselets, une chose surprenante, et qui paraîtrait difficile à croire, si deux observateurs éminents ne l'avaient constatée (2).

Le muscle interne du marteau a été trouvé détruit pendant le cours d'une otite phlegmoneuse. Saissy (3), et d'après Beck (4), le tendon de ce muscle peut se rompre, pendant un éternument violent et saccadé, de la même manière que le plantaire grêle peut se rompre pendant une violente contraction.

Dans les deux cas, la membrane du tympan est dans le relâchement complet, et le malade est sourd. Je ne connais pas d'autre signe diagnostic.

Diverses causes peuvent encore déterminer la tension et le relâchement consécutifs de la cloison; ainsi, quand elle est libre d'adhérences, on la voit se tendre pendant l'expiration forcée ou l'insufflation d'air, et des points lumineux disséminés se montrent à sa surface.

Notons encore que la membrane offre une tension plus ou moins grande dans les rétrécissements de la trompe, et son obstruction pendant le catarrhe de l'oreille muqueuse, quand la caisse se remplit de mucosités.

Que ces causes de tension viennent à disparaître après une certaine durée, la membrane, quoique très-élastique, aura perdu une partie de son ressort et pourra offrir un relâchement momentané ou durable, facile à constater, et que le praticien sera appelé à combattre, car c'est une cause de surdité.

Je dois dire ici que c'est dans ces circonstances que la médication névrosthénique réussit à merveille.

3° *Inflammation du tympan. Perforations.* — L'inflammation du tympan est une maladie fréquente. Aiguë ou chronique, simple ou spécifique, elle présente une série de symptômes anatomiques, faciles à constater, et le diagnostic n'offre aucune incertitude.

Ces symptômes sont primitifs, secondaires ou tertiaires; ils sont tous d'une extrême importance. Je vais seulement les énumérer dans l'ordre de succession, où ils se présentent à l'observateur, en ayant traité assez amplement dans un autre moment (5).

1° Symptômes anatomiques primitifs de la myringite : 1° rougeur; 2° vascularisation; 3° tuméfaction.

Ces trois symptômes seuls, quand on les trouve réunis d'une manière évidente, permettent d'affirmer que la membrane est atteinte de phlegmasie aiguë; les symptômes subjectifs, tels que la chaleur, la douleur, l'altération de l'ouïe, etc., ne viennent qu'en deuxième ligne et sont seulement confirmatifs.

Mais les malades ne sont pas toujours disposés à nous montrer leur oreille. Au début de la période aiguë, et alors nous ne pouvons observer que les symptômes anatomiques secondaires, ils sont au nombre de huit : 1° L'épanchement de sang; 2° la suppuration diffuse (épanchements interlamellaires) ou rassemblée en foyer (abcès); 3° les adhérences; 4° les changements de couleur (molécule, nuage, leucôme, opacité); 5° les ulcérations rondes, ovales, triangulaires, petites, moyennes, grandes, et pouvant siéger sur tous les points de la membrane, selon la cause qui les a produites; 6° la gangrène pendant la rougeole, la scarlatine, la variole, la fièvre typhoïde surtout; 7° les granulations que la nature fait naître, que l'art cherche à développer, pour réparer, autant que possible, les altérations précédentes; 8° enfin la cicatrisation.

Je dois ajouter que, dans les affections chroniques et invétérées, nous ne voyons les malades que pour enregistrer des lésions tertiaires et souvent irrémédiables, par exemple :

1° L'épaississement parcheminé de la membrane du tympan et l'opacité absolue des feuillets qui composent cette toile mince et délicate.

(1) Le ganglion otique manque chez les animaux privés de membrane du tympan, preuve évidente de la fonction qu'il doit remplir. Ayant désiré, il y a quelques années, montrer à mes élèves ces préparations des ganglions des nerfs crâniens, qui m'avaient coûté tant de labeur, je me suis présenté à l'amphithéâtre des hôpitaux et j'ai eu le chagrin de voir qu'elles étaient détruites.

(2) *Leçons cliniques*, p. 121 et suiv.

(3) Saissy, *Essais sur les maladies de l'oreille*. 1827.

(4) Beck, *Die Krankheiten des Gehœrorgans*. 1832.

(5) *Leçons cliniques*, p. 16 et suiv.

2° Son insensibilité plus ou moins complète.

3° Les changements de forme vraiment incroyables qu'elle a subis.

4° L'induration syphilitique ou le ramollissement scrofuleux de son tissu.

Quant au diagnostic différentiel, il repose sur la connaissance de la cause : le catarrhe, la vérole, la scrofule, le rhumatisme, la goutte, etc. C'est-à-dire qu'après avoir examiné la lésion locale, vous aurez à rechercher l'état diathésique de l'individu, et, dans les cas douteux, l'habitude entière du malade sera scrutée avec le plus grand soin.

Ainsi vous trouvez une perforation centrale, ronde, de moyenne grandeur, comme chez le malade que vous avez examiné tout à l'heure. Eh bien! tout n'est pas fini ; quand vous avez constaté une perforation, il faut encore savoir si cette perforation est due au catarrhe de l'oreille externe ou moyenne, si elle dépend d'une otite scrofuleuse, syphilitique, goutteuse, herpétique, etc.

Je suppose, bien entendu, que toute cause traumatique doit être éliminée comme dans l'exemple que j'ai choisi.

Si vous interrogez le malade, il vous répond que c'est à la suite d'une douleur d'oreille de quelques jours que l'écoulement s'est manifesté, et qu'il a entendu l'air sortir en sifflant du conduit auditif pendant l'action de se moucher. Vous savez déjà que vous avez affaire à une perforation, suite d'otite. Si vous apprenez, en outre, que le sujet, jusque-là bien portant, a pris un refroidissement ou a reçu sur l'oreille un courant d'air, et que la douleur et l'écoulement ont suivi de près l'impression du froid, il n'y a pas de doute, vous avez sous les yeux une perforation de nature catarrhale. La forme, la direction, le siége de la perforation viendront encore corroborer votre diagnostic; ainsi, la perforation est linéaire, verticale, sans perte de substance ; elle est située un peu au-dessous et en avant du manche du marteau.

C'est le lieu d'élection de ces perforations catarrhales.

Pour reconnaître si une perforation est d'origine scrofuleuse ou vérolique, vous m'avez vu procéder de la même manière : ainsi, pour la petite fille qui a une perforation, suite d'otite strumeuse, vous m'avez vu, après avoir constaté la perforation, examiner les ganglions du cou et sous-maxillaires; ils étaient engorgés, et on trouvait même la cicatrice d'une écrouelle; les narines étaient croûteuses, les paupières rouges et granulées, et enfin un nubécule sur une cornée, indice certain d'une kératite ancienne et également scrofuleuse. Nous avons ensuite cherché à interroger l'hérédité, mais nous n'avons rien trouvé de positif dans les renseignements qui nous ont été donnés : cela n'a rien d'étonnant, et, même dans la pratique ordinaire, les malades vous sauront gré de ne pas trop insister sur ces questions délicates.

De même pour les perforations syphilitiques, goutteuses et herpétiques, etc.

La perforation syphilitique étant un symptôme secondaire, le malade portera les traces d'un chancre induré, des plaques muqueuses à la gorge ou à l'anus, des syphilides dans les cheveux, des ganglions au cou et dans le triangle que vous connaissez. Le goutteux vous dira que c'est au déclin d'un accès de goutte qu'il a souffert de l'oreille ; le dartreux aura des manifestations herpétiques en divers points de la peau, etc.

5° *Opacité des lames de la cloison.* — A la suite de phlegmasies chroniques, catarrhales ou spécifiques, souvent mal éteintes, vous verrez aussi des malades venir chercher ici un soulagement à la surdité qui les désole.

En examinant la membrane du tympan, vous trouverez rarement une opacité complète, fréquemment des opacités avec épaississement partiel : c'est le nubécule, le nuage; nous réservons le nom de leucôme pour la même opacité blanchâtre, nacrée, qui succède aux ulcères du tympan et marque leur cicatrice d'un stigmate indélébile (1).

6° *Granulations, polypes, fongus.* — La membrane du tympan, à la suite de phlegmasies de sa couche externe ou cutanée, se couvre parfois de petites excroissances, comme papillaires, multiples, rougeâtres, sessiles, agminées, de façon à donner l'aspect du chagrin à la surface qu'elles recouvrent; mais leur siége de prédilection est la bande triangulaire qui descend du pôle supérieur de la membrane vers l'ombilic où s'insère l'extrémité du manche du marteau. Ces petites excroissances charnues sont appelées granulations; je ne les ai jamais vues donner naissance à des polypes ou fongus, comme certains auteurs l'ont affirmé.

7° *Ulcérations, usure du tympan.* — La manière de reconnaître les perforations et les ulcérations qui en sont la conséquence a été exposée plus haut, quand j'ai parlé de la *myringite*, dont elles ne peuvent guère être séparées au point de vue pratique. Quant à l'usure de la membrane du tympan, c'est une lésion morbide qui a été signalée par Ribes, Kramer, J. Toynbee (2), comme étant le résultat de la pression longtemps exercée à la surface de la cloison par les vieilles concrétions cérumineuses durcies; malgré le soin que j'ai apporté à vérifier cette assertion, je dois dire que je n'ai jamais observé cette usure toute mécanique du tympan, et cependant j'ai déjà curé bon nombre d'oreilles pleines de cire, souvent fort dure et tassée contre la cloison.

8° *Chute des osselets.* — Quand la scrofule, la vérole, la dartre ont détruit une surface plus ou moins étendue du tympan,

(1) Des perforations du tympan. *Gazette des Hôpitaux*, mars 1865.

(2) *Disenser of the Ear*, p. 51.

les osselets, n'étant plus soutenus, tombent et sont entraînés par la suppuration.

Dans ce cas, en explorant l'oreille, vous êtes tout étonné de chercher vainement la cloison et les osselets.

9° *Fistules du tympan.* — Les perforations et les ulcères du tympan ne peuvent arriver à une cicatrisation complète qu'à la condition d'être de petite dimension. Dans le cas contraire, la cicatrice est souvent incomplète, et il reste une petite fistule dans le point perforé.

Le diagnostic en est facile; il suffit d'un peu d'attention.

10° *Destruction.* — La destruction complète de la membrane est chose rare assurément; toutefois, on l'observe encore trop souvent pendant la durée des exanthèmes, érysipèle, rougeole, scarlatine, et aussi pendant la variole, etc.

11° *Adhérences.* — Au milieu des nombreuses altérations dont la membrane du tympan est le siége, il en est deux qui méritent une étude particulière en raison de leur fréquence et de la difficulté du diagnostic dans certains cas douteux : je veux parler des adhérences pathologiques et de la soudure des osselets. J'ai traité ce sujet ici même dans le numéro du 13 juillet.

ÉTUDES SUR LE CHOLÉRA

faites à Marseille en septembre et octobre 1865,

Par M. G. Grimaud (de Caux).

Dans ma communication du 21 août dernier (*Des quarantaines et de leur objet*), je disais en terminant :

« Il ne suffit pas d'émettre des idées, il faut démontrer leur réalité en même temps que la possibilité et la nécessité de leur application... »

C'est, en grande partie, pour remplir les conditions de ce programme, autant qu'il est en moi, que je me suis rendu à Marseille.

Situation. — Je suis arrivé le 12 septembre au soir. Ce jour-là, il y avait eu 57 cas de mort par le choléra. Trois jours après, il y en a eu 59; c'est le plus fort chiffre atteint depuis le commencement de l'épidémie.

Pour déterminer la valeur de ce chiffre, il faut tenir compte de deux circonstances.

D'abord, au mois de septembre, à Marseille, le chiffre des décès par jour s'élève communément de 26 à 30, comprenant les diverses maladies. C'est l'enfance qui paye le plus fort tribut, et c'est l'inobservation des lois de l'hygiène concernant la nutrition qui est la cause principale.

Ensuite, au mois de septembre de la présente année, sur une population de 300,000 habitants, on constatait l'absence de 104,000 ayant abandonné la ville. Or, le jour où on a compté 59 décès cholériques, la mortalité générale a été de 92.

Mais si les 30 décès de septembre en temps ordinaire s'imputent sur 300,000 habitants, les 92 décès de cette année ne doivent s'imputer que sur 300,000 — 104,000 = 196,000 habitants, chiffre qui, pour ce jour de plus forte mortalité, donne 1 mort sur 2,130 habitants, tandis que les 30 décès des temps ordinaires donnent 1 mort sur 10,000.

Telle était la situation au 16 septembre dernier.

Statistique. — Mon premier soin a été de constater la mortalité de chaque jour depuis le commencement de l'épidémie, c'est-à-dire depuis le jour où le chiffre en a été connu officiellement.

J'ai relevé ensuite la mortalité cholérique comparée des épidémies précédentes qui ont désolé Marseille en 1835-37-49-54 et 1855. Je regarde comme une donnée utile pour l'histoire des épidémies de connaître le point culminant, le plus fort chiffre de décès atteint dans un jour.

En 1835, le 25 juillet, ce chiffre s'est élevé à. . .	240	morts (1).
En 1837, le 1er septembre.	66	»
En 1849, le 15 septembre.	62	»
En 1854, le 22 juillet.	139	»
En 1855 (les chiffres journaliers n'ont pas été publiés).		
En 1865, le 16 septembre, l'épidémie n'étant pas tout à fait éteinte.	59	»

Pour ces mêmes années, le total des morts cholériques pendant la durée de l'épidémie a été de :

En 1835,	2576.	Mois le plus chargé,	juillet,	1493
En 1837,	1138	»	août,	820
En 1844,	2252	»	septembre,	1201
En 1854,	3069	»	juillet,	2061
En 1855,	1410	»	septembre,	973

En 1865 (il faut attendre la fin de l'épidémie).

Variation. — Selon quelques praticiens, il y aurait moins de crampes et une cyanose moins générale que dans les autres épidémies.

Un seul signe n'a jamais manqué : c'est la suppression des urines.

On a compté beaucoup d'invasions subites, des cas où tous les symptômes à la fois se sont précipités sur le sujet et l'ont transformé en un cadavre au bout de très-peu d'heures.

Chez quelques victimes on a vu la réaction se manifester franchement : le pouls s'était relevé et la chaleur était devenue à peu près normale, et on a vu la réaction durer ainsi plusieurs heures, rassurant le médecin tenté de pronostiquer la guérion, puis cette réaction cesser tout à coup et le malade mourir asphyxié.

Traitement. — Le traitement consiste à faire la médecine du symptôme, et, dans l'épidémie actuelle, tout démontre que c'est la meilleure, sans compter que c'est la seule en présence de phénomènes aussi terribles qu'inexpliqués.

Mortalité. — Les guérisons sont nombreuses, on pourrait dire assurées, quand le médecin est appelé dès le début des symptômes gastriques. Mais si, au dérangement des voies digestives, s'est joint la suppression des urines ou quelqu'un des autres symptômes caractéristiques, la guérison est fortement compromise. C'est le grand nombre des cas de cette dernière catégorie qui explique la mortalité que les médecins accusent en ville et qui serait, en général, de huit morts sur dix personnes atteintes.

Origine de l'épidémie. — Les premiers cas officiellement déclarés sont du 23 juillet. Cependant de nombreux décès avaient eu lieu avec des signes qui surprenaient les assistants. Je ne pouvais pas me contenter d'en recueillir l'histoire; j'ai dû tacher de remonter à la source des plus caractéristiques de ces faits. Or, en procédant ainsi, j'ai été conduit jusqu'au 9 juin, c'est-à-dire près de deux mois (54 jours) avant la première déclaration officielle.

Sur le quai de la Joliette, du côté des escaliers de la Major, deux hommes ont été relevés dans la nuit du 14 au 15 juin. Un pharmacien du voisinage s'est écrié en les voyant : *C'est le choléra*. En admettant que ce fût le choléra, d'où venait ce choléra?

D'autres faits analogues, accomplis vers la même date et dans cette partie de la ville vieille qui regarde la Joliette, avaient fixé mon attention sur ce point comme sur le centre de l'épidémie. Je me mis à la recherche des navires qui étaient arrivés d'Alexandrie dans le mois de juin.

Le dimanche 11 juin, à 2 heures 30, est entré dans le port Napoléon la *Stella*, capitaine Régnier. Le navire était parti d'Alexandrie le 1er juin avec 97 passagers, dont 67 pèlerins algériens. Les autres étaient des Européens, parmi lesquels on comptait 10 artistes, 7 ouvriers, 6 marins, etc. La *Stella* a apporté la première nouvelle de l'existence du choléra à Alexandrie.

Le même jour, 11 juin, dans la soirée, est arrivé le *Bizantin* avec 55 passagers. Il était parti d'Alexandrie le 3 juin, et il avait touché Malte.

Le 15 juin arrive le *Syria*, portant la malle anglaise et 220 passagers.

Le 16 juin, à 10 heures du soir, le *Saïd*, avec 190 passagers envoyés au Frioul.

Caractère de l'épidémie. — Symptômes. — Dérangement des voies digestives, suppression des urines, voix cassée, cyanose, froid (ce froid horrible, que le malade ne sent pas et qui impressionne si vivement ceux qui entourent son lit), tous ces signes caractéristiques du choléra asiatique se sont manifestés dans la plupart des cas.

Puis viennent, le 24 l'*Assyrien*, et le 28 le *Tarifa*, etc.

Voilà donc, du 11 au 16 juin, 562 personnes arrivées coup sur coup à Marseille, d'Alexandrie, où l'épidémie, à leur départ, était dans la période ascendante. Que sont devenues ces 562 personnes? Elles se sont dispersées. Si l'on pouvait les appeler par leur nom, la tombe répondrait pour plus d'une.

En effet, j'ai pu suivre, pas à pas, depuis leur entrée au fort Saint-Jean jusqu'à leur départ, la destinée des 67 pèlerins arrivés par la *Stella*.

C'est le commandant du fort, M. le capitaine Dol, qui les a reçus dans l'après-midi du 11 juin. *Il y en avait de bien malades*, m'a-t-il dit : je cite ses expressions. Il les mit sous la tente, dans la batterie basse qui regarde l'entrée du port et où l'on pénètre par une poterne taillée dans le roc. L'un de ces pèlerins ne pouvait guère aller plus loin : ses camarades réclamaient pour lui l'hôpital. Il était trop tard pour l'y admettre. Il est mort au bout de peu de temps, après sept heures du soir, dans le fort même.

Le lendemain, le commandant a fait appeler le chirurgien de service qui connaît un peu l'arabe, ayant fait un long séjour en Afrique. M. le docteur Renard a questionné les compagnons du décédé, qui lui ont dit que, depuis quelques jours, Ben-Kaddour avait le corps dérangé, et il a rédigé, dans les termes suivants, le certificat de décès qui lui était demandé par le commandant :

« Le soussigné Renard (Ernest), docteur en médecine et aide-major de première classe au 38e régiment de ligne, certifie que le nommé El Hadji El Arbi Kaddour, de la tribu des Terman, a succombé le lundi 12 juin, à sept heures du soir, des suites d'une dyssenterie chronique (âgé de soixante-huit ans). Marseille, le 13 juin 1865. *Signé* : Dr Renard. »

M. le Dr Bernard, que j'ai vu ensuite pour les détails qui le concernent ci-dessus, m'a dit : « On ne pensait pas alors au choléra; et puis, comment constater cette maladie sur un cadavre et tant d'heures après la mort? J'accusai une dyssenterie sans en avoir sous les yeux aucune preuve, sans savoir la couleur des déjections : c'est ainsi que j'interprétai le langage des pèlerins, car il n'est pas ordinaire de voir nn simple dérangement de corps occasionner la mort. »

Avec le certificat de décès de Ben Kaldour, j'allai à la recherche du manifeste de la *Stella*, et voici ce que j'y ai recueilli.

Dans la liste des pèlerins, le 22e inscrit, El Hadji Bouzirn, est signalé à la colonne des observations par les mots suivants : *Décédé le 9 juin à la mer*. Le 67e, Ben Sliman, est signalé par la même phrase caractéristique : *Décédé le 9 juin à la mer*.

Quant à Ben Kaddour, inscrit le 8e sur la liste, il n'est signalé par aucune observation, attendu qu'il était en vie quand le bâtiment est arrivé.

Voilà donc le véritable état des choses. Le navire est parti d'Alexandrie le 1er juin, emportant 67 pèlerins de la Mecque. Huit jours après son départ, le 9 juin, il jetait à la mer deux de ces pèlerins, le 22e et le 67e, et le 11 juin, deux jours après le 9, il débarquait les 65 restants, parmi lesquels Ben Kaddour succombait en touchant terre.

Ces pèlerins venaient de la Mecque par Djeddah et Suez. Du 20 mai au 22 juin, il en est passé à Suez près de 20,000, *tous plus ou moins infectés*, dit dans son Rapport le médecin en chef de l'Isthme, et l'on s'est empressé, ajoute-t-il, de les envoyer à Alexandrie, afin de les embarquer pour l'Europe ou ailleurs.

Du 22 mai au 1er juin, plusieurs milliers de ces pèlerins, *plus ou moins infectés*, sont venus camper à Alexandrie, près du canal de Madmoudieh. (*Voyez* Rapport sur le choléra de l'isthme de Suez en juin et juillet 1865; l'*Isthme de Suez*, n° 221, 15 septembre 1865, p. 286 et suiv.)

Dans une prochaine communication, je ferai connaître la propagation du choléra dans Marseille et ses environs. Cette propagation s'est produite avec une allure identique à celle qui a été signalée en Égypte. On comprend que ce caractère de similitude suffirait pour démontrer que le choléra de Marseille ne diffère en aucune façon du choléra que les pèlerins de la Mecque ont semé partout sur leur passage, et spécialement de celui dont ils ont transporté les germes avec eux, depuis la rade de Djeddah jusqu'au fort Saint-Jean à Marseille.

(1) Je dis 210, parce que c'est le chiffre déclaré et publié. Mais en le discutant, le secrétaire général de la mairie, M. Lepaitre, m'a dit qu'il fallait le porter à 235 et augmenter dans la même proportion celui des quatre jours qui ont suivi; attendu que, pendant ces quatre jours, on inhuma des cadavres de plusieurs parties de la ville sans venir en faire la déclaration obligée à la mairie. La désolation universelle avait amené ce désordre.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE,

Méthode américaine. — Guérison immédiate,

Par le professeur Courty.

L'opération de la fistule vésico-vaginale par la méthode américaine, importée en France depuis peu d'années, a été adoptée en principe par nos chirurgiens. Est-ce à dire qu'elle ait tenu toutes ses promesses, et qu'elle ait réussi toutes les fois qu'elle a été pratiquée? Des observations fort intéressantes ont été publiées; mais on peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que le succès n'a pas été constant. Du reste, pour juger une méthode opératoire, il ne suffit pas de publier les réussites, il est aussi important de faire connaître les revers. Il faut surtout produire, selon la judicieuse remarque de M. Malgaigne, des séries d'observations qui permettent d'apprécier à la fois la proportion et la cause probable des succès, en même temps que les circonstances défavorables auxquelles on peut attribuer les revers.

J'entreprends aujourd'hui la publication de mes opérations, dans un double but : premièrement, parce que le nombre des observations est déjà suffisant pour constituer une série; secondement, parce que, tout en pratiquant la méthode américaine, j'ai cherché à la simplifier, à la réduire à ses éléments nécessaires, de manière à la rendre applicable à un plus grand nombre de malades.

J'ai pratiqué actuellement douze opérations, quelques-unes dans les circonstances les plus difficiles. J'ai dû employer des procédés ou des instruments particuliers, pour pouvoir placer les points de suture. J'ai constamment réussi, et même, la plupart du temps, dès la première tentative.

Je commence par publier six observations, relativement plus simples que les autres. En publiant plus tard les suivantes, j'aurai l'occasion de décrire quelques procédés qui me sont particuliers, et une aiguille tubulée de mon invention pour faciliter le passage des fils dans certains cas. Aujourd'hui j'appelle seulement l'attention sur les remarques suivantes, qui se déduiront naturellement de la lecture des observations.

J'opère les fistules vésico-vaginales par le procédé de S...., le plus simple des procédés de la méthode américaine, sauf quelques simplifications dont l'expérience m'a démontré l'utilité.

La malade est couchée sur le dos et peut être chloroformisée.

L'avivement est fait largement; le plus souvent sans conserver les lambeaux autoplastiques de M. Duboué; à l'aide des couteaux droits, des couteaux coudés, ou des ciseaux droits, coudés ou courbes; la muqueuse étant soulevée à l'aide d'une érigne ou d'une pince à dents de souris.

Je donne la préférence à la suture métallique, avec des fils de fer forts pour les points profonds, fins pour les points superficiels. Les points de suture sont placés à l'aide de l'aiguille tubulée de Startin, ou de la petite aiguille de Sims à laquelle on attache le fil métallique directement ou par l'intermédiaire d'un fil de soie. Les fils sont serrés avec l'ajusteur de la suture, et simplement tordus sur eux-mêmes, ce qui est beaucoup plus facile et plus sûr que les crampons, la plaque de la suture en bouton, les arcs, les chevilles ou les fanons métalliques, les grains de plomb perforés de la suture moniliforme, les boutons de nacre ou d'ivoire à double trou, etc. Tous ces moyens, de même que tous les pansements qu'on peut mettre dans le vagin, ne font que nuire à l'affrontement et à l'adhésion, en tendant la paroi vaginale et en empêchant la muqueuse de reprendre, en se plissant naturellement, sa disposition normale. Je n'emploie donc aucun pansement permanent et je coupe les fils près de la ligne de réunion; seulement je les multiplie, je les place profondément, sans perforer la vessie, j'en ajoute de superficiels, de manière à être sûr que l'affrontement est complet et parfait. Je fais, deux fois par jour au moins, des lotions vaginales profondes, à l'aide d'une canule portée au fond du vagin et d'un hydroclyse, avec de l'eau tiède ou froide et du coaltar saponiné de Lebœuf, afin d'empêcher toute leucorrhée, toute suppuration de se produire, de gagner la ligne de réunion, d'en ulcérer les bords et d'empêcher l'adhésion.

Dans les cas ordinaires, et surtout lorsque la malade est très-irritable, disposée au ténesme vésical et aux dépôts muqueux ou calcaires dans les urines, je ne laisse aucune sonde à demeure, me contentant de sonder la malade toutes les trois ou quatre heures, pour empêcher les contractions de la vessie de tirailler les lèvres de la plaie; encore plus d'une malade a-t-elle uriné toute seule sans inconvénient.

J'ôte les fils du cinquième au dixième jour, suivant que la fistule est moins ou plus étendue, que les lèvres en sont relâchées ou tiraillées, que les tissus ont peu ou beaucoup de tendance à l'adhésion; quelquefois je les enlève tous le même jour, d'autres fois successivement, à un ou plusieurs jours d'intervalle les uns des autres.

La suture faite de cette façon peut être assez solide pour résister, comme je l'ai vu, aux plus grands efforts de vomissement; et l'adhésion des bords de la fistule se fait d'assez bonne heure et d'une manière assez complète pour ne pas être détruite par les accidents les plus sérieux, survenant immédiatement après qu'elle a eu lieu, même dans les parties les plus voisines, par exemple, comme on le verra dans une de mes

observations ultérieures, par le développement d'une phlébite vagino-utérine et d'un abcès péri-utérin.

Ainsi, simplification la plus grande possible de la méthode américaine, lotions vaginales détersives deux fois par jour, suppression fréquente de la sonde à demeure, enlèvement des fils de bonne heure, du cinquième au dixième jour : tels sont les traits principaux de ma manière d'opérer, à laquelle je n'ai dû jusqu'ici que des succès. (Nous nous bornons à reproduire ici les sommaires des six observations.)

Obs. I. — Fistule récente, de 3 centimètres, chez une jeune femme scrofuleuse. — Chloroformisation, quinze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés cinq jours après l'opération. Départ de la malade le vingt-cinquième jour. — Nouvelle grossesse, nouvel accouchement sans accidents. — Guérison.

Obs. II. — Fistule datant de trois ans, chez une femme âgée et faible, large de 2 centimètres, avec adhérences à l'arcade pubienne. — Chloroformisation, onze points de suture, sonde à demeure. Les fils sont enlevés du cinquième au dixième jour. Départ de la malade le dix-huitième jour. — Guérison.

Obs. III. — Fistule datant de deux ans, chez une jeune femme, large de 17 millimètres. — Chloroformisation, douze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés le sixième et le huitième jour. Départ de la malade le vingt-troisième jour. — Guérison.

Obs. IV. — Fistule datant de quatre ans, chez une jeune femme, large de 1 centimètre. — Chloroformisation, onze points de suture, pas de sonde à demeure. Les fils sont enlevés le cinquième et le septième jour. Départ de la malade le vingt-cinquième jour. — Guérison.

Obs. V. — Fistule datant de trois ans, chez une femme de trente-sept ans, scrofuleuse, large de 1 centimètre, précédemment opérée deux fois sans succès. — Chloroformisation, six points de suture, sonde à demeure les premiers jours. Les fils sont enlevés le cinquième et le sixième jour. Sortie de la malade le vingtième jour. — Guérison.

Obs. VI. — Fistule datant de dix ans, de 3 centimètres, chez une femme bien constituée. — Pas d'anesthésie, neuf points de suture, incision demi-circulaire au-dessus du méat, pas de sonde à demeure. Arrivée prématurée des règles. Les fils sont enlevés six jours après l'opération. Départ de la malade le douzième jour. — Guérison.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 octobre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

De la nature et du traitement du choléra. — M. R. DE WOUVES adresse sous ce titre un Mémoire dont voici un extrait :

Des faits que j'ai recueillis m'ont conduit à conclure que le choléra est le résultat de miasmes, d'agents toxiques introduits dans l'économie par l'air, les liquides et les aliments; que ces agents paraissent agir non-seulement sur l'état général, mais par une altération de la bile. Partant de cette idée, appuyée par des observations, je conseille :

1° Loin de chercher à arrêter la diarrhée soit prodromique, soit lorsque le choléra s'est déclaré, d'administrer immédiatement une purgation, pour débarrasser les voies digestives en expulsant les matières viciées;

2° De soutenir le malade peu après avec du bouillon, du vin et du madère;

3° De promener des sinapismes sur les membres.

Et par une observation de choléra, publiée le 29 mars dernier, j'arrive à conclure :

1° Que le choléra n'est pas contagieux;

2° Que la diarrhée n'est pas contagieuse et ne peut être qu'infectieuse;

3° Que toute diarrhée doit être combattue dès le début par les purgatifs : plus de douze cas soignés depuis quelques jours m'y autorisent (commission du legs Bréaut).

Greffe animale. — M. P. BERT adresse sur ce sujet une note que nous publierons.

(Renvoyé à la Commission du prix de physiologie expérimentale comme l'avait été le travail auquel celui-ci se rattache.)

— **M. TRIPIER** soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Des phénomènes d'anesthésie électrique et de leur mécanisme.*

L'auteur, après avoir rappelé que l'électrisation par les courants d'induction a été employée comme moyen de supprimer la douleur dans certaines opérations chirurgicales, se demande comment il se fait qu'après les résultats favorables obtenus par certains praticiens ce procédé ne se soit point vulgarisé. Il lui semble que cette négligence tient à une cause qui a agi non-seulement dans ce cas, mais dans bon nombre d'autres : c'est que, lorsqu'un fait nouveau est annoncé, on ne se met guère plus en peine de constater si le fait s'est produit réellement que l'on ne se rend exactement compte de la manière dont il a pu se produire. M. Tripier a donc pensé que pour porter à adopter un procédé dont il a reconnu lui-même l'utilité, il devait commencer par faire voir qu'il n'a rien que de compatible avec ce qui est admis dans la science relativement aux fonctions du système nerveux; c'est ce qu'il croit être parvenu à faire dans la note qu'il soumet aujourd'hui au jugement de l'Académie, en rapprochant des observations des physiologistes celles qu'il a faites lui-même dans le traitement de diverses affections au moyen de l'électricité. (Renvoi à l'examen de M. Claude Bernard.)

— **M. BERNARD** présente un Mémoire intitulé : *Observation de bronchite aiguë considérée au point de vue d'une théorie de la transformation des fluides organiques.*

L'auteur annonçant dans la lettre d'envoi que son Mémoire contient des faits et des observations qui se rattachent au traitement du choléra-morbus, le Mémoire et la lettre sont renvoyés à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le concours du legs Bréant.

Études sur le choléra faites à Marseille en septembre et octobre 1865, par M. G. GRIMAUD, de Caux (Voir plus haut.)

M. STANISLAS BERTRAND adresse d'Ervy (Aube) une note concernant les bons effets qu'il a vus résulter, dans le traitement du choléra-morbus, de l'administration de certaines préparations arsenicales, et notamment de la liqueur de Fowler. Quoique ce soit principalement à une époque peu avancée de la maladie qu'il a eu occasion de constater l'action favorable de ce médicament, M. Bertrand dit avoir observé, en 1854, deux cas de guérison complète du choléra par la liqueur de Fowler administrée dans la période algide, et un autre en 1856 : ce dernier était un cas de choléra sporadique.

M. J. REIDS propose, comme moyen préservatif du choléra-morbus, la vaccination pratiquée à l'épigastre.

M. DYONTET préconise dans le traitement de la même maladie l'emploi des purgatifs.

M. MARIE propose un système de fumigations pour les rues des villes dans les temps d'épidémie.

Nos lecteurs auront corrigé d'eux-mêmes la formule du *julep Guersant* que nous avons publiée dans notre dernier numéro.

Au lieu de 25 grammes de julep gommeux, il faut lire 250 grammes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous n'avons aucune nouvelle importante à donner du choléra à Paris, si ce n'est que, pendant qu'il continue à diminuer dans les quartiers nord envahis les premiers, il continue à augmenter et à s'étendre dans les quartiers du centre et de l'est. Le Faubourg Saint-Antoine et le quartier Mouffetard ont fourni, paraît-il, des cas assez nombreux. Néanmoins les entrées dans les hôpitaux ont diminué hier.

— Par décret, en date du 13 octobre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Spilleux, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Clérambout, médecin-major de 2e classe; Fernandez Munilla, Cahours, Cret-Duverger, médecins aides-majors de 1re classe; Roullié, vétérinaire en deuxième.

— M. le maire de Solliès-Pont nous écrit pour signaler la conduite si digne d'éloges de M. Gensollen.

Ce jeune étudiant est resté sur la brèche pendant tout le cours de l'épidémie qui a si cruellement éprouvé cette petite ville. On sait qu'en dix jours environ sur une population de 2,900 âmes, il y a eu 120 décès, soit 1/25e; soit encore en dix jours le double de la mortalité annuelle de Solliès-Pont. Le fléau paraît être arrivé à son terme.

Nous sommes heureux de voir si bien apprécié le concours prêté par M. Gensollen; l'on ne saurait trop applaudir à la manière distinguée dont notre jeune confrère entre dans la carrière médicale.

Une seconde lettre nous est adressée par un médecin de ce pays et nous prie de joindre le nom de M. Gensollen aux jeunes gens dévoués que Montpellier a envoyés au milieu de l'épidémie.

— Hier, un grand banquet d'adieu a dû être donné, à Toulon, aux courageux élèves de Montpellier qui étaient venus prodiguer leurs soins aux cholériques.

Nous rétablissons la liste de ces dignes étudiants, désirant vivement n'oublier aucun nom.

MM. Massol, Autard, Hippolyte, Lannelongue, Girard, Azémar, Ferran, Jausions, Miran, Falc, Fargou, Gayat, Cambon, Espagne, Burlertt.

MM. Jacquemet, professeur agrégé; Masse, prosecteur de la Faculté, accompagnaient ces élèves.

Nous sommes heureux d'annoncer à ses nombreux amis que M. Jacquemet semble aujourd'hui complétement hors de danger.

— Un jeune praticien de Paris, M. le docteur Viollette, auteur de quelques travaux estimés sur le bégaiement, vient d'être enlevé à sa famille et à ses amis par une très-courte maladie. Notre regrettable confrère n'était âgé que de trente-cinq ans.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 123. — JEUDI 19 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 19 OCTOBRE 1865. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 OCTOBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

M. Magne, dans un savant mémoire, a examiné un point d'épidémiologie très-important, savoir : les rapports qui existent entre la composition des terrains et le développement des fièvres typhoïdes épidémiques. Ce point d'épidémiologie se rattache à une question beaucoup plus générale, celle de l'influence des sols considérés comme causes spéciales de certaines maladies. Lors de la discussion qui eut lieu l'année dernière à l'Académie sur la pustule maligne, M. Magne, dans une dissertation très-intéressante, avait déjà émis et développé cette opinion que les affections charbonneuses ne se développent qu'exceptionnellement dans les pays qui reposent sur les terrains primitifs et les terrains de transition, et que c'est exclusivement sur les formations géologiques postérieures aux premiers terrains secondaires qu'on les observe sous forme epyzootique et quelquefois épidémique. C'est ce même point de vue qu'il a appliqué dans ce nouveau travail à l'étude des épidémies de fièvre typhoïde. Compulsant d'une part les rapports faits à l'Académie sur les épidémies de fièvre typhoïde et rapprochant les résultats de ce dépouillement de ses observations personnelles et de la détermination de la nature des terrains dans les contrées où ces épidémies ont été observées, il est arrivé à cette conclusion : que ces épidémies règnent surtout dans les pays *dont* le sol est constitué par des terrains modernes ou de nouvelle formation. Il y aurait peut-être beaucoup d'observations à faire au sujet de cette proposition, qui procède d'ailleurs d'une idée ingénieuse et féconde. Mais nous ne connaissons pas assez dans ses détails le travail de M. Magne pour entreprendre une discussion sur ce sujet en ce moment. Sa communication d'ailleurs n'est pas complète. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir.

M. Jules Worms a donné lecture du résumé d'un mémoire sur le mode de propagation du choléra, que nous reproduisons dans le compte rendu de la séance. C'est une des questions que nous aurons prochainement à examiner.

La séance a été terminée par la relation d'une opération d'ovariotomie que M. le Dr Léon Labbé a pratiquée récemment avec un plein succès. Cette observation sera publiée dans l'un des prochains numéros. — Dr Brochin.

La période algide du choléra est-elle curable?

De toutes les questions qui se rattachent à l'histoire du choléra, il n'en est pas qui ait plus d'importance pratique et d'intérêt actuel que celle-là. Au moment où le public, trop directement intéressé à la question pour rester étranger à nos études et à nos débats, épie avec une sorte d'anxiété nos moindres confidences sur ce sujet; c'est un devoir impérieux pour nous de dire toute la vérité, sans rien dissimuler de la gravité des faits, mais aussi sans jeter le découragement dans les esprits par une défiance exagérée à l'égard des ressources et de la puissance de l'art. Ce n'est pas sans regret que nous avons vu émettre, dans des articles destinés à passer sous les yeux du public, des propositions qui tendraient à faire croire qu'il n'y a plus rien à attendre de l'intervention médicale, du moment où la maladie a atteint son summum d'intensité. Ces articles, écrits d'ailleurs avec talent et avec une parfaite connaissance de cause, ont été manifestement conçus dans une excellente intention, on n'en saurait douter; leurs auteurs se sont proposé, en signalant le péril, d'insister d'autant plus fortement sur l'utilité d'attaquer la maladie avec énergie dans ses débuts, alors qu'elle est facilement et presque sûrement curable. Mais nous n'en considérons pas moins comme inexact et dangereux de laisser dire et propager que le choléra, parvenu à sa période algide, est absolument incurable. C'est ce qui nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs les réflexions suivantes que nous communique M. le docteur Alf. Liégard (de Caen) et auxquelles nous donnons notre assentiment. Dr B...

« Plusieurs articles fort bien rédigés, et émanant d'habiles praticiens, ont été insérés dans les journaux de médecine et reproduits dans les journaux politiques; ils donnent sur la marche, les symptômes et le traitement du choléra, des détails et des enseignements clairs, utiles et parfaitement observés... La lettre de M. le docteur Maurin, de Marseille, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 30 septembre dernier, est un modèle en ce genre. Celle de M. le docteur Degrand-Boulogne contient des descriptions et des conseils excellents. Les observations de M. Jules Guérin, sur les symptômes prémonitoires de cette terrible maladie, sont précieuses et ont été vérifiées depuis 1832 par les meilleurs observateurs... Mais, malheureusement, il ressort, de toutes ces publications, cette triste conséquence que, si cette maladie est facile à combattre et à vaincre, dans ses prodromes, dans sa première période, ou ce qu'on appelle vulgairement la cholérine, il n'en est plus ainsi lorsque la période algide s'est déclarée, soit qu'elle ait débuté d'emblée, soit que, négligée dans ses commencements, on ait appelé le médecin trop tard... Les conclusions de ces éminents praticiens sont telles, dans ce cas, qu'elles ne tendent à rien moins qu'à désespérer les malades et les médecins... M. le docteur Degrand-Boulogne, par exemple, s'exprime ainsi : « On ne sait rien de son traitement; si, négligeant les premiers signes, on laisse au mal le temps d'évoluer avec l'ensemble caractéristique de ses effroyables symptômes. Mais, s'il est au-dessus de la science humaine de sauver un malade dont les extrémités sont froides et violacées, la peau visqueuse, la voix éteinte, le pouls insensible, rien n'est plus facile que de guérir un cholérique, si l'on arrive à temps auprès de lui..... A la première heure, guérison assurée; à la quatrième, mort presque certaine... » M. le docteur Maurin dit, en parlant de la période algide : « Par l'emploi des excitants et des toniques et le réchauffement artificiel de la peau, on obtient un commencement de réaction, mais l'effet produit est dû à la maladie du remède; cette réaction n'est pas franche, elle cède bientôt, l'algidité revient; dans quelques cas, l'asphyxie est même survenue sans retour de l'algidité; la langue se sèche, l'adynamie se prononce davantage, le pouls se perd, les forces manquent entièrement, et la mort termine brusquement la scène, 9 fois sur 10, du 2e au 5e jour. »

« C'est pour protester contre cet arrêt de mort des cholériques arrivés à la période algide, qu'il nous paraît nécessaire de rappeler, ici, les moyens à l'aide desquels nous avons, dans ce cas, obtenu des succès remarquables.

« En 1832, je fus nommé, par le préfet du Calvados, chef des ambulances des communes de Langrunes et de la Délivrande... Il y eut, dans la première, 150 malades environ; dans la deuxième, plus de 400. Lorsque nous y arrivâmes, 30 malades y avaient déjà succombé en 10 jours; et, pendant cette violente épidémie, cette paroisse de 1,000 habitants en perdit 98... Eh bien, dans cette période algide, lorsque la voix était éteinte, les urines supprimées, la langue froide, la peau visqueuse et bleuâtre, le pouls insensible (etc.). D'après nos notes et des observations très-exactes de MM. Legouet et Lithéard, alors élèves en médecine, placés en résidence à la Délivrande, nous en avons sauvé près de 2/3 (6 sur 10). Mais, pour arriver à un tel résultat, loin de chercher d'abord à provoquer un réchauffement artificiel qui ne produit, selon l'heureuse expression de M. le docteur Maurin, qu'une réaction qui n'est qu'un effet de la maladie du remède, nous voulions, non pas, comme on l'a dit encore, réchauffer un cadavre, mais bien, au contraire, relever les forces vitales et provoquer une réaction véritablement organique. Pour cela, après avoir pratiqué, sur toute la colonne vertébrale, une vigoureuse friction avec un liniment ammoniacal térébenthiné. Nous administrions, dans quelques cuillerées d'eau, un à deux grammes d'ipécacuanha en poudre, que nous répétions une demi-heure après s'il était nécessaire; mais, généralement, une seule dose suffisait. En effet, quelques minutes après, le malade était pris de vomissements violents, accompagnés d'efforts tels que toutes les puissances musculaires, et particulièrement celles du diaphragme et des muscles abdominaux, entraient en véritables convulsions; la face rougissait, le pouls se ranimait, la peau se réchauffait peu à peu, et c'est alors seulement que le malade, enveloppé d'une couverture de laine très-chaude, était brossé et frictionné longuement et très-énergiquement... De plus, comme tous ces cholériques étaient tourmentés par une soif inextinguible, et que les boissons abondantes entretenaient, à la fois, les évacuations par haut et par bas; comme, aussi, tous ressentaient une chaleur brûlante à l'intérieur, nous avions soin de tromper cette soif au moyen de quelques cuillerées d'eau très-froide, et d'éteindre cette chaleur interne avec de petits morceaux de glace que nous leur faisions sucer et avaler presque continuellement : il nous paraissait évident qu'à mesure que cette chaleur intérieure diminuait, la soif s'éteignait, la chaleur extérieure augmentait, le pouls se relevait et se développait de plus en plus. Chose remarquable, la voix qui était éteinte avant l'administration de l'ipéca, reprenait aussitôt après les secousses du vomissement son timbre naturel, ce qui était pour nous d'un très-bon présage; ses urines supprimées, reparaissaient aussi quelques heures après. Quant à la réaction, celle-là était si *franche* que l'*algidité* ne revenait presque jamais; nous n'avions plus à craindre et à combattre que les congestions cérébrales et pulmonaires, qui furent la cause de la mort de quelques-uns de nos malades que nous avions pu croire entièrement hors de danger.

« J'ai parlé du liniment ammoniacal térébenthiné. Il peut, je crois, stimuler utilement les racines des nerfs du mouvement et surtout celles de la sensibilité, et aider ainsi à la réaction; mais, dans le plus grand nombre de cas, quand le pouls était encore sensible, la poudre d'ipécacuanha était employée d'emblée, et la réaction n'en était pas moins prompte et durable... Je le répète encore, parmi les plus gravement atteints, nous en avons ainsi sauvé 6 sur 10, résultat bien capable de relever l'espérance des malades et des médecins. »

Dr ALF. LIÉGARD (de Caen).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. BROCA.

M. A. DESPRÉS, chirurgien par intérim.

Plaie de l'artère fémorale. — Anévrysme traumatique consécutif. — Ligature de l'artère fémorale du tiers supérieur. — Guérison.

(Observation recueillie par M. KALINDERO, interne du service.)

Le 1er mai, un garçon charcutier, âgé de vingt ans, taillait un morceau de lard sur une table, lorsque son couteau, tenu comme un poignard et conduit par un mouvement trop vif, vint frapper la partie supérieure de la cuisse droite à l'angle inférieur du triangle de Scarpa. Le couteau, très-aigu, avait pénétré à une profondeur de 3 centimètres environ. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu, et M. le docteur Mousteu, appelé aussitôt, avait constaté une hémorrhagie artérielle par la plaie. La compression paraissant inefficace à ce médecin, il avait agrandi la plaie pour aller chercher et lier le vaisseau qui donnait. Mais, vu les difficultés de l'opération, ce praticien, qui était seul, avait fait conduire le blessé à l'hôpital Saint-Antoine après avoir appliqué sur la plaie des rondelles d'amadou et un bandage compressif.

Le malade a été couché au n° 15 de la salle Saint-Christophe, et M. Després a été immédiatement appelé.

Le chirurgien n'a pas constaté que l'hémorrhagie se fût renouvelée, et en cette occurrence il a laissé les choses dans l'état où il les avait trouvées. A ce moment, il y avait une tuméfaction tout le long du muscle couturier, mais elle n'offrait point de battements ni d'expansion; le membre avait sa chaleur normale, et on sentait les battements des artères tibiale postérieure et pédieuse.

M. A. Després a soupçonné une plaie peu étendue de l'artère fémorale.

Le lendemain, la tuméfaction de la cuisse avait un peu diminué; l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée. L'appareil compressif a été enlevé, et alors il a été facile de constater l'existence d'une plaie traversant le bord externe du muscle couturier dans le sens de sa longueur. Il n'y avait pas de caillot noir dans la plaie, et il ne coulait point de sang. La plaie a été pansée avec de la charpie mouillée, et celle-ci a été recouverte de larges cataplasmes.

M. Després s'attendait néanmoins à une hémorrhagie consécutive, et avait prévenu les élèves de pratiquer la compression si l'hémorrhagie était abondante et de venir le chercher.

Pendant treize jours la cicatrisation de la plaie s'est faite régulièrement. Il ne restait plus après ce temps qu'un pertuis assez fin laissant écouler du pus au milieu d'une couche de bourgeons charnus, lorsqu'une hémorrhagie a eu lieu le 13 juin.

Le sang coulait en nappe; il était rouge. Le malade en avait perdu à peu près 700 grammes; la compression a été faite par l'interne de garde et l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Le 14, une nouvelle hémorrhagie a eu lieu, moins forte que la précédente, et qui a été arrêtée par l'interne de garde en renouvelant la compression.

Le 15, à la visite, M. Després a défait le pansement, et, en enlevant les caillots qui existaient dans le pertuis dont nous avons parlé plus haut, a favorisé le retour de l'hémorrhagie. Le sang a coulé en abondance; il était rouge et sortait par un jet élevé de 2 centimètres au moins. Le chirurgien a fait pratiquer la compression au pli de l'aine pendant qu'il terminait la visite, et après un quart d'heure il a procédé à la ligature de l'artère fémorale. La compression digitale au pli de l'aine avait arrêté l'hémorrhagie; il ne coulait plus que quelques gouttes de sang lorsque le malade a été placé sur le lit aux opérations.

Une incision a été faite dont la partie moyenne correspondait au pertuis par lequel s'écoulait le sang, c'est-à-dire que cette incision était faite dans la cicatrice même; tandis qu'un aide comprimait bien l'artère fémorale au pli de l'aine, la dissection a commencé.

Deux débridements, un au-dessus et l'autre au-dessous de l'ouverture par laquelle sortait le sang, ont donné pour résultat une incision de plus de 13 centimètres. La peau et la cicatrice incisées, le muscle couturier a été trouvé divisé dans le sens de sa longueur, comme cela devait être, puisque la première incision faite par le docteur Mousteu avait eu cette direction. Les fibres du muscle couturier ont été écartées, et la gaîne du vaisseau a été mise à découvert. Lorsque des caillots noirs ont été enlevés, une cavité existait au-dessous du muscle, et avait isolé la gaîne de l'artère dans une étendue de 2 centimètres, et, à la partie moyenne de l'incision, on voyait, à travers la gaîne éraillée en ce point, sur le trajet de l'artère, une petite tumeur du volume d'une grosse noisette, violacée, fluctuante et animée de battements faibles lorsque l'artère fémorale n'était plus comprimée; mais l'hémorrhagie, qui se reproduisait pendant que l'on cessait la compression, a empêché de poursuivre l'examen de la tumeur.

En présence de ces lésions, M. Després jugea que l'artère fémorale avait dû être blessée sur le côté, et qu'il s'agissait d'une plaie ayant

donné lieu à la fois à un anévrysme faux primitif et à un anévrysme faux consécutif; et, comme la lésion était à plus de 3 centimètres au-dessous de l'origine de la fémorale profonde, il a pratiqué une ligature à 1 centimètre environ au-dessus de la petite tumeur anévrysmale constatée. Pour cela, la gaîne dilatée a été ouverte suivant les préceptes, le vaisseau a été bien isolé, et un fil de lin double modérément serré a été passé autour de l'artère avec l'aiguille de Deschamps. Les battements ont immédiatement disparu dans les artères de la jambe.

Le seul phénomène qu'ait présenté le malade a été une douleur subite dans le genou au moment où l'artère a été serrée.

La plaie a été pansée avec de la charpie mouillée, et un large cataplasme a recouvert toute la partie supérieure et moyenne de la cuisse. Le membre a été placé dans la demi-flexion et soutenu sur un coussin, puis maintenu avec une alèze passée en cravate sur la partie inférieure de la cuisse et attachée, serrée aux barres du lit. Des cardes de ouate ont environné le pied, la jambe et le genou. Le malade a été mis à une portion.

La plaie a été en bon état les jours suivants; le malade, très-docile, conservait avec une scrupuleuse exactitude la position qui lui avait été imposée; le membre était un peu plus froid que le gauche, et de temps en temps il y avait des douleurs dans le genou. La tuméfaction au niveau du muscle couturier avait disparu; l'état général était excellent; l'appétit et le sommeil étaient conservés, et les gardes-robes étaient provoquées par des purgatifs doux.

Le huitième jour, la ligature est tombée.

A partir de ce jour, la cicatrisation a bien marché, mais avec une certaine lenteur.

Le 30 juin seulement la plaie était presque cicatrisée. A ce moment, le malade a été pris d'un frisson et d'une fièvre très-forte avec chaleur excessive de la peau. Un vomitif (ipéca, 1 gramme; tartre stibié, 5 centigr.) a été administré, et le lendemain le malade se trouvait mieux.

Trois jours après, la peau offrait çà et là des boutons de varioloïde; cette maladie avait sans doute avorté sous l'influence du vomitif.

La cicatrisation de la plaie était complète le 10 juillet, et le malade est parti à la maison de convalescence de Vincennes avec des béquilles, car il avait conservé une roideur du genou à la suite de la position demi-fléchie qu'il avait longtemps gardée.

A sa sortie de Vincennes, le malade marchait avec une canne, mais il disait qu'il n'en avait besoin que pour sa sécurité.

M. A. Després pense que la ligature du bout supérieur seul a suffi dans ce cas, parce que le vaisseau a été lié à une distance suffisante de la plus grosse collatérale supérieure, la fémorale profonde et très-loin de l'artère grande anastomotique, la seule capable de fournir assez de sang pour causer une hémorrhagie par le bout inférieur de l'artère.

Le chirurgien pense qu'il a été plus sage de faire l'incision pour rechercher l'artère dans la plaie même, ce qui lui a permis de s'assurer de l'état des parties, et de reconnaître un anévrysme faux consécutif au début que rien ne faisait soupçonner à l'extérieur.

Le procédé employé, nous disait M. A. Després, est une application d'un précepte posé par Pasquier et M. Malgaigne; ces chirurgiens, en effet, avaient proposé de modifier la méthode ancienne de ligature pour les anévrysmes, et conseillaient de lier les artères sans ouvrir le sac, en se guidant sur celui-ci pour saisir l'artère au point où elle se confond avec le kyste anévrysmal.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE (1).

Méthode américaine. — Guérison immédiate,

Par le professeur COURTY.

RÉFLEXIONS. — La lecture des six observations précédentes donne lieu à quelques considérations qui peuvent être résumées dans les conclusions suivantes :

1° Des fistules de diverses époques, récentes ou anciennes, depuis deux mois jusqu'à dix ans, ont pu être également et promptement guéries. L'existence de la fistule n'empêche pas les malades de faire des enfants, comme le prouve l'observation VI. J'ai vu des femmes dont le bas-fond de la vessie était entièrement détruit et dont les cavités vésicale et vaginale étaient confondues en un véritable cloaque, sans que cette disposition mît aucun obstacle à la fécondation et à l'accouchement.

2° Ces six fistules avaient des diamètres variables, depuis 1 jusqu'à 3 centimètres, ce qui n'a apporté aucune différence dans la rapidité de la guérison.

3° Elles étaient relativement simples. Pourtant, une d'elles avait subi précédemment deux tentatives d'opération, une autre avait sa lèvre postérieure rattachée au col par une forte bride, une autre était compliquée d'adhérences vaginales à l'arcade pubienne (condition très-défavorable) et d'engorgement chronique du col avec prolapsus, une autre ne put être opérée qu'en faisant porter la suture sur la lèvre antérieure du col utérin, et une autre s'accompagnait d'une tension de la paroi vaginale antérieure suffisante pour nécessiter une incision demi-circulaire au-dessus du méat.

4° Toutes ces malades, sauf une, ont été chloroformisées. Elles étaient toutes très-irritables, d'une sensibilité extrême, à l'exception de cette dernière, campagnarde endurcie, dont les organes en bon état et la santé générale robuste s'alliaient à beaucoup de courage, à un ardent désir de guérison et à la ferme volonté de souffrir quelque douleur pour y arriver.

5° Pour toutes, la préparation à l'opération a consisté dans des bains de siége frais, des lotions et des fomentations vineuses avec du gros vin seul ou mélangé avec de l'huile ou avec un jaune d'œuf, pour combattre l'éruption produite sur la muqueuse génitale, les grandes lèvres, les cuisses, par le contact incessant de l'urine; des toniques francs, des amers, des ferrugineux, une bonne alimentation; enfin, une purgation la veille et un lavement le matin de l'opération. — Chez toutes mes malades, j'ai opéré lorsque les règles étaient passées depuis cinq jours au moins et dix à douze jours au plus.

6° Toutes mes malades ont été placées sur le dos, très-renversées, dans cette position que M. Simon appelle *pelvi* ou *sacro-dorsale*, et que je trouve, généralement, sauf un très-petit nombre d'exceptions, bien préferable à la pronation latérale gauche ou droite de M. Sims, et surtout à la pronation abdominale, c'est-à-dire à la position accroupie sur les coudes et les genoux, de M. Bozeman. Je signalerai, dans des observations ultérieures, les circonstances qui m'ont décidé à profiter des avantages que ces dernières positions peuvent donner.

7° Chez toutes mes malades, je n'ai eu à pratiquer qu'un avivement pur et simple, mais je l'ai toujours fait complet et régulier : complet, c'est-à-dire comprenant toute la muqueuse; régulier, c'est-à-dire s'étendant circulairement à une distance de 7 à 10 millimètres du bord. Autant que possible, chaque côté a été disséqué en un seul lambeau, de manière à assurer la perfection de l'avivement et à donner la certitude qu'il ne restait sur la surface saignante aucun fragment de muqueuse. Je suis convaincu que cet avivement est indispensable; qu'il ne suffit pas de racler la muqueuse et de la dépouiller de son épithélium, pour la faire adhérer aux parties avec lesquelles on l'affronte; enfin qu'il suffit d'une toute petite surface négligée dans l'avivement et n'étant pas franchement saignante pour empêcher la réunion de s'opérer.

8° De l'eau de Léchelle ou de la glace ont été plusieurs fois employées pour arrêter l'hémorrhagie. Du reste, il faut savoir attendre tout le temps qui est nécessaire pour voir cesser l'écoulement de sang et affronter des surfaces presqu'à sec. Le temps ne fait rien à l'affaire, et, bien qu'avec de l'habitude on puisse aller assez vite et raccourcir une opération ordinaire de fistule vésico-vaginale à moins d'une heure, encore faut-il laisser, entre les divers temps de l'opération, les intervalles nécessaires. Surtout il ne faut pas se presser pour les points de suture; on ne saurait les placer avec trop d'exactitude et de régularité, autant pour leur profondeur que pour les distances qui les séparent, leur correspondance sur les deux lèvres de la plaie, etc.

9° Les fils de chaque point de suture ont été simplement tordus. Jusqu'ici, même dans les cas compliqués, je n'ai pas eu l'occasion d'avoir recours à d'autres procédés de constriction. Le bouton de chemise de M. Duboué ne me paraît pas plus généralisable que le bouton de veste de M. Bozeman. Je ne voudrais pas qu'on défigurât ma pensée et qu'on supposât que je cherche à déverser sur les choses un ridicule qui semble dériver des mots. Mais je tiens à affirmer que, tout en pouvant trouver dans des cas rares des applications exceptionnelles, ces complications si variées de la suture métallique simple sont, en principe, inutiles, pour ne pas dire nuisibles, et qu'en général on doit en débarrasser, dans ce cas particulier, le manuel opératoire, déjà bien assez encombré sans elles.

10° Sur six malades, il en est quatre chez lesquelles aucune sonde n'a été laissée à demeure, on s'est contenté de vider la vessie par le cathétérisme toutes les trois heures. Il n'est pas bon de rester plus longtemps sans évacuer l'urine, la vessie ne pouvant reprendre que peu à peu la capacité qu'elle a perdue, surtout si la fistule est ancienne. Du reste, quelques-unes de ces malades ont uriné toutes seules à plusieurs reprises, lorsque le besoin se faisait sentir, avant que je fusse arrivé auprès d'elles pour les sonder. Il n'en est résulté aucun accident; mais je crois qu'il vaut mieux éviter, par l'évacuation artificielle, les contractions vésicales. Chez deux malades, la sonde à demeure a été placée; mais elle a été ôtée par moments sans inconvénients, et supprimée définitivement de très-bonne heure.

11° Dans quelques cas, les règles sont revenues plus tôt qu'on ne devait les attendre, devançant de plus de quinze jours l'époque normale de leur retour; notamment chez la dernière malade, qui les a eues dès le troisième jour, pendant que les fils étaient en place. Cette condition, devant être considérée *à priori* comme défavorable au succès, n'a pourtant pas empêché l'adhérence de s'opérer et la guérison définitive de se produire avec rapidité.

12° Toutes les malades dont je viens de rapporter les observations ont pu partir avant quinze jours. Les fils ont toujours été enlevés du cinquième au dixième jour, généralement le sixième. J'ai attendu quelques jours avant de permettre aux malades de se lever, de peur de voir se déchirer, par suite de mouvements intempestifs, des adhésions récentes et d'une faible résistance. Dans le même but, j'ai eu toujours le soin de faire prendre à mes malades un peu d'huile de ricin ou un lavement huileux, pour éviter tout effort dans l'évacuation de la première garde-robe qui suit l'opération, et qui doit être retardée jusqu'au huitième jour, s'il est possible. Mais, lorsque les malades ne pouvaient pas rester ou n'offraient pas de contre-indication particulière nécessitant la prolongation de leur séjour auprès de moi, je n'ai pas craint de les laisser partir, comme on le voit dans la dernière observation, dix ou douze jours après l'opération. Il n'y a pas, à cet égard, d'opération autoplastique qui donne des résultats immédiats plus parfaits et plus rapides.

(1) Fin. Voir le précédent numéro.

NOTE SUR UNE NOUVELLE SCIE A RÉSECTIONS,

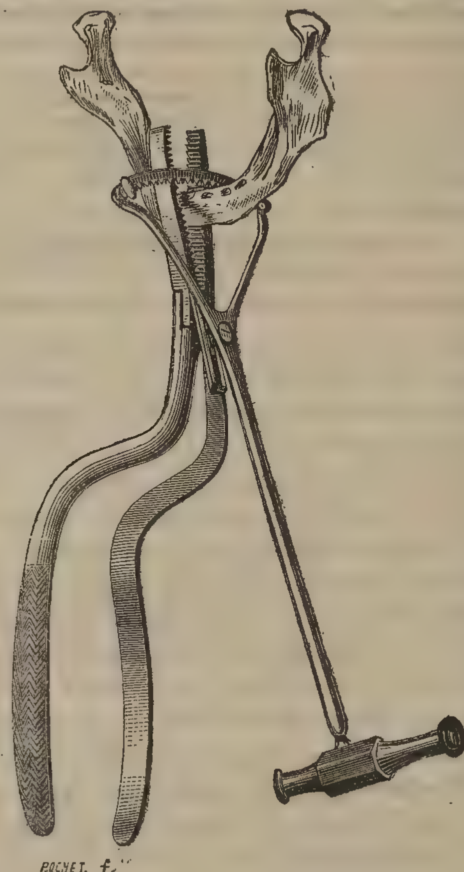
Par le Dr S.-J. FAUVEL, chirurgien suppléant à l'hôpital du Havre.

(Présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 17 octobre 1865.)

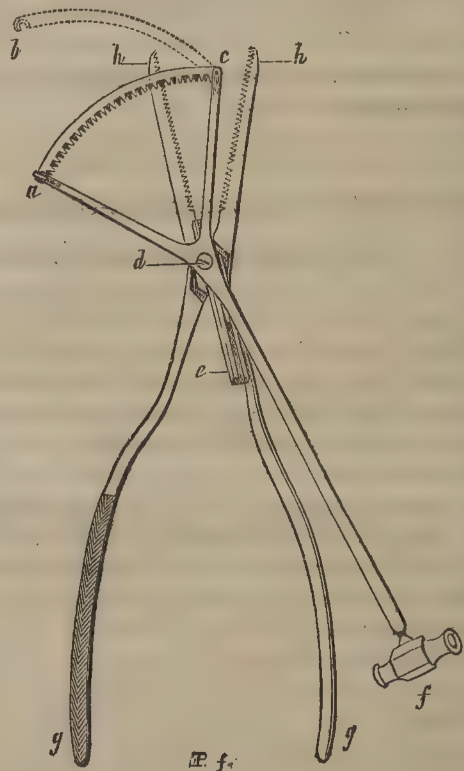
J'ai fait construire en 1864, par notre habile fabricant d'instruments de chirurgie, M. Mathieu, qui m'a intelligemment secondé, une scie à tranchant concave, destinée à suppléer plusieurs ostéotomes connus et en particulier la scie à chaîne.

Je propose de lui donner le nom de *priollabe* (πρίων, scie; λαβίς, pince), en raison des deux pièces principales qui la constituent, à savoir :

1° Une pince ou davier assez fort, courbe sur le côté *gh*.



2° Une scie en arc de cercle *ac*, longue de dix centimètres environ, et d'un rayon de courbure *ad* à peu près égal. Son bord tranchant ou concave est épais d'un millimètre et demi et muni de deux rangées de dents alternes. Le bord convexe est beaucoup plus mince, presque tranchant. En sorte qu'une coupe perpendiculaire et en travers de cette lame offrirait une surface triangulaire dont la base serait au bord concave. J'insiste sur cette disposition qui fait que la scie ne peut s'enclaver, vers la fin de la section, par suite de la déviation latérale des deux fragments ou de leur propulsion en avant. Une de ses extrémités *c* est percée d'un trou central; l'autre *b* est creusée d'une mortaise semblable à la mortaise du forceps ordinaire. Par la première de ces extrémités, la lame de scie s'articule à charnière avec l'extrémité libre d'une des branches de bifurcation d'une tige en forme d'*y*. L'extrémité *dc* à mortaise s'articule sur l'autre extrémité libre de la branche *ad* de l'*y*, qui est munie d'un pivot *a* également analogue au pivot du forceps. Ce genre d'articulation permet d'ouvrir et de fermer la scie quand on le juge nécessaire. Un pivot *d*, autour duquel oscille la lame dentée, se trouve au point de réunion des deux branches de l'*y* avec la tige ou branche principale qui est munie d'une poignée *f* à son extrémité. Ce pivot est le centre de courbure de la scie et les branches de bifurcation de l'*y* en représentent les rayons.



3° Le davier et la scie avec sa tige sont réunis par un coulisseau *e* creusé sur le davier et parcouru par un tenon appartenant au pivot de la scie, tenon qui est mobile autour de l'axe *d*. Au moyen de ce coulisseau, sorte de trait d'union entre les deux pièces principales de l'instrument, la scie glisse à volonté sur le davier d'arrière en avant ou d'avant en arrière, tout en ne permettant à ce pivot aucun mouvement dans le sens perpendiculaire à la direction du coulisseau.

Application du priollabe à une résection du maxillaire inférieur.

Je suppose une résection de la moitié latérale de la mâchoire inférieure.

Il suffit d'une incision des téguments le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'au condyle. Le lambeau est disséqué et relevé en haut, puis on introduit, en arrière du point où le trait de scie doit passer, un fort bistouri pointu, et, à ce niveau, on détache de la face postérieure du maxillaire, dans toute la hauteur de l'os, les parties molles adhérentes. On introduit la lame désarticulée dans la voie tracée par le bistouri, et, dans cette introduction qui se fait de haut en bas ou de bas en haut, selon le cas, on a soin que le coulisseau de la scie regarde la portion d'os à enlever. On articule la scie en adaptant la mortaise au pivot et en vissant celui-ci. On glisse ensuite le davier, ouvert d'avant en arrière, de manière que les deux pièces du coulisseau se réunissent et que les pinces saisissent le maxillaire sur un des points qu'on veut enlever et qu'on peut ainsi comprimer sans crainte de le léser. On applique fortement les deux branches du davier avec la main correspondante qui immobilise ainsi avec facilité l'os et l'ostéotome, tandis que l'autre main fait manœuvrer la scie par des mouvements de balancier dont le centre est au pivot ou centre de courbure de la lame. La tige forme ainsi l'office d'un levier du premier genre dont le point d'appui est au pivot, la force à la poignée que saisit la main, et la résistance au point de la lame actuellement en action. Quant au mouvement de progression d'arrière en avant, il se fait presque à l'insu de l'opérateur qui le produit et le gradue instinctivement, si je puis ainsi dire, au fur et à mesure du besoin.

De 25 à 50 secondes sont nécessaires pour cette section.

Cet instrument convient pour beaucoup d'autres résections; et si j'ai pris la mâchoire inférieure pour exemple de son application, c'est que là, plus qu'ailleurs peut-être, il a une véritable supériorité, si je ne m'abuse, sur les autres ostéotomes connus et sur la scie à chaîne en particulier.

Voici ce que deux illustres maîtres disent à propos de la résection de la mâchoire inférieure.

« La scie à chaîne peut être employée et nous avons vu qu'elle était indispensable lorsque, comme M. Velpeau, on veut conserver le bord libre de la lèvre intact. Sans vouloir proscrire complétement cet instrument, nous rappellerons les objections que nous lui avons faites quand il s'est agi de l'ablation du maxillaire supérieur, et qui se retrouvent ici avec plus de force. L'os est plus volumineux, plus dur, plus résistant; la section sera donc plus lente. Il est en même temps plus mobile; le maniement de l'instrument sera donc difficile, car le moindre mouvement pourra faire dévier la scie et l'engrener de telle manière qu'il ne soit plus possible de la faire marcher. Sans doute le chirurgien peut avoir à sa disposition plusieurs scies à chaîne, mais qu'on se figure l'embarras d'un opérateur dont la scie s'arrête net au milieu de la section; pendant les efforts qu'il fait pour la dégager, un temps précieux s'écoule, et le malade s'affaiblit par la perte du sang. La seule ressource serait alors de recourir à la scie à main pour achever la section, comme nous l'avons vu faire à un chirurgien habile auquel pareil accident était arrivé. » (*Compendium de chirurgie pratique*.)

En raison de ces inconvénients, MM. Denonvilliers et Gosselin donnent la préférence aux scies à dos mobile ou à la scie dite en crête de coq, qui ne manquent pas non plus de quelques inconvénients dans ce cas.

J'ai employé ce priollabe plusieurs fois sur le cadavre et une fois sur le vivant, en 1864 (1), pour sectionner verticalement la mâchoire inférieure d'une jeune fille. Je ne fis qu'une seule incision horizontale le long du bord inférieur de la mâchoire, je relevai le lambeau qui s'étendait depuis le niveau de la commissure labiale droite jusqu'au condyle du côté opposé, j'appliquai la scie en dedans de l'alvéole de la canine droite et la section fut produite en quarante secondes. J'ai évité facilement l'*incision verticale* de la lèvre inférieure, comme le veut M. Velpeau, et la jeune fille ne porte pas la cicatrice verticale qu'elle porterait aujourd'hui si j'eusse employé la scie à dos mobile ou la scie en crête de coq que recommandent beaucoup de chirurgiens.

Je résume ainsi les avantages de cette scie :

1° Elle ménage les parties molles et n'exige qu'une plaie relativement petite, grâce à la courbure de sa lame;

2° Elle n'est pas sujette à s'enclaver et à se briser comme la scie à chaîne;

3° Le davier fixe l'os et immobilise la scie qui produit forcément une section nette et déterminée;

4° Comme la main qui saisit le davier tient lieu de la main d'un aide, elle n'exige donc en réalité qu'une seule main pour fonctionner.

(1) Depuis cette époque, j'ai lieu de croire qu'il se trouve entre les mains de plusieurs chirurgiens et qu'il a pu déjà être expérimenté par d'autres que par moi.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

Julep pour les enfants (Guersant).

Une des dernières formules que nous avons publiées a présenté une erreur typographique si grave que nous croyons devoir la reproduire corrigée, et appeler toute l'attention de nos confrères sur cette nouvelle formule rectifiée de la manière suivante :

Julep gommeux.	125 grammes.
Éther sulfurique alcoolisé. . . .	2 —
Acide sulfurique.	8 gouttes.

A prendre par cuillerées d'heure en heure, dans la première et deuxième période du choléra.

LAVEMENT DE SERRES.

Camphre	20 centigr.
Sulfate de quinine	20
Laudanum	6 gouttes.

Pour un quart de lavement à répéter.

Ce lavement a donné de bons résultats contre la diarrhée.

POTION DE SPIELMAN.

Ipécacuanha.	8 grammes.
Eau.	400

On partage l'eau en trois parties, et chacune d'elles sert à faire une décoction. On obtient ainsi un produit total de 200 grammes.

Ajouter ;

Sirop de gomme	60 grammes

Cette potion, administrée en trois fois, à trois heures d'intervalle, dans les dyssenteries et diarrhées chroniques, est d'une grande efficacité.

POTION MARAGE.

Huile d'amandes douces . . .	60 grammes.
Chloroforme.	20 gouttes.
Sirop diacode	30 grammes.
Sirop de menthe poivrée. . . .	12 —

A prendre par cuillerées à café toutes les trois heures.

Cette potion a merveilleusement réussi contre le hoquet persistant, alors que le praticien se trouvait à bout de ressources, ayant épuisé tous les moyens connus.

SINAPISME DU Dr BROCHIN.

Moutarde en poudre	2 kilogrammes.

Verser dans un chaudron d'eau de manière à lui donner la consistance d'un cataplasme.

Étendre sur une couverture de laine et rouler le malade nu, de la tête aux pieds, dans cette immense sinapisme.

Employé avec succès dans la période algide.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 octobre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport sur les vaccinations pratiquées en 1864, par M. le docteur Lalagade, d'Albi. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un Mémoire de M. le professeur Willebrand (d'Helsingfors, en Finlande) sur le traitement du typhus par l'iode. (Commission des épidémies.)

2° Une série de communications relatives à la prophylaxie ou au traitement du choléra, par MM. Baud (de Joinville-le-Pont), Duval (de Béziers), Maurice Bourdère (de Bordeaux), Moussaud (de Niort), Fraysse (de Gaillon), Nicod (de Grenoble), de La Plagne et Neboux, de Paris. (Commission du choléra.)

3° Une note sur le sucre phéniqué, par M. de Terreil. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

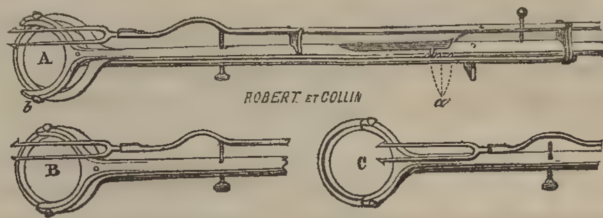
4° Une lettre de M. le docteur Bérenger-Féraud accompagnant l'envoi d'une note (voir plus haut) de M. Fauvel, chirurgien suppléant de l'hôpital du Havre, sur une scie à résection qu'il a imaginée. (Commissaire : M. Gosselin.)

5° Une lettre de M. le docteur Bonnans (des Cabannes-sur-Ariége) à l'occasion du rapport médico-légal sur un cas de transmission de syphilis de nourrice à nourrisson, adressé à l'Académie dans l'une des précédentes séances par M. le docteur F. Garrigou. (Commissaires : MM. Gibert et Ricord.)

6° MM. Robert et Collin soumettent à l'examen de l'Académie une modification applicable à tous les amygdalotomes et particulièrement à ceux qui permettent d'opérer d'une seule main.

Cette modification consiste en un resserrement progressif et facultatif de la lunette qui embrasse l'amygdale au moyen d'une crémaillère qui lui donne un diamètre plus ou moins grand, selon le volume de l'amygdale que l'on veut exciser et selon l'âge du sujet qui doit être opéré.

Cette modification, dont l'idée leur a été donnée par M. Maisonneuve, peut s'appliquer à tous les instruments de cette nature, et est destinée à remplacer ceux qui sont pourvus de plusieurs lunettes de rechange.



A B C. Trois différents degrés d'ouverture de la lunette à crémaillère à trois crans, dont chacun d'eux limite le degré d'ouverture que l'on veut donner à la lunette.

Le plus petit diamètre de la lunette peut aussi servir de coupe-luette.

— **M. MÉLIER** présente :

1° Une notice historique et scientifique sur le professeur Betti (de Florence), par M. Carlo Morelli, son élève;

2° Un guide médical et pittoresque aux eaux de Saint-Honoré (Nièvre), par M. le docteur Collin et M. Charleuf, archéologue;

3° Une brochure de M. le docteur Schnepp sur l'action électrique des eaux minérales sulfureuses de Bonnes et d'Eaux-Chaudes.

— **M. LARREY** présente :

1° Une brochure de M. Ch. Shrimpton sur un système à suspension pour le traitement des fractures;

2° Un opuscule sur l'histoire et le traitement de la fistule vésico-vaginale, par M. le docteur Gantillon;

3° Une brochure en italien, par M. le professeur Cortese.

— **M. DEPAUL** offre en hommage à l'Académie la première partie de la 7e édition du *Traité des accouchements* de Cazeaux, revue et augmentée par M. le docteur Tarnier.

— **M. JULES GUÉRIN** communique une note manuscrite de M. Pantaléoni (de Nice) sur la marche, les symptômes et la nature du choléra. (Commission du choléra.)

— **M. LE PRÉSIDENT** déclare une place vacante dans la section de médecine opératoire par suite du décès de M. Gimelle.

RAPPORT.

Eaux minérales. — **M. GOBLEY**, au nom de la Commission des eaux minérales, lit une série de rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exploiter diverses sources minérales. Les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES.

Fièvres typhoïdes épidémiques. — **M. MAGNE** lit un mémoire intitulé : *Rapports entre la composition des terrains et le développement des fièvres typhoïdes épidémiques*. Ce travail, dit l'auteur, se rattache à l'opinion qu'il a émise en 1864 sur la cause des affections charbonneuses. Il a compulsé tous les rapports faits à l'Académie sur les épidémies de fièvre typhoïde. De cette étude comparative, de ses propres observations dans le département de Saône-et-Loire et de la détermination de la nature des terrains dans les contrées où les épidémies de fièvre typhoïde ont été observées, il a été conduit à conclure que ces épidémies règnent surtout dans les pays dont le sol est constitué par des terrains modernes. Voici, d'après M. Magne, l'expression numérique de cette proportion : Eu égard à l'étendue du pays, les chances d'avoir une invasion sont : 100 dans les terrains modernes, elles ne sont que 59 dans les arrondissements mixtes et 49 dans les terrains anciens; et eu égard à la population, si elles sont 100 dans les terrains modernes, elles ne sont que 59 dans les arrondissements mixtes, et 43 dans les terrains anciens.

M. Magne annonce qu'il complétera l'exposé de ses recherches sur ce sujet dans une autre séance.

M. J. GUÉRIN. Pour procéder à l'examen d'une question aussi importante que celle des rapports d'une maladie avec les localités où elle se manifeste, il faudrait bien déterminer d'abord et spécifier la nature de cette maladie. La fièvre typhoïde est bien connue, sans doute, nosologiquement, mais rien n'est plus vague que sa détermination spécifique. On n'ignore pas d'ailleurs qu'elle a longtemps porté des noms différents, tels que fièvre putride, fièvre bilieuse, adynamique, etc., qui introduisent une grande confusion dans les recherches de ce genre. Enfin, si on la considère dans ses différents degrés, et dans ses diverses formes et périodes, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle se prête mal à des études statistiques.

M. MAGNE répond qu'il ne s'est pas dissimulé ces difficultés et qu'il ne méconnaît pas, en effet, que c'est là une question médicale grave. Il reviendra d'ailleurs sur cette question.

Choléra. Mode de propagation. — **M. JULES WORMS** donne lecture du résumé d'un mémoire sur le mode de propagation du choléra.

Depuis 1817, et à partir du delta du Gange, le choléra a toujours suivi les voies de communications les plus fréquentées.

La rapidité de sa marche a toujours été en rapport avec celle des moyens de locomotion des hommes.

La marche de la maladie s'est effectuée, dans un grand nombre de cas, dans une direction contraire aux courants atmosphériques les plus violents.

Il n'existe pas un seul cas dans la science où une île ou un port a été primitivement infecté, sans qu'il ait été visité par un bateau provenant d'un lieu infecté.

C'est toujours à la frontière continentale que se sont montrés les premiers cas, quand le choléra est arrivé par voie de terre.

Dans un immense nombre de cas, les bateaux infectants avaient eu à leur bord des malades cholériques. Il en a été de même des grandes colonnes d'hommes, qui toujours ont eu leur point de départ dans les pays infectés.

Jamais, ni dans une colonne d'hommes par un bateau, dans une localité il n'y a eu un nombre considérable et simultané de cas de choléra sans qu'il se soit montré auparavant des cas isolés.

Dans un nombre considérable d'épidémies, la maladie a été importée par des individus déterminés et déjà atteints par la maladie plus ou moins confirmée.

Des objets maculés par des déjections de cholériques, pendant une traversée, et apportés à terre sans que les passagers aient abordé, ont déterminé l'infection chez des personnes qui les ont lessivés. L'aptitude à l'infection a pu être de vingt jours.

Les maladies gastro-intestinales qui, dit-on, précèdent l'invasion du choléra, ont fait défaut dans les trois quarts des épidémies locales. Très-souvent les maladies ont régné sans être suivies du choléra.

Le plus souvent les cas de choléra déclaré, dans un point d'une localité, ont été suivis d'un certain nombre de cas rapprochés des premiers cas (même maison, même rue, même quartier).

Les cas développés à une distance plus grande et en nombre considérable, ont été toujours séparés des premiers par un temps appréciable.

Les personnes atteintes de cholérine peuvent déterminer autour d'elles le choléra.

Les lieux très-élevés sont moins atteints que les lieux bas.

La propagation se fait plus facilement dans les localités humides et bâties sur des terrains d'aluvion que sur des lieux bâtis sur des terrains siliceux.

Les foyers de choléra ont été très-souvent observés dans le voisinage des matières animales ou végétales en putréfaction.

Le manque d'aération, la malpropreté habituelle ont le plus souvent coïncidé avec le développement de foyers d'irradiation.

L'âge, le sexe, la race, la diversité des professions, ne présentent pas des différences saillantes à la réceptivité.

L'abaissement de la température a souvent coïncidé avec un abaissement dans le chiffre des victimes. Souvent le retour de la chaleur a coïncidé avec la recrudescence de l'épidémie.

De ces faits on peut, je crois, rigoureusement déduire :

Que sur les bords du Gange, et sous des influences mal déterminées, il naît un agent spécial, toxique pour beaucoup d'hommes.

Que cet agent se manifeste sur des individus rapprochés entre eux ou en mouvement, mais présentant toujours un enchaînement non interrompu.

Que le choléra est une maladie transmissible par les hommes.

Cet agent manifeste son influence sur certains individus de l'espèce humaine (probablement aussi sur des individus de certaines espèces animales) par des effets plus ou moins graves.

La proportion des individus qui sont accessibles à cet agent ne peut être évaluée que très-approximativement et est en tout cas très-minime. L'organisation humaine peut devenir un terrain utile pour la multiplication de cet agent dès qu'il détermine des effets toxiques.

La multiplication de cet agent toxique a lieu particulièrement dans le canal digestif.

Les déjections alvines et stomacales des malades atteints du choléra renferment l'agent efficace de la transmission.

Cette efficacité ne coïncide pas avec l'émission des déjections. Elle leur est postérieure de quelques jours.

Cette efficacité semble être éteinte au bout de quinze jours à trois semaines.

Les cadavres des cholériques émettent à un plus haut degré que les malades l'agent toxique.

Les individus atteints de cholérine seulement émettent par leurs déjections l'agent capable de déterminer autour d'eux le choléra confirmé.

Le plus ou moins de densité du sol dans lequel sont répandues les déjections, diminue ou favorise la propagation de la maladie.

Les circonstances qui, en dehors de la réceptivité individuelle, et dont les conditions sont tout à fait inconnues, favorisent l'affinité efficace pour l'agent toxique, sont les affections gastro-intestinales, les affections dépressives du système nerveux, les écarts de régime, les excès, toutes choses qui diminuent l'énergie organique nécessaire pour l'élimination de l'agent toxique.

Son énergie est en raison de sa concentration. Sa concentration est en raison de l'importance des foyers.

Le rayon de l'action efficace de l'agent toxique est très-limité. Sa diffusion dans l'atmosphère en diminue et en annulle les effets.

Les indications pratiques qui découlent de ces conclusions sont les suivantes :

Établissement de quelques mesures particulières à l'égard de personnes saines et des objets venant des lieux infectés.

L'état de la science doit faire porter à croire que les personnes saines et les objets n'ayant pas servi à l'usage des malades, sont des agents peu propres au colportage de l'agent toxique. Celui-ci devant être produit en grande masse (comme cela arrive seulement chez les malades et comme il peut être fixé sur les objets qui ont reçu leur déjection), pour être efficace.

Mesures très-sévères à l'égard des personnes malades arrivant d'un pays infecté — par isolement de ces malades — et la désinfection ou destruction de leurs déjections, la désinfection des lieux occupés par ces malades. Ces mesures appliquées avec soin dans d'autres pays ont offert des résultats inespérés.

Inspection sanitaire bien réglée. Appel à la sollicitude de tous les médecins du pays pour les engager à signaler à l'autorité les premiers cas de la maladie et appliquer aux premiers malades observés et surtout à ces déjections les règles précitées.

Nécessité de ne pas laisser dans les maisons, mais de transporter dans des lieux spéciaux les cadavres cholériques.

Isolement des malades.

Ne jamais perdre de vue que même dans une épidémie déclarée et étendue, les barrières opposées à l'irradiation de chaque cas de choléra en particulier, peuvent prévenir des malheurs nombreux.

Tenir compte des faits observés de recrudescence des épidémies au printemps quand une épidémie s'apaise avec les premiers froids, et se mettre en mesure d'en empêcher les ravages ultérieurs possibles.

PRÉSENTATION.

Ovariotomie. — **M. LÉON LABBÉ** présente à l'Académie une femme chez laquelle il a pratiqué, il y a un mois environ, l'opération de l'ovariotomie pour un kyste ovarique multiloculaire, et il met la pièce anatomo-pathologique sous les yeux des membres de la compagnie. Nous publierons prochainement la relation de cette opération.

La séance est levée à cinq heures.

Nous apprenons à l'instant que M. Malgaigne vient de mourir des suites de la maladie dont il avait éprouvé les premières atteintes, il y a un an, au fauteuil de la présidence de l'Académie de médecine.

Nous parlerons plus tard des services de M. Malgaigne, du bruit et de l'éclat de ses travaux critiques. Ce ne sera pas trop d'un article pour rappeler comment, chirurgien militaire, journaliste, historien, professeur, écrivain et académicien, M. Malgaigne a toujours brillé au premier rang.

Les obsèques de M. Malgaigne auront lieu vendredi prochain, à midi précis, à l'église Saint-Germain-des-Prés.

Un externe de l'hôpital Saint-Antoine, M. Cacciaguerra, vient de succomber rapidement, victime de son dévouement. Attaché au service spécialement destiné aux cholériques, Cacciaguerra contracta la maladie vers le commencement de la semaine. Il fut transporté à la Maison de Santé le jeudi 12 et expira dans la nuit, malgré des soins empressés. Ses funérailles ont eu lieu au milieu du concours de ses maîtres et de ses condisciples. M. le Directeur de l'Assistance publique, MM. les docteurs Bourdon, Cazalis, Boucher de la Ville-Jossy, les internes de la Maison de Santé et de l'hôpital Saint-Antoine, étaient venus lui rendre un dernier hommage. M. le docteur Boucher de la Ville-Jossy a dit sur cette tombe, si prématurément ouverte, un suprême adieu, en des termes que lui inspirait l'affection toute particulière qu'il portait à son élève.

Messieurs,

Sur le bord de cette tombe si brusquement ouverte et qui va se fermer pour jamais sur un jeune homme de vingt-trois ans, j'éprouve le douloureux besoin d'exprimer nos amers regrets à tous. Élève des hôpitaux, Cacciaguerra avait su conquérir l'estime et l'affection de ses chefs par son zèle éclairé, par son dévouement affectueux envers les malades confiés à ses soins, par sa consciencieuse exactitude et son amour du devoir. C'est une consolation pour moi de pouvoir lui rendre cet hommage public et bien mérité. Ami de la science à laquelle il consacrait tous ses instants; plus ses connaissances s'étendaient, plus il sentait le besoin de les compléter par de nouvelles études. Modeste, timide, il attirait vers lui par les qualités de son cœur et par une souffrance intérieure qu'il ne m'a pas été donné de pénétrer.

Vieilli avant l'âge par l'excès du travail et par les privations attachées à l'absence des dons de la fortune, Cacciaguerra semblait préparé à devenir la proie du fléau qui l'a impitoyablement brisé. Il est tombé glorieusement sur la brèche, victime de son dévouement et de son amour du devoir, prodiguant jusqu'au dernier jour ses soins empressés à ceux qui avaient été frappés avant lui. Au nom de mes collègues, au nom des condisciples de Cacciaguerra, je remercie M. le Directeur général de l'Assistance publique d'avoir si bien compris le dévouement de celui que nous pleurons. Que l'honneur attaché à cette fin prématurée soit la consolation de la famille et des amis de Cacciaguerra! Que sa belle conduite soit un noble exemple pour ceux appelés comme lui à combattre sur le même champ d'honneur! Que leur dévouement soit égal au sien! Mais qu'ai-je besoin de former ces vœux, je sais qu'ils sont déjà exaucés, et je puis dire avec le poëte :

Uno avulso non deficit alter.

Adieu, Cacciaguerra, tombé au moment de recueillir le fruit de tes consciencieux travaux et d'entrer dans la phalange de l'internat; au nom de tes maîtres qui ont su t'apprécier, au nom de tes condisciples de cette année, je t'adresse un suprême adieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— La légère exacerbation qui s'est manifestée dans la marche de l'épidémie, à la fin de la semaine dernière, paraît sensiblement calmée en ce moment.

Les hôpitaux du nord, qui, après un abaissement notable et rapide, ont vu momentanément s'élever le chiffre des admissions, sont rentrés de nouveau dans la période de décroissance. La décroissance continue à être très-sensible dans les hôpitaux du centre, l'Hôtel-Dieu et la Charité. Mais, par suite du déplacement qui s'est opéré depuis le commencement de l'épidémie dans la direction du nord-ouest au sud-est, les hôpitaux de la Pitié et de Saint-Antoine sont en ce moment les plus chargés de malades.

— Un transport à vapeur de l'État, *le Tarn*, vient d'être cruellement éprouvé par la fièvre jaune.

Parti de Toulon le 4 mai dernier, ce navire était employé au transport des troupes entre Vera-Cruz et les divers ports du littoral; la fièvre jaune s'est déclarée à bord pendant cette mission, et sur 127 cas on a eu à déplorer 29 décès, parmi lesquels on signale ceux de M. Martin, commandant, et de M. Izarn, chirurgien-major.

Le Tarn reste en quarantaine d'observation.

— M. le docteur Tourasse nous écrit pour protester contre le titre de médecin de Bureau de bienfaisance qu'aurait pris indûment M. le docteur Bitterlin dans une récente communication.

Nous donnons acte à M. le docteur Tourasse de sa réclamation; mais, s'il y a eu un titre indûment porté, la faute doit nous en être imputée. Nous ignorions que M. le docteur Bitterlin avait cessé d'être le médecin du Bureau de bienfaisance de Saint-Maur, et c'est nous qui avons donné à notre confrère un titre qu'il ne songeait pas à prendre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Delvaux, professeur extraordinaire à la Faculté de médecine de Bruxelles.

— M. Hommey, chef interne de l'hospice civil de Toulon vient de succomber aux atteintes du choléra.

Erratum. — Page 486, 2e colonne, ligne 6e, au lieu de *ganglion optique*, lisez ganglion otique.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 124. — SAMEDI 21 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 21 OCTOBRE 1865. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

La marche du choléra est tellement capricieuse et bizarre qu'elle déjoue tous les calculs et toutes les supputations. Au moment même où nous annoncions hier une diminution du chiffre des entrées dans les hôpitaux du centre et notamment à l'Hôtel-Dieu, ce dernier hôpital voyait, au contraire, augmenter le nombre des entrées et des invasions dans les salles. Ce mouvement ascendant paraît se maintenir aussi dans les hôpitaux Saint-Antoine et de la Pitié. Cette augmentation, toutefois, n'est pas très-considérable, mais elle l'est assez pour que nous ne puissions pas encore dire que l'épidémie a atteint sa période d'état ou son summum d'intensité, et qu'elle n'a plus désormais qu'à décroître. La vigilance doit donc être encore notre mot d'ordre. Quant à la physionomie générale de la maladie, elle ne présente jusqu'à présent aucun changement notable.

Les hôpitaux militaires n'ont pas joui longtemps de l'immunité dont ils semblaient avoir le privilége au début de l'épidémie. Ils ont été envahis aussi à leur tour, mais modérément jusqu'ici. Voici, d'après les renseignements que nous avons recueillis, quels sont les caractères principaux qu'offre la maladie dans les salles militaires : sa forme la plus commune est celle du choléra indigène. Ses caractères diffèrent sensiblement de ceux qu'elle présentait en 1849. Ce qui domine dans cette modification, c'est l'élément typhique. En voyant pour la première fois un malade, soit au début de l'attaque, soit pendant la période de réaction, nous disait un de nos collaborateurs de l'armée, il faut quelque attention pour s'assurer que l'on a sous les yeux un cholérique ou bien un sujet atteint de fièvre typhoïde. Tandis que dans les épidémies précédentes, les crampes, les vomissements, les selles, la persistance de l'algidité constituaient les phénomènes les plus saisissants de la maladie; aujourd'hui le réchauffement des malades s'opère assez facilement, les vomissements persistent peu, les selles riziformes sont rarement excessives, les crampes manquent le plus souvent. La peau est froide, cyanosée, mais non couverte de suintement visqueux. Comme les déperditions sont généralement peu abondantes, on ne trouve qu'exceptionnellement le sang poisseux. Les malades s'acheminent mollement et à travers une profonde torpeur vers la convalescence. Les cas dits foudroyants et sans symptômes prémonitoires sont rares.

Ce tableau diffère peu, comme on le voit, de celui que nous avons tracé d'après la physionomie générale des malades des hôpitaux civils et de la ville, et il confirme l'analogie que nous avons cherché à établir entre l'épidémie actuelle et celle de 1853.

Mais il est temps de parler des traitements qui sont mis en usage dans les divers services des hôpitaux. Nous présenterons à notre heure quelques considérations sur l'ensemble de la thérapeutique du choléra. Ici nous ne sommes qu'historiens, nous nous bornons à exposer ce que nous avons vu.

A tout seigneur tout honneur. C'est par l'Hôtel-Dieu que nous commençons.

Les services spéciaux de l'Hôtel-Dieu sont confiés à MM. Horteloup, Vigla et Barth. Voici la méthode de traitement adoptée par M. Horteloup depuis le commencement de l'épidémie, sauf quelques légères modifications que nous ferons connaître.

Dans la première période, contre les vomissements et la diarrhée, M. Horteloup prescrit : l'ipécacuanha à la dose de 1 gr. 50, le bismuth et le diascordium. Le bismuth est donné à la dose de 20 grammes incorporés dans du sirop, de manière à former un magma, que l'on divise en dix prises de 2 grammes de bismuth chaque, pour la journée. On y ajoute quelquefois, suivant les circonstances, quelques gouttes de laudanum. Si la diarrhée résiste au bismuth, il fait prendre du diascordium (2 grammes par prise); lavements laudanisés, précédés d'un quart de lavement émollient.

Dans la période algide : thé au rhum, infusions chaudes aromatiques, révulsifs, sinapismes et vésicatoires. M. Horteloup a recours aussi dans cette période à l'électricité. On se sert de l'appareil Breton. Les excitations électriques sont portées le long de la colonne vertébrale et à la base de la poitrine sur le trajet du diaphragme, lorsqu'il s'agit surtout de réprimer un commencement d'asphyxie. Les crampes, quand elles se manifestent avec une certaine intensité, sont combattues à l'aide de l'application des chaînes de Pulvermacher.

Dès que la réaction se manifeste, M. Horteloup prescrit, dans le but de prévenir les congestions, le café, chaud ou à la glace, suivant le degré de tolérance de l'estomac, et les vésicatoires maintenus jusqu'à rubéfaction seulement, derrière le cou, s'il y a lieu de craindre les congestions vers la tête ou sur la région de l'estomac ou tout autre point plus particulièrement menacé.

Enfin, au début de la convalescence, du moment où les malades commencent à manger, M. Horteloup leur fait prendre une petite dose de sulfate de quinine (10 centigrammes) avant chaque repas.

M. Vigla a commencé, au début de l'épidémie, à donner l'ipécacuanha, mais les effets qu'il en a obtenus ne lui ont pas paru assez satisfaisants pour l'encourager à continuer; il y a renoncé. Il prescrit d'emblée :

1° Le thé au rhum, avec la potion stimulante suivante :

Éther.	1 gramme.
Acétate d'ammoniaque	8 —
Teinture de badiane	4 —
Pour un julep de	125 —

Et des lavements avec :

Extrait de ratanhia.	15 grammes.
Laudanum de Sydenham. . . .	2 —
Pour 500 grammes d'eau.	

A administrer par quarts.

2° Vésicatoire sur la région épigastrique.

3° Pour combattre les crampes : ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale et sinapismes aux jambes.

Dans la période de réaction, si les évacuations alvines persistent, M. Vigla continue l'administration du bismuth et de l'opium soit simultanément, soit alternativement : 10 grammes de bismuth en dix paquets, et 10 centigrammes d'opium en dix pilules; ou bien une potion avec 4 grammes de bismuth et 10 à 15 gouttes de laudanum.

Lorsque la réaction prend le caractère typhique, ce qui est le cas le plus fréquent, M. Vigla prescrit :

1° Potion. Julep	125 grammes.
Sulfate de quinine . . .	15 centigr.
Extrait de quinquina . .	4 grammes.

2° Lavement avec : 10 grammes de décoction de quinquina ou 4 grammes d'extrait, et 1 gramme de camphre, pour 500 grammes d'eau.

La méthode de M. Barth se distingue de celle de ses collègues par plus de simplicité d'une part, et de l'autre par l'exclusion des vomitifs au début. Elle se réduit, en conséquence, à l'usage des stimulants diffusibles : thé au rhum, mais avec quantité modérée de cette dernière substance; infusions aromatiques avec acétate d'ammoniaque. Comme moyen de réchauffement, il a recours à des fumigations d'air chaud et aux frictions sèches. Dès que la réaction se manifeste, M. Barth a recours à de petites saignées pour prévenir les congestions consécutives.

Injections avec une solution de chlorure de sodium contre les hémorrhagies qui suivent l'iridectomie.

Les *Annales d'oculistique* publient une observation où un nouveau procédé hémostatique pour les hémorrhagies de l'iris a été mis en usage.

M. Heymann a été amené à employer, pour évacuer le sang, un moyen ordinairement inusité. On sait que, si l'on écarte les lèvres de la plaie cornéenne, il s'en échappe un peu de sérosité; si l'on saisit le caillot avec les pinces, il est trop mou pour suivre les tractions; enfin, si l'on réussit à en extraire une portion avec la curette de Daviel, elle est bientôt remplacée par une nouvelle quantité de sang extravasé. Il s'agit par conséquent de réparer aussitôt le vide qu'on détermine de cette façon, afin de maintenir la tension intra-oculaire et de prévenir de nouvelles hémorrhagies. Le meilleur moyen de remplir cette condition est d'injecter une solution de sel de cuisine.

Dans un cas où une extraction linéaire double avait donné lieu à une iritis de cette espèce et où l'on commençait à percevoir les signes d'une atrophie commençante, l'essai de ce moyen fut fait sur l'œil le plus mauvais, où ne s'observait plus qu'une perception quantitative très-incertaine des rayons lumineux. Une solution saline fut préparée et maintenue à la température du sang dans une seringue de Pravaz, et après avoir donné issue avec la curette de Daviel à la plus grande quantité possible de sang, injectée immédiatement goutte à goutte. Le malade n'accusa qu'une sensation particulière de fraîcheur dans l'œil, qui ne pouvait être transmise par la conjonctive, vu que la solution ne coulait pas au dehors. Voyant qu'elle était

---

VOLTAIRE ET LA VARIOLE.

Voltaire ne fut pas seulement philosophe, littérateur et historien; le désir de tout connaître le porta aussi vers l'étude des mathématiques, de la physique et des sciences médicales. Entrant dans l'ordre des choses qui étaient de son goût, et comme s'il eût été lui-même de la corporation, Voltaire disserta toujours de la médecine sans trop d'ironie; bien plus, il se montra souvent impitoyable pour ceux qui compromettent la dignité de cette profession. Il a, en plusieurs circonstances, des mouvements de plume très-durs contre les charlatans de son époque; il demande qu'on les poursuive et qu'on les châtie. Certes, ce vœu est à l'honneur de celui qui l'a formé; mais, pour le réaliser, il faudrait, de nos jours, ce qui nous manque, plus de force encore que de volonté.

En effet, qu'on attaque le charlatanisme de front ou par des biais, il résiste à tous les chocs. On ne réussira pas plus à détruire les charlatans que les chenilles; dans l'un et l'autre cas, l'entreprise est inutile; elle peut même devenir dangereuse.

Dévoiler une félonie professionnelle, n'est-ce pas courir quelquefois le risque d'une action judiciaire; ou bien, ce qui est pis encore, s'exposer aux perfidies meurtrières de quelque conciliation hypocrite?

Quoi qu'il en soit, voici ce que Voltaire, dans sa correspondance, écrit sur la variole et son traitement.

CHAMPOUILLON.

« M. le président de Maisons et moi, nous fûmes indisposés le 4 novembre dernier; mais, heureusement, tout le danger tomba sur moi. Nous nous fîmes saigner le même jour; il s'en porta bien, et j'eus la petite vérole. Cette maladie parut après deux jours de fièvre, et s'annonça par une légère éruption. Je me fis saigner une seconde fois de mon autorité, malgré le préjugé vulgaire. M. de Maisons eut la bonté de m'envoyer le lendemain M. de Gervasi, médecin de M. le cardinal de Rohan, qui ne vint qu'avec répugnance. Il craignait de s'engager inutilement à traiter, dans un corps délicat et faible, une petite vérole déjà parvenue au second jour de l'éruption et dont les suites n'avaient été prévenues que par deux saignées trop légères, sans aucun purgatif.

« Il vint cependant et me trouva avec une fièvre maligne. Il eut d'abord une fort mauvaise opinion de ma maladie; les domestiques qui étaient auprès de moi s'en aperçurent, et ne me la laissèrent pas ignorer. On m'annonça, dans le même temps, que le curé de Maisons, qui s'intéressait à ma santé et qui ne craignait point la petite vérole, demandait s'il pouvait me voir sans m'incommoder. Je le fis entrer aussitôt, je me confessai et je fis mon testament qui, comme vous croyez bien, ne fut pas long. Après cela, j'attendis la mort avec assez de tranquillité, non toutefois sans regretter de n'avoir pas mis la dernière main à mon poëme et à Marianne, ni sans être un peu fâché de quitter mes amis de si bonne heure. Cependant M. de Gervasi ne m'abandonnait pas d'un moment; il étudiait en moi, avec attention, tous les mouvements de la nature; il ne me donnait rien à prendre sans m'en dire la raison, il me laissait entrevoir le danger, et il me montrait clairement le remède. Ses raisonnements portaient la conviction et la confiance dans mon esprit, méthode bien nécessaire à un médecin auprès de son malade, puisque l'espérance de guérir est déjà la moitié de la guérison. Il fut obligé de me faire prendre huit fois de l'émétique, et, au lieu des cordiaux qu'on donne ordinairement dans cette maladie, il me fit boire deux cents pintes de limonade. Cette conduite, qui vous semblera extraordinaire, était la seule qui pouvait me sauver la vie, toute autre route me conduisant à une mort infaillible, et je suis persuadé que la plupart de ceux qui sont morts dans cette redoutable maladie vivraient encore s'ils avaient été traités comme moi.

« Le préjugé populaire abhorre, dans la petite vérole, la saignée et les médecins; on ne veut que des cordiaux, on donne du vin au malade, on lui fait même manger des petites soupes, et l'erreur triomphe de ce que plusieurs personnes guérissent avec ce régime. On ne songe pas que les seules petites véroles, que l'on traite ainsi avec succès, sont celles qu'aucun accident funeste n'accompagne et qui ne sont nullement dangereuses.

« La petite vérole, par elle-même dépouillée de toute circonstance étrangère, n'est qu'une dépuration du sang favorable à la nature, et qui, en nettoyant le corps de ce qu'il a d'impur, lui prépare une santé vigoureuse. Qu'une telle petite vérole soit traitée ou non avec des cordiaux, qu'on purge ou qu'on ne purge point, on en guérit sûrement.

« Les plus grandes plaies, quand aucune partie essentielle n'est offensée, se referment aisément, soit qu'on les suce, soit qu'on les fo-

bien supportée, M. Heymann injecta plus hardiment, mais avec lenteur, la moitié d'une seringue; de telle sorte qu'il se produisit un écoulement continu des liquides qui circulaient dans la chambre antérieure. Après trois de ces injections, presque tout le sang était dissous et entraîné hors de l'œil.

De la marche du cancer de l'œil.

M. Guersant expose ainsi les signes et la marche du cancer de l'œil chez les enfants : les trois périodes décrites ont un caractère clinique qu'il est bon de connaître. Ce sont surtout les cancers de la rétine ou de la choroïde dont il est ici question. Le lecteur verra comment le diagnostic du cancer de l'œil au début peut être porté quand l'examen ophthalmoscopique n'a pu être fait.

A la *première période* de l'encéphaloïde on croit l'œil sain, la sclérotique est blanche, il n'y a aucune rougeur, l'iris a sa couleur normale et sa mobilité. Les enfants qui ne sont pas très-jeunes se plaignent de voir mal ou de ne plus voir du tout, mais n'accusent pas de douleur dans le principe. Peu à peu, si la maladie marche, la pupille devient irrégulière; si on fait pénétrer la lumière obliquement dans l'œil on voit au fond quelque chose de brillant, on reconnaît dans la concavité du globe une tache de teinte cuivrée sur le fond noir de l'œil; elle a la largeur d'une petite lentille, puis peu à peu elle augmente et envahit toute la largeur de la rétine, elle est sillonnée de vaisseaux rouges; si préalablement on a dilaté la pupille avec l'atropine, tous ces signes se constatent plus facilement; la tumeur comprime le corps vitré, qui se liquéfie et laisse voir déjà la matière encéphaloïde.

A la *seconde période* l'état inflammatoire qui n'existait pas au début commence; la tumeur fait saillie en avant, pousse le cristallin contre l'iris, l'œil augmente de volume, la sclérotique s'injecte, il y a rougeur et larmoiement; l'iris, repoussé en avant, s'accole à la cornée; la pupille irrégulière devient immobile, se dilate et se décolore; les diamètres du globe oculaire sont augmentés dans tous les sens; la conjonctive s'infiltre, forme un bourrelet autour de la cornée; les paupières, également infiltrées, sont poussées en avant par la saillie de l'œil.

En même temps il y a des douleurs lancinantes très-vives, principalement la nuit; les enfants se plaignent sans cesse et sont alors pris de fièvre très-intense et continue, quelquefois de délire.

Troisième période. Jusque-là, la coque oculaire a résisté, mais bientôt elle se rompt, quelquefois c'est la cornée, d'autres fois la sclérotique qui se déchire; les douleurs très-vives causées par l'étranglement cessent alors en partie, et cette cessation de douleur fait reconnaître que la rupture s'est effectuée; si la sclérotique s'est ouverte, on ne voit pas de suite le tissu encéphaloïde apparaître, mais si la déchirure porte sur la cornée, un liquide roussâtre sanguinolent apparaît, le cristallin s'échappe, la tumeur fait saillie, répand une odeur fétide et parfois est le siége d'hémorrhagies. La faiblesse générale jette l'enfant dans le coma et il ne tarde pas à succomber. Dans le squirrhe de l'œil, la maladie envahit le globe en entier. A son début on constate tous les signes d'une ophthalmie interne : œil larmoyant, photophobie, globe oculaire rouge, injecté, la vue peu à peu s'affaiblit et se perd tout à fait. Bientôt des douleurs de plus en plus vives dans le côté correspondant de la tête deviennent continues, le sommeil se perd, l'appétit diminue, en même temps on constate un gonflement des ganglions sous-maxillaires et auriculaires : le globe de l'œil augmente de volume, il perd sa forme, devient inégal. La cornée reste longtemps saine, l'iris se déplace et se porte en avant, la chambre antérieure se remplit de sang; tout cela marche lentement, tandis que dans l'encéphaloïde le développement est plus rapide, peu à peu survient un chémosis, la cornée s'altère dans sa forme, les vaisseaux deviennent variqueux. L'œil fait saillie entre les paupières, il s'ulcère dans plusieurs points, le tissu cellulaire de l'orbite passe à l'état cancéreux, ainsi que les paupières, qui ne peuvent plus se mouvoir, le globe oculaire reste également fixe, c'est alors que la maladie marche plus rapidement, l'enfant s'épuise dans un état de fièvre continue, et la mort ne tarde pas à arriver avec ou sans convulsions.

GREFFE ANIMALE,

Par M. P. Bert.

Dans le Mémoire sur la greffe animale que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie des sciences (29 mai 1865), j'ai indiqué un certain nombre de faits qui révèlent une résistance remarquable dans les propriétés vitales des éléments anatomiques. J'ai fait voir comment un organe de structure complexe (la queue d'un rat, par exemple), étant séparé du corps, puis écorché et introduit sous la peau de l'animal, continue à vivre et grandit s'il n'avait pas encore atteint ses dimensions définitives. J'ai montré, de plus, comment la vie de cet organe résiste à l'action prolongée de milieux divers, tels que l'air, certains gaz, l'eau, certaines dissolutions acides, alcalines, etc. La présente note a pour but de donner quelques détails sur les modifications anatomiques que subissent les parties ainsi greffées.

Immédiatement après l'introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané de la queue écorchée, il se fait autour d'elle un épanchement blastématique qui bientôt s'organise et l'enveloppe comme d'un fourreau. Le microscope montre dans ce fourreau des fibres lamineuses, avec un petit nombre de corps fibro-plastiques.

L'organe greffé, libre d'abord dans cette gaîne, est bientôt mis en communication avec l'organisme, qui le porte par des vaisseaux de nouvelle formation, qui traversent la gaîne et s'abouchent avec ses propres vaisseaux.

Ces communications, d'abord capillaires, s'établissent vers le quatrième ou le cinquième jour, et une injection colorée, poussée par l'aorte de l'animal, pénètre dès lors dans la queue parasitaire. Plus tard, ces capillaires deviennent des vaisseaux qui atteignent plusieurs dixièmes de millimètre de diamètre.

Après une vingtaine de jours, les fibres musculaires perdent leurs stries, leur diamètre diminue, leur contenu se fragmente, se résorbe, ou bien est remplacé par des gouttelettes graisseuses; elles subissent, en un mot, soit l'atrophie simple, soit la dégénérescence graisseuse.

Les nerfs présentent les phénomènes de dégénérescence et de régénération si bien décrits déjà par MM. Philippeaux et Vulpian dans un Mémoire couronné par l'Académie.

Les corpuscules osseux, les cellules de cartilage, les fibres tendineuses, les corps fibro-plastiques, les cellules adipeuses de la moelle des os ne subissent aucune modification appréciable. Les articulations intervertébrales restent libres, même après plusieurs mois, et l'on trouve encore dans leur cavité les restes de la corde dorsale.

Si la queue greffée était jeune, elle atteint, sans jamais les dépasser, les dimensions qu'elle aurait eues si elle fût restée en place. Cette évolution se fait normalement quant au mode et quant au temps. Les cartilages d'ossification se transforment en os, les cartilages intervertébraux acquièrent leurs fibres caractérisques, les cellules de la moelle osseuse (médullocelles) deviennent adipeuses.

Cette vie normale, si j'ose ainsi parler, de la greffe se manifeste non-seulement dans l'ordre physiologique, mais dans l'ordre pathologique. Si, par exemple, une fois la greffe prise, on y pratique à travers la peau une fracture, celle-ci se consolide par un mécanisme qui ne paraît pas différer de ce qui se passe dans les circonstances ordinaires. Il m'est arrivé, à la suite de la greffe dans le péritoine d'os du crâne d'embryons, de voir ces os se développer d'une manière hypertrophique, par suite probablement de l'excitation que leur faisaient subir les mouvements incessants de l'intestin. Lorsque la présence de la queue incluse occasionne dans les tissus circonvoisins une inflammation suppurative, il arrive souvent que la greffe s'enflamme elle-même, et dans ce cas les vertèbres montrent les lésions caractéristiques de l'ostéite, c'est-à-dire l'abondance des médullocelles, l'érosion des os, etc. Cette ostéite guérit souvent, mais dans quelques cas elle entraîne la disparition de l'os.

Cette disparition a lieu dans d'autres circonstances encore. Lorsque l'organe qui doit être greffé a été soumis à l'action de certains milieux, il peut arriver que cet organe vivant encore, mais malade, subisse une évolution pathologique qui finit par le faire disparaître. J'ai énuméré bon nombre de ces cas dans mon Mémoire.

Voici alors comment les choses se passent :

La moelle vertébrale, qui dans la queue des rats est composée, dès un mois après la naissance, de cellules adipeuses avec quelques rares médullocelles, reprend l'aspect embryonnaire en perdant sa graisse et se remplissant de ces derniers éléments; elle envahit le tissu osseux, dont la trame se résorbe et dont les corpuscules contiennent pour la plupart une gouttelette graisseuse; une modification analogue est présentée par les cartilages. La graisse se montre en abondance autour de l'os, sans doute par multiplication et altération des corps fibro-plastiques. Plus tard, les médullocelles à leur tour sont remplacés par des cellules graisseuses ou du tissu lamineux, si bien qu'après un temps, qui n'est jamais moindre d'un mois, la queue introduite n'est plus représentée que par des tractus fibro-graisseux. Parfois on y aperçoit, à des intervalles réguliers, de petits noyaux solides qui semblent des restes de vertèbres. Mais le microscope fait voir que ces corps ne sont autre chose que les cartilages des extrémités articulaires dont la trame fondamentale s'est infiltrée de sels calcaires.

Au milieu de ces modifications pathologiques subsistent, comme le prouve l'injection, les vaisseaux sanguins, qui paraissent même dans la moelle osseuse plus abondants ou plus gros qu'à l'état normal.

NOTE SUR UN INSTRUMENT PERFORATEUR

applicable à l'immobilisation directe des fragments dans les fractures compliquées,

Par M. le docteur S.-J. Fauvel, chirurgien suppléant à l'hôpital du Havre.

Ayant eu l'occasion de voir pratiquer la suture des os par mon ami le docteur Bérenger-Féraud, j'ai songé à un moyen de modifier l'instrument dont il se servait, et qui n'est autre chose que l'outil connu sous le nom de *drill* par les dentistes et les ouvriers en métaux, afin de le rendre plus facilement applicable dans les divers cas où son emploi peut être réclamé.



Voici la figure de l'instrument, qui ressemble beaucoup au drill ordinaire et dont je vais faire remarquer les différences :

1° Le foret, au lieu d'être plat sur ses deux faces, est une moitié de cylindre, disposition qui renforce beaucoup la mèche perforatrice sans augmenter le diamètre des trous qu'elle fait;

2° Sur ce foret est un curseur mobile *c* qui permet d'agir pendant tout le temps sans crainte de dépasser le champ que l'on s'est fixé et de transpercer les parties molles sous-jacentes après avoir fait un trou à l'os;

3° L'écrou est muni d'un manche latéral *b* qui donne une plus grande force à l'opérateur;

4° L'instrument est muni d'une articulation au point *a* pour permettre au manche d'osciller dans tous les sens. C'est là surtout qu'est, à mon avis, la modification importante de l'instrument, car la main qui tient le drill au contact de l'os et qui le pousse pour faire mordre le foret n'a pas besoin d'agir suivant un plan mathématique perpen-

---

mente avec du vin et de l'huile, soit qu'on se serve de l'eau de Rabel, soit qu'on y applique des emplâtres ordinaires, soit enfin qu'on n'y mette rien du tout; mais, lorsque les ressorts de la vie sont attaqués, alors le secours de toutes ces petites recettes devient inutile, et tout l'art des plus habiles chirurgiens suffit à peine. Il en est de même de la petite vérole.

« Lorsqu'elle est accompagnée d'une fièvre maligne, lorsque le volume du sang, augmenté dans les vaisseaux, est sur le point de les rompre, que le dépôt est prêt à se former dans le cerveau, et que le corps est rempli de bile et de matières étrangères, dont la fermentation excite dans la machine des ravages mortels, alors la seule raison doit apprendre que la saignée est indispensable; elle épurera le sang, elle détendra les vaisseaux, rendra le jeu des ressorts plus souple et plus facile, débarrassera les glandes de la peau et favorisera l'éruption; ensuite les médecines, par de grandes évacuations, emporteront la source du mal, et, entraînant avec elles une partie du levain de la petite vérole, laisseront au reste la liberté d'un développement plus complet, et empêcheront la petite vérole d'être confluente. Enfin, on voit que le sirop de limon, dans une tisane rafraîchissante, adoucit l'acrimonie du sang, en apaise l'ardeur, coule avec lui par les glandes miliaires jusque dans les boutons, s'oppose à la corrosion du levain, et prévient même l'impression que d'ordinaire les pustules font sur le visage.

« Il y a un seul cas où les cordiaux, même les plus puissants, sont indispensablement nécessaires; c'est lorsqu'un sang paresseux, ralenti encore par le levain qui embarrasse toutes les fibres, n'a pas la force de pousser au dehors le poison dont il est chargé. Alors la poudre de la comtesse de Kent, le baume de Vanseger, le remède de M. Agnan, etc., brisant les parties de ce sang presque figé, le font couler plus rapidement, en séparant la matière étrangère, et ouvrent les passages de la transpiration au venin qui cherche à séchapper.

« Mais, dans l'état où je suis, ces cordiaux m'eussent été mortels; cela fait voir démonstrativement que tous ces charlatans, dont Paris abonde, et qui donnent le même remède (je ne dis pas pour toutes les maladies, mais toujours pour la même), sont des empoisonneurs qu'il faudrait punir.

« J'entends faire toujours un raisonnement bien faux et bien funeste. Cet homme, dit-on, a guéri par une telle voie; j'ai la même maladie que lui, donc il faut que je prenne le même remède. Combien de gens sont morts, pour avoir raisonné ainsi! On ne veut pas voir que les maux qui nous affligent sont aussi différents que les traits de nos visages; et, comme dit le grand Corneille :

Que souvent l'un se perd où l'autre s'est sauvé,
Et par où l'un périt un autre est conservé.

« Mais c'est trop faire le médecin. Je ressemble aux gens qui, ayant gagné un procès considérable par le secours d'un habile avocat, conservent encore pour quelque temps le langage du barreau. »

Le premier bulletin de la Société médicale de l'Aube.

Offrir au public médical un tribut périodique de travaux n'est plus aujourd'hui le privilége exclusif des sociétés savantes parisiennes. De toutes parts se forment en province de jeunes associations, déjà pleines d'avenir, qui rivalisent de zèle avec leurs aînées pour laisser dans des publications mensuelles la trace de leurs efforts.

Bien jeune encore, et forte des traditions de ses devancières, la Société médicale de l'Aube a conçu l'heureuse pensée de recueillir dans un bulletin et de publier les travaux et les observations de ses membres.

C'est de son premier essai que nous voulons entretenir nos lecteurs.

Et d'abord quel esprit semble avoir présidé à la rédaction de ce bulletin? Hâtons-nous de le dire, c'est celui qui honore le plus le savant, l'esprit pratique.

Aussi c'est à bon titre, selon nous, que M. le secrétaire Forrest, dans le compte rendu placé en tête du volume où il nous dépeint les tendances et les labeurs de la Société, insiste sur ce caractère pratique qui doit toujours distinguer les écrits de ses associés. Constatons-le, du reste, la route indiquée par M. Forrest a été suivie, et ses esquisses des séances de la Société nous la montrent toujours habilement engagée puis rigoureusement maintenue par son président, M. le docteur Vauthier, dans cette voie salutaire.

Deux mémoires surtout attirent l'attention du critique.

diculaire au trou de l'os, et n'expose plus par sa déviation à la rupture de la mèche perforatrice.

J'ai pratiqué à maintes reprises des sutures osseuses sur le cadavre avec cet instrument, je m'en suis même servi une fois déjà sur le vivant dans une fracture compliquée de la jambe, et j'ai manœuvré le drill ainsi modifié beaucoup plus facilement que le drill ordinaire.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 11 octobre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

Résection traumatique d'une portion de la diaphyse des deux os de l'avant-bras.

M. DAUVÉ lit une note sur ce sujet. Elle est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Verneuil, Desormeaux et Le Fort.

COMMUNICATIONS.

De l'intoxication putride et purulente dans les affections chirurgicales de la bouche.

M. CHASSAIGNAC. A l'occasion d'une communication de M. Verneuil, notre honorable collègue M. Richet a entretenu la Société d'un ordre de faits qui a été de ma part l'objet de quelques études, que je viens à mon tour soumettre au jugement de cette assemblée.

L'intoxication putride à la suite des fractures de l'os maxillaire, aussi bien qu'à la suite des caries et des nécroses de cet os, a été décrite sous le nom de cachexie buccale purulente. Elle se présente à l'état aigu et à l'état subaigu ou chronique. J'ai tracé les caractères de cette intoxication et ses effets sur l'organisme dans mon *Traité de la suppuration*, t. I, p. 55, 1859.

Dans cette partie de mon ouvrage, je rapporte trois observations dans lesquelles on peut lire la description des dangers que fait courir à l'organisme ce genre d'empoisonnement et l'indication des moyens qui conjurent ces dangers (p. 217, t. II, *loco cit.*).

Non-seulement cet empoisonnement putride s'observe dans les altérations chroniques des os maxillaires telles que la carie et la nécrose, mais ils peuvent dépendre d'une inflammation aiguë, souvent d'origine traumatique donnant lieu à des abcès sous-périostiques aigus, ou même à une infiltration purulente ayant son point de départ dans une fracture de l'os maxillaire, fracture qui peut dépendre soit de ce que l'alvéole éclate sous l'action des instruments du dentiste, soit de ce que la fracture ait été produite par toute autre cause agissant directement à travers la peau contre l'os maxillaire inférieur (p. 217, t. II, *loco cit.*)

J'ai observé un certain nombre d'exemples de ce genre. La suppuration à la suite des fractures du maxillaire inférieur est une complication beaucoup plus fréquente qu'on ne pense de cette espèce de fractures. Il suffit que la juxtaposition des fragments s'opère mal pour donner lieu à de la suppuration, qui débute par la région alvéolaire.

Ce n'est pas seulement à la suite des fractures suppurées de l'os maxillaire que j'ai observé et décrit l'empoisonnement putride aigu dont a parlé M. Richet, je l'ai mentionné et décrit comme conséquence de suppurations sous-périostiques aiguës de l'os maxillaire inférieur. Ne trouvant que peu de chose dans les traités généraux sur ce mode d'empoisonnement putride, j'ai eu recours aux recueils périodiques, aux actes des sociétés savantes et à ma pratique d'hôpital. Ces documents m'ont mis à même de joindre, à huit observations consignées de la p. 151, t. II, à la p. 159, une observation de M. le docteur Mazet qui a été suivie de mort, et une observation très-curieuse de suppuration sous-périostique aiguë due à notre collègue M. Foucher.

C'est à l'aide de tous ces faits que j'ai formulé (t. II, p. 151) les propositions suivantes :

La portion osseuse suppurée siégeant à la face interne de l'os maxillaire, le tube à drainage est conduit à travers le plancher de la bouche de manière à former un anneau qui embrasse la face interne de l'os maxillaire dans le point malade et dont la partie supérieure sort par la bouche, tandis que la moitié inférieure sort à travers la peau (p. 217).

Dans le chapitre dont sont extraits les passages que je viens de citer se trouvent cinq observations de ces intoxications buccales purulentes aiguës traitées par des douches abondantes et la canalisation vers la partie déclive ou le plancher buccal.

La dernière de ces observations se rapporte à une fracture produite par un coup de pied de cheval, et qui, malgré une nécrose constatée par le stylet, a été suivie d'une guérison complète (p. 220, t. II, *loco cit.*).

Voici maintenant la description de l'empoisonnement putride aigu par les lésions suppuratives de l'os maxillaire :

Elle est de tous points conforme à celle de M. Richet, sauf quelques traits qui m'avaient plus particulièrement frappé. Telle, par exemple, la tendance syncopale que présentent à un haut degré tous les sujets atteints de ce genre d'empoisonnement.

Comme notre collègue, j'ai distingué avec soin ces symptômes de ceux de l'infection purulente métastatique.

Voici notre description :

L'habitude extérieure du sujet se modifie d'une manière toute spéciale. Il commence par se décolorer, puis bientôt il prend une teinte plombée; sa face prend une expression de langueur analogue à celle des gens qui tombent dans le marasme. Les mouvements deviennent plus lents, le malade perd ses forces. Quand il se lève, il semble qu'il va se trouver mal (état syncopal que j'ai constamment observé chez les sujets atteints d'intoxication putride salivaire). Ses jambes ne peuvent plus le porter. La faiblesse qu'il éprouve ressemble à celle des sujets chez lesquels la nutrition se fait imparfaitement. Il devient plus sensible au froid. Les sens paraissent s'émousser. L'appétit diminue peu à peu. La bouche devient pâteuse, amère, la langue saburrale; puis se manifeste une diarrhée abondante, séreuse et d'une odeur fétide.

Rien autre chose du côté des voies respiratoires que l'affaiblissement du murmure vésiculaire, circonstance qui s'explique par l'émaciation et la débilité du sujet. Le pouls devient petit, fréquent, et le malade éprouve chaque soir un redoublement fébrile. Plus tard, la teinte cachectique se prononce davantage; la peau conserve une moiteur désagréable, poisseuse. La sécrétion urinaire est diminuée, et les urines sont troubles et épaisses.

Ici donc se trouvent réunis tous les caractères indiqués dans la description qu'a tracée notre collègue : frissons, diarrhée, dépérissement, teinte terreuse de la peau.

Pour couper court à toute équivoque, je dis expressément, p. 56, t. I.

« Le pus mêlé à la salive, aux aliments avalés, était la cause directe de l'atteinte profonde portée à l'organisme, et la mort en eût été la conséquence nécessaire si un traitement approprié n'eût été institué. »

Dans chacune des trois observations consignées, t. I, p. 55, 56 et 57, du *Traité de la suppuration*, se trouvent indiqués tous les signes attribués par M. Richet à l'empoisonnement putride par suppuration à l'intérieur de la bouche, soit après la fracture du maxillaire, soit après une opération pratiquée sur la langue.

Je crois donc qu'après toutes les preuves que je viens de donner il y aurait quelque injustice à dire, qu'aucun auteur n'a décrit l'empoisonnement putride causé par les suppurations buccales dues aux lésions suppuratives de l'os maxillaire, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique.

M. RICHET. Je n'ai qu'à exprimer le regret de n'avoir pas connu ces divers passages du livre de M. Chassaignac, intitulé : *Traité de la suppuration*. Ce titre est peut-être un peu cause que je n'y ai pas fouillé avec plus de soin pendant que je m'occupais des fractures du maxillaire. Je regrette d'autant plus de n'y avoir pas puisé les éléments que vient nous rappeler notre honorable collègue, qu'ils m'auraient servi à donner plus de force aux conclusions de mon travail.

Fracture du fémur gauche, accidents graves, embolie probable.

M. HOUEL communique sous ce titre l'observation suivante, rédigée par M. Delens, interne du service.

Auguste C..., âgé de quarante-cinq ans, garçon de restaurant, est entré à l'hôpital des Cliniques le 27 avril 1865 et a été couché au n° 7 de la salle des hommes (service de M. Nélaton). C'est un homme trapu, assez vigoureux, présentant un embonpoint très-notable. Sa santé est habituellement bonne.

Le 27 avril, au matin, il a fait une chute dans une cave par une trappe laissée ouverte, et a été amené à l'hôpital immédiatement après l'accident.

On constate une fracture du fémur gauche, sans plaie des téguments; mais l'embonpoint du malade et la tuméfaction des parties molles empêchent de préciser, d'une façon rigoureuse, le siége de la fracture, qui paraît notablement au-dessus de la partie moyenne du fémur.

Le membre est placé dans un appareil de Scultet qui, au bout de cinq ou six jours, est remplacé par l'appareil à extension continue, dit appareil américain.

M. Houël, en examinant la partie inférieure de la cuisse, constate, au-dessus des condyles du fémur, une tuméfaction présentant une assez grande dureté et diagnostique une seconde fracture de la partie inférieure du corps de l'os.

L'extension continue n'a pu être supportée que pendant une quinzaine de jours, au bout desquels l'appareil de Scultet a été réappliqué.

Jusqu'au 28 mai, la santé du blessé s'est maintenue très-satisfaisante. La partie inférieure du membre fracturé présentait seulement un certain œdème.

Dans la nuit du 28 au 29 mai, le malade dort mal et éprouve, à ce qu'il paraît, un peu d'oppression sternale; cependant il ne se plaint de rien, à la visite, au moment où l'on passe devant son lit.

Mais un quart d'heure après, sans cause appréciable et sans pousser la moindre plainte, il perd subitement connaissance. Son voisin appelle immédiatement, et on le trouve la face rouge, violacée, la tête un peu renversée en arrière. Les paupières sont à demi soulevées, les deux pupilles dilatées, immobiles. La respiration est pénible, stertoreuse; à chaque expiration, les joues sont légèrement soulevées, et les lèvres s'écartent par le passage du courant d'air. Le pouls est imperceptible aux radiales.

Pendant qu'on entoure le malade et avant que l'on ait eu le temps de se demander à quoi l'on a affaire, il revient à lui, et, le premier moment d'étonnement passé, il déclare qu'il a ressenti brusquement une oppression très-vive et qu'il a perdu connaissance sans pouvoir appeler.

La perte de connaissance a duré, en tout, une ou deux minutes au plus; cependant le visage prend une pâleur cadavérique et se couvre d'une sueur froide. Cette pâleur persiste pendant toute la journée; les membres sont froids, le pouls fréquent (100 puls.), très-petit aux radiales. Le malade accuse une douleur persistante à la région cardiaque. Il parle assez librement et a sa connaissance parfaite, mais il se sent incapable de faire le moindre mouvement, et ne prend rien de la journée.

M. Houel, en auscultant la région précordiale au moment de l'accident, n'entend point les battements du cœur, à leur place existe un espèce de frémissement.

La respiration est normale en avant, sauf qu'il existe quelques bulles de râle sous-crépitant à droite.

Le lendemain, 30 mai, l'aspect est un peu meilleur, le pouls un peu plus facilement perceptible, mais le malade n'a pu dormir cette nuit et accuse toujours la même oppression.

En auscultant le cœur, on constate un bruit de souffle râpeux, très-manifeste, au premier temps et vers la base, il se prolonge dans la direction de l'aisselle gauche.

Dans la soirée, on ne retrouve plus que des traces de ce bruit.

Le 31 mai, le malade commence à reprendre son aspect normal et un peu d'appétit.

Pas de bruit de souffle au cœur.

Le 2 juin, malaise et nouveaux troubles cardiaques. On peut ausculter en arrière, et l'on trouve la respiration légèrement soufflante.

Le 3, rien à l'auscultation du cœur. Le pouls est plus faible à la radiale droite qu'à celle du côté gauche, ce qu'on n'avait pas encore constaté (84 puls.).

En arrière, il existe une faiblesse marquée du bruit respiratoire à la partie moyenne du poumon gauche.

Le crachoir contient des crachats un peu visqueux, mêlés de sang, par stries distinctes; ils ont été rendus pendant la nuit. Quelques autres semblables ont été expectorés dans la journée. Le faciès est visiblement altéré.

Le 4, amélioration. Pas de fièvre ni de bruit anormal au cœur, mais une gêne assez notable de la respiration persiste. Il n'y a pas eu de nouveaux crachats sanglants.

Le 5, assez bien aujourd'hui. L'auscultation du cœur est toujours muette.

L'amélioration se continue dans les jours qui suivent.

L'appareil de Scultet a été retiré le 27 juin. Le membre fracturé présente un œdème considérable, dont le début remonte aux premiers jours du traitement. On sent à la racine de la cuisse un empâtement profond et étendu; mais le doigt ne distingue, nulle part, de cordon indiquant une oblitération veineuse.

Le malade a commencé à se lever dans la seconde moitié du mois de juillet, conservant toujours de l'œdème de la jambe et de la cuisse. Il a quitté l'hôpital dans la première moitié d'août, son état général était très-satisfaisant.

M. DEMARQUAY. Je trouve qu'on fait jouer à l'embolie un rôle beaucoup plus important que celui qu'elle mérite, l'embolie n'est pas la seule cause qui puisse produire les morts subites. Il me semble qu'on néglige un peu trop aujourd'hui toutes les autres causes que Bichat nous a si bien indiquées depuis longtemps.

M. HOUEL. J'accorde volontiers à M. Demarquay que, fort heureusement pour le malade, mon fait est resté incomplet, puisqu'il n'a pas été suivi d'autopsie. Je crois, néanmoins, qu'il est entouré d'une somme très-grande de présomption et même de probabilité. L'exis-

---

L'absorption cutanée a été pour M. le docteur Mougeot l'occasion d'enrichir la science d'un travail entièrement inédit. Frappé des avantages que présente au médecin la méthode endermique, M. Mougeot a entrepris sur elle de nouvelles expériences. Il en est sorti, à son honneur, nous apportant en témoignage de réussite une classe nouvelle de médicaments. Remplacer dans les pommades qui sont un des principaux agents de la méthode endermique, les graisses qui en sont l'excipient, par un corps plus maniable, d'une absorption plus facile, d'une conservation plus générale, d'un aspect plus agréable, tel est le but que s'est proposé le docteur Mougeot. Ce corps c'est l'acide silicique. En l'associant aux substances si variées qui entrent dans les pommades médicales, M. Mougeot a pu former des composés qu'il nomme *silicades*, et qui réunissent toutes les conditions qu'il recherchait. Ces silicades sont surtout remarquables par la facilité avec laquelle ils sont absorbés. A coup sûr il ne viendra à l'esprit de personne l'idée de contester l'à-propos et la valeur de semblables recherches.

Le second mémoire porte pour titre : *Des services que peuvent rendre les Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire*. Dû à la plume de M. le docteur Guichard, c'est le fruit d'un assez long séjour à cette station thermale.

Les Eaux-Bonnes guérissent-elles la phthisie? Tel est le problème qu'agite l'auteur. « On paraît, dit-il, la guérir positivement dans un certain nombre de cas; on l'arrête souvent en suspendant son cours et en donnant ainsi aux malades un répit dont ils peuvent profiter; mais ces heureux résultats ne se produisent que dans des conditions déterminées. »

De là à l'idée de nous faire connaître les indications et les contre-indications il n'y a qu'un pas. Comme c'est, selon nous, la partie la plus importante du travail de M. Guichard, nous allons reproduire quelques-unes de ses conclusions.

La forme aiguë et peut-être la forme hémoptoïque sont des contre-indications formelles.

Prises au début, les formes bénigne, lente, commune ont chance de s'arrêter et de guérir. Mais l'effet utile devient douteux dès qu'elles sont arrivées à la période cachectique.

Souvent mal supportées par les tempéraments sanguin et nerveux, les Eaux-Bonnes semblent au contraire favorables au tempérament lymphatique, et un type d'indication est le tempérament lymphatique avec lésion du sommet gauche du poumon.

Les maladies coexistantes ne sont une contre-indication que s'il s'agit, par exemple, d'une maladie organique du cœur, une endocardite chronique, une aortite, par exemple; mais les troubles nerveux du cœur, la chlorose ne doivent pas faire rejeter la médication Eau-Bonnaise. M. Pidoux a démontré, en effet, que loin d'être nuisibles, des activités morbides se mettant en antagonisme avec la tuberculisation venaient au secours du médecin en jouant le rôle, suivant sa belle expression, de véritables *équivalents pathologiques*.

Nos lecteurs jugeront, par ces extraits, de l'esprit qui a dicté le travail de M. Guichard. Nous y reconnaissons, quant à nous, le désir d'être pratique, d'être utile aux cliniciens, et nous croyons qu'il a réussi.

Du reste, la seconde partie du bulletin répond à la première. Tout entière consacrée aux observations, elle s'ouvre par l'exposé d'un très-ingénieux et original procédé d'extraction des corps étrangers de l'urèthre et de la vessie.

A l'aide d'une canule de trocart et d'un simple crochet, M. le docteur Crépinel retire, de ces régions si difficiles à atteindre, des corps, tels qu'un fragment de verre, une épingle à deux branches, quelle que soit d'ailleurs leur position.

Viennent ensuite d'assez nombreuses observations du docteur Vauthier, chirurgien, versé dans la pratique hospitalière; de M. Viardin fils, sur un cas intéressant de luxation ancienne; de M. Guichard, sur une gangrène du scrotum, suivie de restauration et un sarcocèle.

Tels sont les travaux que nous envoient, pour leur coup d'essai, nos confrères du département de l'Aube.

Puissent-ils ne pas oublier qu'ils viennent de prendre, en face du monde médical, l'engagement d'apporter à l'édifice qui s'élève leur part de travail, et qu'ils reçoivent ici l'assurance que leurs premiers pas, dans cette voie nouvelle, sont marqués au coin du mérite et du succès.

D.-A. SEDE.

De l'angine couenneuse et du croup considéré au double point de vue du diagnostic et du traitement, par le docteur COULON, professeur suppl. à l'École de méd. d'Amiens, ancien interne des hôpit. de Paris, etc. Paris, F. Savy, 24, rue Hautefeuille. In-8° de 96 p. Prix : 2 francs.

tence d'une embolie me paraît, je le répète, rendue très-probable par le brusque début des accidents, l'absence momentanée des battements du cœur, suivie bientôt du souffle râpeux dans la région précordiale. La coexistence d'une phlébite profonde, accusée par l'œdème, me paraît parler dans le même sens.

M. VELPEAU. Comme M. Demarquay, je trouve que le fait intéressant rapporté par M. Houel me laisse une demi-conviction; cependant je serais assez disposé à l'admettre comme un exemple d'accidents causés par embolie. Mais, d'un autre côté, je suis en contradiction formelle avec M. Demarquay quand il prétend qu'on fait jouer un rôle trop important aux embolies. Je dirais plus volontiers le contraire. J'en ai observé plusieurs exemples dans la même année, sans parler de celui que j'ai communiqué à l'Académie des sciences. Aussi suis-je convaincu que les embolies sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Du reste, on comprend assez bien qu'il en soit ainsi quand on réfléchit à la composition du sang et à la facilité avec laquelle des caillots peuvent s'y former.

M. RICHET. Ce qu'ont déjà dit MM. Velpeau et Demarquay me dispensera de m'étendre beaucoup sur le fait de M. Houel. Je dirai seulement que nous savons tous qu'on rencontre l'œdème sans phlébite; or M. Houel n'a pas trouvé d'autre signe d'une inflammation veineuse et je ne comprends plus dès lors comment se serait produite l'embolie.

J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer à l'Isle-Adam un fait qu'on chercha également à expliquer par une embolie et qui, je crois, pouvait se comprendre par une congestion considérable du foie. Voici ce fait très-abrégé: Un homme de soixante-dix ans, atteint d'une fracture très-simple du péroné, était au vingtième jour de l'accident, quand il fut pris brusquement, dans le repos le plus complet, d'accidents graves de suffocation. Appelé en toute hâte auprès de ce malade, je ne pus constater de traces de phlébite nulle part. Mais la palpation et la percussion me permirent de reconnaître facilement un énorme volume du foie. Mon confrère avait songé à une embolie, je ne partageai pas cette manière de voir et je crus pouvoir expliquer ce qui s'était passé par l'augmentation considérable du volume du foie. Je conseillai un régime sévère, une diète relative, la marche, et le malade se rétablit parfaitement.

Notre regretté confrère Thirial a publié dans *l'Union médicale* l'histoire d'un malade que j'ai été appelé à visiter avec lui et M. le professeur Bouillaud, et qui prouve jusqu'à l'évidence que quand il y a phlébite, c'est alors seulement qu'on doit redouter l'embolie et que le traitement, loin d'être celui que j'ai conseillé pour le précédent malade, doit alors être dirigé contre la phlébite.

Voici un résumé succinct de ce fait.

Le malade avait une veine variqueuse enflammée de la jambe et avait éprouvé des symptômes de suffocation assez effrayants. On craignit une affection des orifices du cœur. M. Bouillaud fut appelé et déclara qu'il n'y avait aucune altération des orifices ou des valvules. C'est alors que nous portâmes le diagnostic phlébite donnant lieu à des embolies. Nous prévînmes la famille qu'il était à craindre que le malade ne succombât brusquement. Ce pronostic ne s'est que trop rapidement vérifié; car en quelques minutes le malade fut foudroyé quelques jours plus tard.

Quelle différence entre ces deux faits, quoique les symptômes présentent de l'analogie? Dans le premier cas, point de trace de phlébite, j'annonce qu'il n'est pas question d'embolie, et le malade se rétablit rapidement; dans le deuxième, je constate un caillot dans la veine et nous annonçons une catastrophe possible, pronostic fatal qui ne s'est que trop tôt confirmé.

M. VELPEAU. M. Richet semble croire que l'absence de phlébite suffit pour autoriser à repousser l'idée d'embolie. C'est là une erreur. Chez deux de nos malades, il n'y avait pas trace de phlébite. Quant au rôle que M. Richet a fait jouer à l'engorgement du foie, il me paraît encore moins admissible que l'embolie dans le fait de M. Houel.

M. BLOT. Quand j'ai cédé la parole à mon maître, M. Velpeau, je voulais précisément dire que la phlébite n'est pas du tout la condition *sine quâ non* de l'embolie. Il est, en effet, plusieurs conditions physiologiques ou pathologiques dans lesquelles on ne peut nier les coagulations spontanées sans phlébite préalable. Pour n'en citer qu'une, je mentionnerai l'état puerpéral, pendant lequel on a déjà vu si souvent des embolies se former sans qu'une phlébite les ait précédées. Il y a même cela d'assez singulier que dans les cas assez nombreux de phlegmatia alba dolens que j'ai pu observer, jamais il n'y a eu d'embolie.

M. TRÉLAT. Je désire surtout faire remarquer à M. Houel que ce silence du cœur n'a jamais, je crois, été signalé dans l'embolie; aussi serais-je disposé à le rapporter à un état syncopal.

Je ferai observer que des caillots emboliques peuvent s'échapper de veines atteintes de phlébite latente ou de phlébite qui a échappé à l'attention. M. Azam (de Bordeaux) a publié, dans son *Mémoire sur les cas d'embolies dans les fractures du membre inférieur*, des faits qui prouvent que la phlébite n'est pas très-rare dans les fractures du membre inférieur, et qu'il est arrivé plusieurs fois que cette phlébite n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Je dirai enfin que le pelotonnement d'un caillot peut expliquer la brusque modification de phénomènes dans le cas où un caillot se fixerait en se roulant sur lui-même dans l'artère pulmonaire et où il viendrait à se dérouler rapidement sous l'impulsion d'une ondée sanguine.

M. DEMARQUAY. Je suis loin de vouloir nier les phénomènes dus aux embolies; je crois seulement que, dans beaucoup de cas, on admet les embolies sans preuve suffisante.

M. VELPEAU. Je me suis surtout élevé contre l'opinion de M. Demarquay, parce qu'il semble croire nécessaire de voir les phénomènes propres à la phlébite précéder l'embolie.

M. RICHET fait observer que dans plusieurs cas de mort subite survenue chez des femmes en couches, l'autopsie n'a pas démontré d'embolie. Il ajoute, relativement à l'homme observé par lui à l'Isle-Adam, que ce malade éprouvait déjà depuis longtemps des accidents gastriques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

OBSÈQUES DE M. MALGAIGNE.

Les obsèques de M. Malgaigne ont eu lieu aujourd'hui. Le doyen de la Faculté de médecine, un grand nombre de professeurs en robe, le président de l'Académie de médecine, M. Béclard, secrétaire de cette société, le directeur de l'assistance publique, la plupart des membres de la société de chirurgie, un grand nombre de chirurgiens des hôpitaux et de professeurs qui ne faisaient point partie de la députation, et une foule d'élèves ont suivi le convoi jusqu'au cimetière.

Le deuil était conduit par M. le docteur Lefort, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de médecine, gendre de M. Malgaigne.

M. Velpeau a prononcé un discours que nous reproduirons mardi; M. Béclard a lu un discours de M. Dubois (d'Amiens); empêché, et un compatriote de M. Malgaigne, M. Maurice Aubry, a prononcé quelques paroles d'adieu.

Nos lecteurs trouveront dans le discours de M. Velpeau, l'expression la plus juste des services et des qualités du célèbre professeur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Une place d'élève interne est vacante à l'asile des aliénés de Sainte-Gemmes, près Angers.

Avantages attachés à l'emploi: Traitement annuel de 600 francs, logement, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. Les candidats doivent être âgés de vingt et un ans au moins et avoir passé le premier examen de doctorat.

Adresser les demandes, avec les pièces à l'appui, avant le 31 octobre, au médecin en chef, directeur de l'établissement.

— Nous apprenons la mort d'un honorable praticien de Paris, M. le docteur Bréard, qui a succombé rapidement à une atteinte de l'épidémie, à l'âge de soixante-quatre ans.

— M. le docteur Guillaumond, de Lubersac (Gironde), frappé d'une attaque d'apoplexie, vient de succomber malgré les soins les plus dévoués de MM. Lespinas, Donnève et de Beaune. Ce regretté confrère n'était âgé que de cinquante et un ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aquaronne, qui a succombé à Toulon, le 17 octobre, des suites du choléra.

Cet honorable confrère, attaché à l'ambulance du vieux Palais, s'était fait remarquer par son zèle et son dévouement.

— A la liste des élèves de la Faculté de médecine de Montpellier présents à Toulon, pendant toute la durée de l'épidémie, il faut ajouter le nom de M. Albert Vigneau.

— Au moment où nous mettons sous presse, on nous annonce que M. Mocquot, externe à l'hôpital Saint-Antoine, vient de succomber aux atteintes du choléra.

Ses obsèques auront lieu samedi à onze heures.

Uréthrotomie, rétrécissements de l'urèthre, par le docteur BETRAN (extrait de son *Cours des maladies des voies urinaires*). Chez Germer Baillière.

Conditions sanitaires des armées pendant les grandes guerres contemporaines, par M. le docteur de VALCOURT. Une br. gr. in-8° de 30 pages. Prix: 50 c.

Mouvement circulaire de la matière dans les trois règnes, tableaux comprenant un aperçu des fonctions nutritives dans les êtres organisés, par M. le professeur LONGET, membre de l'Institut; cartonné avec 2 fig. color. Prix: 7 fr. Ces deux ouvrages se trouvent chez Germer Baillière, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 125. — MARDI 24 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 24 OCTOBRE 1865. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 OCTOBRE 1865.

Choléra. — Sa prophylaxie et son traitement.

En présence d'une épidémie il faut aller au plus pressé, retirer les malades du danger d'abord et réserver pour plus tard les harangues. Les études et les dissertations sur l'origine, sur les causes et le mode de développement ou de propagation de la maladie, trouveront utilement leur place quand elle nous aura fait des loisirs; peut-être nous occuperons-nous alors à chercher ce qu'il aurait fallu ou ce qu'on aurait pu faire pour l'empêcher de venir. Mais pendant qu'elle témoigne à sa manière sa présence parmi nous, hâtons-nous de dire ce qui nous paraît le plus utile pour la combattre.

Nous déclarerons tout d'abord que nous n'avons ni un remède spécifique, ni une méthode particulière à préconiser, ni tel ou tel système à faire prévaloir. Nous voulons simplement établir qu'il existe une méthode générale de traitement, à laquelle se rallie plus ou moins, sous l'apparente diversité des moyens, la plus grande généralité des praticiens, méthode de traitement qui pour n'avoir pas, malheureusement, une efficacité constante, n'en a pas moins à nos yeux une utilité incontestable. Mais avant de chercher à le démontrer, il est nécessaire de poser quelques principes et de formuler les indications principales.

On a trop dit et répété que l'art était impuissant et la science aux abois. S'il convient d'être modeste en face d'un ennemi plus fort que soi, il ne faut pas du moins pousser l'abnégation jusqu'à abdiquer et se déclarer vaincu sans combat. Non, il n'est pas exact de dire que nous ne savons rien sur le choléra et que nous sommes entièrement impuissants pour le combattre.

Un premier fait est acquis, et ce fait est d'une importance capitale, c'est la connaissance de la période prodromique. A peine contestée par un très-petit nombre d'observateurs plus frappés sans doute de quelques rares exceptions que de la généralité des faits, la période prodromique est admise aujourd'hui par la presque universalité des médecins. L'enquête anglaise de 1850, celle qui a été faite à Paris pendant le cours de l'épidémie de 1853 et 54, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Les documents nombreux que nous avons reçus sur l'épidémie d'Egypte et sur celle du midi de la France, et ce que nous voyons en ce moment même à Paris, tout tend à en confirmer de plus en plus la réalité.

L'importance de ce fait ressort de soi. Enrayer au début les symptômes prémonitoires, c'est prévenir presque à coup sûr l'explosion de la maladie imminente.

Quels sont les moyens d'atteindre ce résultat?

Ici, nous devons en faire l'aveu, il y a divergence dans le choix des moyens. Quelques médecins, — ce sont les plus timorés, — n'ayant en vue que le but immédiat, veulent qu'on coupe court aux accidents par des astringents et des narcotiques. D'autres, au contraire, plus réfléchis et mieux pénétrés de la véritable signification physiologique des symptômes qu'il s'agit de combattre, sont d'avis qu'il faut recourir immédiatement aux évacuants vomitifs et purgatifs. Bien que par ces deux méthodes on réussisse souvent à enrayer ces premiers symptômes, il n'est pas indifférent d'employer l'une ou l'autre. Pour nous la méthode évacuante est celle qui est le plus généralement indiquée, et nous ajouterons que c'est la plus rationnelle en même temps que la mieux fondée sur l'expérience. Cependant nous ne la prescrivons pas d'une manière absolue et banale. Nous faisons une réserve pour les cas qui peuvent réclamer l'emploi immédiat des astringents. Ceci exige quelques développements.

Les phénomènes que l'on désigne généralement sous le nom de prémonitoires, et dont le symptôme prédominant est la diarrhée, ne constituent par un état morbide identique, toujours le même, ou ne variant d'un individu à un autre que par le degré. Il est en temps d'épidémie, comme en tout autre temps, des personnes atteintes d'entérite chronique, d'autres qui, sans avoir une affection déterminée, ont une telle susceptibilité des organes digestifs, que le plus léger écart de régime, la moindre variation de température ou même une émotion morale, déterminent immédiatement chez elles de la diarrhée. Que la maladie régnante sévisse avec une grande intensité et que son influence se fasse ressentir à des degrés divers sur tout le monde, comme cela a lieu dans les grandes épidémies, cet état constituera une prédisposition imminente et il revêtira rapidement les caractères épidémiques. Mais que la maladie ne sévisse qu'avec une intensité modérée ou même faible, comme en ce moment, ce même état appellera sans doute une active surveillance, mais il ne réclamera pas une médication spéciale et différente de celle qui est appropriée à la situation habituelle de ces personnes.

Il n'en sera plus de même s'il s'agit de ces diarrhées qui surviennent inopinément, sans cause déterminante appréciable, chez des individus habituellement bien portants. Celles-là sont manifestement sous l'influence immédiate de la cause morbide générale qui ébranle tous les organismes; ce sont celles qui méritent plus particulièrement la qualification de prémonitoires. Eh bien! ici encore il y a une distinction à faire. Si cette diarrhée s'accompagne de perte d'appétit, d'un état bilieux et saburral de la langue, d'un sentiment d'empâtement du ventre, en un mot de tous les signes d'un embarras gastro-intestinal, ce qui est le cas le plus habituel, l'indication est formelle. C'est aux évacuants vomitifs et purgatifs, et particulièrement à l'ipécacuanha et au sulfate de soude qu'il faut avoir recours sans hésiter. Qu'on ne vienne pas nous objecter que donner des purgatifs à des sujets atteints de diarrhée, c'est ajouter encore par le remède à la cause de l'action morbide elle-même. C'est là une objection anti-physiologique et anti-médicale, en même temps que contraire à tout ce que nous enseigne l'expérience. Éliminer les sucs mal élaborés et les produits morbides que contiennent les organes digestifs, modifier énergiquement ces organes eux-mêmes altérés déjà dans leur mode de vitalité, n'est-ce pas là l'indication la plus rationnelle, la première de toutes à satisfaire? Et loin de courir le risque de perpétuer ou d'accroître les évacuations spontanées, dont on se préoccupe avec raison, qui ne sait que l'ipécacuanha après avoir provoqué un ou deux vomissements met promptement fin aux vomissements spontanés et que l'administration des purgatifs salins est presque constamment suivie de constipation? En prescrivant d'ailleurs les vomitifs et les purgatifs dans les circonstances que nous venons de spécifier, nous nous réservons toujours de les faire suivre immédiatement de l'administration des astringents et des opiacés, pour peu que les symptômes morbides persistent.

Que si la diarrhée, au lieu de se montrer dans ces conditions, survient chez un sujet profondément débilité par un état valétudinaire habituel, épuisé déjà par de fréquentes évacuations alvines antécédentes, si elle s'accompagne de symptômes nerveux, de vertiges, de lipothymies, et qu'on ne constate surtout aucun de ces symptômes de surcharge bilieuse ou gastrique que nous signalions tout à l'heure, dans ces circonstances seulement, nous croyons prudent de s'abstenir des évacuants et de recourir d'emblée aux astringents, aux opiacés et aux infusions aromatiques chaudes et stimulantes.

Il est enfin un état, très-commun en ce moment, qui, sans constituer, à proprement parler, un état maladif, n'est cependant plus tout à fait la santé, et accuse déjà une certaine part d'influence de la constitution épidémique générale. L'appétit est conservé, les digestions se font encore assez régulièrement, on n'a point de diarrhée, il y a même plutôt un peu de constipation; mais on éprouve une certaine sensibilité du ventre qui est comme tendu et empâté, on a des borborygmes, des flatuosités; en un mot, on *sent* son ventre, et on a comme la conscience du travail de digestion qui s'y opère habituellement à notre insu.

Contre cet état léger qui n'offre rien d'inquiétant en soi, mais qu'on pourrait cependant ranger déjà au nombre des phénomènes prémonitoires, nous nous sommes bien trouvé plusieurs fois de conseiller l'usage de petites prises en parties à peu près égales de charbon et de magnésie, avant chaque repas. C'est dans ces conditions surtout qu'il est utile de prendre à la suite de chaque repas une petite tasse de thé ou de café, suivant le goût ou l'habitude, et même une petite gorgée d'une liqueur aromatique telle que l'anisette ou la chartreuse. Nous conseillons aussi dans ces circonstances l'usage, très-sagement généralisé dans l'armée, d'une ceinture de flanelle appliquée directement sur la peau.

Quant à la médication plus active dont nous venons de parler tout à l'heure, et qui résume, comme on le voit, en les associant physiologiquement, les deux ordres d'agents principaux préconisés séparément et qu'on oppose les uns aux autres avec une contradiction beaucoup plus apparente que réelle, elle n'est pas seulement applicable aux accidents dits prémonitoires, elle est utile encore dans la période prodromique de la maladie, et dans la maladie confirmée elle-même. Mais ceci rentre déjà dans le traitement du choléra proprement dit, et nous ne nous sommes proposé de parler aujourd'hui que de la prophylaxie et du traitement des accidents prémonitoires. A un prochain numéro la suite. — Dr Brochin.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE STRASBOURG.

M. SÉDILLOT.

Ulcère perforant du pied.

(Leçon recueillie par M. le Dr COCHU, médecin-major, répétiteur à l'École impériale du service de santé militaire.)

Les observations d'ulcère perforant du pied sont assez rares pour être étudiées avec soin, sous le triple rapport de leur étiologie, de leur anatomie pathologique et de leur traitement. Nous avons eu, cette année, deux malades atteints de cette affection dont l'histoire et le mode de guérison sont dignes d'intérêt. L'ulcère perforant du pied est-il d'une origine aussi récente qu'on l'a prétendu et date-t-il réellement de 1852? La *Gazette des Hôpitaux* (10 janvier 1852) publia sous le titre : *Affection singulière des os du pied,* une observation recueillie dans le service de M. le professeur Nélaton, et M. Vésignié (d'Abbeville) décrivit dans le même journal (5 février 1852) un fait analogue auquel il donna le nom de *mal plantaire perforant.* En 1855, M. Leplat, actuellement professeur agrégé au Val-de-Grâce, soutint à la Faculté de Paris une excellente thèse sur ce sujet et proposa le nom de *mal perforant du pied,* en s'appuyant sur ce motif que le mal pouvait siéger ailleurs qu'à la région plantaire. Depuis cette époque, M. Richard a décrit un mal perforant de la jambe (*Gaz. des Hôp.*, 15 août 1857), et M. H. Bertrand, médecin-major de l'armée, a publié dans le mois de juin de cette année un cas de mal perforant des deux pieds et des deux mains (Mémoire de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires), et a proposé la dénomination de *mal perforant des extrémités.*

Quoi qu'il en soit, et tout en réservant la discussion de ces termes qui ne nous paraissent pas acceptables, la dénominatien proposée par M. Leplat est restée dans le langage chirurgical. M. Nélaton, dans son œuvre classique, a imité la sage réserve de M. Leplat, et n'a point défini le mal dont il donne le tableau. M. Follin, dans son *Traité élémentaire de pathologie externe*, rattache à ce nom « diverses lésions dont le siége le plus habituel est à la peau du pied et qui ont ce caractère commun de perforer le derme et de s'étendre plus ou moins loin dans les tissus sous-cutanés. » Pour nous, c'est un ulcère à marche envahissante et se développant au centre d'épaississements épidermiques. Cet ulcère a la plus grande tendance à la récidive et sa marche inconstante est évidemment modifiée par les conditions individuelles. C'est dans cet ordre d'idées qu'on peut, croyons-nous, établir le pronostic de cette affection. Vous connaissez notre tendance à ramener incessamment les faits les plus divergents en apparence aux grandes lois de la pathologie, et nous ne trouvons rien de particulier à une ulcération qui progresse ou s'arrête, suivant les conditions plus ou moins défavorables sous l'influence desquelles elle se développe. L'âge, une constitution fatiguée, des troubles circulatoires, l'alcoolisme ont été invoqués comme causes prédisposantes, mais la raison occasionnelle et déterminante est la pression exercée sur les parties molles comprises entre le sol et les os. Ces ulcères ne constituent pas des faits exceptionnels et on les a vus produits par les chaînes des prisonniers et par l'action d'un ongle incarné. Il eût été fort extraordinaire que de pareils cas n'eussent jamais frappé l'attention des chirurgiens. Aussi l'affection qui nous occupe avait-elle été parfaitement reconnue et signalée. Lenoir, sans remonter plus loin (*Presse médicale,* 25 janvier 1837), avait publié une leçon clinique de M. J. Cloquet, où les principaux caractères de l'ulcère perforant étaient exactement tracés. L'on trouve dans le *Traité des maladies chirurgicales,* de Boyer (5e édit., par Ph. Boyer, t. IV, p. 76), une observation du même genre datant de 1845. Marjolin (Dict. en XXX vol.), à l'article *Ulcère verruqueux,* semble également s'être occupé de cette lésion.

Le premier de nos malades vous est depuis longtemps connu, c'est un ancien militaire nommé François Wolff, attaché à notre école en qualité de servant. D'une constitution robuste et d'un tempérament lymphatique sanguin; il a quarante-sept ans. Le second, Charles Wiedermann, âgé de cinquante-trois ans, journalier, est un homme fatigué et très-affaibli. Depuis quelques années, il traîne péniblement

sa misère et est accablé de privations. Ces malades, entrés à l'hôpital dans le courant du mois de juin, sont tous deux atteints d'ulcère perforant du pied. L'affection a débuté de la même manière sous l'influence de chaussures mal faites entraînant des pressions inégales et des épaississements épidermiques. Chez Wolff, le durillon correspondait à l'articulation métatarso-phalangienne du deuxième orteil gauche, et l'ulcère date de deux ans. La pression du pied sur le sol était au début douloureuse, puis il se forma quelques mois après une phlyctène qui laissa suinter un liquide sanieux, dont l'écoulement amenait du soulagement; ce malade piquait de temps en temps l'ampoule qui se reformait et il put continuer ainsi son service pendant une année. A cette époque, une ulcération apparut du diamètre d'une pièce de 20 centimes. Un mois de repos, des applications émollientes suffirent à la cicatrisation. Sous l'influence du travail et de la station, le mal se reproduisit deux fois et fut deux fois arrêté par les mêmes moyens. Toutefois le pied se tuméfia de plus en plus et rougit. La marche s'effectuait sur le talon. Il y a six semaines, cet homme vint nous consulter et nous lui conseillâmes de porter un soulier à semelle épaisse, perforée sous l'ulcère pour éviter les pressions. Malgré ces précautions, peu suivies au reste, le mal augmenta, et lors de son entrée à la clinique, l'ouverture ulcéreuse était plus grande qu'une pièce de 50 centimes. L'autre malade, Wiedermann, souffre depuis sept ans. L'étiologie est la même; le durillon siége un peu au-dessous du niveau de la tête du cinquième métatarsien. Nous remarquons aussi des alternatives de guérisons et de rechutes. L'ouverture ulcéreuse est arrondie et dépasse les dimensions d'une pièce de un franc. Dans la marche, le pied gonfle et devient très-douloureux. Ce malheureux a déjà perdu le premier et le cinquième orteils du pied gauche à la suite de congélation pendant l'hiver de 1851 à 1852. En apparence, le mal ne dépasse pas la peau; le fond de l'ulcère est occupé par des tissus mollasses, gris, semblables à du tissu cellulaire mortifié. L'épiderme est très-épaissi sur les bords de l'ouverture qui sont taillés à pic. Le toucher, l'exploration ne causent aucune douleur; un stylet engagé dans la solution de continuité pénètre chez les deux malades jusqu'aux os et en indique la dénudation. Le tissu osseux est devenu inégal, excavé, mais sans ramollissement sensible. L'ulcère siége sur la ligne des articulations métatarso-phalangiennes. Depuis longtemps déjà, dans notre *Traité de médecine opératoire*, nous appelons l'attention des chirurgiens sur l'étude du mécanisme de la marche. Le poids du corps repose normalement sur une voûte à convexité supérieure dont les deux points d'appui principaux sont l'extrémité postérieure du calcanéum en arrière et l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil en avant. Les autres articulations métatarso-phalangiennes sont d'un moindre usage et maintiennent l'équilibre en étendant la base de la sustentation. Il semblerait résulter de cette exposition que, si l'ulcère reconnaît comme cause la pression, il devrait débuter soit à la partie inférieure du calcanéum, soit au niveau de la saillie métatarso-phalangienne du gros orteil. Quoique nous possédions un cas d'ulcère sous-calcanien guéri par l'ablation de l'épiderme induré et par la cautérisation ignée, et que M. Richet (*Gaz. des Hôp.*, 8 janvier 1859) ait publié une observation du même genre, il faut reconnaître que la pression de cette partie du pied est bien amoindrie par l'épaisseur du peloton graisseux élastique sous-calcanien. Resterait donc comme siége la saillie de l'extrémité métatarsienne du premier orteil. Ce siége est en effet de prédilection, mais il n'existe ni chez l'un ni chez l'autre de nos malades, et la raison en est facile à donner. Une chaussure trop courte relève les orteils, les fait basculer et augmente en conséquence les saillies métatarso-phalangiennes. Par son excès d'étroitesse, la chaussure produit un second mode de déformation en superposant les orteils. Ici, le premier et le cinquième orteils sont placés au-dessus des autres, et les deuxième et troisième têtes métatarsiennes sont les plus saillantes. Le même effet a eu lieu du côté sain, et c'est à ce genre de déformation que nous attribuons le siége particulier de l'affection.

Nous pourrions répéter les mêmes remarques sur Wiedermann; mais si, dans l'état civilisé, nous nous écartons bien souvent des types normaux, chez Wiederman les mutilations, précédemment subies à la suite de congélation, expliquent suffisamment la pression sur la cinquième tête métatarsienne. Ces observations viennent à l'appui de l'opinion de M. Leplat qui rapporte la cause déterminante de l'ulcère à des pressions et des frottements prolongés. Ce simple mécanisme suffit pour expliquer la gravité de l'affection. Les chirurgiens ont, depuis longtemps, reconnu que les excroissances épidermiques se continuent jusqu'au périoste et aux capsules articulaires, et Laforest avait fait observer que la face postérieure de certains corps présente un kyste séreux ou une ampoule sanguine; Bégin et Lageau ont noté des inflammations profondes, des caries, des nécroses consécutives à ces épaississements épidermiques mal traités, et les conditions individuelles rendent compte de l'immunité des uns et de l'affectibilité des autres, comme on le voit pour toutes les maladies. Cette question, au reste, n'est pas restée étrangère aux préoccupations chirurgicales. Il y a là, dit M. H. Bertrand « quelque chose de spécial, d'inconnu, qui constitue la malignité particulière de cette maladie et sa tendance à la récidive. » La persistance des causes, l'incurie ou la trop grande confiance des malades, et souvent les exigences de la faim, sont les vrais motifs des récidives. Selon son ancienneté et la profondeur des désordres déjà produits, l'ulcère perforant se comporte de deux façons: chez les uns, il a une tendance naturelle à s'arrêter dès qu'il n'est plus provoqué; chez les autres, l'affection continue à faire des progrès d'une manière presque fatale. C'est à distinguer ces deux cas que doit s'appliquer le chirurgien. Il faut d'abord chercher à constater l'étendue et la profondeur des lésions, et ici l'apparence est trompeuse et l'examen difficile.

Le 21 juin, après les soins généraux de propreté, le repos et l'abrasion épidermique, nous avons, avec le secours de la chloroformisation, incisé largement et crucialement la plante du pied chez Wolff. Le deuxième métatarsien était érodé superficiellement et le troisième dénudé; nous avons fait relever les lambeaux cutanés au moyen d'érignes, et nous avons cautérisé la plaie au fer rouge. De nouvelles cautérisations répétées fréquemment sans anesthésie ont toujours été supportées sans crainte, et le malade n'a pas cessé de faire preuve d'une étonnante insensibilité. Depuis cette époque la cicatrisation a marché lentement, mais d'une manière régulière; deux portions osseuses, semblant représenter toute l'épaisseur des métatarsiens, ont été éliminées, et ces sortes de séquestres étaient durs, irréguliers et érodés. Le fond de la plaie a bientôt bourgeonné; le stylet ne pénétrait plus jusqu'aux os, et maintenant la cicatrice est déprimée, non douloureuse et complète. Wolff marche facilement et quitte l'hôpital, mais nous lui recommandons d'appuyer le moins possible sur la cicatrice et de marcher longtemps sur le talon. Nous lui avons donné un service sédentaire, et la guérison ne s'est pas démentie depuis deux mois.

Notre second malade n'a pas été aussi heureux. Le même jour (21 juin), après chloroformisation, nous avions incisé la plante du pied jusqu'au cinquième métatarsien. Nous avions trouvé des os cariés et nécrosés, et nous en avions enlevé un morceau assez volumineux. Cet examen nous ayant démontré qu'il fallait désarticuler cette portion du pied, en raison de la grande étendue de l'ulcération, et le malade n'ayant pas été prévenu de la gravité de son état, nous le fîmes reporter à son lit, pour nous donner le temps de le prévenir.

Le 23 juin, nous procédâmes à l'amputation du cinquième métatarsien, dans sa continuité, en suivant le procédé ovalaire. Les tissus un peu ramollis ont paru sains. La suppuration s'est établie sans accidents notables, et tout semblait annoncer un résultat favorable lorsque nous remarquâmes, le 12 juillet, un point noirâtre, ramolli, comme gangrené, au centre même de la cicatrisation, et le stylet s'enfonça à la profondeur de 0m,05 dans une direction perpendiculaire à l'axe des métatarsiens. Cette ulcération profonde témoignait que nous n'avions pas enlevé tous les tissus affectés. Il fallait sacrifier une partie plus considérable du pied, et le malade, dont la patience et la résignation étaient admirables, s'y soumit avec confiance, et nous dit d'agir comme nous le jugerions le plus convenable dans son intérêt. Nous avons procédé, le 18 juillet, après avoir anesthésié le malade, à l'amputation de Lisfranc. Nous trouvâmes les os du tarse spongieux, altérés, ramollis. Que fallait-il faire? Nous avions le choix entre les procédés de Chopart, de Pirogoff, l'amputation sous-astragalienne, celle de Syme, la désarticulation du pied, l'amputation sus-malléolaire, celle de la jambe au lieu d'élection. L'indication principale était d'agir sur des tissus sains: nous avions affaire à un homme pauvre, âgé, fatigué, d'une constitution détériorée. Il ne pouvait fournir les éléments d'une longue réparation. Vous savez combien les guérisons, avec conservation des usages du membre, sont rares à la suite des amputations de Chopart, en raison du renversement du moignon. (Voy. notre *Méd. opér.*, t. Ier, 1865.)

L'amputation sous-astragalienne, malgré de beaux succès, parmi lesquels nous pourrions citer celui de M. le médecin-major Dauvé, est généralement compliquée de mille accidents. Le procédé de Pirogoff n'est guère applicable qu'à des sujets jeunes, et la guérison en est excessivement longue. Après l'amputation de Syme, la portion du tibia, qui appuie sur les parties molles, les enflamme souvent et les ulcère. L'amputation de la jambe au-dessus des malléoles était contre-indiquée par la misère de notre malade et la nécessité pour lui de se livrer à des exercices pénibles pour gagner sa vie. Ces motifs nous décidèrent à sacrifier la jambe et à l'amputer au lieu d'élection, d'après notre procédé à lambeau antérieur. L'opération fut faite dans ces conditions et bien supportée.

Les phénomènes de congélation antérieurs, l'âge et les accidents observés pouvaient faire supposer des altérations vasculaires, auxquelles on a fait jouer un rôle prédominant dans la production de l'ulcère perforant. M. Péan, le premier qui se soit occupé de recherches anatomo-pathologiques sur ce sujet, a rapporté, dans la séance de la Société de chirurgie du 27 janvier 1863, que les artères du membre de ses malades présentaient tous les caractères de l'artérite chronique: épaississement considérable des tuniques, incrustations calcaires nombreuses, disséminées dans leurs parois. Les artères plantaire, pédieuse, tibiale renfermaient des concrétions fibrineuses, mélaniques, qui obstruaient une partie de leur calibre. Les plantaires étaient oblitérées d'une manière presque absolue. Dans le tissu cellulaire intermusculaire, et même au milieu des muscles, il avait constaté la présence d'ecchymoses nombreuses. M. Delsol, dans une thèse sur le même sujet, soutenue l'an dernier à Paris, a recueilli deux observations nécropsiques, où il a constaté l'ossification des artères du pied dans un des cas, sans pouvoir la rattacher à l'artérite chronique. Dans le second, il a vu l'artère tibiale postérieure transformée en cylindre calcaire, ayant perdu le tiers de son calibre normal; les artères plantaire et pédieuse étaient ossifiées dans une étendue de 1 à 4 centimètres. Ces recherches, très-dignes d'intérêt, ont paru à quelques personnes éclairer l'étiologie de ces sortes d'ulcérations: « On peut espérer, dit M. Maurice Raynaud, que le rapprochement ingénieux entre la gangrène sénile et le mal perforant jettera une vive lumière sur le développement du mal perforant. » (*Dict. de Méd. et de chir. prat.*, art. Artères, 1865.)

Nous avons fait examiner attentivement le pied malade, et nous avons même eu recours au microscope. Nous n'avons trouvé que les caractères généraux de l'ulcération: sur la surface de l'ulcère, des cellules plasmatiques proligérant avec une extrême abondance, mais n'aboutissant pas, c'est-à-dire qu'au lieu de former des fibres, elles se transforment aussitôt par une marche regressive en graisse; de sorte que, quant à sa marche, l'affection, comme toutes les ulcérations, ne se différencie pas du cancer et présente, sur le vivant, plus d'une analogie avec les cancroïdes suppurés. Les artères, étudiées avec le plus grand soin, n'étaient pas ossifiées, mais seulement un peu graisseuses. Les os malades offraient les caractères de la carie ordinaire, étendue au scaphoïde et au acboïde.

A la suite de l'amputation Wiedermann, sous l'influence alors épidémique de nos salles, fut pris de lymphite. L'inflammation partait du côté interne de la plaie et s'étendait jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; le moignon était enflammé dans son pourtour. Les cautérisations suffirent à remédier à ces accidents. Le malade a toujours présenté un état moral excellent et sa guérison s'est ensuite accomplie avec lenteur, mais avec une grande régularité. Il marche avec un pilon, sans regretter un membre qui lui avait causé tant de douleurs et tant d'ennuis.

Dans le courant de cette année 1865, on a publié plusieurs nouvelles observations d'ulcère perforant. M. le docteur Macker en a relaté deux observations dans le compte rendu de son service à l'hôpital civil de Colmar. Chez un ancien militaire de quarante-neuf ans, à constitution débilitée par l'abus des alcooliques, la désarticulation de l'orteil n'empêcha pas l'ulcération de récidiver et de se terminer quelques années plus tard d'une manière fatale. La seconde observation a trait à un homme de soixante-quatre ans, d'une constitution également détériorée par l'abus des alcooliques. L'ablation du cinquième métatarsien amena une guérison définitive. MM. Bertrand et Potier-Duplessy, médecins majors, ont publié, chacun de leur côté, une observation du même genre dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*. La désarticulation du cinquième métatarsien procura la guérison du malade de M. Duplessy, qui avait présenté tous les caractères classiques de l'ulcère perforant.

Il ne faudrait pas croire qu'on n'ait pas encore observé cette maladie dans la classe aisée, comme semble le croire M. Follin. J'en ai rencontré plusieurs exemples chez des personnages haut placés, et j'ai donné des soins à un inspecteur des finances, que j'avais heureusement traité d'une ulcération plantaire déjà ancienne et qui éprouva une récidive, et finit par succomber, pour n'avoir pas pris les précautions nécessaires à la persistance de sa guérison.

Tous ces faits confirment la doctrine que nous avons exposée et qui se trouve résumée dans le mot d'ulcère substitué à celui de mal perforant. C'est, en effet, un ulcère dont les causes sont évidentes, et il ne paraît nullement nécessaire d'en faire une maladie spéciale et nouvelle. L'attention portée sur ce sujet en a multiplié et en multipliera encore les observations, et la gravité de l'affection semble indiquer la nécessité de veiller à l'emploi de chaussures assez larges et assez longues pour ne pas déformer les pieds et ne pas provoquer un travail d'ulcération dont l'ancienneté, la profondeur et le siége font le véritable danger.

HOSPICE SAINT-JACQUES DE BESANÇON. — M. CHENEVIER.

Fracture du corps du fémur. — Rupture du cal à deux reprises différentes et à intervalles éloignés. — Guérison.

(Observation recueillie par M. AUBRY, interne du service.)

Le nommé S..., charpentier, qui fait le sujet de cette observation, est âgé de vingt-quatre ans. Son tempérament est lymphatique, sa constitution, extrêmement débilitée par le traitement de ses fractures antérieures, paraît n'avoir jamais été bien robuste. Aucun antécédent syphilitique, ni scorbutique, ni cancéreux n'a pu être retrouvé chez lui. D'une taille un peu au-dessous de la moyenne, sa charpente osseuse paraît n'avoir jamais subi les atteintes du vice rachitique. Ses ascendants, frères et sœurs, jouissent tous d'une bonne santé. Quant aux maladies antérieures, il n'a eu à souffrir que d'un rhumatisme aigu ayant occupé à peu près tous les grandes articulations.

Le 21 août 1862, cet homme était monté sur une charpente élevée de neuf mètres environ. Cette charpente, mal consolidée, s'affaissa en l'entraînant dans sa chute. Il tomba sur le côté gauche, la main de ce côté portant obliquement sur le sol. Il en eût certainement été quitte pour une entorse du poignet, si les parties supérieures de la charpente n'étaient tombées sur lui. Son corps était alors dans le décubitus sur le côté gauche, la jambe droite dans l'extension. C'est dans cette position que vint le frapper une poutre à laquelle était fixée une très-grosse cheville de bois. Deux points du corps furent atteints par la solive, la région deltoïdienne et la partie moyenne de la cuisse, précisément par la cheville de bois précitée. Deux fractures en furent la conséquence; la première, sans importance, à la partie moyenne de la clavicule; la seconde, qui nous occupe plus particulièrement, au tiers inférieur du fémur, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, avec plaie contuse et communication du foyer de la fracture avec cette plaie et sortie de quelques petites esquilles très-peu considérables.

Un appareil de Desault fut appliqué avec des compresses graduées pour maintenir le fragment inférieur qui tendait à faire saillie en dehors. Des pansements simples furent faits sur la plaie, levés tous les jours, et une quantité de pus fétide assez considérable sortait de la plaie.

Pendant sept mois, la jambe demeura dans l'appareil; la plaie, devenue fistuleuse, étant entretenue par la suppuration de quelques portions de l'os fracturé. Au bout de ce temps elle se cicatrisa, après quoi la fracture, rentrant dans l'ordre des fractures ordinaires, se consolida avec un cal peu volumineux et un raccourcissement peu considérable, à ce que dit le malade.

Le 2 mai 1863, c'est-à-dire huit mois et dix jours après son accident, il quittait son lit avec les précautions ordinaires, et après une convalescence sans accidents il pouvait, en octobre 1863, marcher sans bâton en ressentant néanmoins une douleur sourde lorsqu'il appuyait le poids de son corps exclusivement sur la jambe malade.

Pendant le cours du traitement, à une date que le malade n'a pu préciser, il a ressenti, dit-il, « des douleurs en urinant, il a eu des pissements de sang, des urines blanches à la fin, et après a rejeté en pissant des grains de sable gros comme de petites mies de pain. »

Comme traitement, il ne se rappelle que des « tisanes » et des « sangsues placées au bas du ventre. » Ce qu'il sait bien, c'est que tous ces accidents disparurent dès que la consolidation de sa fracture lui permit de se lever.

Tels sont les renseignements qu'il nous a été permis de recueillir de ce malade concernant sa première fracture. L'appareil placé, les soins donnés au malade, paraissent avoir été dirigés d'une manière fort intelligente, si nous en jugeons par le résultat obtenu. La communication du foyer de la fracture avec l'air extérieur, l'obliquité considérable de celle-ci, constituant autant de complications sérieuses, avaient été vaincues d'une manière très-heureuse. Quant à la fracture de la clavicule, elle avait suivi la marche d'une fracture ordinaire et s'était consolidée avec une difformité peu apparente.

Le 25 octobre 1863, c'est-à-dire cinq mois après la consolidation de l'os fracturé, le malade se brise de nouveau le fémur dans les conditions suivantes:

En luttant avec un de ses compagnons d'atelier, et se trouvant debout au milieu d'une chambre, son compagnon le tenait à bras le corps; pour le terrasser plus facilement, ce dernier lui dérobe une de ses jambes du sol en même temps qu'il pèse sur lui de toutes ses forces. La jambe ainsi dérobée était la jambe saine, de telle sorte qu'à ce moment la jambe malade supportait le poids total du corps, augmenté de toute la pesée de l'adversaire. Dans ce moment, les muscles extenseurs du tronc et de la cuisse étant fortement contractés, le malade a ressenti une douleur violente au lieu où avait siégé la fracture; il s'est affaissé; le fémur venait de se rompre dans le lieu de la fracture précédente.

Le malade, fort intelligent, rend parfaitement compte de la manière dont ces faits se sont passés, et il affirme avoir eu conscience de la

flexion préalable de sa cuisse avant sa chute. Le même médecin qui l'a soigné la première fois est appelé à lui donner ses soins une seconde fois.

Le jour même de l'accident, 25 octobre 1863, un appareil à bandelettes séparées et à quatre attelles fut appliqué. Des compresses graduées servaient en outre à maintenir les fragments. Rien de particulier ne vint entraver le travail de la consolidation, si ce n'est une légère eschare sans importance. Cependant le membre fut laissé dans l'appareil jusqu'au 10 mars 1864, ce qui nous donne environ cinq mois d'immobilité. Était-ce la difficulté de la consolidation ou la crainte de voir se reproduire la fracture qui engagea le médecin à laisser le membre immobilisé plus longtemps que dans les fractures ordinaires ? c'est ce que nous ignorons; ce que nous pouvons dire, c'est que sa conduite fut très-louable dans l'un et l'autre cas. Après ce traitement, il n'y avait pas d'ankylose, le raccourcissement était à peine sensible, et il n'y avait aucune complication, de telle sorte que le 10 mars 1864 le malade quittait le lit, et qu'en janvier 1865 il marchait de nouveau sans qu'un bâton lui fût indispensable et sans boiter sensiblement.

Le 9 avril 1865, c'est-à-dire treize mois après la consolidation de la seconde fracture, le malade, marchant sur une route nouvellement empierrée, fait un faux pas, s'enchevêtre dans son bâton et fait un violent effort pour rétablir son équilibre. A ce moment il entend distinctement un craquement, suivi d'une douleur violente. Son membre inférieur se dérobe sous lui; son fémur venait de se fracturer pour la troisième fois.

Le 11 avril, il entre à l'hospice. Tous les signes de la fracture existent : crépitation, déformation, raccourcissement, abolition des fonctions du membre. Le fragment inférieur est parfaitement perceptible à la main. Sa pointe, assez aiguë, vient faire saillie sous le tissu cicatriciel qui recouvre le siége des fractures antérieures. Le malade palpe ce fragment et vous dit avec un grand flegme « que ce ne sera rien, que le bout de l'os est taillé en sifflet comme il y a un an, etc. » Sur ce fragment, la main perçoit avec une grande facilité le cal de la fracture antérieure.

La réduction se fait avec la plus grande facilité. Un double plan incliné sert à maintenir les fragments et paraît remplir parfaitement son office. Cependant, aux visites suivantes, on s'aperçoit que le tassement du lit, les mouvements du malade, avaient dérangé l'effet de la réduction.

On se décide alors à appliquer l'appareil de Boyer, à extension continue, qui maintient parfaitement réduite la fracture, en rejetant l'emploi de l'appareil inamovible, crainte d'une ankylose du genou, tandis que l'appareil de Boyer permet de l'éviter en relâchant l'extension et en communiquant certains mouvements à l'articulation, alors que la solidité du cal est encore douteuse.

On s'attendait à une consolidation lente et difficile; on avait annoncé au malade un séjour long avec un appareil bien maintenu, quand, le 26 mai, c'est-à-dire quarante-cinq jours après l'accident, le malade se trouvant par hasard maître de la clef de l'engrenage qui maintenait son appareil, le défit, l'enleva pendant la nuit, s'empara des béquilles du malade voisin, et, familiarisé avec leur usage, il se mit à se promener dans la salle, levant sa jambe pour s'assurer de sa solidité. Voyant que le cal ne cédait pas, il se refusa positivement à l'application d'un nouvel appareil. Pendant quelques jours seulement un bandage roulé lui fut appliqué pour prévenir l'engorgement du membre.

Depuis ce moment, la convalescence s'est maintenue, et aujourd'hui, bien que se servant encore habituellement d'une béquille et d'un bâton, il peut traverser la salle avec précaution sans l'aide de ces deux soutiens. Le raccourcissement est peu sensible. Le cal est peu volumineux. L'état général du malade depuis son entrée à l'hôpital est cependant loin d'être bon. Un état presque permanent d'embarras gastro-intestinal a nécessité l'emploi fréquent de révulsifs sur le tube digestif. Malgré cet emploi, la nutrition a continué d'être languissante, ses chairs sont molles et flasques, son teint est blême et décoloré; néanmoins, comme on a pu le voir, cet alanguissement dans les fonctions nutritives n'a point empêché la consolidation d'avoir lieu.

Ces deux fractures du cal survenant, la première cinq mois, la seconde treize mois après la consolidation, présentent ceci de remarquable, c'est qu'elles sont advenues sur des fragments osseux réunis dans les meilleures conditions et présentant toutes les garanties possibles de solidité. L'obliquité des fragments pourrait être invoquée cependant comme élément essentiel dans l'étiologie de cette fracture, néanmoins elle était parfaitement réduite, le cal non difforme, il n'y avait pas de chevauchement, un raccourcissement à près peu nul et dans les deux cas l'immobilité du membre dans l'appareil gardée assez longtemps pour que dans l'immense majorité des cas on ait pu se croire à l'abri de la récidive. Si nous mettons en rapport la facilité avec laquelle s'est produite la seconde fracture sous l'influence de la contraction musculaire, et la facilité encore plus grande avec laquelle elle s'est consolidée, nous pouvons tirer de cette observation une conclusion qui confirme l'avis de M. Malgaigne touchant les fractures secondaires et le peu de gravité de leur pronostic.

NOUVELLE FORME DE PARAPLÉGIE SUITE DE COUCHES,

traitée et guérie par l'électricité,

Par M. le Dr Bonnejoy.

L'étude de la paraplégie, cette variété si intéressante de l'histoire des paralysies, n'a pris que dans ces derniers temps un peu d'importance. L'absence de moyens curatifs certains et l'impuissance de ceux que présentait la thérapeutique en détournaient les observateurs. Cependant, depuis que M. Duchenne (de Boulogne) a fait passer dans la science les applications de l'électricité, l'attention s'est portée sur les paraplégies, et quelques cas de guérison ont été constatés.

Plusieurs observations détachées et surtout une fort bonne monographie de M. Brown-Séquart ont jeté sur cette question un nouveau jour. Le livre de M. Duchenne, dans le chapitre consacré aux paralysies spinales, est peu explicite sur ce sujet.

L'observation qui suit offre un cas tout spécial et qui m'a paru digne d'être classé dans les annales de la science.

Le 3 mai 1864, je suis appelé auprès de la dame G.., rue de La Réole, 2.

Cette dame est atteinte d'une paralysie des membres inférieurs; elle n'est pas sortie de son appartement depuis quatre ans, et est clouée dans son fauteuil depuis deux ans, pouvant à peine se traîner de là jusqu'à son lit à l'aide de deux béquilles.

Cette dame a exercé autrefois la profession de couturière; elle a longtemps travaillé assise : presque toujours sur le bord d'une chaise, disposition qui, en comprimant les nerfs sciatiques à leur origine dans la cuisse, augmente la fatigue des membres inférieurs. Elle a souvent passé des nuits pour des commandes pressées, et a peu soigné son alimentation.

A la suite d'une couche laborieuse, qui remonte à six ans, elle a été atteinte d'un engorgement considérable des membres inférieurs, surtout du côté droit, avec œdème dur et douleurs considérables, qui paraît avoir été une *phlegmatia alba dolens;* lorsque cette affection s'est dissipée, elle avait perdu considérablement de ses forces et ne pouvait plus faire de longs trajets. Bientôt elles diminuèrent de plus en plus, et, il y a quatre ans, à la suite d'une promenade du dimanche, les jambes refusèrent tout à fait leur service, au moins pour marcher dans la rue, car sur le plancher uni de l'appartement, et grâce au voisinage des murs et des meubles, elle marchait encore un peu dans ces premiers temps.

Toutes les médications furent mises en usage : on employa les frictions-Raspail au camphre et à l'eau sédative, palliatifs insuffisants, dont le moindre défaut est de faire perdre un temps précieux; puis divers moyens conseillés par des amis : la paralysie faisait toujours des progrès.

Enfin, vers le milieu de 1863, un médecin du quartier fut appelé, et crut devoir appliquer, dans la région lombaire postérieure et au niveau de la région rénale, deux cautères à suppuration continue. Il croyait sans doute avoir affaire à une inflammation de la moelle, malgré l'absence, bien remarquée par la malade, de douleur à la pression dans une partie du canal vertébral.

Ces cautères, après quinze jours de suppuration et de souffrance, avaient amené une telle aggravation dans les symptômes que la malade, qui ne pouvait même plus quitter le lit, refusa de s'en laisser mettre d'autres, et resta ainsi sans faire aucune médication nouvelle jusqu'au moment où je fus appelé.

A mon arrivée, je constatai l'état suivant :

Les jambes, les cuisses et le siége présentent un aspect luisant et blanchâtre; ils sont durs au toucher et semblent former une seule masse comme *figée;* la malade assise ne peut même pas lever la jambe à 1 centimètre de terre; toutes ces parties sont rondes, bouffies et plus grosses qu'à l'état normal; mais il n'y a point d'œdème. La partie interne de chaque cuisse est le siége d'une douleur, souvent très-forte, au niveau de l'attache des adducteurs et surtout de l'anneau où passe l'artère fémorale. Les parois de l'abdomen participent aussi à cet état, et un point douloureux se remarque au niveau des attaches latérales du diaphragme.

Ce muscle lui-même semble mal remplir ses fonctions, car la respiration est gênée, oppressée; les inspirations profondes sont impossibles, arrêtées qu'elles sont par la douleur dont je parlais en dernier lieu. Cette dame ayant été prise dans ces derniers jours, et notamment la veille, d'envies d'éternuer, cette secousse spasmodique et irrésistible lui a causé une telle douleur qu'elle évite avec terreur tout ce qui pourrait en ramener une nouvelle. La toux est aussi impossible, et cet état d'oppression, rendant incomplet l'acte de la respiration, a mis la malade dans une gêne et une anxiété manifestes.

Les membres supérieurs sont beaucoup affaiblis : cette dame peut à peine porter la main sur sa tête, et ne peut pas s'habiller sans le secours d'une main étrangère. Les fonctions des organes splanchniques se font assez bien; l'appétit est capricieux, le sommeil mauvais.

Les jambes donnent une sensation de froid; la sensibilité cutanée ne paraît pas altérée, et, quand elle a été dressée sur ses béquilles, il lui semble que ses membres inférieurs sont fondus tout d'une pièce; les plus grands efforts de volonté ne parviennent pas à les mettre en mouvement.

L'ensemble de ces symptômes m'engagea à employer l'électricité d'induction, et je commençai le traitement suivant cette donnée, en l'appliquant tous les jours pendant une heure à l'aide d'un appareil portatif dont je suis l'inventeur.

Dans les premières séances, je m'attachai à dégager l'appareil respiratoire, et j'y réussis en quelques jours, si bien que les inspirations profondes, la toux et même l'éternument, auparavant si redouté, devinrent ce qu'ils sont chez tout individu bien portant.

Je m'occupai ensuite des membres inférieurs, travail de longue haleine, puisque, selon ma conviction, les muscles, par suite du trouble apporté dans la nutrition interstitielle par la *phlegmatia* dont j'ai déjà parlé, et de la longue inaction où ils étaient restés, étaient *collés* pour ainsi dire les uns aux autres. Je dus donc faradiser chaque muscle ou groupe de muscles en vue d'obtenir un mouvement donné. Ce qui me confirma dans mon diagnostic fut que de temps à autre, et à la suite d'un courant plus fort amenant une contraction plus énergique, la malade accusait une sensation de déchirement amenant une douleur passagère et suivie bientôt d'un mouvement du membre qui était impossible auparavant.

Les contractions, sous l'influence du courant, à peine sensibles dans les premiers jours, étaient de plus en plus manifestes, et les mouvements volontaires devenaient de plus en plus faciles. D'un autre côté, les fonctions de la nutrition interstitielle cellulaire, si bien décrites par Virchow, se ranimant sous l'influence de l'électricité, faisaient résorber les produits déposés entre les tissus. Les jambes perdaient cette bouffissure que j'ai décrite, et les tissus redevenaient plus mous et en même temps plus chauds, soit au toucher, soit comme sensation intime de la malade; en un mois environ, la malade avait diminué de près de 15 kilog., ce qui soulageait d'autant les muscles.

J'ai pour principe de ne pas négliger les moyens adjuvants quels qu'ils soient, aussi je donnai du quinquina qui ramena l'appétit, et aussi des pilules de 1 centigramme d'extrait de noix vomique, à dose d'une par jour, mais l'effet en fut incertain et je ne les continuai que pendant un mois.

Le mieux allait toujours en augmentant, si bien qu'à la fin de l'automne, la dame G... pouvait marcher, dans son appartement, avec une seule canne, au bras de son mari, ou même en s'appuyant du *doigt* contre la muraille ou les meubles.

Malheureusement, à l'invasion des premiers froids, la dame G..., ayant négligé de se couvrir chaudement, il se déclara bientôt dans les jambes des douleurs névralgiques intenses qui enrayèrent l'amélioration produite en empêchant les mouvements, devenus si douloureux, qu'ils étaient impossibles.

J'ordonnai des applications continues de sachets de sable chaud sur les jambes, enveloppées de flanelle, en même temps que je faradisais énergiquement les points douloureux, localisés surtout au niveau de l'anneau des adducteurs. La douleur disparaissait, mais pour revenir au bout de quelques heures; tout l'hiver se passa à lutter ainsi et à regagner le terrain perdu.

Enfin, au printemps de 1865, les névralgies étant disparues, je pus m'occuper de fortifier le système musculaire, et le mieux se manifesta de nouveau; si bien que, vers la fin de mai, je fis transporter la dame G... à la campagne, dans un grand jardin où elle put s'exercer à marcher au grand air, tout en continuant, chaque matin, la séance d'une heure de faradisation.

Le progrès fut rapide; la dame G... arriva à faire, avec une canne, le tour du jardin, environ 400 mètres. Elle est revenue à Paris à la fin de septembre, et elle marche seule dans l'appartement, monte ou descend assez facilement un escalier de trois étages. De plus, elle a voulu, par un sentiment de gratitude qui l'honore autant qu'il est agréable pour le médecin, m'apporter elle-même, dans le quartier Saint-Georges, assez loin du sien, comme on le voit, les béquilles sur lesquelles elle s'est longtemps traînée, et qu'elle croyait bien ne jamais plus quitter de sa vie.

Ce cas est remarquable en ce qu'il ne présente, comme ceux qu'ont décrits les auteurs, ni atrophie, vu la grosseur des membres avant le traitement, ni dégénérescence graisseuse, puisque les mouvements ont été manifestes dès les premières séances; mais une sorte de *collage* des muscles par des produits pathologiques. Ce diagnostic, comme je l'ai déjà fait remarquer, ressort des *sensations de déchirure* accusées par la malade et qui, après plusieurs jours de faradisation d'un muscle donné, venaient subitement, précédant toujours un mouvement reconquis. Notons aussi, en passant, la persévérance et la docilité remarquable de la dame G..., qui a continué le traitement malgré les conseils contraires plus ou moins désintéressés, — et surtout pendant l'hiver, alors qu'on était presque retombé dans le même état qu'auparavant.

Cette remarque a son importance, car elle prouve une fois de plus que la persévérance est souvent la condition du succès. Si on eût cessé alors, on n'eût pas manqué d'arguer d'impuissance l'électricité qui, au contraire, a si bien réussi. Du reste, il ne faut pas demander, à cet agent, de faire des miracles; il est déjà fort heureux qu'on puisse, grâce à lui, arriver à guérir ou même à améliorer des paralysies, autrefois laissées comme incurables, et cela dans un temps qui est court, si on le compare à celui pendant lequel la maladie avait sévi dans le cas qui nous occupe.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. MALGAIGNE,

Par M. Velpeau.

Encore une lumière, une des splendides lumières de la chirurgie, qui s'éclipse avant l'heure! Voyez le nombre des nôtres ainsi disparus depuis moins de vingt ans. D'un côté, Lisfranc et Sanson, Blandin et Bérard, Gerdy et Amussat, autour de Marjolin et de Roux; d'autre part, dans la phalange des plus jeunes, Vidal et Robert; puis Jamain, puis le tout jeune Simon, et Béraud, et Morel-Lavallée, et mon pauvre ami Bauchet. Ne dirait-on pas qu'en frappant ainsi à coups redoublés, la mort impitoyable cherche à se venger cruellement des efforts que nous faisons tous et toute la vie pour lui arracher quelques victimes?

Inanité des choses d'ici-bas! Qui n'eût envié les postes de Malgaigne? Position sociale élevée, réputation, honneurs, estime des savants, fortune, famille heureuse, tout lui avait été accordé! Un coup de vent a tout brisé! Après quelques ébranlements sur son fauteuil de président, il tombe sur sa chaise curule pour s'éteindre lentement sans avoir pu se relever. Puis, une fois le souffle divin exhalé de sa dépouille matérielle, tant de richesses scientifiques péniblement acquises vont s'engloutir au sein de cette tombe! Des regrets s'exhalent de nos poitrines, quelques larmes et un peu de terre vont s'y joindre; puis cette intelligente machine que nous avons tous admirée va rentrer dans le néant universel!

Est-ce tout, est-ce une raison de décourager les générations qui survivent? Non. La vie de Malgaigne a été une vie de labeur; tout ce qu'il a obtenu, il l'a dû au travail, travail incessant, travail de toutes les heures, de tous les jours, travail surhumain, travail inouï, que sa mâle certes a fini par refuser, que sa délicate nature ne comportait pas! Places, emplois, honneurs, renommée, tout a été ainsi honnêtement, loyalement, noblement acquis. S'il est vrai, cependant, que l'homme actif emploie dignement les deux tiers de sa vie à conquérir des objets ou des jouissances dont il ne peut plus jouir, avec ce qui lui échappe, une fois qu'elles lui sont décernées, il est vrai aussi que le travail, gouverné par une ambition légitime, est et sera toujours la principale, presque la seule source réelle du bonheur auquel l'homme puisse prétendre sur terre; la perspective éloignée, qu'on a sans cesse devant les yeux et dont on jouit le long de la route, ne vaut-elle pas le bonheur lui-même?

Que de satisfactions! que de jouissances intimes après un concours, après un combat pénible ou laborieux lorsque la victoire vient justement couronner vos efforts! Quel bonheur remplit l'âme de Malgaigne en arrivant par le concours au bureau central, à l'agrégation, et comme professeur à la Faculté de médecine! Comme il était heureux d'être ainsi parvenu! d'avoir été librement choisi par ses pairs à l'insigne honneur de présider l'Académie de médecine et du juste succès de ses publications!

Loin d'amoindrir l'émulation, de refroidir l'ardeur des jeunes générations, de tels exemples seront donc toujours dignes de leur être présentés comme point de mire, comme but à atteindre!

M. Malgaigne est né, comme tant d'autres, sans fortune : Il fit cependant de brillantes études universitaires. Doué d'une intelligence hors ligne, il se montra de bonne heure, dans les examens comme dans les concours ce qu'il devait être plus tard ; en 1828, il marquait déjà sa place, dans le champ de la science, par un intéressant mémoire sur les fonctions du larynx, mémoire que la Société d'émulation distingua en lui accordant un prix. Chirurgien militaire, élève remarqué du Val-de-Grâce, il m'étonna en 1829, à un de ses examens, moi, simple agrégé, par ses connaissances et la hardiesse de ses opinions. C'est à partir de là que je puis m'honorer de l'avoir eu un instant comme disciple, puis comme collègue, puis comme ami des plus sympathiques; de l'avoir suivi partout avec bonheur dans son ascension, d'avoir pu le défendre même contre quelques-uns de ses rivaux qui lui refusaient certaines qualités secondaires à mon sens !

D'une activité, d'une ardeur dévorante, il avait à peine soutenu sa thèse, en 1831, qu'il volait au secours des malheureux Polonais, comme chirurgien ou comme médecin, alors qu'ils étaient frappés au cœur par les soldats russes et décimés par le choléra, dont M. Malgaigne publia, à son retour, une intéressante relation.

Renonçant aussitôt à la carrière militaire pour entrer franchement dans la chirurgie civile, on le vit dès lors, en polémiste hardi, s'attaquer avec vigueur aux questions de haute pratique. C'est ainsi qu'à l'ombre de Dupuytren, il reprit, par ses bases, toute la question des luxations de l'épaule, au point de vue théorique et pratique; et que, pendant plusieurs années, il resta sur ce point en discussion animée avec un autre chirurgien militaire, M. Sédillot, maintenant une de nos gloires scientifiques les plus pures.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius, autre question en litige, excitèrent aussi sa verve, ses critiques et ses judicieuses remarques. Vers cette époque encore, il publia le *Manuel de médecine opératoire* qui a eu le plus de vogue, parce qu'il était le mieux fait, le plus au courant de la science et le plus original qu'on ait encore vu, manuel qui en est, je crois, à sa septième ou huitième édition. Le nombre de ses ouvrages est considérable, soit sous forme de mémoires, dans les divers journaux, spécialement dans celui qu'il rédigea pendant quelques années conjointement avec une autre victime récente, avec M. Beau; son mémoire sur les espèces de cataractes, ses recherches statistiques, son travail sur les os, ses différentes thèses d'agrégation et de professorat ont partout remué vivement les idées et les opinions du monde chirurgical; son *Traité des hernies*, ses *Leçons sur l'orthopédie* publiées par un des brillants sujets de la jeune chirurgie, par M. Guyon, offrent un intérêt non contesté. Mais son ouvrage capital est le *Traité*, en deux volumes avec atlas, *des fractures et luxations*; c'est là qu'on le voit dans tout son jour et avec toutes les qualités qui le distinguaient.

Ce qui n'empêche pas que son *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale* ne soit l'indice le plus concluant peut-être des hautes facultés de l'auteur. En effet, sans avoir jamais été anatomiste proprement dit, ne s'étant livré que très-peu aux dissections dans les amphithéâtres, il n'en a pas moins créé un livre d'un intérêt palpitant, rempli de détails, d'aperçus fins et de vues pratiques extraordinaires. Son vaste savoir se reflète par-dessus tout dans la belle addition qu'il a donnée d'A. Paré.

Un style facile, imagé, chaud, coloré, se remarque, du reste, dans toutes ses œuvres.

Mais, sur ce chapitre, il faut un autre lieu, un autre moment, et de plus longs détails pour faire connaître la vie de M. Malgaigne. Un de ses anciens élèves, devenu son gendre, aujourd'hui un de nos jeunes chirurgiens, l'espoir de la science, qu'il a déjà enrichie de travaux importants, M. Lefort se chargera indubitablement de ce soin.

Dans les hôpitaux, à la Faculté, aux Académies, M. Malgaigne s'est toujours placé d'emblée au premier rang. Ce n'est pas qu'il eût un goût très-prononcé pour les actions manuelles et le mouvement journalier de la pratique; mais il était plein d'initiative et toujours prêt à mettre en œuvre de nouvelles ressources près des malades. A l'École de médecine, dans ses cours, nul n'a été plus éloquent que lui. Savant, doué de connaissances aussi variées qu'étendues, il savait toujours suivre la filière des temps, et arriver au savoir du moment après avoir parcouru et fait ressortir ce qu'il y avait d'analogue dans l'histoire aux questions qu'il traitait chaque jour.

Critique fin, abondant, judicieux, parfois sarcastique, s'il n'attaquait pas toujours avec sûreté, il savait au moins, même dans ses inexactitudes, donner une tournure, un intérêt et un entrain plus attachants à ses leçons. Ses leçons ont eu de la sorte un immense succès !

Il faut le dire pourtant, c'est à l'Académie de médecine qu'il a obtenu ses plus beaux triomphes : toute la personnalité de M. Malgaigne était vivement accentuée; sa figure mobile et expressive, ses yeux pleins de vie et de rayonnement, sa démarche lente et sérieuse, sa physionomie un peu sardonique en faisaient, chacun le sait, un type particulier. Sa voix stridente, sa parole pénétrante et saccadée, son geste, son timbre, sa mimique annonçaient l'énergie, la force de son intelligence et faisaient de lui l'orateur le plus saisissant, le plus écouté de toute la compagnie.

Ses qualités oratoires étaient tellement développées, qu'ayant plaidé lui-même sa défense dans un procès scientifique devant les tribunaux, j'ai entendu plusieurs membres éminents du barreau dire : « Si M. Malgaigne n'était pas un célèbre chirurgien, il fût évidemment devenu un grand avocat. » En effet, toutes les qualités de sa parole associées à sa grande érudition, à son sens critique, à la pénétration de ses vues, en faisaient un ennemi aussi sagace que redouté des questions mal posées, des faits mal établis, de toute science suspecte ou de mauvais aloi.

Comme tous les hommes de grande intelligence, M. Malgaigne a laissé son empreinte sur toutes les questions dont il s'est occupé sérieusement. Cependant, sa ligne principale, le travail de sa vie, a été de changer, à un double point de vue, la direction de deux grandes questions chirurgicales; il s'est efforcé de substituer aux affirmations, aux formules d'à peu près, le jugement par les chiffres, par la comparaison des grands nombres, de faire prévaloir, en un mot, les statistiques bien faites en chirurgie.

Il s'est attaché, en outre, à démontrer que, pour connaître la valeur réelle des opérations chirurgicales, il ne suffit pas, comme on le faisait avant lui, de suivre l'opéré ou le blessé jusqu'à la cicatrisation des plaies, jusqu'à ce qu'on est convenu d'appeler la *guérison*; qu'il fallait, en outre, savoir ce que devenaient dans l'avenir les malades, afin de bien connaître les inconvénients, les difformités finales qui en sont les conséquences naturelles. On peut dire, à ce sujet, que la science a notablement changé de physionomie depuis M. Malgaigne, et que la pratique lui restera redevable, sous ce rapport, d'un véritable service. C'est une école nouvelle qu'il a installée et qui se maintiendra, comme le nom de son auteur restera dans l'histoire à titre de grande figure, de la plus éblouissante figure chirurgicale de notre temps et de notre pays !

Ainsi donc, les élèves perdent en M. Malgaigne un professeur éloquent et plein d'un immense savoir; l'École de médecine, un de ses plus glorieux membres; l'Académie, son orateur le plus pénétrant, le plus profond, le plus brillant; la science chirurgicale, une grande et belle intelligence, un de ses plus valeureux champions; la France, un de ses plus habiles et de ses plus laborieux enfants !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'état sanitaire de Paris et des hôpitaux depuis notre Bulletin de samedi. En l'absence de documents officiels, nous n'avons d'autre moyen d'appréciation que le mouvement des hôpitaux. Or, comme ce mouvement est très-inégal et qu'une augmentation des admissions dans un établissement coïncide souvent avec une diminution dans les autres, il nous est très-difficile, à moins de les parcourir tous dans une même journée, de donner une supputation même approximative. Il en résulte, ainsi que cela est arrivé déjà, que nos calculs sur le mouvement d'une journée se trouvaient démentis le lendemain. Nous ne pouvons donc donner qu'une appréciation très-vague et très-générale. Si nous en croyons nos impressions, il n'y aurait aucun changement notable depuis quelques jours et l'épidémie paraîtrait rester à peu près stationnaire.

— L'Empereur, accompagné du général Reille, son aide de camp, est allé, vendredi dernier, à l'improviste, visiter l'Hôtel-Dieu. Pendant une heure Sa Majesté a parcouru toutes les salles et parlé à tous les malades atteints par le choléra; Elle a constaté avec plaisir qu'un grand nombre d'entre eux étaient déjà en convalescence, que beaucoup de lits étaient vacants et que l'épidémie cesse de faire des progrès.

Tous les malades se sont montrés vivement touchés de cette marque d'intérêt du Souverain, qui s'est retiré après avoir témoigné sa satisfaction aux sœurs, aux médecins et aux infirmiers pour les soins dévoués qu'ils donnent aux personnes affectées par la maladie.

Au départ de l'Empereur, la place de Notre-Dame s'était remplie d'une foule compacte qui, par ses acclamations, a voulu remercier Sa Majesté de sa sollicitude constante pour tous ceux qui souffrent.

(*Moniteur*).

— M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur particulier d'anatomie, commencera son cours d'anatomie le mercredi 25 octobre 1865, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, rue Antoine-Dubois, n° 2, et le continuera tous les jours à la même heure.

Les démonstrations anatomiques et les cours de l'École pratique commenceront le jour de l'ouverture des pavillons.

— M. Lion annonce que dans le village de Vernègues (Bouches-du-Rhône) une pluie d'orage ayant rempli en partie les citernes depuis longtemps vides, mais qui avaient été récemment nettoyées, l'eau qu'on y a puisée s'est trouvée notablement fétide. Il demande si ce fait, qui a étonné tous les habitants, a été déjà observé et si on peut le rapporter à quelque cause générale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jules Le Cœur, professeur à l'École secondaire de Caen.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 126. — JEUDI 26 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 26 OCTOBRE 1865. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 OCTOBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

On nous avait annoncé, — un indiscret sans doute et de plus mal renseigné, — que la Commission du choléra devait faire son rapport général dans cette séance. De rapport, point. Et non-seulement point de rapport, mais pas même la plus petite communication officielle ou officieuse sur l'épidémie actuelle. — Nous ne parlons pas de la correspondance qui continue toujours à apporter son contingent hebdomadaire de remèdes et de méthodes plus ou moins infaillibles. — Mais il ne s'est trouvé au sein de l'Académie aucun membre assez curieux pour demander des renseignements sur la situation sanitaire de Paris, et aucun assez bien renseigné, probablement, pour en prendre l'initiative. Si bien que nous serions fort en peine de savoir ce que l'Académie pense en ce moment de tout ce qui se passe et de tout ce qui se dit autour d'elle. Qu'attend-elle pour dicter ses instructions et pour imprimer une direction aux idées et à la conduite des praticiens? La fin de l'épidémie sans doute. Espérons, en effet, que nous en verrons le terme avant qu'elle se décide à sortir de son mutisme.

Suivons-la donc dans ce qu'elle fait, puisque nous ne pouvons pas suppléer ici à ce qu'elle ne fait pas. Ce n'est pas, en tout cas, la surcharge de son ordre du jour qui peut servir de prétexte à son silence, puisque le président, malgré son zèle bien connu, a été obligé de lever la séance au bout d'une heure, faute de lecteur ou d'orateur inscrit. Convenons, toutefois, que cette heure a été assez bien remplie.

Après l'audition du discours prononcé par M. Béclard, au nom de M. Dubois (d'Amiens), sur la tombe de M. Malgaigne, discours accueilli par les applaudissements de l'assemblée, M. Magne a repris et terminé la lecture de son mémoire sur la relation des épidémies de fièvre typhoïde avec la nature du terrain. De même que les naturalistes ont établi une relation de cause à effet entre la nature des terrains et les êtres organisés qu'ils nourrissent, M. Magne se croit fondé, par le résultat de ses recherches, à admettre la même relation entre la nature de certains sols et les endémies et enzooties qu'on y observe. Cette idée, qui n'est pas nouvelle et qui a été plusieurs fois émise déjà, notamment au sujet du choléra, a été très-habilement et très-ingénieusement développée dans le travail de M. Magne. C'est assurément un point de vue de pathogénie très-digne d'intérêt et qui mérite d'être sérieusement approfondi. Nous ne pouvons que souscrire également à la proposition très-judicieuse qui termine ce mémoire et qui ne peut manquer d'être prise en considération par l'Académie.

La séance a été terminée par la lecture d'un travail de M. le docteur Verrier sur le pronostic et le traitement de la pneumonie pendant la grossesse. Ce travail soulève un point de médecine pratique important. Nous aimerions à voir la Commission, désignée pour l'examiner, en dire son sentiment. Espérons qu'elle le fera. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Application du courant constant au traitement des névroses.

(Leçons faites à l'hôpital de la Charité par le professeur REMAK, de l'Université de Berlin.

Je suis venu à Paris pour démontrer, au moyen des appareils qui se trouvent sous vos yeux, les effets physiologiques et thérapeutiques du courant galvanique constant sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Ainsi que vous le savez, mes expériences ont été soumises au jugement de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, et c'est seulement pour éclairer les commissaires que j'entreprendrai le traitement d'un certain nombre de malades de cet hôpital.

Mais, comme vous désirez savoir en détail ce qui va se passer devant vous, je dois vous donner quelques explications préalables.

N'attendez pas une longue histoire des applications du galvanisme à la pathologie; je me bornerai à vous rappeler que l'électricité de frottement, dès sa découverte, a été employée pendant deux siècles pour le traitement des malades, et que nous possédons, surtout en France, un grand nombre d'ouvrages, cités dans le livre d'Alf. Becquerel, ayant trait à ces applications. Malheureusement, ces ouvrages ne nous apprennent pas grand'chose, car leurs auteurs ne possédaient ni les connaissances physiques ni les connaissances pathologiques nécessaires pour l'emploi méthodique de l'électricité, et aussi parce que les cas, pour lesquels on recourait alors à l'emploi de ce moyen, étaient des cas désespérés et souvent même incurables.

Ce ne fut qu'après l'immortelle découverte de la pile par Volta, que l'attention des médecins et des savants se tourna sérieusement du côté de l'électrothérapie ; et, pour donner idée des espérances qui furent nourries alors à cet égard, il suffit de rappeler que le consul Bonaparte voulut assister debout à la lecture du célèbre mémoire de Volta, lecture qui eut lieu à l'Institut en 1800, et mémoire qui contenait les premières indications scientifiques relatives à l'application thérapeutique du galvanisme. Plus tard, les médecins des différents pays, et Volta le premier sur des sourds-muets, essayèrent cette application. Ces essais restèrent infructueux, non-seulement à cause du mauvais choix des cas pathologiques et du manque de connaissances physiologiques suffisantes, mais encore, et surtout, à cause de l'*inconstance et de la courte durée du courant fourni par la pile de Volta*. Même, comme les physiciens étaient parvenus à s'assurer de l'identité réelle du galvanisme et de l'électricité de frottement, on crut pouvoir se passer complétement du galvanisme et employer cette électricité de frottement, dont l'usage était depuis longtemps fort répandu.

En 1830, Becquerel trouva le moyen de produire un courant voltaïque constant. Malheureusement, l'attention des savants s'était portée ailleurs; elle était absorbée par les travaux d'Œrsted et de Faraday, c'est-à-dire par la découverte des courants d'induction. Le premier, ainsi qu'on le sait, venait de trouver les courants magnéto-électriques, et le second, les galvano-électriques. Ces travaux donnèrent lieu à la construction des appareils de rotation et d'induction dont les médecins se sont servis jusqu'ici, pensant qu'il est indifférent que l'électricité soit dégagée de telle ou telle façon.

Tel était l'état des choses quand, en 1855, en examinant les effets des différents courants électriques sur l'homme sain et malade, je parvins à reconnaître que la valeur du courant galvanique constant pour le traitement des maladies est incomparablement supérieure à celle des autres courants électriques, et que, pour la plupart des cas où le courant constant a une influence heureuse, les courants d'induction sont plutôt nuisibles qu'utiles. C'est un fait démontré aujourd'hui, du moins en Allemagne, et j'ose croire, qu'après les développements dans lesquels je vais entrer, vous serez convaincus comme moi que le courant constant possède une action beaucoup plus intense et beaucoup plus bienfaisante que les autres courants, et qu'il doit cette supériorité thérapeutique à la facilité avec laquelle il permet d'introduire une grande *quantité* d'électricité dans le corps, sans secousse et sans douleur.

Je commence par la description des instruments dont je me sers.

Mon appareil se compose d'une boîte solide de bois portée par une charrette à bras, et contenant 32 éléments pesant chacun 3 kilogrammes. La boîte est fermée à sa partie supérieure par une tablette sur laquelle sont fixés trois petits appareils différents l'un de l'autre et correspondant tous trois avec le courant.

Le premier, nommé *électeur*, est une plaque de bois verticale sur laquelle sont fixés des boutons métalliques correspondant aux éléments de la pile. Une espèce de manivelle, également métallique, se meut sur ces boutons, et permet, au moyen d'une disposition particulière, de recueillir le courant fourni par un nombre voulu d'éléments, nombre inférieur, bien entendu, à 32. Dans le cas où 32 éléments ne suffisent pas, on a des éléments additionnels enfermés dans des boîtes accessoires et qui se peuvent facilement relier aux autres. Le deuxième petit appareil est un *galvanoscope* qui indique l'intensité approximative du courant. Le troisième, enfin, consiste en un commutateur qui sert à changer, comme on l'entend, la direction de ce courant.

Il est nécessaire de dire comment sont composés les éléments voltaïques dont je me sers. J'employais d'abord les éléments de Daniell, qui fournissent un courant plus constant que ceux de Grove ou de Bunsen, mais qui ont l'inconvénient de nécessiter presque tous les jours un nettoyage, à cause du dépôt cuivreux s'accumulant à la surface du cylindre poreux, par l'effet de l'endosmose qui se produit entre les deux liquides de différentes densités. Pour diminuer ce travail endosmotique, MM. Siemens et Halske, habiles fabricants d'appareils télégraphiques, à Berlin, ont imaginé de mettre la plaque de cuivre au-dessous du cylindre de zinc, en les séparant par une voûte d'argile qui est recouverte d'une couche épaisse de papier mâché. Comme le liquide le plus dense, c'est-à-dire la solution de sulfate de cuivre, se trouve à l'intérieur de la voûte d'argile, au-dessous du papier mâché qui supporte le cylindre de zinc, la décomposition endosmotique est considérablement diminuée, grâce à quoi la durée du courant produit par cet élément est véritablement étonnante, pourvu que de temps à autre on ajoute des cristaux de sulfate de cuivre et de l'eau.

Depuis 1859 jusqu'à 1861, première époque où je me servis de cette pile, je la faisais nettoyer à peu près tous les trois mois; mais, dans ces dernières années, je me suis assuré qu'elle peut fonctionner intacte, pendant dix mois, sans que le courant perde sensiblement de son intensité.

Dans la plupart des cas, je me sers, pour appliquer le courant à la surface du corps, de tampons métalliques recouverts de calicot et de laine humectés d'eau, et communiquant avec l'électrode par un faisceau de fils d'argent enduit de gutta-percha ou de caoutchouc. La surface de ces tampons varie dans ses dimensions selon l'endroit du corps où ils doivent être appliqués. Je me sers, d'ailleurs, de tampons aussi larges que les circonstances le permettent, car il s'agit presque toujours d'introduire une grande quantité d'électricité.

Je passe maintenant à un aperçu des effets généraux et des effets locaux du courant constant.

Les effets généraux de l'application prolongée du courant constant consistent en une augmentation de la chaleur du corps, en une transpiration ultérieure, et très-souvent en une prolongation de sommeil suivi d'une espèce d'allégement de tout le corps.

Les effets locaux sont extrêmement variés. Les plus curieux sont certainement les effets sur les nerfs de la sensation, d'autant plus qu'ils ne se produisent pas avec le courant induit. En touchant, par exemple, la tempe, le front ou la joue avec les électrodes d'un courant très-faible et ne produisant aucune sensation sur la peau, on détermine des *phosphènes* particuliers, semblables à une tache rayonnée qui imite, jusqu'à un certain point, la structure de la rétine. Le même phénomène a lieu en appliquant les électrodes sur n'importe quelle partie de la tête, et même du cou, jusqu'à la cinquième vertèbre cervicale, où se trouve ordinairement la limite des points où cette excitation de la rétine peut être effectuée.

Le sens du goût est excité par un procédé identique avec celui qui excite le sens de la vue. En effet, le goût est stimulé en touchant avec les électrodes certains points de la face et surtout de la nuque. Cette saveur galvanique est très-prononcée : les uns la trouvent acide, les autres amère, quelques-uns styptique, etc. On la ressent non-seulement dans la langue, mais encore dans le palais, dans les gencives et même dans l'œsophage. Il arrive souvent que la limite des points de la moelle épinière, où peut être déterminée cette saveur, dépasse la cinquième vertèbre cervicale, et se prolonge quelquefois jusqu'aux reins et même jusqu'aux jambes. On peut ainsi constater que l'application locale et limitée du courant sur une partie du corps n'exerce pas seulement une action bornée entre les deux pôles, mais que la courbe électrique sortant de sa voie directe peut pénétrer jusque dans les profondeurs de l'organisme et atteindre les centres nerveux.

On peut se rendre compte par là de plusieurs effets inattendus que l'on observe quelquefois dans le traitement galvanique des maladies nerveuses, surtout chez les personnes très-sensibles.

Quant au sens de l'ouïe, il est difficile d'influer sur lui chez l'homme sain; mais, chose étrange, chez les sourds, et particulièrement chez ceux dont la surdité provient du système nerveux, l'excitabilité du nerf acoustique est si grande que la moindre application du courant constant sur le rocher produit des sons qui éveillent quelquefois, mais vainement, l'espérance d'une guérison.

Quant au choix des électrodes, il faut savoir que la rétine est plus sensible au pôle négatif, et le nerf du goût au pôle positif. Le nerf acoustique est plus sensible à la sortie du pôle positif qu'à l'entrée, et plus sensible à l'entrée du pôle négatif qu'à la sortie; enfin il se comporte comme un nerf sensible. Dans la surdité provenant des centres nerveux, on observe que

l'une des deux électrodes produit des effets *croisés*, à la manière des contractions réflexes croisées que j'ai observées dans l'atrophie musculaire progressive et dans d'autres maladies de la moelle épinière.

Un effet intéressant du courant constant, c'est l'espèce de vertige, ou plutôt la perte de l'équilibre du corps qui est déterminé quand il agit sur un certain point bien limité : la fosse auriculo-maxillaire. Quelquefois ce point de vertige se trouve à la fosse carotique, tout près de l'angle de la mâchoire. Je crois que ce phénomène peut être expliqué par un changement d'équilibre entre les deux parties du cervelet, changement déterminé par une excitation de plusieurs faisceaux partant du ganglion supérieur cervical du grand sympathique, et se trouvant en communication directe avec les cellules ganglionnaires des centres nerveux.

En ce qui concerne l'action du courant constant sur les nerfs sensibles et les nerfs moteurs, mes expériences sur l'homme sain et l'homme malade même confirment en général la loi constatée par Marianini dans la grenouille vivante. On sait d'ailleurs que cette loi peut se formuler ainsi : Le courant descendant agit plus énergiquement sur les nerfs sensibles, et le courant ascendant sur les nerfs moteurs, le premier à la sortie et le second à l'entrée. Je dois ajouter toutefois que, lorsqu'on fait agir le courant d'une façon *unipolaire*, c'est-à-dire en appliquant une électrode sur un seul point du nerf et l'autre sur un point quelconque du corps, on observe que le pôle positif possède à peu près la même influence sur les nerfs sensitifs que sur les nerfs moteurs, influence identique avec l'action du courant descendant, et que le pôle négatif exerce une influence identique avec l'action du courant ascendant.

Je terminerai ces explications théoriques par une expérience qui mettra en évidence cette action unipolaire. Je place l'électrode positive d'un courant de 25 à 30 éléments sur le nerf médian du bras d'un homme, et l'électrode négative sur le nerf radial du même bras. Dès que je ferme le circuit, on aperçoit une contraction beaucoup plus forte du côté du pôle négatif, c'est-à-dire dans les fléchisseurs, et, dès que je change la direction du courant, la contraction devient beaucoup plus forte du côté des extenseurs.

Cette expérience, nullement douloureuse, peut être multipliée autant qu'on le désire, et le même phénomène se reproduira toujours.

Notons encore que les deux électrodes agissent chacune différemment sur les vaisseaux. Le pôle positif les dilate et rend la peau rouge, tandis que le pôle négatif développe l'effet contraire après une action continue de cinq à dix minutes. On observe de plus, au pôle positif, une dépression de la peau, et au pôle négatif un gonflement de l'épiderme et du derme. J'insisterai sur ces faits dans une conférence suivante.

Voilà quelques-uns des résultats auxquels je suis arrivé en expérimentant sur moi-même et sur d'autres hommes sains, depuis le 13 décembre 1855 jusqu'au 18 juillet 1856, avant de passer aux applications thérapeutiques du courant constant. Je vous conseille de suivre la même voie et de ne pratiquer l'électrothérapie qu'après avoir répété maintes fois ces expériences préalables.

HOPITAL CIVIL D'ALGER. — M. A. Bertherand.

Relation d'un cas de rage.

Observation recueillie par M. L. Garreau, interne (1).

Marie M..., âgée de dix-huit ans, demeurant à la Maison-Blanche, lavait du linge à une fontaine peu distante de la ferme où elle était employée, lorsqu'un chien, qu'elle n'avait pas aperçu, la mordit au-dessus du mollet droit et s'enfuit. La jeune fille rentra à la ferme où elle raconta ce qui venait de lui arriver. Les domestiques, armés de fourches, se mirent à la poursuite de l'animal. En même temps, on prévint le docteur Payn, qui, d'après les renseignements recueillis et l'aspect de la plaie, porta un fâcheux pronostic. Il cautérisa à trois reprises la blessure avec le fer rouge. Marie était parfaitement rassurée sur les suites de sa morsure, en dépit des craintes exprimées par le médecin.

Le chien fut atteint et tué. M. Payn en fit l'autopsie, qui n'offrit rien de particulièrement intéressant et sur laquelle il fit un rapport détaillé que nous avons eu entre les mains.

Quelques jours après (17 octobre 1862), Marie entra à l'hôpital civil où nous la vîmes pour la première fois.

C'était une fille robuste, d'un tempérament lymphatique sanguin, d'un caractère très-gai. Elle venait, à l'instigation de son maître et du docteur, attendre à l'hôpital la cicatrisation de la plaie.

Pendant une quinzaine de jours tout alla bien, et la guérison ne paraissait pas éloignée lorsque la pourriture d'hôpital, qui régnait alors épidémiquement dans la salle, se déclara chez notre malade. Le camphre, le quinquina, le jus de citron eurent peine à en triompher. M. Bertherand s'efforçait en même temps, par l'emploi des toniques et ferrugineux à l'intérieur, de refaire sa constitution détériorée sous l'influence de cette grave complication. A la fin du mois de novembre, tout était rentré dans l'ordre.

Le 22 décembre, la cicatrisation était achevée. Marie, dont ces dures épreuves avaient abattu le courage, reprit alors confiance, et, oubliant des présages sinistres, elle quitta l'hôpital et retourna à la ferme (72e jour depuis la morsure).

Le 1er janvier 1863 (82e jour), elle rentra dans le même service : la cicatrice s'était ulcérée, et cette fois, en voyant la blessure se rouvrir, elle avait éprouvé une vive inquiétude.

Enfin, le 17 janvier (98e jour), au moment où elle se croyait bien au bout de ses peines, elle éprouva les premiers symptômes d'un mal terrible. Ses règles, qui coulaient depuis trois jours, s'arrêtèrent brusquement; ses forces l'abandonnèrent. Dans la soirée, elle s'aperçut avec une terreur indicible qu'elle ne pouvait boire, l'introduction du liquide déterminant dans les muscles du pharynx un spasme violent qui obstruait le passage. En proie à un malaise profond, elle se mit au lit, mais ne put fermer l'œil. Des douleurs aiguës, d'après sa propre description, partaient de la cicatrice, s'irradiaient dans la jambe et dans la cuisse, montaient jusqu'à la base de la poitrine, et arrivées là lui coupaient la respiration comme si elles eussent suspendu les mouvements du diaphragme.

A la visite du 18, elle était assise dans son lit; sa peau était moite, son pouls plein; elle paraissait livrée à une méditation pénible; tout à coup sa figure prenait une expression de stupeur et d'effroi; elle s'agitait convulsivement et jetait sa tête de côté et d'autre sur son oreiller en poussant des exclamations plaintives; en même temps, elle portait la main à sa cuisse et sa respiration devenait haletante et précipitée.

Chacune de ces crises durait moins d'une demi-minute, et elle reprenait ensuite sa tranquillité mélancolique. Si on lui demandait alors la cause de cette agitation, elle la rapportait toujours à ses douleurs qui s'élevaient le long de la jambe jusque dans la poitrine et qui l'étouffaient, disait-elle. Quand un nouvel accès allait éclater, elle le sentait d'avance et elle l'annonçait. Elle refusait obstinément toute espèce de nourriture et surtout de boissons. Interrogée par M. Bertherand sur les antécédents de sa maladie, elle répondit avec assez de sang-froid à toutes ses questions. Ce professeur la fit mettre dans un cabinet particulier, et cet isolement, qui la délivrait de l'avide curiosité des personnes qui l'entouraient, parut la satisfaire; d'ailleurs, elle semblait rechercher le silence et l'obscurité. Outre les symptômes déjà décrits, elle en présentait un assez curieux : c'était une paralysie du sentiment, accompagnée de fourmillements dans les mains et dans les cuisses.

Dans l'après-midi, elle resta à peu près dans le même état. Quand on cherchait à lui donner confiance en la raillant sur son mal imaginaire, elle se prêtait de bonne grâce aux assurances qu'on lui donnait de son prochain rétablissement; elle souriait même et faisait la câline à la manière des enfants. Elle nous dit une fois, comme en plaisantant : « On m'a enfermée dans ce cabinet parce qu'on croit que je suis folle. » Elle niait avoir jamais éprouvé ni convulsions, ni aucun des accidents habituels aux femmes nerveuses. L'interne de garde lui fit appliquer de petits vésicatoires sur le trajet des nerfs de la jambe et de la cuisse, et administrer un lavement avec l'assa-fœtida et l'extrait de valériane. A la tombée de la nuit, elle prit une pilule d'opium et dormit paisiblement jusqu'à dix heures. Pendant le reste de la nuit, elle fut moins tranquille. Il paraît même qu'elle sortit de son cabinet et alla errer dans la salle, à la grande frayeur des malades.

Le 19, à huit heures du matin (3e jour), nous la trouvâmes plus irritable que la veille; les sœurs la tourmentaient pour la faire boire, et elle leur opposait une résistance invincible; elles nous dirent qu'elle avait bu pendant la nuit. Les douleurs névralgiques s'étaient calmées, mais elle se plaignait toujours d'étouffements. J'ai le sang dans la poitrine, nous disait-elle avec énergie, en appliquant les mains sur ses seins; c'est le sang qui m'étouffe!

Elle commençait à crachoter; elle se plaignait d'une constriction douloureuse à la gorge; des vomissements bilieux étaient survenus pendant la nuit et l'avaient soulagée. Tantôt elle demandait qu'on la fît vomir, tantôt elle aurait voulu prendre des bains de pied *pour faire descendre le sang*. Sa parole était rare, brève, saccadée. Comme nous lui demandions d'où elle souffrait, elle nous prit la main et la porta à sa nuque : Sentez-vous cette grosseur, dit-elle? eh bien! c'est là que je souffre. Nous ne sentîmes absolument rien.

A dix heures, nous revînmes la voir. Elle était dans un accès violent; elle se débattait sur sa couche en criant; elle ne pouvait souffrir qu'on ouvrît sa porte : Allez-vous-en, disait-elle aux personnes qui l'assistaient, laissez-moi seule! Revenue à elle, elle tombait dans un profond abattement. Ses vésicatoires furent pansés avec la morphine.

Dans l'après-midi, elle prit encore des lavements d'assa-fœtida, et fut soumise à plusieurs reprises à des inhalations de chloroforme. Vers quatre heures, elle fut prise d'une sorte de délire gai. Elle causait, elle riait avec ses compagnes; elle voulut en embrasser plusieurs. Elle demanda du pain et du vin; mais après des efforts inouïs, après avoir même éloigné toutes les personnes qui l'entouraient, elle fut obligée de reconnaître qu'elle ne pouvait ni boire ni avaler du pain trempé.

La salivation était devenue extrêmement abondante; la physionomie se décomposait à vue d'œil; la cyanose s'emparait des lèvres et des doigts. Elle se soumettait volontiers aux inhalations du chloroforme, qui la soulageaient beaucoup et calmaient un peu les nausées et les vomissements qui la tourmentaient.

Au milieu de cette terrible agonie, elle conserva toute sa présence d'esprit. Sa résignation, la reconnaissance qu'elle témoignait aux personnes qui l'assistaient, l'attendrissement que son malheur lui inspirait à elle-même, ses plaintes douces et mélancoliques, tout cela impressionna vivement ceux qui furent témoins de ses derniers moments. Elle s'éteignit sans secousse à huit heures du soir.

Autopsie faite trente-six heures après la mort : l'ensemble du corps, parfaitement développé, révèle une forte organisation; la cicatrice de la morsure est solide et ne présente aucun signe particulier. Les enveloppes du cerveau sont légèrement hyperémiées. Les poumons sont fortement congestionnés; la muqueuse bronchique et laryngée est injectée de sang; les replis aryténo-épiglottiques paraissent épaissis.

Le cœur droit renferme des caillots fibrineux décolorés. Les nerfs pneumo-gastrique et grand sympathique ne présentent ni injection ni altération visible d'aucune espèce.

L'utérus, les ovaires sont hyperémiés (période menstruelle).

On remarque que le cadavre ne se décompose pas plus vite que les autres.

(1) *Gazette médicale de l'Algérie*, 25 septembre 1865.

ÉTUDES SUR LE CHOLÉRA

faites à Marseille en septembre et octobre 1865

(Deuxième étude : *Transmission et propagation*),

Par M. G. Grimaud (de Caux).

Dans ma communication du 9 octobre dernier, j'ai fait connaître le caractère et l'origine de l'épidémie marseillaise.

La note présente a pour objet la propagation de cette épidémie et sa transmission.

Contagion, infection, ce sont des mots qui n'éclairent rien. Les idées qu'ils expriment ne sont pas définies; ils accusent des distinctions entre des faits dont les limites ne sont pas fixes. Dans les sciences d'observation, c'est l'observation qui est l'élément fondamental pour la découverte de la vérité; elle seule dirige l'esprit et le mène au but. Les explications, les discussions, les théories ne viennent qu'après et n'ont de valeur qu'autant qu'elles respectent dans leur intégrité les faits observés et qu'elles ne font subir à ces faits aucune violence.

Voici les faits du choléra de 1865 :

Il y avait à Suez, à Alexandrie, à Constantinople, à Marseille, etc., des populations saines. La santé générale, indiquée par la mortalité de chaque jour, était dans son état normal. Des pèlerins de la Mecque, embarqués à Djeddah, viennent au contact de ces populations, et le choléra, qui était à Djeddah, se déclare parmi elles.

Le choléra était à Djeddah quand les pèlerins arrivés à Marseille se sont embarqués. Quelques-uns de ces pèlerins sont morts pendant le voyage; nous connaissons trois de ces derniers, les deux qui ont succombé à deux journées de Marseille, en mer, et le troisième qui est mort en touchant terre. Le choléra voyageait avec eux; ils colportaient le choléra.

Mais, sans parler de l'air, une maladie voyage incorporée dans un être vivant ou déposée en germe dans des effets mobiles et transportés. Je parle d'une maladie spécifique, d'un germe spécifique, c'est-à-dire de deux choses bien définies, et, sous le rapport de la spécificité, le choléra ne nous a laissé ignorer rien.

Une maladie spécifique incorporée dans un être vivant l'imprègne; les déjections, les excrétions cutanées et pulmonaires sont infectées de son germe. Malheur aux prédisposés qui viennent au contact de ces produits d'une organisation dépravée. Ces produits sont palpables, tangibles, saisissables. Ils n'ont pas été saisis encore par les expériences de M. Pasteur, et M. Coste n'a pas encore découvert les lois de leur génération, comme il a découvert celle des Kolpodes; mais tous les deux sont sur la voie : on saisira un jour les germes du mal, et après ce que j'ai vu, après ce que j'ai constaté, plus que jamais je suis de l'avis de M. Chevreul, et je reste persuadé que « le médecin triomphera un jour de ces fléaux menaçant la vie de l'homme sous les noms de venins, de virus, de miasmes, de contagions... » (Chevreul, *Journal des savants*.) Ces produits pénètrent par la peau, par le poumon, par les yeux, par le nez, par la bouche, par toutes les surfaces absorbantes.

L'infection s'était attachée au roc de la poterne du fort Saint-Jean. Des odeurs animales repoussantes, ayant un fond musqué, se faisaient sentir sous cette poterne huit jours encore après le départ des Arabes, dont quelques-uns s'étaient logés sous son abri : Ben Kaddour y avait rendu le dernier soupir et son corps y avait passé la nuit. Il faut entendre là-dessus le capitaine Dol, commandant du fort.

Comment le principe épidémique s'est introduit dans la ville vieille. — Les Arabes sortent du fort Saint-Jean pour aller à l'embarcadère. Une foule de curieux de ce quartier populeux se mêle aux pèlerins, les entoure, assiste au long chargement de leurs bagages encombrants, chargement qui se faisait en dehors du fort. Cette foule les accompagne pendant un trajet de plus d'un kilomètre, le long du port dominé par la ville vieille avec ses rues étroites, avec sa population impatiente de tout luxe et dont les habitudes laissent à désirer sous le rapport de l'hygiène.

Que se passe-t-il après? Suivons les faits.

Le quartier de la ville vieille offre les premiers cas de choléra. Ils sont rares d'abord; on méconnaît le caractère de la maladie, ou on le dissimule. Les médecins les plus clairvoyants disent : « Taisons-nous, il ne faut pas effrayer les pauvres gens. »

Mais le choléra ne reste pas confiné dans le quartier où il a fait sa première apparition. Le respectable docteur Forcade, père du publiciste distingué de la *Revue des Deux Mondes*, va chez un de ses confrères de la rue de Rome. « J'ai eu hier un cas de choléra foudroyant, » lui dit ce confrère (hier, c'était le 22 juin); mais je n'en ai rien dit, je n'ai pas voulu répandre la terreur. »

Ici, on peut faire cette question : Qu'y a-t-il de plus salutaire, de cacher le danger au risque de laisser surprendre ceux qui l'ignorent, ou bien de le signaler publiquement, afin que chacun se prémunisse, grands et petits?

C'est ainsi que, pour la sixième fois, le choléra s'est introduit et développé dans Marseille, et que pendant les trois mois qui viennent de s'écouler de nombreuses maisons se sont vidées de tous leurs habitants par la fuite et aussi par la mort.

Faits de contagion. — J'ai dit que la maladie déposait son principe dans des bagages. Je n'articule point de faits douteux. En voici un entre beaucoup d'autres :

Près Saint-Jean-du-Désert, à Saint-Pierre, non loin de Marseille, dans un lieu isolé, un paysan meurt du choléra; sa femme meurt également. Le paysan ne quittait pas la campagne; « mais, dit le docteur Dussiller, la femme, blanchisseuse, avait reçu un paquet de linge sale provenant d'un individu récemment arrivé d'Égypte, et c'est le mari qui avait ouvert le paquet, dont le premier il avait développé toutes les pièces. »

Autre fait bien plus caractéristique encore. Depuis quelques jours, on disait en ville que les employés de la poste avaient été malades. On citait un nombre considérable de facteurs plus ou moins atteints. On affirmait que l'administration centrale avait envoyé de Paris des suppléants pour que le service ne souffrît point. On disait que les employés *à l'arrivée*, ceux qui ouvrent les dépêches, avaient été tous malades et qu'il y avait eu des morts parmi eux. On m'avait montré une lettre dont le signataire ne l'avait pas écrite à la légère et dans laquelle ces bruits étaient presque tous confirmés. Un journal enfin, le *Courrier de Marseille*, s'était rendu l'écho de ces bruits, insistant sur les malades du bureau de l'arrivée et ajoutant qu'au départ il n'y avait eu que deux facteurs atteints.

Pour savoir la vérité vraie, je m'adressai à M. le directeur, qui connaissait, comme tout le monde, le but purement scientifique de mes investigations. C'était le lundi 9 octobre dernier.

Voici ce que je constatai à la suite d'une longue conversation; je devrais la rapporter *in extenso*, je me contente de la résumer.

J'avais recueilli des chiffres dont j'étais sûr. La direction des postes de Marseille compte plus de 120 personnes, dont 75 à 80 facteurs, 22 employés au bureau du départ et 9 au bureau de l'arrivée.

On n'a pas eu à regretter un seul mort au service du départ, on pourrait même dire qu'il n'y a pas eu de malades, tandis qu'au bu-

reau de l'arrivée, sur 9 employés, il y a eu 8 malades, desquels 1 mort.

Et ces 8 malades ont été malades l'un après l'autre : cela m'a été prouvé pour les 5 premiers. Celui qui ouvrait les dépêches d'Orient tombe malade, est *cholérisé*, c'est l'expression usitée. On en met un autre à sa place : même effet, et ainsi de suite jusqu'à 5. On m'avait dit que le directeur lui-même avait été atteint pour avoir un certain jour procédé à l'ouverture des dépêches d'Orient, et c'était la vérité, car il en portait encore des marques sensibles.

M. le directeur ne contesta point les chiffres de son personnel. Le fait de sa maladie avait été connu de tout Marseille. Comment aurait-on ignoré aussi la maladie de ses employés? Seulement il voulut me persuader que les accidents cholériques si nombreux qui s'étaient produits dans son administration n'étaient point la conséquence du simple contact des lettres.

Pour toute réponse à sa démonstration, je le complimentai sur les conditions hygiéniques si bien entendues dont il avait entouré le local de son administration. J'avais vu sur sa cheminée un grand flacon débouché de *vinaigre phénique de Quesneville*, et l'odeur de l'acide phénique se faisait sentir partout.

« Oui, me dit-il, si cela ne fait pas de bien, ça ne peut pas faire de mal; j'ai ordonné qu'on en mît partout. Depuis lors, je n'ai plus de malades. Les employés du bureau ambulant s'en sont très-bien trouvés aussi; je le leur avais indiqué. Il n'y a rien comme la confiance : l'esprit rassuré fortifie le corps. »

Je n'ajoute rien, je n'affaiblis rien, je ne commente rien; j'en appelle à M. Gouin lui-même. Je le demande à tous les hygiénistes : tout cela ne démontre-t-il pas jusqu'à l'évidence que le contact et la manipulation de correspondances provenant de localités infectées sont susceptibles de communiquer la maladie?...

Au reste, avant d'avoir eu avec M. le directeur de Marseille l'entretien que je viens de résumer, je savais à quoi m'en tenir. En 1837 et en 1849, l'administration des postes de Marseille avait payé son tribut au choléra dans des circonstances qu'on peut dire identiques. Un ancien employé, M. Audin, m'avait raconté les faits de 1837, et M. Christine, directeur des postes en 1849, ne se refuserait pas à faire connaître ceux qui se sont passés de son temps.

Et maintenant tout s'explique; il n'y a plus rien de mystérieux dans la marche du fléau. Le choléra voyage avec les hommes et avec les choses. Là où de tels hommes ne sont pas, là où on ne transporte pas de telles choses, la maladie ne se déclare point.

Les 562 voyageurs de la *Stella*, du *Byzantin*, du *Syria*, du *Saïd*, etc., etc., et les correspondances et les effets débarqués du 11 au 16 juin à Marseille, venant d'Alexandrie, se sont dispersés en Europe, et partout où ils se sont fixés ils ont semé la graine de choléra, et cette graine a germé là où elle a trouvé un terrain préparé pour la recevoir; un terrain, c'est-à-dire des constitutions prédisposées soit par la faiblesse dérivant de maladies antérieures, soit par l'intempérance, soit par l'inobservance des lois de l'hygiène publique et privée, etc.

Dans une troisième et dernière communication, je déduirai les conséquences qui dérivent de cette étude, et je ferai connaître les moyens qui, dans l'état actuel de la science, me paraissent devoir être les plus propres à préserver les individus et les populations de l'atteinte de ce fléau.

APPLICATION DES DOUCHES FILIFORMES

dans quelques cas de névralgie et de paralysie.

La méthode des douches capillaires ou filiformes dont nous avons exposé le mécanisme et le but a été expérimentée dans quelques services des hôpitaux de Paris, d'après les indications de M. de Laurès qui en avait fait préalablement l'essai. Nous croyons devoir résumer ici quelques-uns des résultats qui ont été publiquement constatés.

1° *Névralgie faciale.* — Une malade, âgée de quarante-cinq ans, est entrée le 21 janvier dernier à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Gallard, pour une névralgie de la face qui datait de deux ans et demi. La douleur est généralisée à tout le côté gauche de la face. On détermine une vive souffrance par la pression, même légère, avec le doigt, au niveau des trous sus et sous-orbitaire et mentonnier ainsi que dans toute la région mastoïdienne. Le côté droit est complétement indemne; pas de contractions spasmodiques des muscles de la face; pas de larmoiement ni de coryza. Difficulté de mâcher et d'avaler pendant les crises; le sommeil est souvent interrompu par les douleurs qui existent la nuit comme le jour. Tous les moyens tentés du 21 janvier au 7 février ont échoué (sulfate de quinine, opiacés, vésicatoires, morphine, etc., etc.), de même que les traitements rationnels employés de 1863 à 1865. Le 7 février, après l'application de la première douche filiforme, la douleur névralgique a disparu instantanément, mais pour reparaître comme d'habitude dans la journée et pendant la nuit jusqu'au 11 février inclusivement. M. Gallard a administré la douche chaque jour sur le trajet des nerfs douloureux; l'amélioration a augmenté notablement après chaque séance; dès le 9 février la malade ne souffrait plus et elle avait recouvré le sommeil.

A la date du 21 février l'amélioration obtenue persistait et la malade pouvait remplir les fonctions d'infirmière veilleuse dans la salle. La névralgie a reparu depuis; M. Gallard se propose d'appliquer de nouveau les douches filiformes.

2° *Névralgie lombaire et sciatique dont l'origine remonte à vingt mois.* — Une femme de quarante-cinq ans entre le 14 avril dernier (service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon). Cette malade a souffert depuis vingt mois de douleurs lombaires. Le 10 avril 1865, la douleur a changé de siége et est venue se fixer dans la région de la fesse et de la hanche et au côté externe de la partie inférieure de la cuisse et de la partie supérieure de la jambe du côté gauche. La douleur est presque continue; les mouvements deviennent de plus en plus difficiles, au point que la malade, une fois assise dans un fauteuil, ne peut plus se relever. La marche étant devenue impossible, elle est obligée de prendre le lit et de réclamer l'assistance d'une aide pour se soulever, pour changer de position, pour uriner, etc., etc. C'est dans cet état qu'elle entre à l'hôpital Beaujon.

Deux applications de ventouses scarifiées le long du membre, une douche chaude, quatre injections hypodermiques avec le sulfate d'atropine n'apportent aucune modification.

Le 27. Première douche filiforme sur la région de la hanche et de la fesse. Dès le lendemain légère amélioration.

Douches les 28, 29 et 30 avril. Amélioration plus prononcée, la malade a pu descendre de son lit, se tenir sur ses jambes pendant un moment; elle peut prendre et garder la position assise.

Le 1er mai, douche sur la région de la hanche et sur le côté externe de l'articulation fémoro-tibiale; l'amélioration a encore fait des progrès; la jambe, qui était à demi fléchie sur la cuisse, s'étend facilement et reste sans gêne dans l'extension. La douleur, qui existait au niveau de la hanche, a beaucoup diminué d'intensité. La malade n'a plus besoin d'aide pour se remuer.

3° *Angine diphthéritique. Paralysie du voile du palais, puis ultérieurement paralysie du sentiment et du mouvement dans les extrémités supérieures à partir des coudes et dans les extrémités inférieures à partir des genoux.* — Un malade, âgé de quarante-six ans, est pris, le 7 janvier dernier, de refroidissement en sortant d'une cave, et il ressent peu de temps après du frisson, du malaise, de la courbature. Le lendemain une angine tonsillaire s'était développée avec plus d'intensité à gauche qu'à droite. Le 10, plaque diphthéritique sur l'amygdale et les piliers du voile du palais à gauche. Entré dans le service de M. le docteur Frémy, à l'hôpital Beaujon, le 10 janvier, il est soumis à une application de la solution au perchlorure de fer. Guérison rapide.

Le 27 janvier, difficulté d'avaler, altération du timbre de la voix (gargarismes niellés et laudanisés). Les accidents augmentent, l'extinction de voix est telle que le malade ne peut plus se faire entendre. Les boissons et les aliments, au moment de l'inglutition, sont rejetés par la bouche et par les fosses nasales. Cet état persiste pendant six semaines, à des degrés d'intensité variable, et, soudainement, quand les mouvements du voile du palais sont rétablis, une paralysie notable du sentiment et du mouvement envahit les extrémités supérieures à partir des coudes et les extrémités inférieures à partir des genoux. On apprécie exactement l'intensité de cette paralysie par l'introduction des épingles dans la peau sans éveiller de douleur et par la difficulté de la locomotion, le malade ne pouvant marcher sans être soutenu et ses jambes fléchissant sous lui. C'est alors qu'il passe dans le service de M. Moutard-Martin, le 22 avril.

Emploi des bains sulfureux, de vin de quinquina et de frictions sèches, sans modification apparente.

Le 27 avril, première douche filiforme; le lendemain, la peau, qui était froide et décolorée, est devenue plus chaude et un peu plus sensible.

Les 28 et 29, nouvelle douche; amélioration très-prononcée; augmentation très-notable de la sensibilité; les contractions des muscles de l'avant-bras sont beaucoup plus énergiques.

Le 30 avril, le malade a pu descendre et remonter soixante-trois marches sans même s'appuyer sur la rampe de l'escalier.

Le 1er mai, douche appliquée avec moins de force que les jours précédents. L'amélioration a fait des progrès très-appréciables. Il n'y a presque plus d'hésitation dans la marche; la sensibilité et la chaleur de la peau sont presque revenues à l'état normal; la force musculaire a augmenté de jour en jour. Le malade peut maintenant boutonner lui-même ses vêtements, ce qu'il lui était impossible de faire quelques jours auparavant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 octobre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Martin (de Vitry) sur une épidémie de dyssenterie qui a régné à Bassuet dans le mois d'octobre 1864. (Commission des épidémies.)

2° Des communications relatives au choléra par M. le docteur Jobert (de Guyonville), et M. Okoiski, ingénieur civil. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Legouest, qui prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. (Renvoyé à la section.)

2° Une série de Mémoires sur la fièvre jaune transmis à l'Académie par M. Rayer, au nom de M. le docteur Dumont. (Commission de la fièvre jaune.)

3° Une observation de fracture compliquée de la mâchoire inférieure, par M. le docteur Bérenger-Féraud. (Commissaire : M. Gosselin.)

4° Des communications relatives au choléra, par MM. les docteurs Arsène Drouet (du Grand-Montrouge), Dutauzin (de Saint-Symphorien) et Serce (d'Areth). [Commission du choléra.]

— M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Morache, un travail manuscrit sur une épidémie de typhus avec cas de relapsing-fever, observée à Pékin en 1864 et 1865.

— M. ROBIN présente, au nom de M. le docteur Bergeret (de Châlons-sur-Marne), un Mémoire sur l'étiologie du goître. (Commission du goître et du crétinisme.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Malgaigne, son président.

L'Académie a été représentée aux obsèques de M. Malgaigne par une nombreuse députation.

Des discours ont été prononcés sur la tombe de l'illustre chirurgien par M. Velpeau, au nom de la Faculté de médecine, et par M. Béclard, pour M. Dubois (d'Amiens), empêché, au nom de l'Académie.

M. BÉCLARD, sur l'invitation de M. le président, donne lecture de ce discours. Cette lecture est accueillie par des applaudissements et de nombreuses marques d'approbation.

LECTURES.

Relation des épidémies de fièvre typhoïde avec la nature des terrains. — M. MAGNE termine la lecture de son Mémoire sur la relation des épidémies de fièvre typhoïde avec la nature des terrains.

Voici en quels termes l'auteur résume les considérations contenues dans cette deuxième partie de son Mémoire :

Les naturalistes n'ont pas hésité à établir la relation de cause à effet entre la nature des terrains et les êtres organisés qu'ils nourrissent. Les pathologistes ne sont-ils pas autorisés à admettre ces mêmes relations lorsqu'ils voient que le sang de rate des herbivores, la fièvre typhoïde épidémique, se montrent ici souvent et sur de larges surfaces, là de loin en loin et sur de petits espaces, ailleurs presque jamais, selon que certains terrains abondent, sont peu étendus ou manquent complétement.

Il y a souvent des relations quant aux causes et même aux symptômes entre les maladies de l'homme et celles des animaux; et, à cause de cette considération, ne serait-il pas à désirer que le service des épizooties fût organisé en France comme il l'est dans quelques États de l'Europe?

En raison des lumières que l'étude des maladies de l'homme a fournies pour arriver à la connaissance des affections qui attaquent les animaux, et à cause des services que la pathologie vétérinaire peut rendre à la pathologie humaine, je reproduirai le vœu émis par quelques-uns de nos éminents collègues et en particulier par MM. Michel Lévy et de Kergaradec, à savoir, que le rapport général annuel sur les épidémies soit complété par un travail analogue sur les épizooties manifestées dans la même période.

Pronostic et traitement de la pneumonie pendant la grossesse. — M. le docteur E. VERRIER lit un mémoire sur le pronostic et le traitement de la pneumonie pendant la grossesse.

Dans ce mémoire, l'auteur, après avoir résumé le petit nombre de travaux qui existent sur ce sujet, résout, à l'aide de cinq observations nouvelles et de douze autres publiées par M. X. Bourgeois en 1861, les trois questions suivantes :

1° La mortalité de la mère est-elle plus grande après le septième mois, comme le veut M. Bourgeois? ou avant cette époque comme l'enseigne M. Grisolle?

2° L'avortement est-il certain avant le septième mois, et quel est l'influence de l'avortement ou de l'accouchement prématuré sur la maladie?

3° La nécessité du traitement énergique étant admise, peut-on prouver que l'avortement, quand il arrive, est dû aux progrès du mal et non au traitement, quel qu'il soit?

M. Verrier conclut en disant :

Dans une grossesse compliquée de pneumonie, l'époque de la grossesse où cette maladie se déclare est indifférente pour son caractère de gravité.

L'avortement avant le septième mois n'est pas plus certain que l'accouchement prématuré après cette époque.

Si l'avortement survient pendant le traitement de la pneumonie, c'est au progrès de celle-ci qu'il faut l'attribuer et non à la médication.

D'où l'on peut induire qu'on doit traiter la pneumonie de la femme dans la grossesse comme dans les conditions ordinaires de la vie, sans perdre en expectation un temps précieux.

Le travail de M. Verrier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Grisolle, Danyau et Delpech.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à quatre heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 octobre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Traitement des crampes dans le choléra. — M. GUYON rappelle en ces termes une communication faite dans la séance du 13 septembre 1852.

Les circonstances épidémiques dans lesquelles nous nous trouvons m'engagent à rappeler à l'Académie une communication que je lui faisais dans sa séance du 13 septembre 1852, et qui avait pour titre : *Procédé pour obtenir la cessation immédiate des crampes dans le choléra.*

Ce procédé, adopté dans les dernières épidémies où je me suis trouvé, consiste dans le redressement des parties contractées ou crampées, à savoir du pied sur la jambe dans les crampes des membres inférieurs, et de la main sur l'avant-bras dans les crampes des membres supérieurs. Pour ceux-ci, le redressement s'opère en tenant l'avant-bras d'une main, tandis que, de l'autre, saisissant la main crampée, on la renverse sur l'avant-bras, après en avoir redressé les doigts; et, pour les membres inférieurs, en saisissant le talon d'une main, tandis que de l'autre on renverse le pied sur la jambe, après avoir fait, pour les orteils, ce que nous venons de dire pour les doigts.

Le redressement dont nous parlons ne doit pas se faire brusquement; il doit, au contraire, s'opérer avec une *certaine lenteur*, la main ointe ou non de quelque corps gras. La cessation des crampes le suit *immédiatement*, comme on l'a constaté dans la régence de Tunis, il y a plus de quinze ans déjà, dans une épidémie où j'avais conseillé le procédé.

Les crampes, tout le monde le sait, constituent, dans le choléra, un symptôme des plus douloureux; il arrache des cris aux malades... Mais que lui oppose-t-on? Des frictions plus ou moins fortes, des applications rubéfiantes et autres, toutes médications qui ne font qu'ajouter la douleur du remède à celle du mal. Je passe sous silence les refroidissements, si à craindre dans le choléra, et auxquels on expose nécessairement les malades en les découvrant, pour pratiquer les médications dont nous parlons. Je ne saurais donc trop recommander, dans les circonstances actuelles, le procédé que je viens de rappeler à l'Académie, et qui, bien que livré à la publicité depuis longtemps, ne me paraît pas avoir appelé, comme il le mériterait, l'attention des praticiens. Serait-il donc trop simple, d'une trop facile exécution?... Sans doute les crampes dont on obtient ainsi la cessation, non pas seulement dans le choléra, mais encore dans les crampes ordinaires; ces crampes, disons-nous, peuvent revenir, comme elles reviennent après leur cessation naturelle; mais on recourt alors au même procédé, et c'est toujours avec un semblable résultat.

Transmission et propagation du choléra. — M. GRIMAUD (de Caux) donne lecture d'un deuxième mémoire intitulé : *Études sur le choléra faites à Marseille en septembre et octobre 1865.* (Voir plus haut.)

M. BONNAFONT lit une note ayant pour titre : *Sur le moyen prophylactique à opposer aux invasions ultérieures du choléra en Europe.*

L'auteur, dans cette note, développe l'idée qu'il avait déjà exprimée

dans une lettre adressée récemment à l'Académie, savoir : que le siége principal, unique même, du choléra-morbus est dans l'Inde, et que c'est là, par conséquent, qu'il faut l'aller combattre. Suivant lui, c'est seulement dans cette partie de l'Asie comprise entre le Gange et le Brahmapoutra que se développe la maladie, sous l'influence de causes qui partout ailleurs pourraient avoir des résultats fâcheux, mais ne donneraient point naissance à une épidémie cholérique. De même que la fièvre jaune est propre à l'Amérique, que des fièvres intermittentes susceptibles de prendre un caractère épidémique sont propres à l'Afrique, de même le choléra l'est à l'Asie, et spécialement à l'immense triangle limité par les deux fleuves qui viennent d'être nommés. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

M. VELPEAU présente, au nom de **M. CHRESTIEN**, de Montpellier, une note « sur le meilleur emploi de la belladone dans le traitement des hernies étranglées, » et un opuscule sur le même sujet publié par l'auteur en 1860. M. Chrestien persiste à croire que le meilleur emploi de la belladone pour ces sortes de cas consiste dans l'application directe de l'extrait aqueux sur la tumeur herniaire. Les doses, dit-il, importent peu, car je fais enduire toute la tumeur d'une pommade composée de parties égales d'axonge et d'extrait aqueux de belladone, puis je fais recouvrir toute cette région d'un cataplasme de farine de graine de lin délayée au moyen d'une forte décoction de feuilles sèches de belladone. Au bout de quelques heures, les divers symptômes d'étranglement diminuent peu à peu, et le malade sent des gargouillements intestinaux bientôt suivis d'un craquement qui est le signe de la rentrée ou réduction de la hernie. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Cloquet.)

M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, DU COMMERCE ET DES TRAVAUX PUBLICS transmet un mémoire de M. Jiori, médecin à Zavatavella (royaume d'Italie), sur le choléra-morbus. Ce mémoire, écrit en italien, est accompagné d'une analyse en français. (Les trois pièces sont renvoyées à la commission du prix Bréant.)

M. COSTE fait hommage à l'Académie du XVI[e] volume des *Mémoires de la Société de Biologie*.

Cette Société, fondée et présidée par M. Rayer, en est, dit M. Coste, à sa dix-septième année d'existence. L'anatomie, la physiologie et leurs applications à la médecine, tel est le sujet habituel des communications de ses membres. En parcourant la Table des matières du volume que j'ai l'honneur de présenter, j'y trouve citées les recherches d'un grand nombre de jeunes travailleurs, élèves de M. Rayer, de M. Bernard, de M. Robin, etc. J'y vois aussi le titre de plusieurs mémoires de notre collègue Claude Bernard, de M. Berthelot et de M. Davaine. Enfin les recherches de M. Ch. Robin sur l'anatomie comparée et le développement des tissus forment une grande partie des mémoires concernant l'organisation des animaux que renferme ce volume.

M. CL. BERNARD présente, au nom de **M. W. KUHNE**, une note sur les plaques nerveuses des fibres motrices.

M. DE PARAVEY croit utile d'annoncer à l'Académie que si elle faisait traduire quelques pages d'un ouvrage chinois, le *Pen-tsao*, relatives aux aconits, elle y trouverait des indications précieuses pour le traitement du choléra. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

M. LUCAS adresse d'Orléans une lettre relative au traitement du choléra et au succès qu'il a constamment obtenu dans ce traitement quand la maladie a pu être prise à temps.

L'Académie reçoit encore diverses communications concernant la nature et le traitement du choléra, notes et lettres adressées : de Niort, par **M. MOUSSAUD**; de Fronton (Haute-Garonne), par **M. BENECH**; de Belfast (Irlande), par **M. J. WALLACE**; d'Essonne (Seine-et-Oise), par **M. GABÉ**; d'Oran (Algérie), par **M. PEYROT**. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

CORRESPONDANCE.

Versailles, le 12 octobre 1865.

A Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, à Paris.

Monsieur le rédacteur,

Une brochure qui me fut adressée le mois dernier et que je viens seulement de lire, m'informe qu'un mémoire de M. le docteur Burq, publié par la *Gazette des Hôpitaux* (mois d'août), cite l'usage que j'ai fait du cuivre, comme préservatif du choléra, lors de l'épidémie de 1854.

Cette citation contient, chez mon confrère, une erreur de souvenir ou de renseignement que je crois utile de rectifier.

Je n'ai jamais administré les sels de cuivre à l'intérieur, d'aucune manière.

Quant à l'application externe du métal, voici mon point d'initiative et ma conduite.

J'avais lu dans un ouvrage élémentaire sur l'homœopathie le passage suivant :

« Comme préservatif (du choléra), *veratrum*, sixième ou septième dynamisation tous les cinq jours, et même plus souvent si la maladie est meurtrière. Si l'on n'a pas de varaise sous la main, une pièce de dix centimes en *cuivre rouge*, portée *au creux de l'estomac* dans un petit sachet de toile, est aussi un *excellent préservatif*, etc. » D[r] MURE. (*Le Médecin du Peuple*, page 127. Paris, 1851.)

Cette indication me décida. Sur mon avis, le commandant du corps auquel j'appartenais, invita les militaires sous ses ordres à se prémunir de ce moyen si simple et si facile; et, de toutes les personnes qui suivirent ce conseil, pas une seule, que je sache, ne fut atteinte.

Je pense que le *lieu d'élection*, si voisin du *plexus solaire*, qui reçoit ainsi le courant électrique presque immédiat du contact de la plaque de cuivre, entre pour beaucoup dans le bénéfice de l'immunité.

Quoi qu'il en soit, ma démarche et mon observation, exclusivement dévouées à l'intérêt général, ne déclinent en rien, je n'ai pas besoin de le dire, le mérite ni les efforts de M. le docteur Burq.

En cette grave circonstance, je devais nettement articuler ma part de responsabilité bien modeste, et rappeler surtout au public médical le nom d'un homme de talent et d'énergie, qui m'était personnellement inconnu, mais qui mourut à la peine, loin de sa patrie, après d'honorables et rudes travaux, le docteur Mure enfin, auteur de la *Doctrine de l'école de Rio-de-Janeiro* et *Pathogénésie brésilienne*. Paris, 1849.

Il faut bien qu'un rayon de justice se lève un jour sur la tombe des pauvres pionniers et défricheurs de l'humanité.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

D[r] CLEVER DE MALDIGNY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, le chiffre des entrées paraît avoir sensiblement diminué ces jours derniers dans la plupart des hôpitaux. La proportion des guérisons augmenterait notablement aussi dans quelques services. La mortalité dans les services d'enfants, notamment, serait très-inférieure à ce qu'elle est ordinairement à cet âge. Cependant il y a encore des cas graves et promptement mortels. Nous sommes moins bien renseignés sur la situation de la ville où il avait paru se manifester vers la fin de la semaine dernière une légère augmentation.

Dans la garnison de Paris, les cas de choléra sont devenus aussi beaucoup moins fréquents, grâce à un ensemble de mesures hygiéniques dont l'exécution a été ponctuellement observée.

— S. M. l'Impératrice, malgré la souffrance que lui causait un rhume violent, a consacré une journée à visiter successivement l'hôpital Beaujon, l'hôpital Lariboisière et l'hôpital Saint-Antoine.

Cette touchante démarche a causé la plus vive émotion parmi les pauvres malades et ceux qui leur prodiguent leurs soins.

On cite un mot dont chacun appréciera la délicatesse :

Un des malades ayant répondu, à une question que lui adressait l'impératrice : « *Oui, ma sœur*. — Mon ami, lui dit la sœur, ce n'est pas moi qui vous parle, c'est l'Impératrice. — *Ne le reprenez pas*, a dit vivement l'Impératrice, *c'est le plus beau nom qu'il puisse me donner.* »

— Hier mardi, Monseigneur l'archevêque de Paris, accompagné de MM. Véron et de Cuttoli, a visité les cholériques de l'hôpital de la Charité.

— La séance annuelle de la Faculté de médecine aura lieu le vendredi 3 novembre. M. Laugier est chargé de faire le discours de rentrée.

Le registre des inscriptions est ouvert du 1[er] au 15 novembre; il sera fermé le 16 à quatre heures.

— Le concours pour le prosectorat de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris a été terminé par la nomination de M. Cocteau.

— Lundi dernier a eu lieu la composition écrite pour le concours de l'internat.

Les candidats ont eu à traiter les questions suivantes : diaphragme; diagnostic de la pleurésie.

— M. le docteur Bazin, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, professeur à la Faculté des sciences de cette ville, chevalier de la Légion d'honneur, a succombé, dans la nuit du 19 octobre, à une attaque d'apoplexie foudroyante. Ses obsèques ont eu lieu au milieu d'un concours nombreux de confrères et d'amis.

— Nous recevons la note suivante, avec prière de l'insérer dans notre journal :

« Appliqué nuit et jour à ses études médicales, le jeune Cacciaguerra, d'une trempe d'esprit peu ordinaire, d'une volonté de fer, avait fatigué son tempérament et ses forces par l'excès du travail, *mais jamais il ne fut assujetti à aucune privation*.

« Le second vicaire de Saint-Étienne-du-Mont, M. l'abbé Péretti, vient réclamer, avec toute l'énergie de la vérité, contre une assertion que démentent tous les faits. Certes, son vertueux père et sa tendre mère, sans être comblés des biens de la fortune, sont des propriétaires aisés qui lui ont toujours abondamment fourni tout ce qui lui était nécessaire, et son oncle affectionné, qui le recevait sans cesse chez lui, n'a jamais manqué de le maintenir dans la position aisée, honnête et décente qui convient à tout élève en médecine. »

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 127. — SAMEDI 28 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 28 OCTOBRE 1865. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra.

SITUATION DES HOPITAUX.

En disant qu'il y a en ce moment une décroissance sensible du chiffre des admissions dans les hôpitaux, nous ne craignons pas de nous tromper. Cette décroissance est, en effet, générale et continue depuis la semaine dernière. Mais en même temps que les admissions du dehors diminuent d'une manière notable et graduelle, indication formelle d'une amélioration dans l'état sanitaire de la portion de la population qui alimente principalement les hôpitaux, le nombre des invasions sur place, dans les salles communes, augmente d'une manière sensible. Quelques établissements hospitaliers, qui jusque-là avaient paru à l'abri de l'influence épidémique, présentent depuis quelques jours des cas qui accusent cette influence, telles sont en particulier la Maternité et la Clinique. Enfin, l'action épidémique se fait sentir d'une manière très-peu accusée, il est vrai, mais assez générale, dans les diverses classes de la population qui en avaient été presque complétement exemptes jusqu'ici. Les cholérines et les indispositions gastro-intestinales légères sont très-communes, en effet, dans ce moment-ci, en ville, mais les cas de choléra confirmé et grave continuent à y être rares.

Voici, si les renseignements que nous avons pu recueillir à cet égard sont exacts, les chiffres qui représenteraient le mouvement des hôpitaux pendant une période de sept jours, du 18 au 24 octobre :

Dates.	Entrées et intérieur.	Décès.
18	118	58
19	134	66
20	141	73
21	80	56
22	66	52
23	70	35
24	85	49

Nous donnons ces chiffres, sous toutes réserves cependant bien que nous soyons fondés à les croire exacts, parce qu'il importe, en présence des exagérations dont quelques journaux se sont faits les échos, de montrer la proportion exacte des faits. On verra par ces chiffres que c'est en effet à dater de la fin de la semaine dernière que la décroissance continue et régulière a commencé à se manifester dans les hôpitaux. Si le dernier chiffre a l'air de donner un démenti à cette proposition, nous ferons remarquer que l'augmentation qu'il présente se rapporte aux invasions intérieures dont nous avons parlé tout à l'heure et non aux admissions.

Nous en dirons autant en ce qui concerne le dernier chiffre des décès. L'augmentation aussi n'est ici qu'apparente; une partie des décès du 24 se rapportent à des malades atteints 5, 6, 8, 10 et 12 jours ou plus auparavant.

Voici le chiffre des décès cholériques, jour par jour, dans Paris (hôpitaux civils compris), depuis le 6 octobre jusqu'au 20 : le 6, 75 décès; le 7, 98; le 8, 112; le 9, 150; le 10, 183; le 11, 165; le 12, 191; le 13, 180; le 14, 196; le 15, 264; le 16, 216; le 17, 215; le 18, 229; le 19, 187; le 20, 206.

Traitements usités dans les divers services des hôpitaux.

Nous continuons à exposer, dans leurs principaux éléments, du moins, si non dans tous leurs détails, les moyens de traitement que nous avons vu mettre en usage jusqu'ici dans les hôpitaux de Paris.

A l'hôpital Beaujon, l'un des premiers occupés, comme on le sait, M. Gubler a d'abord commencé, ainsi qu'on le faisait généralement dans les précédentes épidémies, à administrer au début des boissons chaudes, du punch ou du thé au rhum, du vin, etc. Il a bien vite constaté que ces boissons étaient mal tolérées par la plupart des malades et qu'elles augmentaient les vomissements. Il y a renoncé, et il a substitué aux boissons chaudes la glace et des boissons frappées. Il a remarqué que la bière frappée, notamment, était très-bien supportée et généralement préférée par les malades. Il s'en est tenu principalement à cette dernière boisson. L'eau de chaux, qu'il a prescrite en vue de l'acidité que présentent généralement les matières vomies, lui a paru avoir une grande utilité pour arrêter les vomissements. C'est le moyen qui lui a le mieux réussi jusqu'à présent pour atteindre ce résultat.

Quant aux moyens de traitement interne proprement dits, considérant l'abolition plus ou moins complète de l'absorption par les voies gastriques, M. Gubler a voulu essayer la méthode hypodermique. — On se rappelle que les expériences de M. Duchaussoy, sur la non-absorption par les voies gastro-intestinales dans la période algide du choléra, avaient conduit cet observateur à proposer les injections médicamenteuses faites par les veines dans le traitement de cette affection. — M. Gubler, se fondant sur l'analogie symptomatique qui existe entre le choléra et la fièvre intermittente, pernicieuse, algide ou cholérique, a injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané du sulfate de quinine. Mais ses premières expériences lui ont donné un résultat négatif et lui ont montré en même temps combien cette méthode était illusoire dans ces circonstances. Le véhicule de l'injection, qui était de l'eau légèrement acidulée et alcoolisée, s'était bien diffusé dans le tissu cellulaire, mais on retrouvait sous la peau le sel de quinine déposé à l'état pulvérulent au lieu même où avait été pratiquée l'injection.

Dans la période de réaction, M. Gubler signale une indication importante que lui a fournie l'état de somnolence auquel cèdent à ce moment beaucoup de malades. Quand l'algidité cesse, dit-il, le malade est pris d'un sommeil qui paraît d'abord salutaire; mais ce sommeil, se prolongeant outre mesure et s'accompagnant bientôt d'une forte injection des conjonctives et des pommettes, est à ses yeux l'indice d'une congestion cérébrale déjà grave. Il combat cette congestion par les révulsifs, les sinapismes, par les injections hypodermiques de substances stimulantes ou de sulfate de quinine (l'absorption étant rétablie en ce moment) et par le café à l'intérieur.

A la Charité, dans le service des hommes dirigé par M. Pelletan, le traitement adopté depuis le commencement de l'épidémie et auquel on ne paraît avoir rien changé depuis, consiste à donner au début le thé au rhum ou tels autres stimulants alcooliques si le thé n'est pas supporté, puis les boissons froides et plus particulièrement l'eau de Seltz glacée pour arrêter les vomissements, et les moyens les plus simples et les plus usuels de réchauffement. C'est, dans ses éléments les plus simples, la méthode en quelque sorte classique, dite méthode de Magendie.

Dans le service des femmes, confié à M. Parrot, nous avons vu prescrire une potion au chloroforme et au quinquina, qui paraît avoir donné de bons résultats. En voici la formule :

Chloroforme.	4 grammes.
Sirop de quinquina. . . .	20 —
Potion gommeuse . . .	120 —

Cette potion est donnée par cuillerée de demi-heure en demi-heure au début. Puis à mesure que, sous son influence, la chaleur revient et les vomissements se calment, on diminue la proportion de chloroforme. On la réduit de 4 à 2 grammes, et même plus tard à 1 gramme; et, au lieu d'administrer la potion de demi-heure en demi-heure, on ne la donne plus que d'heure en heure. — Pour soutenir la réaction, on donne du vin de Bagnols. Comme moyens de réchauffement, on a renoncé aux frictions, et on se borne aux applications de serviettes chaudes. Tisane froide et glace à volonté après la réaction; bouillons à discrétion.

Contre les contractions épigastralgiques persistantes, M. Parrot emploie les vésicatoires.

Enfin il a recours souvent, au début, à l'ipécacuanha, et il y revient encore dans le cours de la maladie, particulièrement pour réprimer les efforts incessants de vomissements ou les vomissements coup sur coup.

A l'hôpital de la Pitié, M. Bernutz, chargé seul jusqu'à présent du service des cholériques, hommes et femmes, emploie dans la généralité des cas la méthode suivante :

Au début, ipécacuanha à dose vomitive; thé avec esprit de Mindererus; café alcoolisé; puis il prescrit une potion gommeuse avec fortes doses d'esprit de Mindererus et d'éther.

Comme adjuvants : frictions avec le baume de Fioraventi; liniment chloroformé : 1 gramme de chloroforme pour 10 grammes d'huile; frictions sèches.

Après la réaction : camomille vineuse avec glace. Vésicatoires sur la région épigastrique contre les douleurs d'estomac et les vomissements persistants. Quand la réaction prend le caractère typhique et adynamique, ce qui est le cas le plus fréquent, M. Bernutz donne du vin de Bordeaux; il fait appliquer des vésicatoires aux mollets, des ventouses sèches ou scarifiées à la nuque, quelquefois au creux épigastrique.

Après la suppression des selles, il cherche à les ramener avec des lavements au séné et au sulfate de soude.

M. Bernutz a essayé, dès les premiers jours, la respiration de l'oxygène; il n'en a rien obtenu et y a renoncé depuis.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Boucher de la Ville-Jossy, chargé de l'un des services spéciaux, débute toujours dans la période prodromique par un vomitif (ipécacuanha) suivi d'un purgatif salin. Il donne l'ipéca à la dose de 1,50 en trois paquets, à prendre de dix en dix minutes, et l'eau de Sedlitz à la dose de deux verres.

Après les premières évacuations obtenues, il donne des quarts de lavements laudanisés, du ratanhia et des pilules d'opium.

Au commencement de la période algide, il a quelquefois recours aux lotions froides suivies de l'enveloppement dans les couvertures de laine. Il dit avoir obtenu assez souvent ainsi de bonnes et franches réactions. Nous lui avons vu employer cependant chez quelques malades les moyens de réchauffement plus généralement usités, les boules ou cruches d'eau chaude, ou bien l'application d'un fer chaud promené le long de la colonne vertébrale.

Dans la période typhique ou de réaction incomplète et adynamique, il a recours à l'usage du sulfate de quinine associé à l'acide tartrique en injections hypodermiques. Il se sert à cet effet de la seringue Pravaz, contenant 20 gouttes contenant chacune 1 centigramme de sulfate de quinine.

De l'influence des émotions morales et de la peur en particulier sur le développement du choléra.

A propos de l'article publié par M. le docteur Alf. Liégard (de Caen), dans le numéro du 19 octobre, et des réflexions dont nous l'avons fait précéder, sur le danger qu'il y a à laisser dire et propager que le choléra, parvenu à sa période algide, est absolument incurable, et sur ce qu'il faut se garder de jeter le découragement dans les esprits par une défiance exagérée à l'égard de la puissance et des ressources de l'art, M. le docteur Peyrussan (de Cette) nous transmet la relation de quelques faits destinés à montrer l'influence de la peur sur le développement du choléra.

J'ai vu, dit notre confrère, des exemples frappants des funestes influences qu'exerce le découragement, connu dans le monde sous le nom de peur. Je considère la peur dans les circonstances actuelles comme une cause déterminante. Qui ne sait qu'elle a des influences directes sur les fonctions intestinales. La peur suspend à coup sûr la digestion et donne lieu à des vomissements, ou, si la digestion est faite, elle provoque une diarrhée intense dans les temps ordinaires. Quelle ne sera pas son action en temps d'épidémie cholérique! La peur, accrue de toutes les influences concomitantes, donne lieu alors à un effroyable déraillement des fonctions digestives, et imprime un cachet de prostration à toute l'économie, prostration telle que la mort est presque inévitable. C'est parce que j'ai vu des faits de cette nature, c'est parce que les fonctions psychiques prostrées, réagissant sur le système nerveux général, m'ont paru tellement dominer la scène, que j'ai considéré la peur comme une des causes les plus dangereuses en temps d'épidémie cholérique. Voici trois exemples à l'appui.

Un jeune homme de vingt-six ans, chef d'un atelier de carrosserie à Cette, qui, sans être d'une forte constitution, n'avait cependant jamais fait de maladies, fut pris de peur dans les premiers jours de septembre 1865, à l'occasion du choléra de Marseille. Il faisait part de ce sentiment à ses employés et aux personnes du voisinage, répétant sans cesse que sa mère était morte du choléra en 1849 et que son heure propre pourrait *sonner bientôt*. Il vivait sous ces influences morales, observant d'ailleurs un régime ordinaire convenable, lorsque le 20 septembre, vers quatre heures de l'après-midi, il fut pris de vomissements et d'une diarrhée intense, presque sans interruption jusqu'au moment où je fus appelé, à sept heures du soir. A ce moment, je ne vis presque plus qu'un cadavre tout cyanosé, froid comme le marbre; facies hippocratique, yeux largement bordés de noir, sueurs froides et visqueuses, suppression des urines, crampes violentes dans les membres inférieurs, selles et vomissements riziformes, etc... Mort quarante-huit heures après le début par suite d'une congestion cérébrale. Pendant trente-six heures il ne cessa de répéter qu'il était *perdu*.

Le second fait concerne un peseur public de Cette, de haute taille et de forte constitution, qui, en temps ordinaire, il est vrai, avait une effrayante peur de mourir, et ne voulait jamais entendre parler de la mort. Tout le monde respectait son scrupule; on ne lui en parlait jamais. Mais quand des bruits d'épi-

démie se furent répandus dans la ville, ne pouvant lui-même en ignorer en raison de son emploi, la peur le saisit aux flancs, selon l'expression vulgaire mais très-vraie dans l'espèce, et dans un espace de trois heures, à la date du 24 septembre 1865, il fut abîmé sous les coups redoublés du terrible mal, qui se traduisit chez lui par les mêmes symptômes que dans le cas précédent. Mort dix heures après le début dans la période algide. Mêmes expressions de peur que le carrossier pendant les trois quarts de cette période.

Le troisième fait est celui d'un pharmacien honoré et très-regretté de Cette. Lorsque les cas de choléra se multiplièrent vers les derniers jours de septembre dans notre ville, il nous témoigna ses appréhensions, non pas pour sa personne, nous disait-il, mais pour sa femme et ses enfants. *Il redoubla de précautions pour son régime alimentaire.* Mais il nous renouvela ses préoccupations les jours suivants; et, à part sa sollicitude pour la vie des siens, il trahissait des émotions qui lui étaient propres. Aussi, dans la matinée du 1er octobre, il se vit assailli et bouleversé en quelques instants par l'affreux ennemi : deux heures après l'attaque, il avait un facies hippocratique très-accentué. Jusqu'à sa dernière heure, il ne tarit pas de redire à sa femme qu'il était *perdu*. Mort huit jours après par suite d'une gastrique sur-aiguë et d'une congestion encéphalique.

La quantité de communications que nous recevons de tous côtés, de Paris, de la province et de l'étranger, nous met dans l'impossibilité de satisfaire à toutes les demandes d'insertion qui nous sont faites. Nous publierons cependant successivement les communications qui nous paraîtront avoir le plus d'importance ou d'intérêt actuel. Quant aux autres, nous en présenterons un résumé.

Nous insérons aujourd'hui (voir plus bas) une note de M. le docteur Lisle, médecin de l'asile d'aliénés de Marseille, relative à un point de la thérapeutique du choléra, sur lequel il est utile que l'opinion soit fixée. Nous avons reçu de M. le docteur Mancel, médecin en chef de l'hôpital civil de Philippeville, un travail sur le même sujet que nous publierons plus tard. Nous en publierons aussi incessamment un de M. le docteur Scoutetten, de Metz, sur l'ozone de l'atmosphère considérée au point de vue du choléra.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ de la Seine.

Instruction sur les précautions à prendre durant l'épidémie du choléra morbus.

Le choléra est le plus souvent précédé de légers symptômes qu'on néglige habituellement et qu'il suffit de dissiper pour arrêter le développement ultérieur de la maladie; d'un autre côté, les soins hygiéniques si utiles dans tous les temps pour la conservation de la santé deviennent surtout nécessaires à l'époque des épidémies.

Le préfet de police croit donc devoir publier l'instruction du Conseil de salubrité où sont indiqués les conseils appropriés aux circonstances actuelles.

L'observation de ces conseils est d'autant plus importante que, si la maladie peut attaquer indistinctement tous les individus, quelle que soit leur position sociale, tous aussi peuvent prendre les précautions considérées généralement comme étant les plus propres à prévenir ses atteintes.

Pénétré de cette vérité, et dans le but de porter des secours parmi les classes laborieuses avant même qu'elles ne les réclament, le préfet de police fait exercer par les membres des commissions d'hygiène une surveillance bienveillante et recueillir des renseignements précis sur l'état sanitaire des habitants des maisons et des rues où des cas de choléra se sont manifestés.

PREMIÈRE PARTIE.

Précautions hygiéniques à prendre pendant l'épidémie.

I. Le calme de l'esprit est toujours une des conditions les plus favorables à la santé, à plus forte raison pendant une épidémie.

II. Une alimentation modérée, saine, régulière et convenablement substantielle est un des préceptes d'hygiène qu'il est important d'observer.

Toute perturbation dans les habitudes de la vie, tout changement dans une alimentation dont on se trouve bien, est une innovation fâcheuse.

On ne saurait exclure de l'alimentation journalière aucun aliment d'une manière absolue, mais on sait que les excès en vin ou en liqueurs alcooliques, la trop grande quantité en nature, sont autant de causes qui amènent le trouble dans la digestion. Dans des temps ordinaires, on supporte sans de grands inconvénients un surcroît d'alimentation et de boissons; en temps de choléra, *c'est une des causes les plus puissantes* de son invasion.

Sans prétendre exclure de la vie habituelle aucune substance alimentaire, nous ferons cependant observer que la diarrhée étant le symptôme précurseur le plus ordinaire de l'invasion du choléra, il y a lieu d'user avec modération des aliments réputés relâchants.

En hiver, les personnes appelées par leurs occupations à sortir de bonne heure doivent éviter d'être à jeun.

Il ne faut jamais se désaltérer que lorsqu'on n'est plus en sueur; toute boisson froide, et surtout les boissons glacées, prise quand on a chaud est dangereuse. En tout cas, il est préférable de faire usage, au lieu d'eau pure, de l'eau additionnée de vin ou d'eau-de-vie, ou d'infusion de café ou de rhum.

Les eaux gazeuses préparées avec des poudres *sont purgatives* lorsque les sels restent dans la boisson; il faut s'en abstenir.

III. Il importe de se vêtir de manière à se préserver des impressions du froid; il importe surtout d'éviter les transactions brusques de la température et le refroidissement subit, qui sont dangereux.

Les personnes sensibles au froid et à l'humidité feront bien de porter de la laine sur la peau, ou au moins une ceinture de flanelle.

IV. Une des conditions importantes à observer durant les épidémies, c'est la salubrité des habitations. Il est donc nécessaire de mettre à exécution toutes les mesures qui ont été prescrites dans l'ordonnance publiée à ce sujet (1). Nous nous bornerons à rappeler ici qu'il faut éviter l'encombrement des habitations, qu'il faut renouveler l'air des chambres en ouvrant fréquemment les fenêtres, et en entretenant du feu dans les cheminées ou dans les poêles (2).

En été, quelques personnes couchent les fenêtres ouvertes; cette pratique est dangereuse en ce qu'elle expose pendant le sommeil aux variations de la température si communes durant la nuit.

Quant à la température des habitations, elle doit être modérée.

V. Durant les épidémies en général, on doit, tout en continuant de vaquer à ses occupations habituelles, le faire cependant dans une certaine mesure; la fatigue corporelle, les travaux de cabinet trop prolongés, les veilles dans le travail, l'abus du plaisir, sont très-nuisibles. Sous ce rapport, la vie doit être réglée, uniforme et exempte de tout excès.

DEUXIÈME PARTIE.

Conduite à tenir : 1° à l'apparition des symptômes qui précèdent ordinairement le choléra; 2° au début de la maladie elle-même.

L'expérience a démontré que, dans toute maladie épidémique, l'encombrement des habitations est toujours une condition fâcheuse; il convient, en conséquence, de prendre les mesures les plus propres à l'éviter.

On peut affirmer qu'à de rares exceptions près, si brusque que soit l'invasion, le choléra est cependant précédé de symptômes qui peuvent en faire craindre le développement.

Le plus commun de ces symptômes, c'est la diarrhée, même la plus légère, et telle en est l'importance, qu'il suffit de la faire céder au moment où elle se développe, pour prévenir la maladie. Il y aurait donc danger à la laisser durer.

On peut arrêter la diarrhée par des moyens très-simples, qu'on fera bien d'employer avant l'arrivée d'un médecin qu'il faut toujours s'empresser d'appeler. Ces moyens sont les suivants : diminution ou abstinence complète d'aliments; usage de riz et de ses préparations; infusion de thé ou de camomille; administration de quarts de lavement de décoction de guimauve et d'amidon cru.

DÉBUT DU CHOLÉRA.

La très-grande généralité des faits observés jusqu'à présent démontre que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que les secours sont administrés à une époque plus rapprochée du début du choléra. Il est donc nécessaire de faire connaître les principaux symptômes qui annoncent l'invasion de cette maladie et d'indiquer les premiers secours qu'il faut donner dès leur apparition.

Le choléra s'annonce ordinairement par une lassitude *profonde et subite*, des coliques, de la diarrhée avec garde-robes d'abord colorées, puis *incolores* et *ressemblant à l'eau de riz*, des nausées et des vomissements, une altération *très-marquée* des traits du visage, le refroidissement du corps et de la langue, des crampes, enfin un état bleuâtre des lèvres et de la face.

Dès que quelques-uns de ces symptômes viennent à se montrer, il faut appeler un médecin. En attendant son arrivée, on se hâtera de mettre en pratique les moyens suivants :

On excitera la peau et on y appellera la chaleur, en plaçant aux pieds du malade et entre les cuisses une bouteille d'eau chaude, ou des briques chauffées et enveloppées de linge.

On entourera le malade de linges chauds, de plusieurs couvertures de laine et l'on promènera entre ces couvertures des fers chauffés ou une bassinoire, de manière à agir sur toute la surface du corps.

Pendant la préparation de ces moyens ou durant leur emploi, on frictionnera fortement et *longtemps* les membres avec le creux des mains, une brosse douce, de la flanelle; on pourra arroser la flanelle d'eau-de-vie camphrée, d'eau-de-vie ou d'eau de Cologne; il est bon que ces frictions soient faites par deux personnes placées de chaque côté du malade, en ayant soin de ne pas le découvrir.

On fera boire une infusion chaude de tilleul, de thé ou de menthe additionnée de quelques gouttes d'eau-de-vie.

Si ces tisanes paraissaient augmenter les vomissements, on emploierait avec avantage l'eau gazeuse ou la glace par petits morceaux et l'on promènerait des sinapismes sur les jambes et sur les cuisses.

Il sera utile, toutes les fois qu'on le pourra, de coucher le malade dans une pièce séparée, afin de le placer dans les conditions les plus favorables de salubrité.

CONVALESCENCE.

La convalescence nécessite des précautions que le médecin devra faire connaître au malade. Toutefois, on ne saurait trop recommander aux convalescents l'observation rigoureuse des règles de préservation qui ont été exposées dans la première partie de cette instruction. Il faut surtout qu'ils évitent le froid, l'humidité et les écarts de régime, car les personnes qui ont été atteintes du choléra sont exposées à des rechutes.

Nous croyons devoir terminer cette instruction en déclarant formellement au public qu'il doit n'accorder aucune confiance aux prétendus moyens préservatifs et curatifs dont on annonce et dont on vante les propriétés. Si l'autorité était assez heureuse pour connaître un semblable moyen, elle ne manquerait pas de le publier et de le recommander.

Lu et approuvé dans la séance du 9 octobre 1865.

Le vice-président, JOBERT (DE LAMBALLE).

Vu et approuvé : *Le préfet de police,* BOITTELLE.

(1) Ordonnance du préfet de police, du 25 novembre 1853, concernant la salubrité des habitations.

(2) Dans les précédentes épidémies, on a exagéré l'emploi des moyens désinfectants : ainsi on brûlait du sucre, du vinaigre dans les logements; on mettait du camphre dans tous les vêtements, on en portait sur soi-même; on répandait du chlorure de chaux ou du chlorure de soude à profusion; il en résultait une excitation plus ou moins grande du système nerveux, des maux de tête permanents, un malaise général qui inspiraient des craintes aux personnes mêmes qui cherchaient à se garantir ainsi des atteintes du choléra.

Les moyens les plus efficaces pour assainir une habitation sont, avec la ventilation, les chlorures désinfectants (hypochlorites de soude ou de chaux); mais ils doivent être employés avec mesure; ainsi 250 grammes de chlorure d'oxyde de sodium dans un vase à large surface, ou 30 grammes de chlorure de chaux solide dans une assiette, suffisent pour modifier avantageusement l'air d'une pièce de grandeur ordinaire pendant vingt-quatre heures.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA par le sulfate de cuivre,

Par le Dr LISLE, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

On me remet à l'instant le numéro de la *Gazette du Midi*, du mardi 10 octobre courant, dans lequel je trouve l'article suivant :

« On lit dans la *Gazette des Hôpitaux* : « M. le docteur Burq nous « écrit de Toulon, pour nous informer qu'un service de cholériques « vient de lui être ouvert à l'hôpital militaire. Déjà, nous dit-il, l'usage « thérapeutique du cuivre a produit à Marseille des résultats considé- « rables entre les mains de plusieurs médecins.

« M. le docteur Lisle, médecin des aliénés, a traité par les sels « de cuivre 24 cholériques, dont 20 ont guéri. Sur les 4 morts, 1 a « succombé au bout d'une heure et demie à deux heures, c'est-à-dire « probablement avant que l'absorption eût eu le temps de se faire, et « deux autres ont lutté six à sept jours et ont fini par succomber à « des phénomènes congestifs, après le rétablissement des principales « fonctions. M. Lisle, avant d'avoir recours aux sels de cuivre, avait « traité 13 malades par les méthodes ordinaires, et en a perdu 11. »

Il y a, dans ce petit article, des erreurs graves, et surtout une omission des plus fâcheuses qu'il est de mon devoir de signaler, sans aucun retard, à ceux de mes confrères qui seraient tentés de suivre mon exemple. J'ai eu l'honneur, en effet, de recevoir la visite du docteur Burq, avant son départ pour Toulon, et, dans une assez longue conversation que j'ai eue avec lui sur ce sujet, je lui ai fait connaître sommairement les résultats que j'ai obtenus. Mais j'ai toutes raisons d'être étonné que M. le docteur Burq, s'attribuant le droit de rendre ces faits publics, sans mon autorisation, n'ait pas cru devoir dire en même temps que la dose de sulfate de cuivre que j'ai employée est très-inférieure à celle qu'il a formulée lui-même dans ses diverses publications, et que je considère comme essentiellement dangereuse. Souffrez donc, Monsieur le rédacteur en chef, que je résume, à la hâte, les faits observés pour les mettre au plus tôt sous les yeux de vos lecteurs; ceux-ci, j'espère, y trouveront quelques indications utiles, au moment où vous semblez menacés, à Paris, d'avoir à passer par les cruelles épreuves que nous venons de subir.

L'épidémie cholérique, qui désole la ville de Marseille depuis trois mois, a été plus sérieuse et plus meurtrière qu'on ne l'a cru au dehors. Elle a été grave, surtout dans notre asile, où, sur une population de moins de 1,000 habitants, nous avons eu, du 29 juillet au 14 octobre courant, 68 cas de choléra parfaitement caractérisés et plus de 150 cas de cholérine, embarras gastrique et autres affections intestinales, dont le plus grand nombre auraient produit le choléra, si elles n'avaient été arrêtées, dès leur début, par un traitement énergique. Les 68 cas de choléra, dont 40 ont été observés chez les hommes et 28 chez les femmes, ont donné 35 décès, 17 chez les premiers et 18 chez les secondes.

Les quatorze premiers malades soumis à mon observation dans la section des hommes ont été traités par les moyens le plus généralement acceptés : excitants alcooliques, opiacés, glace, frictions et applications chaudes, etc.; quelques-uns ont même été purgés au début. Sur ce nombre, 12 sont morts plus ou moins rapidement; les 2 autres ont eu une convalescence des plus difficiles et qui s'est prolongée au delà de six semaines. Cela était peu encourageant. Je savais d'ailleurs que mes confrères n'étaient guère plus heureux. Que faire cependant? J'avais bien lu dans les journaux de Marseille deux ou trois articles recommandant vivement les préparations de cuivre, d'après les idées plutôt théoriques que pratiques de M. le docteur Burq. Mais, comme tant d'autres, je me défie de tous les remèdes vieux ou nouveaux qui nous viennent par les journaux politiques. J'en étais là, lorsqu'on me communique votre numéro du 22 août dernier, contenant un long article de M. le docteur Burq sur les vertus prophylactiques des armatures et des sels de cuivre. Quoique ce praticien ne parût pas avoir employé les sels de cuivre à l'intérieur et n'invoquât son expérience personnelle que pour le traitement des crampes par des applications externes de ce métal, cela devenait plus sérieux, et je me décidai à en essayer.

L'occasion ne tarda pas à s'en présenter. Le 30 août dernier, à six heures du matin, une jeune femme robuste et pleine de santé, qui est à mon service depuis mon arrivée à Marseille, fut prise tout à coup des symptômes les plus graves : diarrhée séreuse, blanchâtre, riziforme très-abondante; un peu après, vomissements incoercibles et crampes terribles, presque continues, occupant tous les muscles des membres inférieurs et des gouttières vertébrales; pouls fréquent, petit, puis filiforme; langue humide et fraîche, légèrement bleuâtre; soif ardente; peau plutôt fraîche que chaude; yeux caves enfoncés dans leur orbite et entourés d'un cercle bistré. Traitement. Potion composée de : 1° Eau distillée de menthe, 120 grammes; — laudanum de Sydenham, 40 gouttes. — 2° Alcoolat de menthe, 40 grammes; — thé additionné de 150 grammes de rhum par litre; — frictions et applications chaudes sur la peau; — quelques morceaux de glace de temps à autre.

Malgré ce traitement, les symptômes s'aggravèrent rapidement, et, à une heure, tout faisait présager une mort prochaine; le pouls était tout à fait insensible; la figure et la langue cyanosées et froides; les extrémités étaient froides jusqu'au genou et jusqu'au coude, et avaient pris une teinte bleuâtre; la diarrhée et les vomissements continuaient et n'étaient plus volontaires; les crampes étaient toujours très-douloureuses. C'est alors qu'après en avoir conféré avec mon collègue, chargé du service des femmes, qui jugeait comme moi la mort imminente, je me décidai à administrer à ma malade, dans une cuillerée d'eau sucrée, en même temps que deux gouttes de laudanum, quatre gouttes d'une solution de sulfate de cuivre, préparée, je le croyais du moins, d'après les indications de M. le docteur Burq. Une heure et demie après, un changement inespéré s'était produit : les crampes et les vomissements avaient diminué de fréquence et d'intensité; l'expression de la physionomie était moins anxieuse; la chaleur revenait peu à peu; la langue surtout et l'haleine étaient moins froides; cependant le pouls restait insensible et la diarrhée était encore abondante. Je préparai immédiatement une potion contenant cinq gouttes de laudanum et dix gouttes de la solution de sulfate de cuivre, qui fut administrée d'abord par cuillerées, puis par demi-cuillerées, et d'heure en heure.

Vers le soir, les crampes cessèrent complétement, et un peu après les vomissements. Le pouls et la chaleur revinrent dans la nuit; la diarrhée, après avoir diminué également pendant la nuit, était à peu

près insignifiante dès le matin du second jour. Enfin, quoique la soif fût encore très-vive, la malade se trouvait déjà si bien qu'elle parlait de manger. La potion cuivreuse fut prise tout entière et ne fut pas renouvelée.

Cependant, la période de réaction fut laborieuse et exigea un traitement énergique (*une saignée le troisième jour, sangsues aux tempes, deux purgatifs, et enfin toniques*). Il est inutile d'entrer dans de plus longs détails à ce sujet. J'ajoute cependant que, deux jours après l'invasion de la maladie, la malade put faire un voyage fatigant pour aller dans son pays, et qu'aujourd'hui elle se porte à merveille.

Ce fait me parut assez concluant pour faire cesser toutes mes hésitations, et depuis ce jour tous mes cholériques ont été soumis au même traitement. Cependant, j'ai peu à peu fait subir à la formule quelques modifications que je vous ferai connaître tout à l'heure. Je dois auparavant vous soumettre quelques chiffres dont je vous garantis la parfaite exactitude, et sur lesquels j'appellerai très-sérieusement l'attention de vos lecteurs.

Je vous ai déjà dit que j'ai eu jusqu'ici 40 cas de choléra dans mon service, et je crains que ce ne soit pas encore fini; le dernier est mort hier. Vous savez ce que sont devenus les 14 premiers; les 26 restants ont été soumis au traitement par le sulfate de cuivre, et 5 seulement sont morts. 21 ont donc été guéris, et chez le plus grand nombre la convalescence a été prompte et de peu de durée. La maladie réelle et sérieuse n'a guère duré plus de vingt-quatre, quarante-huit ou peut-être soixante-douze heures, et la convalescence six, huit, dix ou quinze jours, et chez le plus grand nombre aussi la période de réaction a été ou nulle ou tout à fait insignifiante. Et, chose digne de remarque, les principaux symptômes (crampes, vomissements, froid, diarrhée) ont suivi à peu près constamment, dans leur diminution et leur disparition successives, la même marche que chez la malade dont je viens de vous résumer l'observation.

Cependant, je dois insister sur un point essentiel : tous ces malades étaient aussi gravement atteints que les premiers au moment où je les ai vus pour la première fois; tous, à une exception près, avaient des déjections abondantes par haut et par bas, dont la matière était des plus caractéristiques; tous avaient des crampes plus ou moins violentes; chez tous, le dernier excepté, les urines ont été supprimées pendant plus de vingt-quatre heures, et chez plusieurs pendant deux ou trois jours; tous, moins trois ou quatre, offraient des traces évidentes de cyanose, avaient la langue et les extrémités froides à des degrés variables; le pouls petit, filiforme, et quelques-uns tout à fait insensible.

Pour donner toute leur valeur aux faits qui précèdent, je dois vous dire quelques mots des cinq malades qui ont succombé. Le premier était atteint de paralysie générale arrivée à sa dernière période. Il était retenu au lit depuis près de deux mois par une de ces diarrhées ultimes que rien n'arrête. On peut dire que le choléra n'a réellement frappé qu'un cadavre.

Le second est mort en sept heures d'un de ces choléras secs qui, au dire de tous, tuent plus promptement et plus sûrement que l'autre. Il n'avait pu prendre que deux cuillerées de la potion cuivreuse.

Un autre est frappé subitement par des symptômes tellement graves que, dès la première vue, je jugeai tout traitement devoir être inutile. Je lui administrai cependant le sulfate de cuivre, qui parut enrayer un instant la marche de la maladie; les vomissements, qui étaient très-fréquents, cessèrent même entièrement vers la troisième heure; mais les autres symptômes s'aggravèrent rapidement, et le malade succomba après neuf heures de souffrances.

Les choses se sont passées tout autrement chez le quatrième : cet homme paraissait aussi gravement atteint pendant les premières heures que le précédent; le pouls surtout était complétement insensible, et est resté tel pendant onze heures au moins; cependant une amélioration lente, mais constamment progressive, se manifesta sous l'action du sulfate de cuivre; si bien que, vers la vingtième heure après l'invasion de la maladie, le patient paraissait entrer en pleine réaction. Cet état dura deux jours, et le malade avait déjà pris un peu de bouillon et de vin, lorsqu'il tomba dans un grand affaissement suivi d'un coma profond dont ne purent le sortir ni des sinapismes fréquemment répétés, ni un large vésicatoire appliqué sur la région épigastrique, qui paraissait très-douloureuse, ni enfin dix sangsues appliquées aux tempes. Il est bon de noter qu'il y avait eu, à la fin du troisième jour, deux vomissements d'une matière verdâtre suivis de nausées très-pénibles. A la fin du quatrième jour, le malade eut quelques convulsions, et s'éteignit à la fin de l'une d'elles. D'où venait ce coma si persistant? d'où venaient surtout les convulsions qui n'ont jamais été signalées, que je sache, dans la période ultime du choléra? J'y reviendrai un peu plus bas.

Enfin, le cinquième, jeune épileptique, d'une constitution débile, affaibli encore par des attaques très-fortes et fréquentes, est mort hier, après quatre jours de maladie, sans avoir présenté d'autres symptômes du choléra que quelques vomissements caractéristiques et un refroidissement général, qui, après quelques alternatives de diminution et de recrudescence, a fini par l'emporter.

Aux chiffres qui précèdent, je dois encore ajouter un petit nombre de femmes que j'ai traitées par le sulfate de cuivre, et qui ont été atteintes du choléra du 6 septembre au 8 octobre courant, pendant que j'étais seul chargé des deux services; leur nombre a été de 6, en y comprenant toutefois une sœur hospitalière et la jeune fille dont j'ai rapporté plus haut l'observation. Sur ce nombre deux aliénées sont mortes, et chez toutes les deux la mort est survenue à la fin du quatrième et du cinquième jour, et a été précédée d'un coma profond et de convulsions, absolument comme dans le fait que j'ai observé dans la section des hommes.

Ainsi donc, en résumé : 68 malades hommes et femmes ont été atteints du choléra depuis son invasion à l'asile jusqu'à ce jour. Sur ce nombre, 36 ont été traités par les moyens ordinaires et ont donné 28 décès pour 8 guérisons; 26 hommes et 2 femmes, ensemble 32, ont été traités par le sulfate de cuivre : 7 de ces malades sont morts et 25 ont été guéris.

Voilà les faits dans toute leur sincérité; je les offre avec confiance aux réflexions et à l'appréciation de mes confrères; sont-ils assez nombreux et assez concluants pour me permettre d'affirmer que j'ai définitivement résolu le problème de la guérison du choléra? Ce que j'ai obtenu au milieu d'une population d'aliénés que j'avais constamment sous la main et que je pouvais visiter à toute heure du jour et de la nuit se reproduira-t-il partout et toujours dans des conditions bien différentes de la pratique hospitalière et civile? Je ne sais vraiment qu'en penser. Des expériences nouvelles pratiquées sur une grande échelle pourront seules répondre d'une manière satisfaisante à ces difficiles questions.

J'ose donc espérer que mon appel sera entendu par les médecins des divers pays que l'épidémie peut envahir encore, et qu'avant peu la lumière sera faite.

En attendant, et avant de finir, permettez-moi, monsieur le Rédacteur en chef, de déterminer les conditions de ces expériences en vous indiquant avec précision le mode d'administration auquel je me suis arrêté après les tâtonnements des premiers jours. Je dois vous avouer d'abord que, malgré les affirmations si positives de M. le docteur Burq, je n'avais accepté ses formules qu'en tremblant. J'ai lu avec beaucoup d'intérêt dans votre journal, et plus tard dans une brochure qu'il m'a remise lui-même, la relation de ses nombreuses recherches sur la préservation à peu près constante des ouvriers sur métaux. J'ai moins goûté ses vues théoriques sur la préservation provoquée, dont les agents me semblent devoir être ou inutiles ou dangereux.

Cependant, je me plais à le dire bien haut, c'est cette lecture seule qui m'a décidé à tenter mes expériences; si j'ai hésité quelque temps, c'est que je ne comprenais pas comment un malade, même atteint du choléra, pourrait avaler sans un danger sérieux, dans l'espace de vingt-quatre heures, 1 gramme, et même beaucoup plus, d'une substance aussi active que le sulfate ou l'acétate de cuivre! Il me semblait inévitable que chaque prise fût suivie de vomissements violents, et je comprenais encore moins que les vomissements ainsi provoqués dussent avoir une action curative efficace.

Aussi, quel fut mon étonnement lorsque je vis, au contraire, ce symptôme si grave et si douloureux diminuer rapidement, pour disparaître tout à fait sous l'action des médicaments ingérés. Ce phénomène étrange s'étant renouvelé chez plusieurs malades, je soupçonnais une erreur dans la préparation du remède; je m'informai et j'appris, en effet, que, pour préparer la solution titrée au cinquième que j'avais demandée, on avait fait dissoudre 5 grammes de sulfate de cuivre dans 100 grammes d'eau distillée. Une erreur à peine croyable m'avait donné la véritable formule, et tout me fut expliqué. On n'avait pas même donné à mes malades le cinquième de la dose prescrite. Au lieu de les faire vomir, le sulfate de cuivre pris ainsi avait été absorbé et porté dans le torrent circulatoire où il avait neutralisé le poison cholérique. Il y avait là quelque chose qui ressemblait beaucoup à l'action du sulfate de quinine dans un accès de fièvre pernicieuse.

Je n'ai pas besoin de vous dire, monsieur le Rédacteur, que je m'en suis tenu à ma solution au vingtième, tout en bénissant le hasard heureux qui l'avait mise entre mes mains. Je fais donc préparer une solution contenant :

Sulfate de cuivre	5 grammes.
Eau distillée	100 —

Puis avec cette solution je fais composer une potion contenant :

Solution de sulfate de cuivre au 20e	1 gr. 50 centig.
Laudanum de Sydenham	10 gouttes.
Eau sucrée	120 grammes.

Cette potion est administrée au malade *le plus près qu'il est possible* du début de la maladie, à l'exclusion de toute autre médication : dans les cas très-graves, par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure; par demi-cuillerée à bouche de demi-heure en demi-heure dans les cas moyens; et enfin d'heure en heure dans les cas légers. On continue ainsi jusqu'à ce que la chaleur soit revenue à la peau et à la langue, et que le pouls se soit un peu relevé. Ensuite les prises ne sont plus données que toutes les trois ou cinq heures, et l'on cesse complétement aussitôt que l'état du malade permet d'espérer que la période algide est terminée. C'est là la marche que j'ai suivie à peu près constamment. Mais il n'est pas douteux qu'elle ne puisse être modifiée suivant les circonstances. Cependant je dois ajouter que, pour chaque prise successive, je n'ai jamais donné au delà d'une demi-cuillerée à bouche de la potion, sinon peut-être au début, dans les cas les plus graves, où je commençais par une cuillerée entière.

Les boissons qui m'ont paru le plus utiles sont, dans les premières heures, du thé chaud additionné de 50 à 100 grammes de rhum par litre. Un peu plus tard la limonade cuite, le riz acidulé, ou le sirop d'orgeat. Toutes ces boissons doivent être prises souvent et en petites quantités à la fois; j'ajoute encore un petit morceau de glace toutes les demi-heures. Enfin, le malade doit être couvert chaudement, mais sans exagération; s'il est possible, enveloppé dans une couverture de laine, mais seulement jusqu'au retour de la chaleur. Lorsque la réaction opère, le malade peut prendre un peu de bouillon, et c'est généralement le deuxième ou le troisième jour; je me suis toujours bien trouvé d'une boisson composé de :

Vin vieux	0,25 centilitres.
Eau de Saint-Galmier	0,25 —
Eau ordinaire	0,50 —

Quant à la quantité de sulfate de cuivre absorbé, elle a varié entre 0,04 centigrammes et 0,20 ou même 0,23 centigrammes, c'est-à-dire que chaque malade a pris, depuis la moitié seulement de la potion indiquée ci-dessus, jusqu'à deux et même trois de ces potions. Mais j'ai remarqué que, dans ces derniers cas, la convalescence a toujours été longue et difficile. Elle a présenté d'abord quelques symptômes cérébraux assez curieux : subdélirium ou même délire pendant la nuit, assoupissement plus ou moins profond, et même un peu de coma; puis un état adynamique inquiétant qui, chez une sœur hospitalière, entre autres, a duré dix à douze jours, et a exigé l'emploi de trois purgatifs salins et ensuite du quinquina.

Ces symptômes étaient-ils uniquement la suite de la perturbation profonde imprimée à toute l'économie par le choléra durant sa période algide? Cela est fort possible. Cependant, je suis porté à croire que le cuivre n'y est pas resté complétement étranger. Voici quels sont mes motifs : l'absorption étant très-peu active pendant la période algide du choléra, les doses successives du médicament ingéré s'accumulent peu à peu dans l'estomac, surtout lorsque les vomissements ont cessé. Il arrive alors nécessairement que, lorsque la période de réaction commence, la faculté d'absorption se réveillant avec énergie, une quantité de sulfate de cuivre, qui peut varier entre 5 et 10, ou même 15 centigrammes, est portée rapidement dans le torrent de la circulation et détermine chez le sujet des phénomènes d'intoxication d'autant plus graves que l'absorption aura été plus considérable.

Ainsi s'expliqueraient, en partie du moins, les symptômes ataxiques et adynamiques présentés par quelques-uns de mes malades, et mieux encore le coma profond et les convulsions qui ont précédé la mort de trois d'entre eux, ainsi qu'on l'a vu plus haut. Si mon observation est juste, il en surgirait une indication nouvelle qui consisterait à neutraliser l'excès du sulfate de cuivre ingéré, soit en faisant vomir le malade dès le début de la période de réaction, soit en lui administrant une quantité suffisante de fer réduit par l'hydrogène. La seule malade chez laquelle j'aie pu encore suivre cette dernière indication m'a paru s'en trouver très-bien. Elle avait pris 0,20 centigrammes environ de sulfate de cuivre, dont l'action toxique a été prévenue à la fin du deuxième jour de la maladie par l'administration de 0,40 centigrammes de fer réduit par l'hydrogène. Trois jours après, la malade a pu se lever, et sortir de l'infirmerie le septième jour après l'invasion de la maladie.

Une seule réflexion, et je termine : Si, comme la logique la plus élémentaire m'autorise à le croire, les choses se sont passées comme je viens de le dire, que deviendraient les malades auxquels on administrerait les quantités de sulfate de cuivre conseillées par M. le docteur Burq?

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 18 octobre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— **M. LARREY** présente, de la part de M. le docteur Ch. Garnier, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée du Mexique, une observation de squirrhe récidivé du sein, en voie de transformation encéphaloïde, chez un sergent de vingt-cinq ans.

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Foucher, Perrin et Larrey.

Infection purulente dans la fracture du maxillaire inférieur.

A l'occasion du procès-verbal :

M. RICHET rappelle que dans la dernière séance il avait rapporté un fait dans lequel il avait observé cette complication. Il ajoute que M. Gosselin, le lendemain, l'avait chargé de faire part à la Société d'un fait semblable observé par lui. Ce fait, relaté par M. Gosselin, a d'autant plus d'importance que M. Gosselin en a autrefois nié la possibilité dans le *Compendium de chirurgie*.

Dans ce cas, il s'agissait d'une fracture très-simple, dont la réunion fût assez facilement obtenue au moyen d'un appareil en gutta-percha.

Quelques jours après l'application de cet appareil, l'haleine devint fétide; on fit des injections détersives. Néanmoins le malade s'affaiblit peu à peu et des frissons irréguliers se manifestèrent. Alors on se décida à enlever l'appareil; de nouvelles injections furent pratiquées plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; l'affaiblissement augmenta et le malade mourut. A l'autopsie, on constata des abcès métastatiques.

Six mois plus tard, un autre malade entra, pour la même fracture, dans le service de M. Gosselin. Un appareil de gutta-percha lui fut également appliqué; les mêmes accidents se produisirent; on enleva aussitôt l'appareil, qu'on remplaça par une simple fronde. On fit des injections et le malade guérit.

Depuis ce temps, M. Gosselin a renoncé à l'appareil de gutta-percha, qu'il considère comme mauvais à cause de la facilité avec laquelle il emprisonne le pus.

M. MARJOLIN. Je ne pense pas qu'on puisse dire que l'appareil de gutta-percha soit mauvais, seulement il est vrai qu'il a besoin d'être enlevé souvent pour être nettoyé.

— A propos de la correspondance :

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. le docteur Goffres, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vincennes; cette lettre est destinée à prouver, contrairement à l'assertion de M. Desormeaux, que l'appareil de M. Mélier pour les fractures de la clavicule n'a pas été laissé dans l'oubli par les auteurs français qui se sont occupés de bandages et appareils. M. Goffres cite à l'appui de sa réclamation un passage de son *Précis iconographique de bandages et appareils*.

M. DESORMEAUX. Je reconnais d'autant plus volontiers mon erreur que je connais et apprécie, comme il le mérite, l'ouvrage de M. Goffres.

COMMUNICATION.

Hygiène hospitalière.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas l'intention de revenir sur l'importante discussion qui a occupé nos séances pendant plusieurs mois de l'année dernière, mais je pense que la Société entendra avec intérêt le compte rendu d'un document officiel qui vient d'être récemment publié.

A la suite de la discussion qui eut lieu en 1862 à l'Académie de médecine, un décret impérial institua, près le ministère de l'intérieur, un comité consultatif composé d'hommes éminents et chargé de l'examen de toutes les questions relatives à l'hygiène et au service médical des hôpitaux.

Ce comité nomma dans son sein diverses commissions dont les rapports sur la *ventilation*, le *chauffage*, la *mortalité des femmes en couche dans les hôpitaux* sont déjà connus. L'une de ces commissions vient de publier son rapport sur les *conditions hygiéniques à remplir dans la création des hôpitaux*.

La Commission était composée de MM. le général Morin, Bouillaud, Combes, Gilbert, Husson, Laval, de Lurieu, Malgaigne, Mélier, Michel Lévy, Parchappe, Payen, Tardieu, de Watteville, Devergie, *rapporteur*.

Dès le commencement de 1863, la Commission avait étudié les questions sur lesquelles elle était consultée; néanmoins ce n'est que deux ans après, dans les mois d'avril et de mai 1865, qu'elle a discuté et adopté le rapport que je viens de citer. Il est infiniment regrettable que ce rapport n'ait vu le jour qu'après la solution définitive et probablement irrémédiable des difficultés soulevées par les projets administratifs au sujet de l'Hôtel-Dieu.

En effet, les conclusions longuement motivées du rapport semblent se concilier bien difficilement avec l'ensemble du projet adopté.

La Commission pense que les hôpitaux sont d'autant meilleurs qu'ils sont plus petits et qu'en conséquence il n'est pas bon de dépasser le chiffre de 500 lits; elle croit, après étude consciencieuse et sur des documents positifs, que l'hôpital doit être situé loin des bas-fonds, des marais, des terrains de remblai, des rivières qui tarissent notablement en été, etc.; — que les bâtiments doivent être

complétement isolés les uns des autres; — que les préaux qui les séparent doivent avoir en largeur deux fois au moins la hauteur des bâtiments et qu'il y a toujours profit à étendre cette mesure; — qu'on ne devrait superposer que deux étages de malades, que trois sont la limite et qu'il ne faut jamais utiliser les combles comme salles de malades. — La Commission blâme la proximité actuelle des lits dans nos hôpitaux; elle voudrait que chaque lit fût séparé du voisin par un espace de deux mètres et que les salles ne continssent pas plus de 16 à 20 lits, en comptant deux petites chambres attenant à la salle. Jamais on ne devrait dépasser le chiffre réglementaire des lits d'une salle. — La Commission prescrit des mesures pour éviter toutes les émanations infectieuses ou odorantes; — elle approuve la création des réfectoires et parloirs et le système des salles de rechange, surtout utiles en temps d'épidémie.

Vous pouvez juger, par cette rapide énumération, de l'ensemble de vues hygiéniques qui a guidé les délibérations de la Commission, et vous serez sûrement frappés de l'extrême analogie qui existe entre ces prescriptions et celles que nous avons préconisées dans le sein de la Société. Je pense, quant à moi, et j'espère que mon appréciation sera partagée, que c'est un bonheur pour notre compagnie de voir nos opinions corroborées par une réunion d'hommes aussi distingués que les membres de la Commission, et je demande en terminant la permission de faire remarquer que MM. Husson et Tardieu sont membres du Comité d'hygiène au ministère de l'intérieur et font partie de la Commission.

PRÉSENTATION DE PIÈCES ANATOMIQUES.

Résection de la partie supérieure du fémur dans la coxalgie.

M. MARJOLIN. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à la Société provient d'une petite fille sur laquelle notre collègue, M. Dolbeau, a pratiqué la résection de la tête du fémur le 25 août 1854. Cette enfant, qui était entrée à l'âge de trois ans dans mon service, était d'une constitution scrofuleuse très-marquée, il y avait quatre mois que l'affection avait débuté, et lors de son entrée il y avait déjà un vaste abcès au niveau de l'articulation coxo-fémorale. L'ouverture en fut pratiquée, des drains furent placés pour faciliter l'écoulement du pus et l'action des lavages et des injections iodées. Malgré ce traitement local suivi avec beaucoup de soin et un traitement général fortifiant, la maladie continua à faire de grands progrès, les douleurs et l'amaigrissement augmentèrent, et le membre prit une position très-vicieuse, qui gênait l'émission de l'urine. Tel était l'état de la malade lorsque M. Dolbeau, qui me remplaçait, crut qu'il y aurait peut-être là indication de réséquer l'articulation pour diminuer ces douleurs et faire vivre l'enfant. L'opération fut pratiquée, l'enfant ayant été anesthésiée. Quelques jours après, je repris le service, et je continuai avec le plus grand soin le traitement qui avait été institué. Pendant quelques jours il y eut un peu de rémission dans les douleurs, mais pendant longtemps encore, malgré la présence de drains et des injections détersives fréquemment répétées, la suppuration resta très-abondante. Ce ne fut que sept à huit mois au moins après l'opération que la suppuration diminua réellement, mais il resta toujours plusieurs fistules, par lesquelles on arrivait sur la cavité cotyloïde qui était cariée. Pendant tout ce temps et malgré un séjour de plusieurs semaines à la campagne dans la belle saison, jamais l'état général ne s'améliora franchement, constamment l'enfant fut sujette à la diarrhée, et, malgré tous nos soins, nous ne pûmes la ramener à une véritable convalescence. L'épidémie du choléra la surprit dans un état d'amaigrissement et de faiblesse qui lui laissait peu de chances de salut, et elle succomba.

A l'autopsie nous avons trouvé un tubercule assez volumineux à la base d'un des poumons. Une vaste perforation existait au fond de la cavité cotyloïde dont le rebord était détruit par la carie. La partie supérieure du fémur qui n'avait pas été réséquée était aussi cariée.

Hypertrophie partiel du derme formant une tumeur pédiculée sur le cinquième métacarpien.

M. MARJOLIN présente une petite tumeur enlevée récemment sur un enfant nouveau-né. La séparation de la tumeur fut faite au moyen d'un fil de soie.

L'examen microscopique d'une tumeur semblable, enlevée par M. Marjolin il y a quelques années, permit à M. Broca de constater qu'elle était due à l'hypertrophie partiel du derme.

M. BROCA fait observer que le siége de prédilection de ces tumeurs est le bord externe de la main. Il a eu occasion d'en enlever deux chez le même enfant, une sur la main gauche, une autre sur la main droite.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Guyon sur les candidats à une place de membre titulaire récemment déclarée vacante.

La Commission, composée de M. Guersant, Guérin et Guyon, rapporteur, propose la liste suivante :

En première ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Després et Tillaux.

En deuxième ligne, M. Leroy d'Étiolles.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel : Hipp. Blot.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Liste par ordre de mérite des élèves admis à l'école du service de santé militaire de Strasbourg.

(Décision du 20 octobre 1865.)

ÉLÈVES EN MÉDECINE.

MM. 1 Laurent (H.), 2 Lafont (F.-O.), 3 Sahut (A.-P.), 4 Gobillot (A.-M.-A.), 5 Gailhac (F.-V.), 6 Pons (G.), 7 Fonsart (G.-M.-F.), 8 Chaubourcau (E.-C.-F.), 9 Parmentier (G.-L.), 10 Mulot (D.-A.-L.).

MM. 11 Raynal de Tissonnière (M.-J.-J.), 12 Larger (A.-R.), 13 Lubanski (J.-H.-A.), 14 Fournier (T.-E.-A.-R.), 15 Jubiot (A.-M.), 16 Faucon (E.-O.), 17 Marestaing (V.-E.), 18 Lefort (P.-C.), 19 Pau de Saint-Martin (G.-G.-P.), 20 Aubert (M.-L.-L.).

MM. 21 Forgues (L.-D.), 22 Juloux (A.-E.-M.), 23 Cordier (A.), 24 Jobert (J.-B.), 25 Sarrette (C.-R.), 26 Castaing (C.-A), 27 Doubre (L.-P.), 28 Margantin (A.-L.), 29 Pagès (J.-H.), 30 Auziani (J.-M.).

MM. 31 Rivet (P.-A.-F.), 32 Strauss (M.-H.), 33 Danion (L.-M.), 34 Pezaud (J.-B.-M.-A.), 35 Cazenave (J.-M.-E.), 36 Cortial (H.-A.-J.), 37 Michaud (J.-A.-D.), 38 Devoisins (M.-J.-A.), 39 Gorsse (J.-B.-A.), 40 Fritz (C.-L.).

MM. 41 Rondeau (J.-J.-G.), 42 Ternisien (P.-F.-A.), 43 Henyer (L.-J.-B.), 44 Lafite (C.), 45 Marais (J.-H.-A.), 46 Blanc (P.-L.-U.), 47 Dantin (D.-B.-E.), 48 Sturne (N.-H.-A.), 49 Cheviet (A.-E.), 50 Boichox (J.-J.-P.),

MM. 51 Duchêne (A.), 52 Beaudoin (J.-N.), 53 Cluzan (F.), 54 Gils (J.-F.-A.), 55 Walter (H.), 56 Kopff (P.-A.), 57 Irr (F.-X.), 58 Charropin (P.-G.), 59 Samuel (L.), 60 Cruzel (J.-G.).

MM. 61 Obermeyer (F.), 62 Labadie (J.), 63 Oger (L.), 64 Tixier (F.-E.-M.), 65 Darricarrère (P.-C.-E.-C.), 66 Boncour (J.-J.), 67 Laurent (P.), 68 Granjux (A.-P.-L.), 69 Zuber (H.-J.-C.), 70 Lallemand (E).

MM. 71 Tanfin (P.-E.), 72 Millot (E.), 73 Grosclaude (V.-A.), 74 Le Rouvillois (G.-M.-M.), 75 Duprey (J.-A.), 76 Pelloux (F.-A.-P.-G.-B.-H.), 77 Sedan (A.-F.), 78 Carette (A.-L.-M.), 79 Bonhomme-Lacour (A.-L.-G.-O.), 80 Robert (A.-H.).

ÉLÈVES EN PHARMACIE.

Élèves ayant 8 inscriptions.

MM. 1 Brulé (A.-E.-P.), 2 Amsler (H.-L.).

Élèves ayant 4 inscriptions.

MM. 3 Husson (C.-L.), 4 Zeller (E.).

Élèves sans inscriptions.

MM. 5 Burcker (É.-E.), 6 Danguy (J.-M.-F.), 7 Ferrier (L.-M.), 8 Lacour (P.-E.), 9 Moissonnier (P.), 10 Moullade (C.-E.-A.), 11 Vidal (P.-J.-B.), 12 Renier (L.-C.), 13 Chambard (G.-L.-É.), 14 Lebon (N.-É.).

MM. 15 Malgras (G.-A.-S.), 16 Barillé (A.-É.), 17 Morel (G.-C.-E.), 18 Thénevin (A.-F.), 19 Debraye (N.-É.-A.), 20 Vidau (V.-A.), 21 Balland (J.-A.-F.), 22 David (P.-A.), 23 Garnier (P.-E.), 24 Letellier (L.-F.).

MM. 25 Signoud (F.-J.-M.), 26 Vidal (É.-F.), 27 Frizac (J.-L.-M.-A.), 28 Dournay (J.-M.), 29 Camus (F.-V.).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 23 octobre, le nombre des places d'agrégés mises au concours qui doit avoir lieu le 5 mars 1866, près la Faculté de médecine de Paris, est porté de quatre à cinq.

Un des agrégés nommés à la suite dudit concours devra entrer immédiatement en fonctions pour terminer son exercice le 1er novembre 1868.

— Le jury de concours pour les prix de l'internat est composé ainsi qu'il suit :

MM. Trousseau, Tamarel-Mauriac, Woillez, Péan et Tillaux, juges titulaires.

MM. Pelletan de Kinkelin et Tarnier, juges suppléants.

— Par décret impérial du 13 octobre 1865, les 12 aides-vétérinaires stagiaires dont les noms suivent ont été nommés aides-vétérinaires, savoir :

MM. Wiart, Minette, Julien, Sergent, Chesneau, Barret, Gaumet, Thomas, Servoles, Brissi, Boulay, Véret.

Uréthrotomie, rétrécissements de l'urèthre, par le docteur Beyran (extrait de son *Cours des maladies des voies urinaires*). Chez Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 128. — MARDI 31 OCTOBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 31 OCTOBRE 1865. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les Bureaux et les Ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

Choléra. — Traitement.

Nous avons dit, dans nos précédents articles, qu'il existait une méthode générale de traitement à laquelle se rallie plus ou moins, à des nuances près, le plus grand nombre des praticiens. Nous avons montré déjà que pour les accidents prémonitoires, il y avait, sauf les indications spéciales tirées de l'état actuel ou antérieur des individus, des indications générales auxquelles correspondent deux ordres principaux de moyens qui, loin de s'exclure, se complètent et se combinent le plus souvent avec avantage, les évacuants et les astringents. Il s'agit de montrer que le traitement du choléra confirmé, dans ses diverses périodes, n'est pas plus que le traitement des accidents prémonitoires livré, comme on le croit trop généralement dans le monde et comme semblent le faire croire à tort quelques médecins, aux hasards d'un aveugle empirisme, et qu'il est soumis, lui aussi, à des principes et à des indications.

Voyons d'abord un principe qui domine tout dans la thérapeutique du choléra, comme dans celle de presque toutes les maladies épidémiques, pestilentielles ou autres, dont les causes nous échappent ou ne se révèlent que par la spécificité même de leurs effets.

Nous ignorons la cause du choléra. — Influences telluriques, effluves voyageurs, animalcules invisibles, poison spécial quelconque, autant d'hypothèses qui peuvent servir de point de départ à des recherches ou à des spéculations, mais qui ne peuvent, quant à présent, servir de base à l'institution d'une médication sérieuse. — Mais si nous ignorons cette cause et si nous sommes par conséquent dans l'impuissance de la neutraliser directement sur place, nous connaissons du moins ses effets immédiats sur l'organisme, et nous avons, à défaut d'une indication étiologique rationnelle, des indications fournies par l'interprétation physiologique des symptômes, par la connaissance des phénomènes dominants et de la marche naturelle de la maladie.

Or, que nous apprend l'analyse des symptômes et des phénomènes physiologiques de la maladie ? Elle nous apprend que la cause inconnue du choléra frappe plus particulièrement le système nerveux ganglionnaire, et dans quelques cas, par action réflexe, le système nerveux spinal, et qu'elle apporte une perturbation profonde dans les grandes fonctions organiques qui sont sous la dépendance immédiate du système nerveux trisplanchnique ; les fonctions gastro-intestinales et tous les appareils sécrétoires qui en dépendent, la circulation, l'hématose et la calorification qui leur est intimement liée ; que sous l'influence des déperditions considérables de fluides qui s'opèrent par les voies gastro-intestinales, le sang est rapidement dépouillé d'une partie de ses éléments essentiels et la vie promptement menacée par l'asphyxie qui en est la conséquence.

Que nous montre l'étude de la marche naturelle de la maladie, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même et livrée aux seules ressources des forces vitales et des efforts réactionnels de l'organisme? Elle nous montre qu'il peut se présenter deux éventualités : que le malade succombe dans la période algide et cyanique, sans que la nature ait fait aucun effort appréciable pour enrayer les progrès de la maladie ; ou que, sous la seule impulsion des efforts naturels de l'organisme, la réaction se manifeste. Mais cette réaction, elle-même, a aussi ses éventualités : elle peut être insuffisante et n'arrêter que pour un moment les progrès de l'asphyxie qui amènera un peu plus tard l'issue fatale ; elle peut, au contraire, outrepasser les limites physiologiques et donner lieu à des congestions qui deviendront à leur tour le point de départ de nouveaux phénomènes morbides susceptibles de produire la mort. Dans quelques cas heureux, enfin, mais trop rares, cette réaction, maintenue dans les bornes normales, conduira doucement le malade à la convalescence et à la guérison.

La simple notion de ces faits, aidée de la considération de la marche naturelle de la maladie, n'indique-t-elle pas au praticien la voie à suivre ? — Une double indication ressort en effet de cet ensemble de phénomènes : modifier par un agent puissant et énergique l'état des voies gastro-intestinales en même temps qu'on cherchera à modérer plutôt qu'à tarir complétement le flux abondant dont elles sont la source; provoquer la réaction, et accessoirement combattre les symptômes spasmodiques douloureux dont l'estomac et les membres sont plus particulièrement le siége.

Modifier l'état des voies gastro-intestinales : c'est là, à nos yeux, l'indication première et qui domine même celle de la suspension des évacuations. C'est d'ailleurs le meilleur moyen souvent d'amener directement ce résultat. Que si les évacuations persistent, après ou malgré l'emploi des agents modificateurs, on recourra rapidement et sans perdre de temps au second ordre de moyens, ceux à l'aide desquels on se propose de suspendre le flux gastro-intestinal, et qui n'agissent aussi eux-mêmes qu'en modifiant, mais dans un sens différent, le mode fonctionnel des appareils sécrétoires du tube digestif.

Quels sont les agents propres à remplir plus sûrement la première indication ? Pour nous, comme pour beaucoup de praticiens, le modificateur le plus énergique et le mieux approprié à cette indication, est encore l'ipécacuanha, — ce même agent que nous préconisions il y a huit jours pour enrayer les accidents prémonitoires. L'ipécacuanha n'agit pas seulement ici comme évacuant, comme vomitif, but principal qu'on se proposait dans ce dernier cas, il agit surtout par ses propriétés expansives, par l'ébranlement général qu'il imprime à l'économie et la suractivité qu'il excite dans la circulation, double qualité précieuse qui en fait un agent de réaction en même temps qu'un modificateur puissant des voies gastriques. Les astringents et les opiacés, associés aux boissons diaphorétiques et stimulants, trouvent utilement leur place immédiatement après.

Tel est, à nos yeux, l'ensemble de moyens qui convient aussi bien à la période prodromique qu'au début même du choléra confirmé. Mais les périodes se succèdent vite dans cette maladie. A peine a-t-on rempli la première indication, qu'on se trouve en présence d'un nouvel ordre de phénomènes qui réclame à son tour de nouveaux moyens. Le plus souvent même, et c'est ce qui a lieu particulièrement dans la pratique des hôpitaux, les premières indications échappent entièrement au médecin qui se trouve d'emblée en présence d'un cholérique algide et cyanique. C'est probablement là, par parenthèse, ce qui explique la faveur moins grande que paraît avoir l'ipécacuanha auprès des praticiens des hôpitaux, qui trouvent beaucoup plus rarement l'occasion de l'employer.

Devant la période algide se présente une indication capitale qui domine ou plutôt qui résume toutes les autres : provoquer la réaction. Ici point de doute, point d'hésitation, pas de dissidence possible sur le but à atteindre. Ajoutons que sur les moyens d'atteindre ce but les dissidences sont beaucoup plus apparentes que réelles, et tiennent beaucoup plus à la variété des agents employés qu'à la différence même des méthodes. Sauf, en effet, quelques médications plus ou moins excentriques et ayant, pour la plupart, la prétention d'être spécifiques, on peut dire que la grande généralité des praticiens a recours à la méthode stimulante. Moyens de caléfaction externes, moyens de caléfaction internes, infusions aromatiques chaudes aiguisées de préparations alcooliques diverses, d'éther, d'ammoniaque; rubéfiants ou vésicants cutanés, électricité, inspirations d'oxygène, etc. (nous ne reproduirons pas ici les formules variées à l'infini qui ne renferment, en définitive, à des doses différentes et sous des combinaisons diverses, que ces agents ou leurs analogues); qu'est-ce que tous ces moyens, si non des stimulants diffusibles destinés à faire appel aux forces radicales de la vie, pour parler le langage scholastique, et à provoquer le mouvement excentrique de réaction, le rappel de l'innervation et de la circulation périphérique interrompues?

Mais ici se présentent simultanément à l'esprit une difficulté sérieuse et une question grave de thérapeutique.

On n'ignore pas, c'est un des faits importants de l'histoire du choléra, qu'une fois la période algide complétement établie, la fonction de l'absorption est, sinon complétement abolie, du moins suspendue en grande partie, et cela non-seulement dans la muqueuse gastro-intestinale, mais encore dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané lui-même. L'observation seule avait déjà permis de pressentir ce fait, l'expérience directe l'a démontré depuis d'une manière irrécusable. Or, c'est là un fait considérable au point de vue de la notion physiologique de la maladie, comme au point de vue de la thérapeutique dont il paralyse en quelque sorte tous les efforts. — Nous réservons la question des injections médicamenteuses dans les veines, qui est encore en voie d'expérimentation.

Mais ce n'est pas seulement à cause de l'obstacle qu'elle va opposer désormais à l'action de toute médication interne ou externe, que l'abolition de l'absorption nous intéresse, elle nous intéresse encore à un autre point de vue; nous voulons parler de l'influence indirecte qu'elle peut avoir sur les phénomènes ultérieurs de la réaction, si, soit que le praticien n'en ait pas tenu compte, soit qu'en tenant compte mais dans l'intention de saisir opportunément l'instant où cette fonction sera rétablie, il a continué à administrer à l'intérieur des substances médicamenteuses plus ou moins actives.

Mais nous nous apercevons que nous touchons ici à une grosse question qui se rattache au traitement de la période de réaction, savoir : l'influence de la médication employée durant les périodes phlegmorrhagique et algide sur les caractères et la gravité de cette réaction. Cette question est trop importante pour nous borner à la signaler seulement incidemment. Nous y reviendrons à l'occasion du traitement de la réaction qui fera l'objet d'un autre et prochain article. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Application du courant constant au traitement des névroses (1).

(Leçons faites à l'hôpital de la Charité par le professeur REMAK, de l'Université de Berlin.)

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de revenir sur un point important : la distinction du courant constant et du courant continu.

On se sert surtout en France de l'une et de l'autre de ces expressions indifféremment, mais elles correspondent à des effets très-différents. La pile de Volta et les chaînes, qui en sont des modifications immédiates, donnent un courant continu qui, dans certaines conditions, peut, d'après la loi de Ohm, si la résistance du corps conducteur est considérable, se rapprocher du courant constant. Mais, si la résistance diminue par l'effet du courant lui-même qui ramollit la peau, l'inconstance de la pile se manifestera par des oscillations très-notables, qui influeront non-seulement sur le galvanoscope, mais encore sur le système nerveux. En ce cas, le courant sera toujours continu, mais non constant, c'est-à-dire qu'il s'affaiblira de plus en plus, vu la diminution de la force électro-motrice des plaques métalliques. De la sorte, il finira par s'annuler tout à fait, et cela en très-peu de temps.

Le courant constant est celui qui, au contraire, dure longtemps, même si la résistance est très-faible, sans perdre de son intensité.

L'application du courant constant ne consiste pas toujours en un contact immobile des électrodes et de la peau, elle peut se faire en promenant les électrodes à la surface du corps, mais sans les éloigner, c'est-à-dire sans interruption du passage. J'appelle le premier mode : *application du courant en repos* (*stabiles tröme*), et le second : *application du courant en mouvement* (*labile ströme*).

Il y a contradiction apparente entre les termes : courant constant et courant en mouvement, vu que le mouvement n'est pas de la constance; mais cela importe peu. Il nous faut seulement un appareil dont le courant soit constant tant que la résistance est la même. Évidemment, si la résistance change, le courant n'est plus réellement constant.

Complétons aussi ce qui a été dit relativement aux effets visibles des électrodes sur la peau. On voit au pôle négatif, plutôt qu'au pôle positif, une éruption papilleuse et urticaire, quelquefois extrêmement sensible, qui peut, après une application prolongée du courant, s'infiltrer d'un liquide sous-épithélial et se transformer immédiatement après en une eschare

(1) Suite.— Voir le numéro du 26 octobre.

brune, qui ne se détache que très-lentement de la peau, et quelquefois même qu'après trois mois, de dehors en dedans, en forme d'assiette, sans produire de suppuration, quand elle n'est pas irritée ou humectée, et sans laisser de trace sur la peau.

On comprend par là combien il est important de distinguer l'action des deux pôles pour les effets du courant que j'appelle *catalytiques*, c'est-à-dire relatifs au traitement des troubles de circulation, des infiltrations, des endurcissements de tissu, en un mot, de tous les états pathologiques désignés sous le nom d'inflammatoires. Comme dans ces cas il s'agit presque toujours d'un rétrécissement des vaisseaux artériels et lymphatiques, on comprend qu'il faille employer le pôle positif pour produire un effet favorable, d'autant plus qu'en même temps il calme la sensibilité exagérée des nerfs affectés.

Après cette digression, je passe aux effets thérapeutiques généraux du courant constant.

Parmi ces effets, il faut distinguer ceux du courant en repos et ceux du courant en mouvement. Le courant en repos se reconnaît à l'immobilité de l'aiguille du galvanoscope quand le circuit est fermé par l'intermédiaire du corps humain, et le courant en mouvement, aux oscillations de cette aiguille dans les mêmes circonstances. Le courant en repos se produit, nous le répétons, quand les électrodes sont tenues immobiles à la surface du corps, et le courant en mouvement, en les faisant glisser sur cette surface, sans interruption de communication.

En général, l'action du courant en repos est calmante, et celle du courant en mouvement excitante. Cependant, dans les cas de paralysie grave, le courant en repos, quand son action n'est pas trop prolongée, produit un effet antiparalytique plus énergique que le courant en mouvement. Non-seulement les interruptions, mais même les oscillations trop prononcées du courant sont, en pareil cas, plus nuisibles qu'utiles. On peut dire que, généralement, les interruptions du courant constant affaiblissent et ne produisent un bon effet que dans le traitement local des muscles contracturés, car elles se relâchent, à la condition toutefois que la cause centrale de cette contracture ait été déjà supprimée par un autre traitement approprié. Le courant induit, malgré les fortes contractions qu'il détermine, ne produit pas l'effet curatif des interruptions du courant constant, parce qu'il ne permet pas de ranimer, au moyen d'un circuit fermé, les fibres nerveuses motrices, ni d'amener le gonflement des muscles dont nous parlerons plus loin.

Mais il importe d'insister sur cet effet calmant du courant constant, effet thérapeutique fort intéressant, d'autant plus qu'il est produit par des courants très-faibles et n'impressionnant nullement la peau. Je dois même ajouter que, d'après mes expériences, le courant constant, pour qu'il soit calmant, doit être faible et nullement douloureux, car la douleur engendre des mouvements involontaires qui peuvent troubler la constance de son action.

L'effet calmant du courant constant diffère de celui produit par les autres calmants. L'opium, la morphine, la belladone, l'atropine calment, et leur administration est facile, en sorte qu'il vaut mieux avoir recours à eux qu'à l'emploi de l'électricité. Mais quand ces médicaments toxiques ne soulagent pas avec promptitude, et quand l'usage qu'on en veut faire doit être prolongé, ils affaiblissent considérablement le système nerveux, et, dans ce cas, il vaut mieux recourir à l'emploi de l'électricité qui, habilement appliquée, calme et ranime.

L'effet calmant du courant constant se produit dans des circonstances très-différentes. Une des plus fréquentes, et où l'expérience réussit avec une grande netteté, est celle où il s'agit d'abolir la sensibilité exagérée d'une partie douloureuse par suite d'inflammation. Si, dans ce cas, nous appliquons l'électrode positive (ayant une étendue convenable) sur la partie douloureuse, et l'électrode négative sur un point bien éloigné de cette partie, électrodes d'une pile à 15 à 25 éléments, selon la résistance de la peau, et si nous maintenons les deux électrodes fortement, en sorte que l'aiguille du galvanoscope ne change pas de position et ne dépasse pas 20 degrés, nous constaterons qu'après une application de 5 à 10 minutes, la sensibilité de la partie douloureuse a considérablement diminué. Le moyen curatif le plus sûr et le plus commode, même dans des cas d'inflammation grave, où le moindre toucher des parties enflammées cause déjà une grande souffrance, c'est de mettre l'électrode positive sur un point du tronc nerveux dont les rameaux se rendent à ces parties douloureuses, mais sur un point très-éloigné de ces parties, et l'autre sur un point quelconque. Par exemple, si dans une inflammation très-douloureuse de l'articulation de la main ou du coude, nous plaçons le pôle positif sur le plexus brachial et l'autre sur l'omoplate par exemple, nous verrons après quelques instants que la sensibilité exagérée a beaucoup diminué. Je recommande cette méthode, parce qu'elle est d'un emploi presque toujours heureux (1).

(1) Je l'ai appliquée devant MM. Cl. Bernard, Velpeau et Beau, sur un homme qui, depuis dix jours, était tombé sur son genou gauche, chute suivie d'une augmentation excessive de la sensibilité au bord interne de la rotule. Cette augmentation, vainement combattue par les moyens ordinaires, empêchait le malade de marcher sans plier les genoux. Je lui plaçai l'électrode positive sur le nerf crural à sa sortie au-dessous du ligament de Poupart, et l'autre électrode sur le muscle extenseur de la jambe, un peu affaibli et amaigri par la marche anormale mentionnée. Après quelques minutes, nous constatâmes que l'articulation était devenue beaucoup moins douloureuse, et par conséquent que l'extension de la jambe et la marche étaient beaucoup plus faciles. En répétant trois fois ce traitement, on a guéri complètement le malade.

L'action antinévralgique du courant constant la plus curieuse est celle qui résulte de l'application directe du courant constant sur certains points des centres nerveux, sans relation apparente de ces points avec la partie des membres frappés de névralgie.

Pour donner une idée de cet effet, je citerai l'exemple d'une dame de trente-deux ans, mariée depuis dix ans à un médecin et restée stérile. Après avoir souffert pendant quelques années d'une métrite chronique qui fut traitée par cautérisation locale, laquelle laissa un endurcissement de l'utérus assez notable, elle fut saisie peu à peu d'accès névralgiques dans les deux jambes, localisés chacun sur de petites surfaces rondes de quelques centimètres de diamètre. Au plus léger toucher de ses habits, cette dame ressentait une douleur insupportable qui l'empêchait de marcher, en sorte que, pendant le maximum d'intensité des accès, elle était quasi paralysée. Ces accès duraient quelquefois quarante-huit heures. La malade se plaignait elle-même d'un malaise dans le dos qui l'obligeait à se tenir un peu courbée. En examinant de près le dos, je pus reconnaître que, pendant les accès les plus violents de la névralgie, il existait, entre la quatrième vertèbre dorsale et la troisième vertèbre lombaire, un point particulier situé quelquefois sur la colonne vertébrale, et plus souvent sur le trajet d'un nerf intercostal. En mettant le pôle positif sur le point de la colonne vertébrale correspondant à l'origine de ce nerf intercostal, j'eus la satisfaction d'observer *toujours* la cessation subite de l'accès névralgique. Le traitement de la maladie dura trois à quatre mois, pendant lesquels je fis l'expérience 25 à 30 fois. On observe souvent le même effet sur des hommes qui, à la suite d'une paralysie (*tabes cervicalis*), souffrent de névralgies excentriques dans les membres, qui souvent sont confondues avec des douleurs rhumatismales (1).

Il faut ajouter que l'effet du courant constant n'est radicalement curatif que s'il atteint les maladies à leur source, par exemple, s'il atteint et supprime le gonflement de la gaîne nerveuse dans le rhumatisme articulaire, ou dans une lésion traumatique suivie de névralgie. S'il n'atteint pas cette source, s'il n'enlève pas la cause effective de la maladie, l'effet produit ne sera que passager. Aussi, quand une tumeur comprime un nerf et engendre une névralgie, il est évident que le courant ne pourra pas guérir la névralgie, s'il est impuissant à réduire la tumeur.

L'effet excitant ou plutôt ranimant du courant constant se manifeste dans plusieurs circonstances. D'abord il faut noter que cette recrudescence des forces de tout le corps, au moyen du courant, n'a pas lieu seulement dans les paralysies centrales, mais encore dans les paralysies périphériques, et d'autant mieux que l'application est faite plus près de la région cérébrale et cervicale. Cet effet se montre surtout quand la faiblesse des centres nerveux est causée par une contraction des grands vaisseaux cérébraux qui ne laissent pas passer le sang; en ce cas, on voit disparaître bientôt la pâleur de la face, qui pourrait faire croire à une anémie réelle. D'autre part, l'application du courant, sur les fonctions des nerfs de la respiration et de ceux du cœur, peut améliorer l'état du sang, de sorte qu'après une application prolongée on voit des gens faibles et pâles recouvrer de vives couleurs et offrir un pouls plus accéléré. Quant à la chlorose et à l'anémie qui proviennent des maladies organiques du foie et des intestins, je dois dire qu'elles ont toujours été rebelles à l'action du courant.

Pour faire comprendre l'action antiparalytique du courant, il faut considérer à part les différentes espèces de paralysies. Si la paralysie dépend d'un travail d'inflammation ou d'excitation dans le trajet des nerfs ou des centres nerveux, le courant détermine un effet que nous appelons catalytique et dont nous parlerons plus tard.

SUR L'OZONE ATMOSPHÉRIQUE

à propos du choléra,

Par le M. le Dr Scoutetten.

L'incertitude dans laquelle nous sommes encore sur la cause première du choléra, me porte à penser que nous ne devons négliger aucun des éléments d'observation que la science met à notre disposition. Cette réflexion me conduit à rappeler quelques faits qui se rattachent à *l'ozone atmosphérique*; j'y suis amené surtout par la publication de recherches nouvelles faites dans l'Inde anglaise, terre classique du choléra et qui viennent de m'être adressées directement par le docteur H. Cook, superintendant de Mahabuleshwur. Ce travail a pour titre : *Rapport sur les annotations de l'ozone dans la présidence de Bombay pendant les années 1863-64* (2).

D'après les ordres donnés par l'inspecteur principal du département médical, en date du 15 mai 1863, des observations sur les manifestations de l'ozone ont été recueillies dans les hôpitaux civils et militaires de la présidence de Bombay, puis envoyées au docteur Cook qui était chargé d'en faire le dépouillement et de présenter un rapport.

Ce dépouillement a été fait avec grand soin sur les documents rassemblés dans quinze stations différentes; la première était

(1) A ce propos, je dois dire, pour les médecins qui voudraient répéter mes expériences, que l'effet curatif dépend de la surface des éléments de la pile, c'est-à-dire qu'il faut rejeter absolument les piles composées de petits éléments.

(2) Report on the Registration of Ozone in the Bombay, presidency for the year 1863-64, by Dr H. Cook, superintendant of Mahabuleshwur, 34 pages in-folio.

Ahmedabad, et Tanna la quinzième et dernière; je passe les noms des intermédiaires. M. Cook a tenu compte de la présence ou de l'absence de l'ozone à chaque station, de la relation qui paraît exister entre les conditions météorologiques et géographiques des lieux avec les manifestations de l'ozone; puis il chercha à établir les rapports qui peuvent exister entre la présence ou l'absence de l'ozone et le développement du choléra, de la diarrhée, de la dyssenterie et des fièvres.

Il résulte de ces nombreuses recherches qu'il existe, aux yeux de l'auteur, une connexion entre le développement de l'ozone et la manifestation de certaines maladies; qu'il ne s'ensuit pas néanmoins, comme conséquence logique, qu'une épidémie de choléra doive naître de l'absence de l'ozone dans l'atmosphère, que cependant il y a une connexion évidente entre l'absence et la décroissance marquée de l'ozone et la présence du choléra. (*Yet it will have been evident that there is a decided connection between the absence or marked decrease of ozone and the presence of cholera*, p. 22.)

Si ces faits ne suffisent pas pour déterminer la conviction générale, ils doivent cependant appeler l'attention des observateurs auxquels l'amour de la vérité donne le courage de poursuivre de longues et minutieuses recherches. On doit remarquer, dans les citations que j'ai faites, que ce n'est point à une inspiration particulière qu'est dû le travail du docteur Cook, mais bien à un ordre émané de l'autorité, que des médecins nombreux en ont recueilli les documents sur une vaste étendue de terrain et que c'est sur cet ensemble de recherches que s'appuie la conclusion de l'auteur.

Jamais rien de semblable n'a été fait en Europe; j'ai rapporté dans mon ouvrage (1) les premières recherches faites sur le sujet qui nous occupe; c'est le docteur Hunt, paraît-il d'après un article rédigé par M. Schœnbein et inséré dans le journal de Henle et Pfeufer, 1850, qui aurait avancé que l'air était privé d'ozone pendant une épidémie de choléra.

Au mois de février 1852, la Société de médecine de Kœnigsberg décida qu'une commission, prise dans son sein, ferait pendant un an des observations ozonométriques dans la ville et les environs. Ces observations commencèrent le 1er juin 1852 et finirent le 31 mai 1853; elles firent noter 6,251 maladies aiguës, parmi lesquelles on trouve seulement 346 cas de choléra. Les conclusions de ce travail, publié par le docteur Schiefferdeker, sont : qu'il n'y a aucune espèce de rapport entre une maladie quelconque et la quantité d'ozone contenue dans l'atmosphère. Nous devons remarquer de suite que ces recherches ne s'appliquent que très-secondairement au sujet qui nous occupe.

L'année suivante, en 1854, les médecins de Vienne, en Autriche, abordèrent à leur tour cette question; ils publièrent leurs recherches dans le journal hebdomadaire (*Wochenblatt der Zeitschrift von Œrtz zu Wien*); ils trouvèrent que les cas de choléra avaient diminué pendant les premiers jours de janvier et qu'ils avaient cessé totalement le 12 de ce même mois; mais alors la proportion d'ozone, au lieu de se relever, était restée très-faible.

Nous devons à M. Th. Bœckel des recherches fort consciencieuses faites à Strasbourg depuis douze ans, et consignées dans le bulletin météorologique de la *Gazette médicale* de cette ville; ce savant médecin a constaté que, dans les années 1854 et 1855, il y a eu une relation étroite entre le développement de l'épidémie et la diminution ou la disparition de l'ozone.

M. Simonin père a aussi signalé la coïncidence de l'apparition du choléra à Nancy, en 1854, avec la diminution de l'ozone.

Le 16 avril 1855, M. Wolf, directeur de l'Observatoire de Berne, a adressé à l'Académie des Sciences de Paris une note ayant pour titre : *Influence qu'exerce l'ozone sur l'état sanitaire de l'homme*; les conclusions de l'auteur sont : *que le choléra est pour le moins extrêmement favorisé par la diminution de l'ozone.*

Il nous faut encore citer les observations ozonométriques faites à Constantinople par M. Grellois et les travaux faits avec la plus louable persévérance par M. Bérigny, à Versailles.

Les divergences que nous venons de signaler démontrent que la question n'est pas résolue et qu'il y a de nouvelles recherches à faire; on s'en occupe à Metz, où j'ai établi six observatoires qui fonctionnent le jour et la nuit; on s'en occupe également à Paris, puisque les journaux rapportent quelquefois, dans le bulletin météorologique de l'Observatoire, les remarques faites sur l'ozone. On y signalait notamment un maximum d'ozone le 19 et le 20 de ce mois, également observé à Metz, ce qui semblerait en désaccord avec les observations faites dans l'Inde et plusieurs de celles que nous avons rapportées; mais il faut remarquer qu'aux jours indiqués il régnait de violentes bourrasques venant du sud-ouest; or l'expérience a constaté que les ouragans et les bourrasques, phénomènes qui sont liés à de puissantes manifestations électriques, contribuent à une active formation de l'ozone, accrue encore par la rapidité du vent qui nous amène des pays éloignés de nouvelles couches d'air atmosphérique. Il faut donc retrancher des observations régulières celles qui sont faites au moment des grandes perturbations météorologiques.

Il convient encore de noter qu'il est nécessaire, pour établir une concordance entre les recherches faites en différents lieux, que les observations ozonométriques soient recueillies à une égale distance du sol, 30 mètres par exemple, et loin d'une

(1) H. Scoutetten. L'ozone ou recherches chimiques, météorologiques, physiologiques et médicales sur l'oxygène électrisé. In-12, Paris, 1856. Chez Victor Masson, libraire.

forêt ou d'une grande nappe d'eau, circonstances qui, ainsi que les grandes hauteurs, favorisent les manifestations de l'ozone.

Si nous ajoutons à toutes ces remarques les recherches de l'illustre Matteucci et celles du Père Secchi, à Rome, démontrant que, outre le courant magnétique habituel, il se produit dans le sein de la terre des perturbations accidentelles, donnant lieu à des agitations violentes qu'on a nommées tempêtes magnétiques, phénomènes qui ont une connexion avec les tempêtes atmosphériques et qui expliquent le bouillonnement des sources minérales et le louchissement des eaux sulfureuses à l'approche des orages; si enfin nous tenons compte, comme nous le devons, des faits importants contenus dans le savant mémoire que M. Magne, directeur de l'école d'Alfort, vient de lire à l'Académie de médecine de Paris, et qui démontrent la corrélation qui existe entre le développement de la fièvre typhoïde épidémique qui atteint actuellement les bêtes à cornes et la nature géologique des terrains, nous trouverons dans cet ensemble de faits des motifs suffisants pour nous déterminer à ne négliger aucun genre d'observations; et peut-être un jour parviendrons-nous, par ces efforts réunis, à connaître la cause première des épidémies et les moyens les plus efficaces pour les prévenir ou les combattre.

ÉTUDES SUR LE CHOLÉRA

faites à Marseille en septembre et octobre 1865 (préservation et conclusions),

Par M. G. Grimaud, de Caux.

Mes études précédentes ont montré l'origine et la propagation de l'épidémie cholérique de Marseille. Je vais exposer les conséquences qui se déduisent de ces études.

Nature du principe cholérique. — Quel que soit le nom qu'on lui donne, miasme, virus, poison, venin, le principe du choléra se fixe dans l'homme. Il s'attache également aux choses : je dirais volontiers à toutes les choses, quand je pense à la flèche empoisonnée et à la poterne du fort Saint-Jean.

Dans certains animaux et dans certaines plantes, un tel principe est le produit d'une fonction particulière. Dans les marais, dans les salles de malades, le poison est entraîné par les émanations d'organismes en décomposition qui en développent les germes.

D'après cela, on peut dire qu'il a été saisi dans l'air des marais. Les expériences de Rigaud sont rapportées dans les *Annales cliniques de la Société de médecine pratique de Montpellier* (t. XLIV, p. 286). Deux bouteilles furent remplies de vapeurs marécageuses, condensées au moyen d'un toit de verre. Ces vapeurs, analysées par Vauquelin, donnèrent de la matière animale et de l'ammoniaque.

On peut dire encore qu'il a été saisi dans des salles de malades. Le professeur Gioacchino Taddei, de Florence, venu en 1847 au Congrès des savants, à Venise, me raconta les expériences qu'il avait faites dans les salles de l'hôpital de Santa-Maria-Novella. Des ballons suspendus, remplis de glace, condensaient sur leurs parois extérieures les émanations des lits mêlées à l'air de la salle. Le produit de la condensation fournit à l'analyse, comme l'air des marais, de la matière animale et l'ammoniaque.

A la vérité, de cette matière animale et de cette ammonique, on en voit partout où se réunissent et respirent en commun et sans ventilation des individus nombreux, dont l'état de santé est toujours fort divers. Mais les quantités ne seront jamais comparables aux quantités fournies par une collection de malades réunis accidentellement ou par nécessité dans un même lieu, ou bien par des êtres organisés en décomposition progressive dans des bas-fonds remplis d'eau morte, dans des marais.

Du principe morbifique, nous ne savons qu'une chose; nous savons qu'il est de nature ou plutôt d'origine organique. Et, quant à la façon dont il se comporte, nous savons qu'il vient du dehors, qu'il s'attache aux hommes et aux choses; et, comme nous venons de le voir, tout fait présumer qu'il peut être saisi.

Préservation. — Et maintenant, malgré l'ignorance où nous sommes des autres caractères physiques, chimiques ou organoleptiques d'un tel principe, on se demande s'il est possible de le neutraliser.

Dans l'état actuel de la science, on peut répondre ; *oui*; et, pour mon compte, je n'hésite pas à l'affirmer, en présence de l'analogie qui se tire de l'existence de quelques spécifiques appliqués à la neutralisation du principe non moins ignoré d'autres maladies.

Préservation individuelle : exemples de neutralisation présumée par les antiseptiques. — En Égypte, Desgenettes a vécu de longues journées au milieu des pestiférés, et il nous a fait connaître les précautions, les soins au moyen desquels, s'exposant sans cesse, il a pu conserver sa santé.

Le professeur Taddei, déjà cité, était bien moins robuste que Desgenettes. Il a traversé sain et sauf les diverses épidémies de typhus et de choléra qui ont ravagé Florence, et dans lesquelles il ne s'est point épargné. Il attribue son salut aux pratiques suivantes : ablutions fréquentes avec l'eau et le vinaigre et changement de vêtements chaque jour. Il exposait pendant vingt-quatre heures ses vêtements de la veille aux vapeurs de chlore.

Du temps de Desgenettes, on avait comme antiseptique le vinaigre seulement; Taddei avait de plus le chlore, et nous avons l'acide phénique de plus que Taddei.

Ainsi, grâce aux progrès de la science, aux découvertes de la chimie spécialement, dans la majorité des cas un homme prudent se préservera de la contagion, même en passant sa vie au milieu des malades, et traversera impunément les épidémies les plus meurtrières, la préservation de l'individu étant devenue au fond une affaire de toilette et d'hygiène privée.

Il ne faut rien ôter de leur valeur pratique aux faits que je viens de citer et à la conclusion qu'ils amènent.

Il est vrai qu'il n'en est pas des sciences naturelles comme des sciences mathématiques et physiques. En physique, en chimie, comme en géométrie et en algèbre, vous avez toutes les données du problème dans la main; vous avez le laboratoire où vous disposez à volonté de tous les éléments et de tous les instruments de l'expérience. En histoire naturelle, en physiologie, en pathologie, dans l'ensemble des sciences qui constituent la médecine, il n'y a que l'observation du sujet, lequel n'est jamais identique.

Aussi les vérités mathématiques et les vérités physiques ont-elles un seul et même énoncé rigoureux à Londres, à Paris, à Berlin et partout; tandis que, pour les autres, quand il s'agit de les appliquer à un être déterminé, il faut, de toute nécessité, faire intervenir l'idiosyncrasie de cet être, et la considération du climat et du milieu, toujours divers, dans lequel il vit.

Mais la vérité donnée par l'observation n'en est pas moins une vérité; seulement elle a un caractère d'oscillation qui, par certains côtés, la rend plus vraie ou moins vraie à Paris qu'à Berlin et ailleurs.

Ce caractère d'oscillation est inhérent, je le répète, aux vérités naturelles; et c'est en réalité l'appréciation de son intensité, selon les temps, selon les lieux et selon les sujets, qui fait le fond de la science médicale, qui constitue l'expérience du grand médecin et le fondement réel de ses succès dans le traitement de l'homme malade.

Quand Desgenettes, quand Taddei, quand les savants qui représentent la médecine française dans cette assemblée, emploient pour eux-mêmes et conseillent aux autres, avec un succès éprouvé, l'usage de tels ou tels préservatifs; s'ils ont appris la valeur de ces préservatifs par l'observation plus que par les résultats donnés par le laboratoire, leurs indications n'en méritent pas moins confiance, et, au point de l'application, les vérités d'un autre ordre quelconque n'ont pas une plus grande utilité.

Préservation publique : ses conditions. — Mais, au point de vue de la préservation générale, quelles sont les exigences de l'hygiène?

On dit que le choléra vient du delta du Gange. Ne vient-il que de là? Il peut être permis d'en douter, comme on doute que la peste ait pour unique lieu d'origine le delta du Nil.

Pour couper le mal dans sa racine, il faut savoir où est cette racine. Si le choléra de 1865 nous vient de la Mecque, le premier que la France a subi est venu d'autres lieux. Quelle était l'origine de ce premier, et où irez-vous en chercher la racine?

N'ouvrez qu'à bon escient la porte de Suez aux pèlerins de la Mecque : c'est de bon conseil pour l'Égypte. Mais il ne faut pas oublier que les portes de la France sont aux frontières de la France et non pas sur les bords du Gange, ni à la Mecque, ni à Djeddah, ni à Suez, ni même à Alexandrie. D'ailleurs, quand on comprend la nécessité de tenir une porte fermée, pour être sûr qu'elle ne s'ouvrira pas sans votre permission, il ne faut pas en laisser la clef dans des mains étrangères.

Les 562 Alexandrins, débarqués du 11 au 16 juin à Marseille, n'auraient pas répandu le germe du choléra partout où ils sont allés, si, au lieu d'être admis en libre pratique, ils avaient été isolés, soignés et purifiés au Frioul.

Le choléra nous serait-il venu d'autre part? Qui pourra le dire? Mais ce qu'on sait fort bien aujourd'hui, et par une rude expérience, c'est qu'il y aurait eu un grand profit pour l'humanité et pour ses intérêts de toute sorte, à ne pas le laisser entrer par Marseille.

Conclusion. — Le choléra est une provenance, il faut lui fermer toutes les portes dont nous avons la clef dans la main.

Telle est la conclusion pratique la plus prochaine et dont l'application est la plus urgente pour mettre obstacle à de nouvelles transmissions.

Le choléra est une provenance, je le répète : qu'y a-t-il de mieux démontré que ce tansport matériel d'Alexandrie à Marseille par la *Stella* et cette introduction dans la ville vieille?

Renonçons à chercher désormais, dans les épidémies, ce je ne sais quoi de la médecine qu'on a nommé *quid divinum*. Le *quid divinum* est partout dans le monde. Les causes prochaines, au contraire, les causes efficientes sont matérielles et locales; et c'est surtout en les considérant que l'on doit dire : rien ne vient de rien. Il faut demander la cause du choléra à cet ordre de recherches qui a donné de si beaux résultats entre les mains de M. Coste et de M. Pasteur.

Les pèlerins de la Mecque portaient sur eux des reliques : c'étaient des fragments d'étoffe trempés dans le sang des pèlerins et des derviches tourneurs atteints sur place. Ces pèlerins et ces derviches étaient passés à l'état de saints par cela seul qu'ils avaient succombé autour de la Câba dans l'exercice de leurs dévotions. J'avais recueilli de ce fait plusieurs témoignages. Le dignitaire éminent chargé de l'administration du département des Bouches-du-Rhône, M. le sénateur de Maupas, me l'a confirmé en ces termes : « Le fait est vrai, m'a-t-il dit; je le tiens moi-même d'Abd-el-Kader. »

Si l'usage du microscope m'était encore permis, j'entrerais, le matin, dans une salle de cholériques, avec 250 grammes d'eau distillée parfaitement pure. Je ferais traverser cette eau par plusieurs mètres cubes de l'atmosphère de la salle. Je ferais évaporer les neuf dixièmes de cette eau, et chaque goutte du résidu passerait ensuite sur le porte-objet de mon microscope.

Le grand prix Bréant est peut-être au bout d'une expérience analogue.

Je termine ici ces études sur le choléra de Marseille : j'en ai démontré l'origine; j'en ai fait connaître la transmission; j'ai dit, enfin, dans les limites de la science actuelle, les conditions de la préservation particulière et publique.

EMPYÈME PULSATIL A RÉPÉTITION

Par M. le Dr Lesage, de Montmirail.

Je ne puis résister au désir de vous donner la relation d'un fait curieux d'empyème pulsatil, que je nommerai empyème pulsatil *à répétition*, à cause de ses nombreuses récidives de huit à neuf dans l'espace de seize années chez un même sujet.

Il me semble que la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine sur la thoracentèse donne à ce fait un caractère tout particulier d'actualité, et peut servir en même temps de puissant argument en faveur des partisans de l'innocuité de l'air dans la poitrine.

Marie Goupil, âgée aujourd'hui de trente-huit ans, me fit appeler, il y a environ six ans, pour un abcès qui apparaissait au même endroit pour la quatrième ou cinquième fois. Son début, me dit-elle, datait de l'âge de vingt et un ans. A sa seconde ou troisième apparition, son médecin la fit conduire à Paris à l'hospice de la Pitié; à une nouvelle récidive, elle fut envoyée de nouveau à celui de Nogent-le-Rotrou, c'est-à-dire plus près de chez elle; ce n'est que deux à trois ans après qu'elle me fit demander et voilà ce que j'ai constaté à ma visite.

A l'angle du sternum à gauche, entre le troisième et quatrième espace intercostal, une tumeur demi-sphérique de grosseur moyenne, la peau qui la recouvrait était amincie, d'une couleur livide, et semblait prête à se rompre; elle présentait des battements très-manifestes, isochrones avec battements du pouls, et de plus elle offrait des mouvements d'expansion et de retrait, en rapport avec les mouvements respiratoires, de telle sorte qu'elle se projetait fortement en avant dans l'expiration et se creusait dans l'inspiration. Le pouls était fébrile, la malade étouffait; sans les antécédents et les renseignements qui me furent donnés au lit de la malade, j'aurais cru à un anévrysme. Aussi, confiant dans la nature, je lui laissai la responsabilité de l'ouverture. En effet, à ma visite du lendemain, la tumeur s'étant rompue, il s'échappait de la plaie une grande quantité de liquide, écoulement qui a duré plusieurs jours. La tumeur avait disparu pour laisser place à une ouverture avec dépression, de manière à y introduire le petit doigt; l'air, en pénétrant dans la plaie, faisait entendre un bruit de souffle perçu à une grande distance, et accompagné de gargouillements dus au liquide projeté au dehors dans les mouvements d'expiration.

Pour ma part, je puis constater quatre récidives; la dernière a été beaucoup plus grave pour la malade; le liquide qui, jusqu'alors, avait présenté une teinte citrine et transparente, était devenu épais, consistant, ayant la couleur et surtout l'odeur d'œufs pourris; la convalescence, qui a été plus longue, a laissé, depuis, cette fille dans un état d'épuisement qui fait craindre à la malade une nouvelle rechute, crainte qu'elle m'exprimait, il y a quinze jours, quand je la vis dans une de mes tournées. Cette femme étant indigente, est soutenue par la charité publique et la médecine cantonale de ma circonscription. Éloignée de moi de près de 12 kilomètres, j'ai tenu à la revoir avant de vous envoyer cette note, et voilà ce que j'ai constaté.

La poitrine à gauche est fortement déprimée, il existe même une espèce de cavité à l'endroit d'élection où la tumeur se faisait jour, avec force cicatrices de la peau au même endroit. En arrière, du même côté, matité complète, absence de respiration, un léger souffle au sommet et en avant. En revanche, le côté droit de la poitrine est fortement bombé, très-sonore à la percussion, avec respiration rude et bronchique. Le sternum est un peu courbé et dévié de gauche à droite. Rien au sommet des deux poumons qui ne dénote les signes de la tuberculose, le rachitisme dont cette fille porte l'empreinte est probablement pour elle une cause d'immunité.

Dans mon rapport annuel de la médecine cantonale, j'ai cru devoir communiquer ce fait au comité médical du Mans, lequel, dans son compte rendu, a bien voulu s'associer à la conclusion que je tirais de ce cas, en disant comme moi : Que devient l'action de l'air dans la poitrine? C'est par là que je terminerai encore aujourd'hui.

J'avais déjà pensé à l'emploi d'injections iodées. Un cas d'épanchement pleurétique très-grave relaté dans un des numéros de votre journal, et heureusement guéri, m'engage à suivre la même voie, avec l'espoir d'être aussi heureux.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA.

POTION DE BRICHETEAU.

Eau de menthe	} āā 60 grammes.
Eau de laitue	
Carbonate de potasse	2 grammes.
Suc de limons	1 cuillerée à bouche.
Éther nitrique	} āā 15 gouttes.
Laudanum	
Sirop de sucre	30 grammes.

Par cuillerées, de demi-heure en demi-heure; contre les vomissements intenses et opiniâtres.

POTION DORVAULT.

Sirop de coings.	30 grammes.
Teinture de cachou.	10 —
Teinture de cannelle.	20 gouttes.
Eau pure.	90 grammes.
Acide sulfurique alcoolisé. . .	20 gouttes.
Laudanum de Rousseau . . .	10 —

A prendre en deux ou trois fois dans la journée.
Contre la diarrhée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 octobre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Études sur le choléra faites à Marseille en septembre et octobre 1865 (troisième et dernière étude : Préservation et conclusions). — **M. GRIMAUD** (de Caux), envoie sur ce sujet un travail que nous publions plus haut.

Nature et traitement du choléra. — **M. ED. FOURNIÉ** communique sous ce titre une note que nous publierons prochainement.

— **M. LUCAS** adresse d'Orléans une nouvelle communication relative au choléra morbus, supposant que la précédente, par suite d'une irrégularité dans l'adresse, n'était pas parvenue à l'Académie. Dans cette nouvelle lettre, et au cas qu'il ne se fût pas la première fois exprimé assez clairement sur l'existence constante de la diarrhée prémonitoire, M. Lucas croit devoir déclarer en termes exprès qu'il ne l'a *jamais* vue manquer, « ayant acquis la certitude que les morts subites ou rapides attribuées à de prétendus choléras secs, spasmodiques, foudroyants, sont dues à d'autres causes, telles qu'ivresse, congestion cérébrale, empoisonnement. » (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

Chaleur animale. — **M. COLIN** publie un travail sur la température du sang veineux comparée à celle du sang artériel dans le cœur et les autres parties centrales du système vasculaire. (Sera publié.)

Transfusion du sang. — MM. EULENBURG et LANDOIS font sous ce titre une communication que nous placerons prochainement sous les yeux de nos lecteurs.

Eaux insalubres. — M. MONIER lit une note sur l'étude des matières organiques d'une eau impure. Cette méthode est fondée sur l'emploi d'une liqueur titrée de permanganate de potasse.

On prépare une liqueur renfermant 1 gramme de permanganate cristallisé par litre, soit 1 milligramme de ce sel par centimètre cube ; puis, à l'aide d'une cuvette graduée, on verse cette liqueur dans l'eau à essayer. Cette eau doit être portée à une température fixe de 65 degrés, puis acidulée par 2 millièmes d'acide sulfurique. A cette température, l'oxydation des matières organiques marche rapidement, et, lorsque la teinte rosée est persistante, on lit sur la cuvette le volume versé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 28 juillet 1865. — Présidence de M. PIERRESON, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LANNELONGUE lit une observation intitulée : *Rétrécissement aortique ; apoplexie séreuse.* (Sera publiée.)

M. TOPINARD ne voit dans l'observation détaillée qui vient d'être lue, ni dans celle que M. Lannelongue a communiquée verbalement, de raisons suffisantes pour conserver leur titre de : *Apoplexie séreuse.* Cette expression si vague n'est admissible que lorsqu'à l'autopsie on trouve pour toute lésion un épanchement séreux intra-crânien. Or, dans ces deux cas, il existait des lésions très-nettes, soit de l'organe central, soit des organes périphériques de la circulation.

M. CORNIL. Ce terme est, en effet, fort vague. Il désigne, pour la plupart, un certain ensemble de symptômes avec perte de connaissance, et je préférerais mettre comme titre de cette observation : *Œdème de la pie-mère.* Cet œdème est commun chez le vieillard et dépend le plus souvent d'une altération des vaisseaux de la base. L'une de ses formes s'observe à la superficie du cerveau lorsque, pour une raison ou une autre, il s'y est fait une dépression en godet.

M. LABORDE. Le mot apoplexie, ainsi qu'il vient d'être dit, répond à un symptôme ; il s'emploie dans une foule d'affections cérébrales, mais il n'est pas synonyme d'hémorrhagie cérébrale. La perte de connaissance n'en est pas la caractéristique, car elle se retrouve dans la syncope par anémie et en d'autres cas. Les expressions d'apoplexie séreuse et d'œdème de la pie-mère ne sont pas équivalentes, puisque l'une désigne un ensemble connu de symptômes et l'autre un fait anatomique, une infiltration de sérosité entre les mailles de la pie-mère, produite par une congestion des capillaires de cette membrane ou par une altération des vaisseaux de la base. Quant à l'accumulation de la sérosité à la surface du cerveau, dans une dépression en godet, elle ne peut être considérée comme un œdème ; ce n'est qu'un kyste séreux destiné à combler un vide.

Quoi qu'il en soit, il faut, pour l'apoplexie séreuse, s'abstenir de citer Morgagni qui confondait sous ces mots une foule de choses dissemblables.

M. Laborde se demande enfin si les symptômes apoplectiques signalés ici, au lieu de se rapporter indirectement à la lésion cardiaque, ne dépendraient pas de l'urémie produite par l'altération indiquée des voies urinaires.

M. FRITZ. Une bonne dénomination doit reposer sur une seule base clinique, anatomique ou autre. Celle d'apoplexie séreuse, ne se trouvant pas dans ces conditions, est mauvaise ; son premier terme appartient à la symptomatologie, son second à l'anatomie. Une hématémèse cancéreuse serait une expression également vicieuse, tandis qu'il est rationnel de dire une apoplexie délirante, un œdème cérébral.

M. Fritz rappelle ensuite que l'on a vu des morts subites survenir, non-seulement dans les circonstances actuelles, c'est-à-dire dans le cours d'une maladie du cœur, mais encore dans le cours d'affections des voies urinaires, avec ou sans urémie, et même en d'autres cas, sans qu'à l'autopsie on ait trouvé autre chose pour les expliquer que l'œdème de la pie-mère signalé ici.

M. LANNELONGUE. Les œdèmes passifs partiels sont admis sans contestation. Les actifs le sont par tous les chirurgiens et aussi par bon nombre de médecins ; ainsi M. Blache et Chomel ont décrit l'œdème actif de la glotte. Eh bien, la mort subite survenue chez mes deux sujets ne serait-elle pas due à l'épanchement actif de sérosité dans les mailles de la pie-mère et dans les ventricules, et n'est-ce pas à ce phénomène qu'on applique habituellement le terme d'apoplexie séreuse ?

M. VOISIN lit un rapport sur une observation de M. de Vauréal à l'appui de sa candidature, intitulée : *Des déviations de la volonté considérées comme cause de mélancolie.*

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées. En conséquence, M. de Vauréal est inscrit sur la liste des candidats.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Le secrétaire, Paul TOPINARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des entrées cholériques dans les hôpitaux a considérablement diminué.

En ville, il y a encore un certain nombre de cas de choléra, et ce sont surtout les quartiers voisins du 5e arrondissement qui ont offert le plus de malades et le plus de décès relativement.

Depuis quatre jours, il n'est pas entré un seul cholérique au Val-de-Grâce.

Nous devons ajouter qu'il y a quelques convalescents de maladies graves dans les hôpitaux qui ont été atteints de choléra et de cholérine.

Le chiffre total de la mortalité du samedi 28 octobre, à Paris, est de 112 ; nous rappellerons que le dimanche précédent le chiffre des morts s'élevait à 213.

— Par décision ministérielle du 21 octobre 1865, ont été nommés aides-vétérinaires stagiaires :

MM. Raimond, Nicolas, Imlin, Jacotin, Bailly, Cavel, Lenthéric, Lauprêtre, Bougeat, Jacquier, Bonzom, Picheney, Papin, Dupontrué, Auger, Aubert, Baudéan.

— Le corps de l'internat vient d'être éprouvé à son tour. M. Jubin, interne à l'Hôtel-Dieu, a été atteint de choléra et a succombé. Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui avec le concours de M. Husson, directeur général de l'assistance publique, de MM. Gueneau de Mussy, Pidoux et d'un grand nombre de collègues de M. Jubin. Nous publierons prochainement le discours qu'a prononcé M. Gueneau de Mussy.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 3 novembre.

Ordre du jour :

1° Suite de la lecture de M. Worms sur le mode de propagation du choléra ;

2° Rapport de présentation de M. le docteur de Soyre par M. Jacquemier ;

3° Scrutin d'élection.

— MM. les docteurs Cornil et Ranvier reprendront leurs cours d'histologie normale et pathologique, le 10 novembre, dans leur laboratoire, rue Mignon, 7.

— Le lundi 27 novembre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours public pour trois places d'élèves internes.

Le lundi 11 décembre suivant, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour quatre places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Les candidats pour le premier concours auront, de plus, à justifier du nombre de douze inscriptions.

Ceux qui sont élèves externes, nommés par le concours et en activité de service, seront dispensés de ces formalités. Ils se borneront à se faire inscrire.

Les élèves stagiaires, occupant provisoirement des places vacantes d'élèves, pourront être admis à jouir de la même faveur sur l'autorisation de la Commission administrative, qui consultera le temps de leur service et les rapports concernant leur conduite dans l'hôpital. Cette autorisation devra être demandée huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1866. La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1868.

Les élèves internes qui pendant leur internat se seront fait remarquer par leur zèle à remplir leurs devoirs pourront être autorisés par l'administration à occuper les mêmes fonctions pendant une quatrième année ; dans ce cas, ils continueront à recevoir le traitement des élèves internes de troisième année.

Les élèves internes sont logés et nourris dans l'hôpital auquel ils sont attachés.

Ils reçoivent, en outre, à titre de traitement annuel, savoir : ceux de 1re année, 400 fr. ; ceux de 2e année, 500 fr. ; ceux de 3e année, 600 fr.

L'administration se réserve le droit de ne plus loger ni nourrir les internes que pendant leurs jours de garde. Dans ce cas, leurs traitements annuels seraient augmentés de 400 fr.

Les élèves externes jouissent d'un traitement de 300 fr. par an. Quand ils sont de garde, ils sont nourris dans l'établissement.

— M. le maire de Mailly-le-Château nous prie d'annoncer que sa commune est actuellement sans médecin.

Cette commune, qui compte 1,200 habitants, est le centre de localités d'une importance de 5,000 âmes, canton de Coulanges-sur-Yonne, arrondissement d'Auxerre (Yonne).

— Les obsèques de M. Mocquot, externe de l'hôpital Saint-Antoine, mort du choléra, ont été, comme celles de M. Cacciaguerra, entourées de sympathiques regrets.

M. Lorrain, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, chef du service où était M. Mocquot, a prononcé un discours sur la tombe de son élève. M. Varnier, chef du bureau du secrétariat, représentant le directeur de l'Assistance publique. Un grand nombre de collègues de M. Mocquot et d'élèves assistaient au convoi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rigal, de Gaillac, qui a succombé vendredi dernier, après de longues et cruelles souffrances.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 129. — JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 2 ET SAMEDI 4 NOVEMBRE 1865. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 NOVEMBRE 1865.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ.

La Faculté de médecine a rouvert ses portes aujourd'hui, 3 novembre, conformément à l'ancienne tradition avec laquelle on avait eu le tort de rompre pendant quelques années.

M. Tardieu a ouvert la séance par une de ces excellentes allocutions dont il a le bon esprit de conserver l'usage, et qui ont ce double avantage d'exposer la situation de la Faculté, de faire connaître aux élèves leurs progrès, et de leur montrer, par ce qu'ils ont fait déjà, ce qui leur reste à faire pour atteindre avec succès le terme de leurs études.

Cette année, indépendamment du texte habituel de ces sortes d'allocutions, M. Tardieu avait à entretenir l'assemblée de plusieurs circonstances passées ou actuelles qui ne pouvaient manquer de l'intéresser. Il avait à signaler d'abord les résultats des tentatives faites l'année dernière, grâce au concours empressé des agrégés, pour élargir le cadre de l'enseignement. Ces résultats ont été assez satisfaisants pour que M. Tardieu ait cru devoir nous faire espérer que pareille tentative sera renouvelée cette année-ci.

L'état sanitaire actuel de Paris ne pouvait ne pas appeler un instant l'attention du doyen, ne fût-ce qu'au point de vue des intérêts de l'enseignement et des travaux pratiques de l'École. Il a pu, grâce à la décroissauce rapide de l'épidémie, annoncer que les travaux anatomiques pourraient être repris à dater du 15 de ce mois.

M. Tardieu n'a pas laissé échapper cette occasion d'applaudir du haut de la tribune à l'éclatante distinction qui est venue récompenser le corps des internes tout entier, cette élite de nos écoles, dans la personne des deux plus méritants d'entre eux. Les applaudissements unanimes de l'assemblée ont accueilli cette fin heureuse d'une allocution souvent interrompue par les témoignages de satisfaction.

M. Laugier a eu la parole ensuite pour lire le discours d'usage. L'orateur a choisi pour sujet de son discours l'éloge historique de J. Louis Petit.

M. le professeur Bouchardat a proclamé la liste des lauréats.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner de premier grand prix, ni les deux autres premiers prix.

1er *second prix*. — M. Pelvet. — 2e *second prix*. — M. Paquet.

Mentions honorables. — MM. Hemey et Lemattre.

PRIX CORVISART. — M. Liouville, interne provisoire des hôpitaux.

PRIX MONTYON. — La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix.

PRIX BARBIER. — Pas de prix ; une somme de 1,000 francs à titre d'encouragement à M. le docteur Duplay.

PRIX CHATEAUVILLARD. — *Prix* de la valeur de 1,500 francs décerné à M. le docteur Jaccoud, agrégé stagiaire.

Récompense de 500 francs accordée à M. le directeur Luys, médecin des hôpitaux.

Mention honorable. — M. Paul Topinard.

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — Nous publierons, dans notre premier numéro, le nom des auteurs de thèses couronnées.

Dr Brochin.

Son Exc. M. le ministre de l'intérieur s'est rendu le 30 octobre à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Beaujon.

En exécution des ordres de l'Empereur, M. le ministre a annoncé que Sa Majesté avait été vivement touchée, lors de la visite qu'elle a daigné faire personnellement dans les hôpitaux, du zèle infatigable avec lequel les internes attachés au service des cholériques avaient rempli leur mission. Son Excellence a ajouté que l'Empereur, voulant récompenser le corps tout entier dans la personne de deux de ses membres qui se sont particulièrement signalés, avait daigné nommer chevaliers de la Légion d'honneur M. Legros, interne à l'Hôtel-Dieu, et M. Lelion, interne à l'hôpital Beaujon.

Conformément aux intentions de Sa Majesté, M. le ministre de l'intérieur a remis la croix à MM. Legros et Lelion dans la salle des cholériques, c'est-à-dire dans le lieu même qui a été témoin de leur courageux dévouement.

Le corps médical tout entier applaudira à cet acte de délicate justice. Nous sommes heureux, pour notre part, de nous associer pleinement à ce sentiment, et nous en adressons nos sincères compliments à nos jeunes confrères.

Séance de l'Académie de médecine.

Un bon averti en vaut deux, dit-on. Nous n'oserions pas nous flatter que nos observations sur le silence de l'Académie, à l'endroit du choléra, aient eu cette bonne fortune de le lui faire rompre à si court délai. Mais il nous sera permis de croire, du moins, qu'elles n'auront pas été peut-être tout à fait étrangères à cette détermination. Toujours est-il que l'Académie, ou plutôt, pour parler sans métonymie, son rapporteur, M. Briquet, a ouvert la bouche.

Mais n'allez pas trop vous flatter à votre tour, chers lecteurs, qu'on vous serve des primeurs. Vous croyez peut-être que c'est de l'épidémie actuelle que l'Académie va vous entretenir? point. Ce sera, du moins, de la dernière, de celle de 1854? pas davantage. C'est de l'épidémie de 1849 qu'on va vous faire l'histoire. Et, pour que cette date elle-même ne vous paraisse pas par trop rétrospective, on sautera par-dessus les épidémies de 1832, 1830, 1828 et leur aînées immédiates, pour remonter à la source même et à l'origine des premières épidémies cholériques de l'Inde.

C'est, en effet, *ab ovo* que M. Briquet prend la question du choléra. Nous sommes assurément bien éloignés de lui en faire un grief. Ce début nous annonce, au contraire, un travail sérieux et complet sur la matière, dont nous sommes tout disposés d'avance à lui savoir gré. Nous n'en sommes que sur le choix du moment. Pourquoi pas avant, ou pourquoi pas après? Et pourquoi ne pas s'occuper maintenant de ce qui préoccupe tous les esprits? Nos réflexions de jeudi dernier subsistent donc tout entières. Ce qui ne nous empêchera pas d'écouter avec beaucoup d'intérêt la suite du rapport dont nous publierons des extraits ou un résumé, lorsque la lecture en sera terminée.

Dr Brochin.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Maladies régnantes du mois de septembre. — Choléra.

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, la Commission des maladies régnantes, par l'organe de son rapporteur, M. Gallard, a présenté son rapport mensuel sur les maladies du mois de septembre. De l'aveu du rapporteur, la Commission, qui reçoit d'habitude de nombreuses communications, tant des membres de la Société que de l'administration, s'est trouvée cette fois à peu près complétement dépourvue. Cette particularité, au moins singulière, s'explique, ainsi que l'a fait remarquer le rapporteur, par cette circonstance que, préoccupés exclusivement du choléra, les membres de la Société ont négligé de tenir compte des autres maladies, et que, pour ce qui regarde le choléra lui-même, ils ont trouvé plus court de faire leurs communications directement à la Société, au lieu de les faire passer par la Commission.

Quoi qu'il en soit, voici l'énoncé très-concis des faits exposés dans le rapport, faits connus déjà pour la plupart de nos lecteurs, mais que nous ne croyons pas moins utile de reproduire, à cause du caractère semi-officiel que leur donne leur provenance.

C'est dans la journée du 22 septembre, dit le rapporteur, que le choléra a commencé à se montrer d'une façon véritablement alarmante à l'hôpital Lariboisière, et, depuis, il n'a cessé de faire de nouvelles victimes, concentrant d'abord son action sur les habitants des 17e et 18e arrondissements, parmi lesquels se recrutent surtout les malades des hôpitaux Beaujon et Lariboisière. Ce n'est que plus tard qu'il s'est étendu à d'autres quartiers, et, depuis deux ou trois jours seulement, l'Hôtel-Dieu et Saint-Antoine reçoivent, à leur tour, une grande proportion de cholériques, tandis que, dans les autres hôpitaux, ils n'arrivent qu'en très-petit nombre. Les établissements qui, jusqu'ici, ont été le plus épargnés, sont : la Pitié, Cochin, la Salpêtrière et Bicêtre (1).

La Commission, regrettant de n'avoir pu donner, jour par jour, les chiffres officiels des entrées et des décès relevés dans chaque hôpital, exprime l'espoir que les renseignements individuels, fournis par chacun des membres qui sont chargés du service des cholériques dans les divers hôpitaux de Paris, viendront combler cette lacune et suppléer à la pénurie des documents qui lui sont parvenus. Considérant comme de son devoir, dans les circonstances présentes, d'étendre ses recherches jusqu'à ces derniers jours et de parler de tous les faits parvenus à sa connaissance, même des plus récemment observés, la Commission fait un appel à chacun des membres de la Société, les priant de lui envoyer une petite note toutes les semaines, et s'engageant à son tour à présenter, au commencement de toutes les séances, tant ordinaires qu'extraordinaires, un résumé abrégé de la situation sanitaire.

(1) On sait que, depuis la date à laquelle remonte le rapport, la Pitié et l'hôpital Saint-Antoine sont devenus, à leur tour, le siége principal de l'épidémie.

Pour en revenir au mois de septembre, le rapport signale ce fait : Que, alors même que le choléra sévissait avec une certaine intensité, d'autres maladies épidémiques, notamment la variole et la fièvre typhoïde, régnaient simultanément et dans les mêmes hôpitaux. Ainsi, sans parler des cas de variole et de fièvre typhoïde que le rapporteur lui-même a vus à la Pitié, où le choléra n'avait pour ainsi dire pas encore paru avant le mois d'octobre, à Beaujon, M. Gubler attirait l'attention sur la concomitance d'un certain nombre de cas de ces deux maladies avec le choléra qui avait déjà frappé, et d'une façon grave, plusieurs individus. Semblable remarque a été faite à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vigla, et dans celui de M. Bucquoy, remplaçant M. Grisolle. De même, à la Maison de santé, M. Bourdon observait encore des varioles et des fièvres typhoïdes, alors que le nombre des cas de choléra se multipliait tout près de là, à l'hôpital Lariboisière. Outre les varioles et les fièvres typhoïdes dont il vient d'être parlé, on a observé aussi un certain nombre de cas de rhumatismes, et principalement de douleurs névralgiques à forme rhumatismale (1).

Pour ce qui concerne les autres maladies, le croup a continué à se montrer dans les services d'enfants. M. A. Voisin, à Bicêtre, en a vu 3 cas, dont 2 opérés ont succombé; le troisième, traité par les cautérisations au nitrate d'argent, a guéri. A l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Archambault a été plus heureux; dans le service de M. Bergeron, il a obtenu 5 guérisons sur 7 trachéotomies.

Situation actuelle des hôpitaux.

La situation des hôpitaux pour la semaine dernière et le commencement de celle-ci se résume comme pour la semaine précédente par une diminution générale dans le nombre total des malades et des décès. C'est toujours sur les entrées du dehors que porte la diminution. Les invasions dans l'intérieur continuent, au contraire, à être relativement plus élevées. Nous ne connaissons pas exactement la proportion des unes et des autres pour la semaine qui vient de s'écouler. Voici quelle était cette proportion pour la semaine précédente.

Pour six jours (du 18 au 24), le nombre des malades admis du dehors dans tous les hôpitaux de Paris s'élevait à 393; c'était une diminution de près de 300 sur le chiffre des admissions de la semaine d'avant. Quant aux cas déclarés dans l'intérieur, voici quelle a été leur gradation croissante :

Dans le cours de la semaine d'avant, il y avait eu 25 cas seulement dans les salles. Dans les six jours compris du 18 au 24, il y en a eu 139.

Quelques établissements ont eu, plus particulièrement, à souffrir de cette augmentation des invasions intérieures. Tels sont, entre autres, l'hôpital de la Charité, la Maison municipale de santé, Lariboisière. Ces invasions intérieures ont été généralement graves et quelques-unes promptement mortelles. Presque tous les chefs de service ont fait la même remarque à cet égard. C'est cette circonstance, sans doute, qui a contribué à augmenter la proportion de la mortalité, par rapport aux invasions nouvelles. Le chiffre des décès a été considérable, en effet, dans ce laps de temps, relativement à celui des admissions. Ainsi, pour le chiffre total de 532 invasions, représentant les admissions du dehors et les invasions intérieures, il y a eu 340 morts; tandis que dans le cours de la semaine précédente, il y avait eu 422 morts pour 847 cas.

Les cas intérieurs ont frappé plus particulièrement sur des sujets atteints de fièvres éruptives, de variole principalement, sur des femmes récemment accouchées ou nourrices, et sur des convalescents de rhumatisme articulaire.

Voici les chiffres de décès que nous avons recueillis depuis samedi dernier :

Le 20, 209; le 21, 200; le 22, 213; le 23, 185; le 24, 160; le 25, 153; le 26, 152; le 27, 118; le 28, 104; le 29, 91.

On peut donc juger, par ces chiffres, la dégradation assez ra-

(1) On se rappelle que nous avons fait remarquer déjà cette circonstance et que nous en avons déduit même le caractère de bénignité probable de l'épidémie.

pide de la maladie. La plus grande préoccupation, en ce moment, doit se porter sur l'état intérieur des hôpitaux. Cette circonstance de l'augmentation des invasions intérieures, pendant que le nombre des admissions du dehors décroît régulièrement, mérite, en effet, une sérieuse attention.

— Les nouvelles les plus récentes du midi confirment la disparition presque complète de la maladie dans presque toutes les localités qui en ont été frappées, et nous n'avons pas appris depuis qu'il y ait eu de nouvelles localités envahies. Notre ami, M. le docteur de Valcourt, qui a parcouru plusieurs localités du midi avant d'aller se fixer, pour la saison d'hiver, à Cannes, nous écrit de cette ville pour nous informer que l'état sanitaire y est parfait. Il résulte d'un relevé de la mortalité pour la période comprise entre le 2 septembre et le 23 octobre, que le chiffre des décès pour cette période est inférieur à la moyenne pour les périodes équivalentes des années précédentes.

— Nous reprendrons, dans la revue prochaine, la suite de l'exposition du traitement mis en usage dans les hôpitaux.

Corps étrangers et calculs de l'utérus.

Lorsque nous étions interne dans le service de M. le professeur Nélaton, notre maître, nous a parlé d'une malade qui, par une de ces fantaisies singulières comme en ont les femmes, s'introduisait des cailloux dans l'utérus. Il nous a dit que, pris d'abord pour des calculs de l'utérus, cette maladie avait été considérée comme une exception. Mais, M. Nélaton, soupçonnant quelque simulation, eu égard au nombre assez considérable de calculs que la malade disait avoir rendu, a confirmé son diagnostic en analysant une pierre qu'il avait voulu extraire lui-même. En compulsant les livres scientifiques, en effet, on trouve que la défiance de M. Nélaton était justifiée.

On a trouvé jusqu'ici, dans l'utérus, des concrétions tophacées, des concrétions calculeuses d'un genre voisin des calculs prostatiques; des concrétions osseuses, sans doute nées aux dépens des tumeurs fibreuses, constituant ce que l'on peut appeler les calculs de l'utérus.

A côté de ces concrétions nées dans l'utérus, il en est d'autres qui sont des vestiges de grossesse, vraie ou fausse, des calculs venus des voies urinaires, et enfin des concrétions formées autour de corps étrangers; on connaît une grossesse, arrêtée dans son développement, réduite à une enveloppe ossifiée contenant des débris de fœtus (Velpeau), des fœtus pétrifiés (J. Bérovicius, Morand), une mole ossifiée (Boivin et Dugès).

M. Huguier a rapporté un cas de calcul urinaire du col de l'utérus chez une femme atteinte de fistule vésico-utérine.

Brugnatelli, cité par M. Huguier (1), rapporte le cas d'un os de poulet trouvé incrusté dans l'utérus par des matières provenant des sécrétions utérines modifiées. Lisfranc dit avoir observé une femme chez laquelle un fragment de sonde, brisé dans l'utérus, était devenu le noyau d'un calcul. Il a signalé aussi un fait où un fragment de roseau, enfermé dans l'utérus, avait été aussi le point de départ d'un calcul de l'utérus.

Louis a lu, à l'Académie de chirurgie, un mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice où il disait que le toucher avec le doigt et l'exploration avec une sonde sont des moyens décisifs pour reconnaître les calculs de l'utérus, et il pensait que, si un stylet introduit par l'orifice de la matrice glissait facilement entre la pierre et les parois de cet organe, si cette pierre n'était pas d'un volume démesuré et si la matrice n'avait aucune disposition carcinomateuse, on pouvait tenter une opération.

M. Huguier, auquel nous empruntons ces détails, ajoute : quand la sonde utérine a donné une notion précise sur la disposition et la densité du corps, « il serait facile d'en débarrasser l'utérus avec une sonde-curette et des injections intra-utérines, sans oublier qu'avec la sonde dilatatrice il serait facile de juger si l'étendue des orifices du col est en rapport avec le volume du calcul, de manière que l'on puisse en tenter l'extraction d'emblée, sans le morceler ou l'extraire après l'avoir préalablement brisé, ou après avoir agrandi l'ouverture de la matrice par la dilatation ou le débridement. »

A l'appui de la proposition, M. Huguier cite un fait. Après avoir reconnu la présence d'un calcul avec la sonde utérine, il a agrandi l'orifice du col avec la sonde dilatatrice et a extrait le corps étranger avec une pince à polype. Dans ce cas, il s'agissait d'une concrétion formée aux dépens d'un corps fibreux.

A l'occasion des concrétions de l'utérus, M. Huguier ajoute dans son livre une page intéressante pour le diagnostic différentiel. Voici ce qu'il dit : « Pendant que nous nous occupons des corps étrangers de l'organe gestateur et surtout des concrétions calcaires et osseuses qui peuvent se rencontrer dans sa cavité, disons que la surface interne de ses parois peut elle-même être le siége, dans des cas extrêmement rares, d'ossifications partielles ou générales. A. Louis dit que Mayr trouva un utérus du volume d'une boule à jouer aux quilles, dont les parois étaient entièrement ossifiées (A. Louis, *Mém. acad. de chir.*, t. II). Verdier et La Fitte ont chacun observé un cas semblable (Lieutaud, *Historia anat. méd.*, 1767). Le moyen de diagnostic le plus sûr est certainement la sonde utérine.

A ceux qui nous objecteraient que, dans ces affections, le diagnostic est peu important, puisque l'art est impuissant contre elles, nous répondrons que le diagnostic sera utile en faisant exclure l'idée d'une affection plus fâcheuse et en empêchant d'avoir recours à une médication inutile, quelquefois dangereuse. »

(1) *De l'hystérotomie.* Paris 1865.

TRAITEMENT DU CHOLÉRA

période algide,

Par M. le docteur LEBLED (de Rochecorbon).

J'ai lu dernièrement dans votre excellent journal un article du docteur Brochin sur le choléra. Cet article m'a frappé. Ce n'est pas, en effet, le moment de discuter sur la nature et l'essence du choléra, mais bien de rechercher les meilleurs moyens préventifs et curatifs. A ce sujet, permettez-moi de vous parler d'un moyen qui m'a paru agir dans plusieurs cas de choléra asiatique à la dernière période d'une manière si efficace et si rapide, que j'ai cru assister à une véritable résurrection. Voici les faits que je vous laisse à juger.

En 1849, pendant l'épidémie du choléra qui emportait en quelques jours presque tous les habitants du pénitencier de Tours, j'eus un grand nombre de dyssenteries, beaucoup de cholérines, et seulement six cas de choléra dont deux furent emportés en quelques heures. Le symptôme qui me frappa le plus, chez tous ces malades, c'est la tendance au refroidissement. Le premier qui fut pris du choléra est un homme de soixante ans, atteint depuis quelques jours d'une légère diarrhée qu'il négligeait. Les vomissements blancs et les selles blanches, accompagnées de crampes, commencèrent à sept heures du matin; je fus appelé à neuf heures, et je le voyais mourir à onze heures, cyanosé et froid comme un cadavre, malgré les sinapismes, les frictions, les couvertures de laine chauffées et renouvelées, le rhum, l'eau-de-vie, le laudanum, etc. Le second est un jeune homme de dix-neuf ans, sorti du pénitencier la veille avec un commencement de diarrhée. Il fut pris de vomissements et de diarrhée blanche avec crampes à six heures du matin, après avoir pris le vin blanc, et mourait à midi, bleu et froid comme le précédent, sans avoir pu être réchauffé, malgré l'emploi énergique des moyens ci-dessus.

Le troisième cas frappa sur un homme de soixante-quatre ans, atteint depuis quatre ou cinq jours d'une dyssenterie assez grave. Il s'était senti froid dans la nuit et était pris de tous les symptômes du choléra à dix heures du matin. Je le voyais à midi; il était froid, ne conservait plus aucune boisson ou la sentait descendre rapidement dans son ventre; ses selles, de sanglantes qu'elles étaient, étaient devenues blanches comme de l'eau de riz. Les crampes étaient violentes, et la peau ridée, froide et gluante, commençait à noircir. Tous mes efforts échouaient pour le réchauffer et lui faire garder les potions au thé, au rhum, etc. Il froidissait et noircissait de plus en plus; et je venais de déclarer à la famille qu'il allait mourir, lorsqu'en m'approchant du feu, je mis le pied sur une pile de briques qui servait de chenets et qui s'écroula. Je voulus en relever une et je me brûlai fortement. Cela me donna l'idée subite de me servir de ces briques pour réchauffer mon malade. J'en enveloppai une douzaine avec des torchons et je les plaçai de champ tout le long du corps, six de chaque côté, appuyées sur la couverture de laine chauffée qui l'entourait sans pouvoir le réchauffer, et j'attendis. Au bout de dix minutes, le malade disait que ses crampes diminuaient; les vomissements ne se renouvelaient pas. Au bout d'une demi-heure, il avait chaud, disait-il, mais n'avait plus de crampes, plus de coliques, plus de vomissements. Il gardait une tasse de thé avec addition de 12 gouttes de laudanum. Au bout de deux heures, il s'endormait profondément en suant à chaud. J'enlevai une partie des briques, n'en laissant que quelques-unes à plat dans son lit pour maintenir la chaleur; et, ce qu'il y a de plus curieux, c'est que la dyssenterie ne reparaissait plus, et qu'il entrait en convalescence au bout de quelques jours.

Je me promis bien d'employer d'emblée ce moyen dans les nouveaux cas de choléra qui se présenteraient à moi. En effet, dans la même épidémie, je l'employai trois fois encore, mais au début, et les malades étaient si rapidement réchauffés qu'ils n'arrivaient pas à la cyanose et se rétablissaient presque en quelques heures. Depuis, je n'eus plus de cas de choléra dans ma clientèle, mais je mis ce moyen de chauffage en pratique sur un de mes confrères du voisinage, M. Besnardeau, médecin à Monnaie, arrivé à la dernière période du choléra.

M. Besnardeau est un homme robuste, qui approchait alors de la soixantaine, je crois. Il avait beaucoup de malades et se fatiguait beaucoup. Il négligea une petite diarrhée qu'il n'avait pas le temps de soigner, disait-il, et fut pris de vomissements à onze heures du soir. Il crut d'abord que c'était une indigestion; mais, à deux heures du matin, il reconnaissait tous les signes du choléra. C'est un homme énergique, il ne se laissa pas abattre et ordonna lui-même le traitement. Thé, rhum, laudanum, sinapismes, frictions, couvertures nombreuses et souvent réchauffées, etc. ; tout échouait et le mal empirait. A six heures et demie, mon confrère me faisait appeler. J'arrivais à huit heures, et il me disait : Vous arrivez trop tard, je suis un homme perdu. Je suis glacé, j'ai des crampes horribles, je vomis constamment de l'eau blanche, je ne garde plus rien, ou cela passe comme dans un tube inerte; je vous vois à peine, je vous entends comme si vous me parliez de loin, et, comme vous voyez, je ne peux presque plus parler, même bas. Je cherchai son pouls, que je ne trouvai pas à la radiale; sa peau était parcheminée, froide, gluante et toute cyanosée; la langue même était froide. Vous voyez bien, me dit-il, je suis un homme mort. J'en ai perdu deux la semaine dernière; ils n'étaient pas plus malades que moi au moment de leur mort. — Eh bien! lui dis-je, nous allons voir, avez-vous des briques ici? — Oui. — Qu'on m'en apporte une vingtaine. — Je les mets dans un grand feu préparé d'avance. Au bout de quelques minutes, elles étaient assez chaudes pour brûler les torchons dont je les enveloppais. J'en plaçai douze le long du corps et deux aux pieds appuyées sur la couverture qui le préservait du contact trop immédiat de la brique; le tout recouvert de deux autres couvertures, et j'attendais. Et j'assistais à une véritable résurrection. En effet, à mesure que le malade se réchauffait, je voyais successivement disparaître tous les symptômes du choléra. Au bout de quelques minutes, plus de crampes, plus de vomissements. Une tasse de thé chaud avec douze gouttes de laudanum était gardée et absorbée. Au bout de deux heures, le malade s'endormait profondément en pleine réaction avec sueur chaude et face colorée. J'ôtais les briques, n'en laissant que quelques-unes pour maintenir la moiteur, et je le quittais pour aller voir quelques-uns de ses malades qui l'attendaient avec impatience. Deux heures après, à midi, je rentrais chez lui et le trouvais assis dans son lit et m'affirmant qu'il mangerait bien une côtelette.

Voilà des faits que je vous livre sans commentaires.

J'ai vu dans l'épidémie de 1832, à Paris, un grand nombre de cholériques. Presque tous ceux qui mouraient étaient froids comme des cadavres. Ce symptôme, qu'il soit cause ou effet, est certainement le plus redoutable, puisqu'il précède toujours la mort.

J'ai la certitude qu'on pourra toujours le combattre victorieusement et rapidement avec des briques chauffées au feu, ou, à défaut de briques, avec des tuiles ou même des carreaux de terre cuite qui, dans beaucoup de maisons, servent à paver les appartements. Et j'ai toujours vu qu'un malade réchauffé était à moitié guéri, quel que fût le traitement employé. Les autres moyens employés dans ce but, tels que les frictions, les sinapismes, le rhum, l'eau-de-vie, etc., n'apportent pas de chaleur au malade et ne peuvent en provoquer que s'il reste encore beaucoup de vitalité. Les autres moyens de chauffage sont ou insuffisants ou d'une application difficile. La terre cuite se trouve partout, absorbe et transmet rapidement une grande quantité de calorique qu'elle conserve assez longtemps. Je crois que ce moyen doit toujours rendre de très-grands services. Dans les cas légers, il amène un prompt rétablissement; dans les cas graves, je lui ai vu opérer presque deux miracles, comme vous voyez plus haut. Ces faits, insérés dans votre journal, pourront servir d'indication à vos lecteurs et leur rendre service.

DU SOUFFLE EN JET DE VAPEUR DE LA POINTE

comme signe de l'insuffisance mitrale,

Par M. le docteur P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique.

Dire que le souffle de la pointe au premier temps est le signe de l'insuffisance mitrale et non du rétrécissement mitral semblera une banalité inutile à répéter, et cependant il m'a paru nécessaire d'affirmer encore la vérité de cette formule banale classique acceptée de tous, que chacun écrit dans son livre, que chacun professe, que nul n'accepte au lit du malade. Combien de fois ne voyons-nous pas, sur la simple audition d'un souffle au premier temps à la pointe, par une fantaisie que nous ne comprenons pas, diagnostiquer un rétrécissement mitral? Combien de fois une lésion du péricarde, un rétrécissement aortique? Donner au rétrécissement mitral et à l'insuffisance mitrale le même signe stéthoscopique, c'est en vérité nier la valeur de l'auscultation qui ne saurait pas distinguer des états aussi différents.

Je ne puis assez m'élever contre une pareille erreur à la propagation de laquelle Beau, plus que tout autre, a contribué, mais qui a été entretenue par les ennemis les plus décidés de cet auteur.

La comparaison de l'insuffisance aortique avec l'insuffisance mitrale peut nous éclairer dans nos recherches. L'étude de l'insuffisance aortique est facile : le souffle est net, franc; la lésion est de son côté évidente, indiscutable. Si j'entends au niveau de l'orifice aortique au second temps un souffle; si, à l'autopsie, versant de l'eau dans l'aorte, je vois l'eau filtrer entre les sigmoïdes, l'intervalle qu'elles laissent entre elles ne fût-il que de la largeur d'une tête d'épingle; si, plaçant le cœur, l'aorte en bas, dans un vase plein d'eau, l'élevant et l'abaissant alternativement, je vois du côté du ventricule l'eau refluer entre les sigmoïdes, l'intervalle fût-il minime, n'ai-je pas le droit de dire que le souffle que j'ai entendu dépendait d'une insuffisance aortique, et qu'il n'est pas nécessaire que l'insuffisance aortique soit considérable pour donner naissance à un souffle? Appliquant ces données à l'insuffisance mitrale, j'ai entendu à la pointe au premier temps un souffle. A l'autopsie, je place dans un vase plein d'eau le cœur, que je soulève et abaisse alternativement; je regarde la face auriculaire de la mitrale, et je vois l'eau refluer à travers un intervalle que laissent entre elles les lames de la valvule incomplétement adossées. N'ai-je pas le droit de conclure à une insuffisance mitrale, bien que la valvule ne soit pas largement désorganisée? Sans doute l'épreuve n'est pas toujours convaincante, sans doute il a pu exister pendant la vie des insuffisances par dilatation dont nous ne retrouverons pas la trace après la mort, mais nous serons arrivé à nous convaincre que, de même que pour l'insuffisance aortique, une lésion considérable n'est pas nécessaire pour que l'orifice mitral devienne insuffisant, et l'insuffisance mitrale reprend dès lors toute sa prépondérance.

Le souffle de la pointe, souffle de l'insuffisance mitrale, souffle en jet de vapeur, est remarquable, singulier, bizarre : il prend toutes les formes, depuis la plus douce, la plus moelleuse, la plus muette, pour ainsi dire, jusqu'à la plus bruyante, la plus aiguë, la plus piaulante; il semble s'attacher à cacher son origine; il semble placé en dehors du cœur; on croirait qu'il se passe dans la cavité du péricarde tant il est superficiel sous l'oreille; il semble n'avoir rien de commun avec les claquements; il a un temps à lui; il n'est pas fermé par un claquement comme le souffle aortique; il est long, très-long; parfois il est si bruyant, si éclatant qu'il absorbe tout autour de lui; il règne en maître, il écrase de sa puissance le bruit que fait le rétrécissement mitral; il nous assourdit, et nous ne cherchons plus rien après lui; parfois il est si doux, si modeste qu'on l'oublie; tantôt il s'étale sur tout le cœur, il s'impose à l'oreille où qu'elle se mette; tantôt, relégué à l'extrême pointe, il faut le chercher presque en dehors du cœur. Il a un rhythme à lui. Il a la même forme que le souffle de l'insuffisance aortique, parce qu'il se produit dans les mêmes conditions; le ventricule dans l'insuffisance mitrale ne trouve pas du côté de la bicuspide où la porte est ouverte le même obstacle que du côté de l'aorte où il lui faut soulever les sigmoïdes et la colonne de sang qui presse sur elles; ce sang s'engage donc de suite dans l'oreillette aussitôt que le ventricule commence à se contracter, le ventricule échappe pour ainsi dire. De même pour l'insuffisance aortique : l'artère pleine, aussitôt qu'elle commence à se contracter, a perdu le point d'appui que lui offraient les sigmoïdes, et le souffle prend dès le début la même intensité qu'il aura à la fin. En est-il ainsi dans la chlorose,

dans le rétrécissement aortique? Dans la chlorose, les orifices sont sains, le ventricule fait effort contre les sigmoïdes et le sang; et le bruit suit la marche de cet effort.

Je n'admets pas que le rhythme puisse être le même pour l'insuffisance mitrale et la chlorose, et qu'il ne soit pas facile de distinguer les deux lésions. On a donné comme signe distinctif la production du bruit à la pointe pour l'un, à la base pour l'autre; je n'ai jamais été frappé, pour ma part, de l'absence du souffle chlorotique à la pointe où il me semble aussi fort qu'à l'orifice artériel.

Le souffle du rétrécissement aortique différera-t-il du souffle mitral? Oui. Le rétrécissement s'accompagnera d'insuffisance ou existera seul. S'il existe seul, le ventricule sera condamné au même effort que dans la chlorose, et le souffle n'aura pas la même instantanéité que le souffle mitral. S'il existe, doublé de l'insuffisance aortique, le ventricule trouvera la voie ouverte, puisque l'orifice ne ferme pas, et les conditions de l'insuffisance mitrale se retrouveront; le souffle subit, instantané, se produira, et nous ne pourrons plus distinguer le souffle du rétrécissement aortique et du souffle mitral; mais alors nous aurons un double souffle, tandis que le souffle mitral est simple.

Le souffle de l'insuffisance tricuspide diffère-t-il du souffle mitral? Nous le croyons. Et d'abord, il n'occupe pas la même place; mais, de plus, nous pensons qu'il ne prend pas la même intensité en raison des conditions différentes où se trouvent l'oreillette droite et l'oreillette gauche, à moins que l'insuffisance ne soit considérable et que le ventricule droit ne soit hypertrophié.

Avec quelle lésion serons-nous donc exposé à confondre l'insuffisance mitrale? Avec une altération du péricarde? Nous ne le pensons pas. La péricardite donne naissance à des frottements qui peuvent prendre la forme du souffle, mais le souffle n'a pas la même apparence; il s'étale inégalement, il s'accompagne de froissements. Quant aux plaques laiteuses, si elles donnaient naissance à des souffles, presque tous les cœurs souffleraient, car peu d'entre eux sont sans taches.

M. Bouillaud, notre vénéré maître, a toujours attaché la plus grande importance au rhythme des mouvements du cœur dont il constate par la main les infinies variations.

Le timbre du bruit nous semble avoir bien moins de valeur. L'état seul du sang peut le modifier profondément, et lui donner la forme piaulante. Mais le piaulement peut aussi dépendre de la petitesse de l'orifice, et souvent nous le constatons lorsque les phénomènes généraux sont le moins graves. Le piaulement est une des formes du souffle les plus rassurantes.

Chez un nommé D..., âgé de vingt-deux ans, qui est mort du choléra, à la Charité, le 23 octobre 1865, nous avions constaté à la pointe au premier temps un souffle aigu, piaulant, qui ne se développait que toutes les deux ou trois pulsations avec un pouls régulier, assez développé, et nous trouvâmes à l'autopsie une altération légère de la mitrale; mais, en plongeant le cœur dans l'eau, l'élevant et l'abaissant alternativement, nous vîmes que la valvule donnait passage à l'eau par un orifice de la largeur d'une grosse tête d'épingle. L'insuffisance fut évidente pour tout le monde.

La surface de frottement ne modifie le timbre du bruit que d'une façon insignifiante, et surtout ne donne jamais naissance à un souffle, *à moins* de donner le nom de souffle à toute modification, quelque faible qu'elle soit, des bruits. Je ne conteste pas qu'une valvule ossifiée ne vibre et ne claque autrement qu'une valvule saine; le bruit devient sonore, métallique; mais je rappelle qu'une aorte peut être dégénérée dans toute son étendue sans qu'il en résulte un bruit anormal bien important. On a diminué beaucoup trop la part de l'insuffisance mitrale pour augmenter démesurément l'influence des surfaces sur la production des souffles.

D'un autre côté, on a beaucoup trop insisté comme diagnostic sur la rudessse ou la douceur du souffle. Que faut-il entendre par bruit rude et bruit doux?

En vérité, nous nous y perdons. Pour nous, le type du bruit rude est celui du rétrécissement mitral, qui est un bruit de rouet, de grondement, de roulement, et ici le timbre du bruit a une importance capitale. Mais vouloir distinguer le bruit chlorotique à sa douceur nous semble un leurre, en ce que le plus souvent il est ronflant, je dirai rude, tandis que le souffle de l'insuffisance mitrale est très-souvent doux et devient sifflant, aigu, intense, mais n'est jamais rude.

Pour nous, la rudesse existe dans les frottements péricardiques, dans le bruit d'étrille de l'aorte, mais non dans le souffle de l'insuffisance mitrale.

Il nous semble donc erroné de vouloir distinguer les bruits organiques des bruits chlorotiques par leur douceur ou leur rudesse.

Pour Hopp, les insuffisances mitrales, qui souvent sont assez légères pour ne pas diminuer la force du pouls, donnent fréquemment naissance à un souffle très-doux, qui peut être fort en même temps, car douceur et force peuvent se rencontrer.

Je reviens au but de mon article, qui est de montrer que le souffle du premier temps à la pointe ne peut signifier qu'une chose, l'existence d'une insuffisance mitrale, et surtout que, sous peine d'erreurs continuelles et décourageantes, il ne peut servir à diagnostiquer le rétrécissement mitral. Je n'en donnerai qu'un seul exemple.

J'ai fait avec mon ami le docteur Peter, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie d'un malade que j'avais eu l'occasion d'examiner. L'autopsie vérifia notre diagnostic.

C..., âgé de soixante ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Agnès, 17.

Souffle intense au premier temps, prolongé, existant sur une grande surface, ayant son maximum à la pointe, s'engageant affaibli dans l'aorte, se propageant le long du bord gauche et du bord inférieur du cœur jusqu'au bas du sternum, s'entendant très-fort à gauche, se retrouvant en arrière; souffle en jet de vapeur, d'une seule venue, aigu, parfois piaulant. Rien de notable au second temps.

Autopsie, 8 juillet 1865.

Cœur gros, très-gros, dilaté dans toutes ses parties, oreillettes et ventricules; parois peu épaisses. Tricuspide blanche, épaisse, peut-être insuffisante pendant la vie, semblant toutefois bien jouer sous l'eau. Rien à l'artère pulmonaire. Bicuspide fibreuse, épaisse, insuffisante sous l'eau. Aorte et orifice aortique normaux.

M. Peter reconnut qu'il n'y avait aucun degré du rétrécissement supposé à l'orifice mitral.

HERNIE IRRÉDUCTIBLE

Passagèrement traitée par l'infusion de café,

Par le docteur Fontaine (de Brienon).

C..., boulanger-aubergiste d'un village voisin (cinquante ans passés), porte depuis sa naissance une petite hernie qui ne l'a jamais fait souffrir; il n'a jamais fait usage d'un moyen contentif. Le matin, en déjeunant, sa hernie, dit-il, grossit un peu, et il la fait rentrer comme d'habitude quand elle le gêne. Vers onze heures, il monte en voiture et vient au marché; en route, la hernie reparaît; mais, cette fois, elle résiste, et dès lors surviennent des douleurs qui ne cessent d'augmenter, et aussi la grosseur de la tumeur. A quatre heures, celle-ci, habituellement du volume d'une noix, a acquis celui d'une forte tête d'enfant; je ne puis la saisir avec mes deux mains, et les efforts du taxis sont difficiles; ils n'amènent d'ailleurs aucun résultat, si ce n'est une augmentation du volume et une douleur intolérable. C... a déjà eu trois vomissements, sa peau froide se couvre de sueurs, l'anxiété est considérable, et je me crois à la veille de pratiquer une opération grave. En attendant l'arrivée d'un confrère, je fais commencer l'emploi du café que le malade absorbe, sans le vomir, à la dose d'une demi-tasse chaque quinze minutes. A la douzième, C... souffre moins, je le trouve reposant sur le côté gauche, sa tumeur est ramollie, et le moindre effort de taxis en amène la réduction; aussitôt j'applique un bandage, et, dans l'heure qui suit, le malade monte en voiture et arrive joyeux chez lui. Hier, C... a repris son travail habituel, mais il portera toujours un bandage.

— L'infusion de café noir a eu dans cette circonstance une action sédative et calmante, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'une grosse hernie (le volume d'une tête d'enfant) irréductible seulement depuis peu de temps, et que, pendant le temps où le malade prenait le café noir, la hernie pouvait être déjà modifiée sous l'influence du repos. Il y a un certain nombre d'observations de hernieux présentant une hernie épiploïque ou entéro-épiploïque qui, après avoir résisté à tous les efforts de taxis, se sont réduites seules sous l'influence d'un cataplasme. Nous considérons l'observation de M. Fontaine comme un de ces cas heureux, en songeant surtout combien de fois le café a été inefficace dans les hernies véritablement étranglées. *(Note de la rédaction.)*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 octobre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un exemplaire d'un ouvrage en allemand sur le choléra, par M. le docteur Arnoldi.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Richet, Broca, Follin, Demarquay et Alph. Guérin, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Un Mémoire de M. le docteur Morache sur une épidémie de typhus observée à Pékin en 1864 et 1865.

3° Une note de M. Trouillot, avocat à Lons-le-Saulnier, sur les effets produits sur l'organisme par la combustion de la houille.

4° Des communications relatives au choléra par MM. Steinbaker (de Munich), Pons (de Ber, près le Vigan), Maureau (de Paris), Romanowski (de Bédoin), Durand (de Condom), Gondas (d'Athènes), Ciribaniani (de Turin), et Mme veuve Eyssartier (de Montbron). (Commission du choléra.)

5° Une lettre de M. le docteur Scoutetten (de Metz), membre correspondant, accompagnant l'envoi d'une brochure sur le choléra.

6° M. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau système de gouttières et attelles assemblées, en toile métallique galvanisée, qui, en raison de sa flexibilité, jointe à une rigidité suffisante, peut s'appliquer à tous les genres de fractures, au transport des blessés, au système d'appareils en hamac, etc., etc. Son peu de volume et sa flexibilité qui lui permet de prendre la forme que l'on veut lui donner en rend le transport et l'aménagement beaucoup plus faciles que tout ce qui a été fait jusqu'alors. Cet appareil, suivant l'auteur, est destiné à réaliser un progrès dont profiteront surtout les hôpitaux, les corps d'armées en campagne, les chemins de fer, les usines, et tous les établissements où il est indispensable d'avoir sous la main ce qu'il faut pour porter secours aux blessés.

— **M. le Secrétaire annuel** communique une lettre de M. Tardieu, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui informe l'Académie que la séance de rentrée de la Faculté aura lieu le vendredi 3 novembre, à une heure précise.

— **M. Larrey** présente de la part de M. Gibson, directeur général du service de santé de l'armée anglaise, un volume intitulé : *Statistique sanitaire et rapport médical,* t. V, 1863.

— **M. Bouillaud** dépose sur le bureau un extrait du procès-verbal de la séance secrète que le Congrès médical de Bordeaux a consacrée à la discussion de la question du choléra, le 4 octobre 1865.

— **M. Depaul** présente une note de M. le docteur Baudon (de Mouy-sur-Oise) relative au traitement du choléra par les bains sinapisés.

— **M. Vernois** dépose sur le bureau une note de M. le docteur Lisle sur le traitement du choléra par le sulfate de cuivre.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. Roger, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports officiels dont les conclusions sont toutes négatives. Ces rapports sont adoptés sans discussion.

Choléra. — M. Briquet, au nom de la Commission du choléra, lit la première partie du rapport général sur l'épidémie de 1849. Cette première partie est relative à l'histoire du choléra de l'Inde et à son origine.

M. le rapporteur continuera cette lecture dans la séance prochaine.

COMMUNICATION.

Sur le valgus douloureux ou tarsalgie des adolescents. — M. Gosselin. L'épidémie actuelle de choléra morbus m'a fourni l'occasion d'étudier les caractères anatomiques d'une maladie du pied qui est assez rare, qu'on voit plus souvent sur le pied gauche que sur le droit, et sur la nature de laquelle les pathologistes ne sont pas bien fixés.

Cette maladie, indiquée à tort sous le nom de valgus pied plat douloureux, se montre spécialement sur les jeunes sujets depuis douze ou treize ans jusqu'à dix-huit ou dix-neuf ans. Sa cause prédisposante est la croissance rapide, sa cause occasionnelle la fatigue occasionnée par la marche et la station verticale prolongées, à l'époque où se fait cette croissance. Quelquefois c'est l'entorse ou le rhumatisme.

Elle a pour symptômes une douleur mal circonscrite sur les côtés de l'astragale et du calcanéum, augmentant à la pression des doigts, augmentant surtout par la continuation de la marche et de la station verticale, devenant quelquefois assez forte à la fin de la journée pour obliger le sujet à se coucher de très-bonne heure, disparaissant d'ailleurs par le repos de la nuit. Après un certain temps, cette douleur s'accompagne de contraction spasmodique des muscles de la région antérieure et de la région externe de la jambe et par suite la déviation du pied en dehors (valgus).

Les tendons de ces muscles se dessinent sous la peau, et cette tension cesse (au moins pendant les premiers temps de la maladie) par le repos et la station horizontale, pour reparaître avec la douleur et la claudication lorsque le sujet a de nouveau marché pendant plusieurs heures. Avec la contracture coïncide la perte, d'abord passagère et plus tard permanente, des mouvements de latéralité du pied.

Quel est le siége précis et le point de départ de cette affection, qui, sans être grave ni se terminer par suppuration, est cependant des plus incommodes pour les sujets qui en sont atteints? Les auteurs qui s'en sont occupés l'ont placée à côté des pieds bots, et ont paru croire qu'à l'exemple de ces derniers le valgus dont il s'agit, quoiqu'il ne soit pas congénial, avait pour point de départ une contracture primitive et plus tard une rétraction des muscles jambier antérieur, extenseur commun, extenseur propre du gros orteil et péroniers latéraux. De mon côté, me fondant sur la douleur qui précède la difformité, sur la disparition de cette douleur, ainsi que de la contracture par le repos, sur son augmentation par la pression, et enfin sur la terminaison possible par une ankylose calcanéo-astragalienne, je pensais depuis longtemps que le mal avait son siége et son point de départ dans les articulations du tarse, et probablement dans celles de l'astragale et du calcanéum, et que la contraction musculaire était, comme dans bien d'autres arthrites, un effet consécutif.

Cette opinion a été consignée dans une des Revues cliniques de la *Gazette des Hôpitaux* en 1861 (p. 228). L'autopsie que je viens de faire l'a pleinement confirmée en me montrant des lésions sur plusieurs des surfaces articulaires de l'astragale et du calcanéum.

Cette autopsie a été faite sur une jeune fille de dix-neuf ans, atteinte de tarsalgie gauche depuis trois ans, et qui, après en avoir été traitée pendant six semaines dans mon service à l'hôpital de la Pitié, a été emportée par le choléra le 25 octobre 1865.

Voici ce que nous avons constaté :

Nous n'avons rien trouvé de remarquable du côté des muscles antérieurs et externes, qui, après la mort, étaient toujours plus saillants que du côté opposé; ils avaient la même couleur rouge, la même absence d'état graisseux, le même volume apparent du côté gauche que du côté droit.

Seulement le jambier antérieur et le long extenseur commun nous ont offert en longueur 1 ou 2 centimètres de moins; peut-être cette différence suffit-elle pour nous faire admettre qu'il y avait dans ces muscles un commencement de rétraction due à ce que la contraction était devenue permanente.

Nous avons constaté de plus des lésions importantes dans les articulations tibio-tarsienne, médio-tarsienne et calcanéo-astragalienne.

1° Dans l'articulation tibio-tarsienne, une destruction du cartilage diarthrodial à la partie antérieure de la poulie astragalienne dans une étendue transversale égale à celle de cette poulie, et dans une étendue antéro-postérieure de 3 à 4 millimètres.

Sur les bords de cette destruction, que je ne puis appeler autrement qu'ulcération, le cartilage restant était aminci. Il n'y avait pas de synovie épanchée. La synoviale n'était pas épaissie, et elle n'offrait de vascularisation que sur un point assez limité, à la partie postérieure de l'articulation.

2° Dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, une sécheresse très-notable des surfaces articulaires; sur la tête de l'astragale, une large ulcération du cartilage analogue à celle dont je viens de parler, suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et ayant 4 à 5 millimètres de hauteur, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce et le dessin que je mets sous les yeux de l'Académie.

Au-dessus et au-dessous de cette ulcération, le cartilage offre un bord très-mince; au delà il semble aminci sur toute l'étendue de la tête astragalienne, et permettant de voir un peu par transparence l'os sous-jacent, il donne à l'œil une teinte légèrement violacée, au lieu de la teinte blanche mate de l'état normal. Le fond de cette ulcération est formé par la surface osseuse mise à nu et un peu rouge, sans trace bien évidente de la lamelle compacte sous-cartilagineuse qui semble avoir disparu, au moins en partie.

Après avoir scié l'astragale, nous avons trouvé une rougeur notable du tissu spongieux à la profondeur de 5 ou 6 millimètres, à partir des points où le cartilage était détruit sur les surfaces supérieure et antérieure. On ne voyait en aucun point l'état graisseux du tissu spongieux.

Rien de particulier sur le scaphoïde, si ce n'est une apparence d'amincissement général du cartilage articulaire, aucune lésion de la synoviale et des ligaments.

3° Dans l'articulation calcanéo-cuboïdienne, une destruction semblable, mais un peu moins étendue en hauteur du cartilage diarthrodial, à la partie inférieure de la facette antérieure du calcanéum. Un peu de sécheresse sur les deux surfaces articulaires.

4° Enfin, dans l'articulation calcanéo-astragalienne une injection et une rougeur assez prononcée de la synoviale autour du ligament

interosseux et une légère ulcération du cartilage diarthrodial sur la facette antérieure du calcanéum.

Je n'ai indiqué jusqu'à présent que les lésions observées sur le pied gauche, le seul qui, pendant la vie, nous avait présenté des phénomènes morbides; mais nous avons trouvé de plus, sur la tête de l'astragale du côté droit, un commencement d'ulcération analogue du cartilage placée exactement sur la même ligne oblique. A l'œil nu, on voyait bien une perte de substance n'allant pas jusqu'à l'os, et de petites saillies irrégulières caractéristiques de l'altération velvétique.

A la loupe, cette destruction était plus prononcée, et au microscope, il y avait un agrandissement considérable des capsules cartilagineuses, avec augmentation du nombre (prolifération) des cellules contenues dans ces cartilages. C'était le début d'une altération analogue à celle du pied gauche.

De plus amples détails sur les lésions anatomiques dont je viens de parler et sur leurs caractères histologiques qu'a étudiés avec soin M. le docteur Ranvier seront donnés dans la thèse que M. Cabot doit soutenir bientôt sur ce sujet.

Pour le moment, il me suffit de dire que les lésions constatées sur cette malade, lésions analogues à celles du début de l'arthrite dite sèche, telle qu'on l'observe chez les rhumatisants et à la suite des lésions traumatiques, confirment l'opinion que je m'étais faite, d'après les phénomènes cliniques, sur la nature et le traitement de cette affection.

Je la résume par les trois propositions suivantes :

I. La maladie connue sous le nom de valgus douloureux est une variété d'arthrite sèche, se caractérisant surtout par une légère ostéite et une ulcération des cartilages diarthrodiaux sur l'astragale et le calcanéum. La contraction musculaire est consécutive à l'ostéo-arthrite, et semble avoir pour but d'immobiliser les articulations douloureuses, mais il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de dire exactement pourquoi ce sont plutôt les muscles animés par le poplité externe que ceux animés par le poplité interne qui subissent cette influence.

II. Le traitement est celui de la plupart des arthrites douloureuses : immobilité dans une bonne position.

La ténotomie est sans utilité dans la plupart des cas.

III. La dénomination d'arthrite tarsienne conviendrait mieux que celle de valgus; mais comme il y a avec la lésion articulaire une lésion osseuse, et comme les observations anatomiques ultérieures feront peut-être découvrir d'autres lésions, je continuerai d'employer, pour désigner cette affection, le mot de : *tarsalgie des adolescents*.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures trois quarts pour entendre le rapport de l'une des commissions de prix.

Voici le discours prononcé par M. le docteur Guéneau de Mussy sur la tombe de M. Léonce Jubin, interne en médecine, mort du choléra, à l'Hôtel-Dieu, le 29 octobre 1865 :

Messieurs,

Il y a dans le cœur de l'homme une tendre et bien naturelle compassion pour la jeunesse qui se heurte à la mort...

La vie de ce jeune homme que nous accompagnons à sa dernière demeure se résume et se glorifie dans l'acte suprême qui l'a terminée. Léonce Jubin était entré à vingt-deux ans dans cette phalange de l'internat, élite de la jeunesse médicale, et, j'ose le dire, élite de la jeunesse française. (Car où trouverait-on ailleurs un plus ardent amour de la science, une plus grande persévérance dans le travail, ce grand moraliste des âmes? où trouverait-on un dévouement plus désintéressé à ces grandes idées qui honorent l'humanité?) La vie semblait lui sourire, une position brillante et assurée l'attendait dans sa ville natale; il aurait pu en jouir sans passer par le noviciat laborieux des hôpitaux, mais il voulut la mériter. Il voulait compléter son instruction avant d'accepter cette confiance publique qui venait au-devant de lui.

Quand le choléra éclata à Paris, sa santé était déjà ébranlée; il éprouvait les symptômes précurseurs d'une affection typhoïde, qui l'a livré sans défense au choc du terrible fléau. Ses camarades et ses maîtres l'engageaient à quitter son service, mais il craignait de commettre une lâcheté en abandonnant son poste le jour du danger. Il s'associa à l'admirable dévouement de ses collègues, partageant avec eux les soins donnés aux victimes de l'épidémie; sans cesse avec eux dans les salles des cholériques, quoique ses fonctions d'interne en chirurgie ne lui en fissent pas une obligation. C'était une de ces généreuses imprudences dont les grandes âmes seules peuvent se rendre coupables; il en fut victime, et fut enlevé par une attaque foudroyante de choléra, le treizième jour d'une fièvre typhoïde qui n'avait présenté jusque-là aucun caractère de gravité. Une telle mort est pour tout le corps médical un honneur et un exemple.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les nouvelles du choléra continuent à être relativement satisfaisantes.

Voici les chiffres de la mortalité depuis le 22 octobre jusqu'au 1er novembre *pour tout Paris :*

Le 23, 188; le 24, 127; le 25, 163; le 26, 141; le 27, 132; le 28, 120; le 29, 100; le 30, 125; le 31, 103.

Ce sont toujours les quartiers des 5e, 13e et 14e arrondissements où il y a eu le plus de cas.

On constate aussi beaucoup de cholérines, qui cèdent très-rapidement au traitement. Il y a donc lieu de croire que c'est sur les malades qui ne prennent pas soin d'arrêter leur diarrhée que sévit principalement le choléra véritable.

— M. le docteur Octave Landry, directeur de l'établissement hydrothérapique d'Auteuil, connu par des travaux justement estimés, vient d'être enlevé à sa famille et à ses nombreux amis à l'âge de trente-neuf ans.

Ses obsèques ont eu lieu à Auteuil à l'instant même où nous écrivons ces lignes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sylvain de Barbe.

Cette mort est un deuil public pour la ville de Chaumes. Toute la ville, toutes les communes à cinq lieues à la ronde ont tenu à honneur de rendre les derniers devoirs à ce praticien distingué. Tous ses confrères du département de Seine-et-Marne, M. Bancel en tête, ont voulu donner à la famille de notre regretté confrère ce témoignage de sympathie.

M. le docteur Barbe n'était âgé que de cinquante-cinq ans; par son caractère doux et bienveillant et par ses qualités remarquables de praticien, il avait su se concilier l'estime et l'affection de tous ceux qui l'approchaient.

MM. le docteur Bancel père et Lafond de Torcy ont prononcé sur la tombe deux discours que le manque d'espace nous prive de reproduire.

— Encore une victime dans le personnel de l'Assistance!

Mlle Bolland, surveillante à la Maison de santé, vient de succomber à une atteinte de choléra contracté en donnant des soins dévoués aux malades cholériques admis dans cet établissement. Jeudi ont eu lieu ses obsèques auxquelles assistaient MM. Husson, directeur de l'administration de l'Assistance publique, Blondel et Dieudonné, inspecteurs, MM. les docteurs Demarquay, Cazalis et Bourdon, le directeur, l'économe et les internes de la Maison, plusieurs directeurs des hôpitaux et le nombreux personnel de l'établissement.

— La Société médicale du sixième arrondissement met au concours la question suivante : « Démontrer par des observations et des expériences nouvelles si l'antagonisme entre l'opium et la belladone, d'une part, et, de l'autre, entre les médicaments dans lesquels entrent ces substances, existe ou non. » (Prix de 300 fr.)

Les mémoires devront être adressés avant le 1er octobre 1866, terme de rigueur, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Ch. Martin, rue Bréa, 14, à Paris.

Les mémoires dont les auteurs se feront connaître seront exclus du concours; les mémoires doivent seulement porter avec le titre une épigraphe qui sera répétée dans un bulletin cacheté joint au mémoire. Ce bulletin contiendra le nom et l'adresse de l'auteur.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le samedi 4 novembre, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, n° 20, où sont transférées les Sociétés savantes qui siégeaient à l'hôtel de ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes : du choléra, de sa prophylaxie et de son traitement, par les membres de la Société;

2° D'un mode simple, rationnel et efficace d'assistance pour les aliénés, par M. le docteur Delasiauve;

3° Communications diverses, par MM. Dupré, Girault, F. Plée.

Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE, illustré d'un grand nombre de figures intercalées dans le texte. Traitement sans mercure. Premier fascicule de 48 pages et 6 figures. Prix : 1 fr. 25. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Nouvelles applications de l'acide phénique en médecine et en chirurgie aux affections occasionnées par les microphytes, les microzoaires, les virus, les ferments, gangrène, cancroïdes, maladies graves de la peau, fièvres typhoïdes, choléra, etc., par le docteur DÉCLAT. 1 vol. in-8 orné de 6 photographies. Prix : 5 fr., *franco*, Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Uréthrotomie, rétrécissements de l'urèthre, par le docteur BEYRAN (extrait de son *Cours des maladies des voies urinaires*). Chez Germer-Baillière.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 130. — MARDI 7 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 7 NOVEMBRE 1865. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 NOVEMBRE 1865.

Choléra. — Traitement de la réaction et des affections secondaires.

On a vu, par nos précédents articles, que le traitement des premières périodes du choléra, période prodromique ou phlegmorrhagique, et période algide-cyanique, était subordonné à des indications nettes et précises, presque invariablement les mêmes dans tous les cas; et que, sauf certains ordres de moyens que nous avons intentionnellement négligés ou dont nous avons réservé l'examen, la plupart des méthodes de traitement mises en usage se résumaient en définitive : dans la médication modificatrice de l'état des voies gastro-intestinales pour la première période, et dans la médication stimulante générale pour la deuxième. Il nous reste à dire maintenant ce que doit être le traitement de la période de réaction et des affections secondaires ou consécutives qu'elle détermine souvent à sa suite.

Tout n'est pas fini, tant s'en faut, quand le malade est entré en réaction. La réaction est une nécessité, car c'est l'état par lequel doivent passer les malades pour être conduits à la guérison, mais elle est souvent aussi un danger. Le péril le plus imminent est conjuré, sans doute, mais de nouvelles péripéties vont se présenter dans le cours de cette phase nouvelle de la maladie. C'est souvent même une maladie nouvelle qui commence et qui va exiger de la part du médecin une surveillance particulière, et le plus souvent une intervention tout aussi active.

Il s'agit de montrer que, contre ce nouvel ordre de phénomènes, la médecine ne se trouve ni plus impuissante ni plus désarmée que contre le premier, et que, loin d'en être réduit à l'empirisme, le praticien a, pour guider sa marche, autant et plus encore que dans les périodes initiales, des indications qu'il ne doit jamais perdre de vue.

Ici, une première considération se présente à l'esprit. Non-seulement la réaction contraste par son aspect général, par ses symptômes, par ses caractères et ses tendances physiologiques avec l'accès cholérique proprement dit, mais elle diffère encore en quelque sorte d'elle-même, d'un malade à l'autre, d'une époque à une autre époque, d'un lieu à un autre. De là, des indications multiples et variables qui ne contrastent pas moins avec les indications simples et presque constamment les mêmes des deux premières périodes de la maladie.

Examinons d'abord quel est le caractère le plus général de la réaction, et voyons ce que nous ont appris à cet égard les épidémies précédentes, avant de signaler quelques-unes des particularités que nous a paru présenter sous ce rapport l'épidémie actuelle.

La réaction peut se présenter dans des conditions différentes.

Elle se manifeste spontanément en dehors de toute influence thérapeutique, et se présente alors comme l'effet naturel des efforts médicateurs de la nature; ou bien elle est provoquée par l'intervention de l'art. Dans un cas comme dans l'autre, elle peut être insuffisante ou excessive, ne pas atteindre le but ou le dépasser. Insuffisante, elle laisse le malade livré aux chances également fatales du retour de l'algidité ou d'une asphyxie lente dont rien ne peut arrêter les progrès. Excessive, elle donne lieu à des congestions, à des lésions organiques consécutives ou à des perturbations fonctionnelles qui constituent un nouvel ordre de phénomènes morbides variés, plus ou moins graves, dont la mort est trop souvent encore la conséquence.

La réaction insuffisante n'offre pas d'indications particulières à remplir. C'est encore comme dans la période algide-cyanique, aux excitants généraux de l'innervation et de la circulation, qu'il faut avoir recours. Nous n'y insisterons pas davantage.

Nous n'avons à nous occuper ici que des effets de la réaction excessive ou désordonnée.

Ces effets sont variés, avons-nous dit. Ils varient, en effet, suivant les lieux, suivant les époques et suivant la constitution des sujets. Nous verrons aussi plus loin qu'ils peuvent varier suivant les méthodes de traitements qui ont été mises en usage pendant les premières périodes. C'est là ce qu'il était important d'établir pour la recherche des indications et des moyens de traitement que réclame cette période ultime de la maladie.

Nous disons que les effets de la réaction varient suivant les lieux. Les auteurs qui ont écrit sur le choléra de l'Inde, nous apprennent que la fièvre qui accompagne presque invariablement cette période de la maladie participe, en général, de la nature des maladies bilieuses ordinaires de ces contrées. Dans les épidémies précédentes de l'Europe et notamment dans celles de Paris de 1832 et de 1849, on a remarqué que les affections secondaires se groupaient le plus souvent sous quatre types principaux : congestions inflammatoires vers les organes respiratoires; phlegmasies gastro-intestinales; état typhoïde avec éruptions de formes diverses; état cérébral méningitique. Dans quelques localités marécageuses la réaction s'est présentée souvent sous la forme intermittente. Dans d'autres enfin c'est sous la forme de catarrhe gastro-intestinal que la réaction s'est manifestée le plus habituellement.

Ceci nous conduit naturellement à faire remarquer les différences qu'a présentées la réaction dans les mêmes contrées, à des époques différentes. Ainsi tandis qu'à Paris, dans les épidémies de 1832 et de 1849, les congestions métastatiques vers les poumons ou l'encéphale constituaient la forme la plus fréquente de la réaction, la forme typhoïdique s'est montrée beaucoup plus commune en 1854. C'est également celle qui domine dans l'épidémie actuelle, mais avec cette particularité toutefois, que nous avons fait remarquer déjà, qu'elle semble se rapprocher encore davantage du typhus proprement dit, que de notre fièvre typhoïde commune.

Si dans les différences que présente la réaction, suivant les localités, on reconnaît manifestement l'influence du climat et de la constitution médicale habituelle qui lui correspond, n'est-on pas fondé à considérer les différences qu'elle présente suivant les époques, comme dépendant de la constitution médicale accidentelle qui a précédé l'invasion de la maladie, ou qui a coïncidé avec elle? C'est là une question que nous signalons aux épidémiologistes.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les caractères de la réaction qui procèdent de la constitution individuelle des sujets. Cette influence est trop évidente pour avoir pu échapper à personne.

Il nous reste à parler de la part qui revient, dans la caractéristique spéciale de la réaction, aux effets mêmes de la médication. C'est là un point de vue qui ne nous paraît pas avoir fixé autant qu'il le mérite l'attention des praticiens.

Quand, dans le cours d'une épidémie grave, on se trouve en présence d'un malade à l'état algide, dont la vie est immédiatement menacée et qui a à peine devant lui la perspective de quelques heures, c'est le cas ou jamais d'agir vite et de frapper fort. On conçoit aisément que ce soit là la première préoccupation du praticien. C'est trop souvent même peut-être sa préoccupation exclusive. Les stimulants sont donnés à profusion dans la pensée qu'on ne saurait trop faire pour provoquer la réaction; les opiacés sont prodigués, tant on craint de ne pas faire assez pour calmer les atroces douleurs produites par les crampes et les horribles convulsions de l'estomac. Si les vomissements entraînent ces substances ainsi administrées sans mesure, il n'en résultera d'autre inconvénient que leur inutilité. Mais que les vomissements viennent à cesser, l'excès de la médication retrouvera alors tous ses dangers.

On objectera peut-être que, dans la période algide, l'absorption est plus ou moins complétement anéantie, et que dès lors ces dangers sont illusoires. Ce serait une erreur grave et un danger de plus que de compter sur cette sorte d'immunité. Oui, sans doute, l'absorption est en partie abolie dans l'algidité, et l'on peut à peu près impunément, tant que persiste cet état, introduire dans l'estomac les doses les plus élevées des agents les plus actifs. Mais a-t-on assez songé à ce qui arrivera lorsque la réaction ramènera le jeu des fonctions momentanément suspendues? S'est-on assez préoccupé des effets ultérieurs de ces médications à outrance, lorsque ces mêmes agents, qui étaient comme accumulés en dépôt dans une sorte de vase inerte, se trouveront livrés à toute l'activité des fonctions absorbantes rétablies, et devenues parfois d'autant plus énergiques qu'elles seront restées plus longtemps et plus complétement inertes? Ce n'est plus seulement alors aux phénomènes métastatiques de la réaction naturelle que l'on aura affaire, mais aux accidents produits par l'excès de la médication. On se trouvera en présence d'une maladie nouvelle, la *maladie du remède*.

N'était-ce pas le plus souvent la maladie du remède que ces gastro-entérites, ces congestions métastatiques violentes, ces encéphalo-méningites si souvent constatées dans l'épidémie de 1832, alors que, livrés aux premiers tâtonnements, les médecins ne comptaient ni avec les stimulants, ni avec les opiacés, qu'ils distribuaient à cette époque avec une largesse excessive?

Nous trouvons dans ce fait qui, à notre avis, n'a pas été encore suffisamment étudié, la source d'une première indication, l'une des plus importantes en vue du traitement de la réaction, et que nous appellerons l'*indication de prévoyance :* N'administrer les stimulants et les opiacés qu'avec mesure, aux doses nécessaires pour atteindre le but voulu sans le dépasser, surveillant attentivement leur action, et se préoccupant de leurs effets ultérieurs aussi bien que de leurs effets immédiats.

Soutenir, modérer ou réprimer cette réaction, la régler, en un mot, dès qu'elle se manifeste. Tel est l'objet de la seconde indication.

Nous avons entendu exprimer autour de nous l'étonnement et le regret de voir qu'on eût presque entièrement abandonné l'usage de la saignée dans le traitement de cette période de la maladie. La saignée paraît en effet assez rationnellement indiquée, soit pour combattre les congestions consécutives, déjà effectuées, soit même en vue seule de l'imminence d'une réaction excessive, et comme pour ouvrir en quelque sorte une soupape de sûreté.

Il y a une très-bonne raison, selon nous, pour qu'on ne pratique que très-rarement la saignée aujourd'hui; c'est que dans l'épidémie actuelle les réactions ont rarement cette intensité et ce caractère explosif que nous lui avons vus dans d'autres épidémies. La réaction est plus souvent insuffisante qu'excessive, et les phénomènes dont elle s'accompagne en ce moment sont généralement de nature adynamique; ce qui exclut évidemment l'indication des émissions sanguines. Cependant elles ne sont pas entièrement bannies de la pratique. Nous avons vu plusieurs fois dans les hôpitaux prescrire utilement la saignée pour dégorger le système veineux et combattre l'asphyxie, ou des ventouses scarifiées pour réprimer les congestions viscérales. Mais ce sont là des indications secondaires, des indications passagères, rapides, sur lesquelles il ne faudrait insister ni énergiquement ni longtemps, en présence du caractère essentiellement adynamique que présente actuellement l'affection réactionnelle. Aussi préconiserions-nous, de préférence aux émissions sanguines, autant qu'elles pourraient atteindre le même but et qu'elles seraient aisément tolérées par l'estomac, les boissons délayantes abondantes et principalement alcalines.

Cette indication satisfaite, c'est-à-dire la circulation et la respiration rétablies, le sang reconstitué dans les éléments séreux qu'il avait perdus, les congestions inflammatoires conjurées, celle qui se présente désormais comme la plus impérieuse et la plus persistante, est l'emploi des toniques et des reconstituants, au nombre desquels les amers, le quinquina surtout, les vins généreux et les médicaments névro-sthéniques tiennent le premier rang.

Nous laissons à d'autres le soin d'exposer les formules et de spécifier dans leur variété infinie les modes d'emploi et d'application des moyens. Nous n'avons eu d'autre but ici, comme dans nos précédents articles, que de formuler les principes et les indications qui nous paraissent dominer la thérapeutique du choléra. A de plus habiles ou plus heureux de découvrir, s'ils le peuvent, le spécifique, le remède vrai de cette affection. Jusque là, nous maintiendrons nos propositions, et nous continuerons à enregistrer, sous la responsabilité de chacun, les communications que nos correspondants veulent bien nous adresser.

Quant aux points relatifs au mode de propagation et à la marche du choléra, notre collaborateur et ami M. Champouillon veut bien se charger de les traiter. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DU 3 NOVEMBRE 1865.

M. le doyen **TARDIEU** ouvre la séance par l'allocution suivante :

Messieurs,

Les circonstances douloureuses dans lesquelles s'accomplit cette année la rentrée de la Faculté, éveillent avant toute autre pensée, et d'une façon en quelque sorte nécessaire, le souvenir de ceux que nous avons perdus.

Deux de nos agrégés en exercice et l'un des professeurs titulaires de la Faculté nous ont été enlevés, et leur mort prématurée a laissé parmi nous un deuil profond.

Réveil, agrégé de la section des sciences physiques, travailleur infatigable, dont le zèle et la rigoureuse exactitude dans l'accomplissement de ses devoirs n'avaient d'égal que son savoir et sa modestie.

Bauchet, le premier de sa promotion parmi les agrégés de chirurgie, à qui sa maturité précoce, sa fermeté de jugement, son grand sens et sa droiture avaient conquis, outre l'estime et l'affection de tous, une place élevée dans la Faculté, et dont la mort a brisé en même temps que le cœur de ceux qui l'aimaient les plus légitimes espérances d'avenir.

Mais si nous avons vu succomber avant l'âge ces dignes et chers jeunes gens, quelle irréparable perte a été pour la Faculté celle de M. Malgaigne, éloigné de nous par la maladie et par une retraite forcée, mort enfin après s'être douloureusement survécu à lui-même pendant plus d'une année. L'éclat de son enseignement, le mérite supérieur de ses travaux, sa science profonde, sa passion du vrai et l'excellence de son cœur que ne parvenaient pas à cacher la verve et l'apparente causticité de son esprit étincelant; toutes ces qualité rares du professeur, de l'érudit, de l'homme, donnent à nos regrets unanimes, aux vôtres, Messieurs, une amertume que le temps ne saurait effacer.

Ces vides, que nous gardons dans nos cœurs, il a fallu les combler. La chaire d'opérations et appareils qu'occupait M. Malgaigne a été confiée par permutation à M. Denonvilliers. Vous tous, qui avez apprécié ses leçons, que l'on peut citer comme le modèle de l'enseignement classique de la chirurgie, vous applaudirez à ce choix. Car vous êtes sûrs de retrouver dans l'expérience consommée de cet habile professeur, dans l'étendue et la précision de ses connaissances anatomiques, dans la sagacité de ses préceptes pratiques, enfin dans l'autorité traditionnelle de ses doctrines, des mérites autres que ceux de Malgaigne, mais non inférieurs, et des ressources non moins sûres pour l'étude de la médecine opératoire.

L'année qui vient de s'écouler a inauguré avec un succès qui ne devait pas vous surprendre, mais que je suis bien heureux de constater, l'enseignement de M. Béhier, nommé professeur de pathologie médicale. Personne n'a su se concilier plus vite et plus justement les sympathies de son auditoire par une chaleur de conviction plus entraînante, un plus intelligent amour du progrès et une plus constante ardeur d'être utile à la jeunesse studieuse, qui a reconnu sans hésiter dans notre nouveau collègue l'un de ses maîtres les plus dévoués et les plus dignes d'être suivis.

Vous ne me pardonneriez pas si, en parlant de vos maîtres, j'omettais de rappeler la haute et éclatante récompense qu'ont reçue les magnifiques travaux de notre grand chimiste M. le professeur Wurtz, à qui l'Institut de France a décerné pour l'ensemble de ses recherches sur la chimie organique le grand prix triennal. La Faculté veut prendre sa part de l'honneur fait à l'un de ses membres les plus éminents et les plus aimés.

Vous ne retrouverez plus au milieu de nous, dans les rangs de l'agrégation, des hommes qui pendant la durée de leur exercice nous avaient donné l'occasion d'apprécier la solidité de leur savoir et la distinction de leur esprit et de leur caractère. Nos souvenirs sympathiques les suivront. En ce moment même, ils s'attachent plus particulièrement à l'un d'eux, pour qui nous avons tremblé durant ces derniers jours, et qui, réjouissons-nous-en ensemble, survivra heureusement à l'une de ces blessures qui n'atteignent que les plus hardis et les plus zélés dans les rudes épreuves de notre profession.

A la place de leurs aînés sont assis aujourd'hui les agrégés de la promotion nouvelle, à qui nous souhaitons la bienvenue, et sur qui s'appuient avec confiance les vœux et les espérances de la Faculté. Demain un nouveau concours va s'ouvrir pour continuer sans interruption cette chaîne de jeunes talents, ce recrutement périodique qui, dans chaque génération médicale, va choisir l'élite des travailleurs et des savants pour former cette forte agrégation de la Faculté de médecine de Paris qui entretient parmi nous tous le mouvement, l'émulation et la vie.

Messieurs, je ne vous parlerai pas longuement de vous-mêmes. L'année a été bonne, bonne à tous les points de vue. Le nombre des inscriptions prises à la Faculté a augmenté de 117. Celui des examens subis s'est considérablement accru, et dépasse de 455 le chiffre des actes de l'année dernière. Nous sommes arrivés, par un effort auquel chacun a bien voulu se prêter, à ne pas laisser en arrière un seul des candidats inscrits. Enfin, le niveau moyen de notes obtenues s'est élevé à ce point que la note supérieure *extrêmement satisfait*, que nous trouvions seulement dans 1 examen sur 112 pour l'année 1864, a été obtenue 1 fois sur 90 examens, et les ajournements, au lieu de frapper 1 candidat sur 6, n'en ont guère atteint que 1 sur 7. Laissez-moi croire, Messieurs, que les avertissements que je vous faisais entendre il y a un an, et que la publicité donnée dans votre intérêt même à des chiffres trop peu dignes de vous, ont pu contribuer à ce résultat satisfaisant, à ce progrès qui, nous l'espérons, ne s'arrêtera pas là.

Les thèses soutenues cette année par ceux qui ont emporté le diplôme de docteur de notre Faculté lui font honneur, et je suis l'interprète de la Commission qui les a jugées en louant le choix des sujets et le mérite d'un grand nombre d'entre elles. Vous allez entendre proclamer les noms de ceux dont les thèses ont obtenu des médailles ou des mentions. C'est à ses récompenses, si bien méritées, qu'il est permis, sans aucun doute, de rapporter le progrès constant qui s'est produit durant ces dernières années dans l'importance et la valeur des dissertations inaugurales soutenues devant notre Faculté. Cette distinction publique accordée au premier travail de nos jeunes docteurs est pour eux à la fois une recommandation et un engagement qui peuvent décider de leur avenir.

En ce qui touche les études proprement dites, j'ai à cœur d'insister sur la prospérité croissante de notre école de dissection. Des constructions récentes en ont agrandi et complété l'installation matérielle; et il va nous être possible d'étendre à toutes les parties de l'école les démonstrations pratiques faites avec tant de profit par chacun des chefs de pavillon. Par malheur, vous n'avez pu jouir aussi vite que nous l'eussions désiré de ces réelles améliorations; l'état sanitaire de Paris nous a fait un devoir de différer l'ouverture de l'école de dissection. Mais je suis heureux de pouvoir vous annoncer que cette interruption si regrettable de vos travaux anatomiques, ne durera plus longtemps, et qu'il nous est permis dès aujourd'hui, avec l'assentiment unanime de la Faculté, de fixer au 15 novembre la réouverture des amphithéâtres.

Une grande réforme a été opérée cette année dans la constitution de l'école pratique, qui est comme une classe d'élite annexée aux trois dernières années d'études. Le nombre des élèves qui y sont admis par concours a été réduit, afin de rendre le titre plus envié et le recrutement plus sérieux. Et en même temps les conditions d'admission au concours des prix ont été mieux équilibrées. Mais le point capital a été l'établissement, pour les élèves de l'École pratique, de conférences, de manipulations et d'exercices qui restituent à cette école son véritable caractère. Dès cette année même, malgré l'exiguïté de nos ressources, les élèves de la troisième année de l'École pratique ont été appelés à des conférences et à des exercices gratuits de chimie appliquée, de physique et de physiologie expérimentale, d'histoire naturelle et de matière médicale, d'histologie normale et pathologique, et enfin d'obstétrique. Le nombre de ceux qui se sont présentés pour suivre ces conférences a été bien petit; les résultats ne sont pas bien considérables encore, malgré le zèle et le talent des maîtres qui ont bien voulu les diriger; mais je ne doute pas que d'année en année nous ne voyions ces exercices si utiles mieux appréciés à mesure qu'ils seront plus connus et que nous pourrons les étendre à un plus grand nombre. Les concours d'admission vont commencer dans quelques jours; je vous y convie tous. Et, avant peu, j'en ai le ferme espoir, l'École pratique régénérée deviendra véritablement la pépinière féconde où se recruteront les auxiliaires de l'enseignement de la Faculté et le personnel des écoles secondaires de médecine qui existent dans les principales villes de notre pays.

Enfin l'année scolaire, dont je résume devant vous les travaux, a vu s'accomplir une innovation heureuse à tous égards et dont le succès incontesté est de nature à frapper vivement l'esprit de tous ceux qui portent un intérêt sincère au développement des hautes études.

Un des agrégés libres de la Faculté, l'un des plus distingués par le savoir et par le talent, M. le docteur A. Verneuil, a eu l'idée d'instituer, sous forme de conférences du soir, non pas un enseignement didactique, mais une série de leçons sur quelques points de l'histoire de la médecine et de la chirurgie; et, pendant plus de trois mois, chaque lundi, vous êtes accourus, foule intelligente et animée, remplir comme aujourd'hui cet amphithéâtre avec un empressement qui ne s'est pas démenti. Douze agrégés de la Faculté, tous pleins de science et d'ardeur, se sont partagé les sujets variés de leçons dans lesquelles chacun traitait à son tour d'une époque ou d'une doctrine résumée dans un de ces noms illustres qu'il n'est pas permis au médecin, le moins soucieux de l'histoire, de ne pas connaître. La diversité des sujets, depuis les chirurgiens érudits de la France jusqu'aux sorciers du moyen âge, l'importance des questions historiques parmi lesquelles figuraient les grandes découvertes de la circulation, de la vaccine et de l'auscultation, la curiosité des détails biographiques, Celse, Stoll, Guy de Chauliac, Levret; la liberté permise par l'absence de toute préoccupation dogmatique, comme dans la restitution de Félix Wurtzius et de Riolan, les aperçus critiques et les applications pratiques qui découlaient des belles et larges études sur Stahl et l'école de Halle, sur Sylvius et l'iatro-chimie, ont constamment captivé votre attention; vos applaudissements ont été la juste récompense de l'érudition, de la hauteur de vues, du talent de parole et du dévouement dont ont fait preuve ceux qui se sont associés si brillamment à l'initiative féconde et au légitime succès de M. Verneuil. La tentative a trop bien réussi pour que nous ne nous efforcions pas de la continuer avec le ferme espoir de faire revivre dans notre école le goût d'une saine érudition, sans nous briser au double écueil qui a toujours empêché l'enseignement officiel de l'histoire de la médecine de se fonder d'une manière durable; d'une part, l'aridité d'un exposé didactique qui embrasse indistinctement toutes les époques de la science et promène lentement l'auditeur rebelle à travers les siècles; d'une autre part, l'impossibilité de rencontrer chez le professeur une égale compétence et une autorité suffisante dans toutes les branches qui forment l'ensemble complexe des sciences médicales et chirurgicales.

Dans le cours de l'année qui vient de s'écouler, des concours ont eu lieu pour une place de prosecteur et une d'aide d'anatomie; pour deux places de chefs de clinique médicale et une de chef de clinique d'accouchement. Les deux premiers qui se sont terminés par la nomination de MM. Duplay et Lannelongue ont fourni une nouvelle occasion de constater la solidité de connaissances et l'aptitude particulière des meilleurs élèves et des futurs représentants de notre excellente école anatomique.

Les deux concours de chef de clinique, qui ont élu pour la médecine MM. Bricheteau et Ollivier, pour les accouchements M. Bailly, ont inauguré une nouvelle organisation des cliniques de la Faculté et une modification importante des concours qui, pour la seconde fois, était appliqués au recrutement des chefs de clinique. La Faculté a lieu de se féliciter de cette réforme, que complétera bientôt l'adjonction à chaque clinique de quatre aides choisis parmi les élèves de l'École pratique. Enfin, je ne désespère pas de voir prochainement la situation des chefs de clinique mise en rapport avec l'importance de leurs fonctions et le rang qu'ils occupent parmi les plus utiles auxiliaires de l'enseignement de la Faculté.

Les concours des prix ont été, de notre part, l'objet d'une sollicitude toute particulière, et avant que les résultats en soient proclamés, je vous demande la permission d'en rendre un compte sommaire.

Le concours pour les prix de l'École pratique s'est ressenti manifestement, cette année, de la période de transition que traverse cette utile institution; et le jury, tout en regrettant de n'avoir pu décerner ni grande médaille, ni premier prix, a voulu récompenser les efforts de quatre concurrents auxquels il a accordé deux seconds prix et deux mentions honorables. Ce qui nous a surtout frappés dans ce concours, c'est le peu de cas que les jeunes candidats semblent faire des questions purement scientifiques, et leur souci trop exclusif des connaissances pratiques qu'ils puisent dans les services hospitaliers auxquels les attachent leurs fonctions d'internes. Il y a là une tendance extrêmement fâcheuse, qu'il est de notre devoir de vous signaler, et que l'institution même de l'École pratique et de nos concours de Faculté a pour objet de combattre. L'art médical lui-même serait bien menacé le jour où la science ne serait plus en honneur dans la première École médicale de France, et où l'élite de la jeunesse abandonnerait les hautes études pour se vouer sans réserve au culte de la pratique.

Le prix Corvisart, qui a conservé le caractère qu'avait voulu lui imprimer l'illustre fondateur, celui de prix clinique de la Faculté, a été remporté par un interne des hôpitaux, qui porte dignement un nom illustré dans une autre carrière libérale que la nôtre, et qui est resté synonyme d'intelligence, de travail et d'honneur. En traitant la question proposée sur les maladies aiguës des organes respiratoires, il a fait preuve d'un rare esprit d'observation, d'une grande sagacité et d'excellentes habitudes cliniques. Il y a, dans le travail couronné et chez le lauréat, de brillantes promesses d'avenir.

Le prix Barbier, qui est notre prix de chirurgie, a été, en partie seulement et à titre d'encouragement, décerné à l'un de nos prosecteurs pour sa thèse inaugurale sur un sujet nouveau de clinique chirurgicale, qui a mis en lumière une fois de plus les qualités solides que la Faculté s'est plu dès longtemps à remarquer en lui, et qui sont chez lui aussi un héritage de famille.

Le prix Chatauvillard, qui est le prix de médecine de la Faculté, a été l'occasion d'une lutte brillante. Des ouvrages nombreux et considérables sur les différentes branches de la médecine avaient été présentés au concours, et le jury, forcé de faire un choix, a donné la préférence à trois ouvrages de mérites divers, qui tous trois se rapportent à des sujets qui sont en possession d'attirer en ce moment l'attention des savants, et qui sont singulièrement propres à faire ressortir les progrès que la médecine pratique doit aux récentes découvertes de la physiologie expérimentale et de l'histologie. Le prix a été unanimement décerné à un agrégé de la Faculté que le plus brillant concours avait déjà placé à la tête de sa promotion, et dont les remarquables études de pathogénie et de séméiotique sur les paraplégies et l'ataxie du mouvement se recommandent par la clarté de l'exposition, l'excellence de la méthode et la sûreté de la critique. Une récompense et une mention ont été en outre méritées par un des médecins les plus distingués des hôpitaux pour ses persévérantes et ingénieuses recherches sur le système nerveux cérébro-spinal et par un travailleur très-consciencieux, auteur d'une monographie complète et très-exacte sur l'ataxie locomotrice progressive.

Le prix Montyon sur les épidémies de l'année précédente n'a pas été décerné.

Enfin, le legs Trémont a été partagé également entre deux élèves dont les notes, pendant toute la durée de leur scolarité, avaient été excellentes et qui, sans ce secours si honorablement offert et dont chaque année la Faculté accueille le bienfait avec une nouvelle gratitude, n'auraient peut-être pu arriver au terme de leurs études.

L'année écoulée, vous le voyez, Messieurs, par ce rapide exposé, a été bien remplie. Celle qui commence sera pour vous une date mémorable. Elle vous place, pour la première fois, en face d'un des plus grands devoirs du médecin, en face d'un de ces fléaux qui, s'ils désespèrent la science, échauffent les cœurs et enfantent les dévouements sublimes. Notre mission de charité vous apparaît aujourd'hui même dans toute sa grandeur. Abordez sans peur, mais sans bravade, ce champ de bataille du médecin qui, comme celui de la guerre, a aussi ses victimes et ses héros. Inclinez-vous devant les tombes de nos récents martyrs : Caccia-Guerra, Mocquot, Jubin, mais ne vous laissez pas abattre; voyez, en relevant les yeux, l'étoile qui brille sur la poitrine de vos condisciples Legros et Lelion, et qui, en même temps, rayonne sur le corps entier des internes de nos hôpitaux, que nous revendiquons ici, comme l'une des gloires de la Faculté de médecine de Paris.

M. le professeur **LAUGIER** a la parole pour lire le discours d'usage.

La parole est donnée ensuite à M. le professeur **BOUCHARDAT** pour la proclamation des prix décernés et proposés.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Chaque année, au mois d'août, tous les élèves de l'École pratique sont admis à prendre part au concours des prix.

Les épreuves de ce concours consistent en une question écrite, la même pour tous les compétiteurs, et en une série de questions orales roulant sur toutes les branches de l'enseignement de la Faculté.

Les prix comprennent : un premier grand prix, deux autres premiers prix, et trois seconds prix. Des mentions honorables peuvent être accordées d'après le nombre des concurrents.

Le premier grand prix donne droit à la remise des frais des quatre dernières inscriptions, et à la gratuité complète des examens, certificats d'aptitude, thèse et diplôme; plus à une médaille d'or de la valeur de 300 fr., et à des livres pour une valeur de 100 fr.

Les deux autres premiers prix donnent droit à la remise des frais d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme; plus à une médaille d'argent et à des livres pour une valeur de 150 fr.

Chaque second prix donne droit à la remise des frais de diplôme, à une médaille d'argent et à des livres pour une valeur de 140 fr.

Concours de 1865. — Membres de la Commission : MM. Tardieu, Gavarret, Laugier, Robin, Béhier.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner de premier grand prix, ni les deux autres premiers prix.

1er second prix : M. Pelvet (Norbert), né à Vire (Calvados), le 30 septembre 1838.

2e second prix : M. Paquet (Alphonse-Louis-Félix-Joseph), né à Roubaix (Nord) le 29 avril 1841.

Mentions honorables. { M. Hemey (Lucien), né à Paris le 26 février 1839. M. Lemattre (Gustave-Charles-Auguste), né à Dunkerque (Nord) le 7 janvier 1839.

PRIX CORVISART.

Tous les élèves de la Faculté inscrits à l'une des cliniques internes sont admis à concourir pour ce prix, qui consiste en une médaille d'or de 400 fr.

Une question de médecine pratique est, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes. Les élèves doivent en chercher la solution exclusivement dans

les faits observés par eux dans les salles de clinique interne. Pour être admis à concourir, on se fait inscrire au commencement de chaque année dans l'une des cliniques internes.

Avant le 1er août de chaque année, chacun des concurrents remet au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au numéro du lit qui lui a été désigné ;

2° La réponse à la question proposée.

Les mémoires doivent être déposés sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Un jury est chargé de présenter un rapport sur ces travaux, et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il juge dignes d'obtenir des médailles.

Concours de 1865. — La question proposée était :

« Établir, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, des considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les maladies aiguës des organes respiratoires. »

Membres de la Commission : MM. Grisolle, Monneret, Bouillaud, Piorry, Béhier.

Prix : M. Liouville (H.), interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Question proposée au concours pour l'année 1866.

« Déterminer, d'après des observations recueillies dans les cliniques médicales de la Faculté, la valeur diagnostique et pronostique des diverses éruptions cutanées qui peuvent se montrer dans le cours des fièvres typhoïdes. »

PRIX MONTYON.

Le prix Montyon, qui consiste en une médaille d'or de la valeur de 400 francs, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies, et sur les moyens de les guérir.

Les mémoires des candidats doivent être déposés au bureau de la Faculté avant le 1er août, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Concours de 1865. — Membres de la commission : MM. Trousseau, Natalis Guillot, Bouchardat, Gosselin, Depaul.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix.

PRIX BARBIER.

D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne tous les ans un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale, et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté, avant le 1er août.

Concours de 1865. — Membres de la commission : MM. Jobert (de Lamballe), Gosselin, Jarjavay, Regnauld, Pajot.

La Faculté a décidé qu'il n'y avait pas lieu à décerner le prix, mais elle a accordé une somme de 1,000 francs, à titre d'encouragement, à M. le docteur Duplay (Simon), pour son travail intitulé : *Des collections séreuses de l'aine.*

PRIX CHATAUVILLARD.

Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Chatauvillard, née Sabatier, de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Concours de 1865. — Membres de la commission : MM. Grisolle, Monneret, Béhier, Bouchardat, Pajot.

Prix de la valeur de 1,500 francs, décerné à M. le docteur Jaccoud (Sigismond), agrégé stagiaire de la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux civils, pour son ouvrage intitulé : *Études de pathogénie et de séméiotique ; les paraplégies et l'ataxie du mouvement.*

Récompense de 500 francs, accordée à M. le docteur G. Luys, médecin des hôpitaux civils de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Du système nerveux cérébro-spinal.*

Mention honorable. — M. le docteur Topinard (Paul), auteur d'un ouvrage intitulé : *De l'ataxie locomotrice,* et en particulier de la maladie appelée *Ataxie locomotrice progressive.*

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le cours de l'année scolaire 1864-1865, en a désigné 21 qui lui ont paru dignes d'être signalées à Son Excellence, et qu'elle a partagées en quatre classes, savoir :

1re Classe hors ligne (médailles d'argent).

MM. Gimbert (Jean-Louis-Honoré), né à Cannes (Var), le 8 mai 1841. — Structure et texture des artères.

Vée (Amédée-Alexandre), né à Paris (Seine) le 2 avril 1834. — Recherches chimiques et physiologiques sur la fève du Calabar.

2e classe (médaille d'argent).

MM. Cruveilhier (Pierre-Édouard-Gabriel), né à Paris le 17 juin 1835. — Sur une forme spéciale d'abcès des os ou des abcès douloureux des épiphyses.

Dubrueil (Henri-François-Alphonse), né à Montpellier (Hérault) le 26 janvier 1835. — Des indications que présentent les luxations de l'astragale.

Cornil (Victor-André), né à Cusset (Allier) le 17 janvier 1837. — Sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie.

Rigout (Edmond-Alexandre), né à la Chapelle-Saint-Denis (Seine) le 5 février 1819. — De la Recherche micro-chimique. — Des principes immédiats de l'économie animale.

Sentex (Louis-Jean-Félix-Omer), né à Saint-Sever (Landes) le 2 octobre 1841. — Des Écoulements purulents du conduit auditif et de la phlébite consécutive des sinus méningiens.

Julliard (Gustave), né à Genève (Suisse) le 18 octobre 1836. — Des Ulcérations de la bouche et du pharynx dans la phthisie pulmonaire.

3e classe (médaille de bronze).

MM. Henrot (Henri-Alfred), né à Reims (Marne) le 22 mai 1838. — Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin.

Horteloup (Paul), né à Paris (Seine) le 19 septembre 1837. — De la Sclérodermie.

Brouardel (Paul-Camille-Hippolyte), né à Saint-Quentin (Aisne) le 13 février 1837. — De la tuberculisation des organes génitaux de la femme.

Gouraud (Vincent-François-Xavier), né à Paris (Seine) le 24 janvier 1837. — De l'Influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit.

De Valcourt (Jules-Edmond-Théophile), né à Paris le 3 mai 1836. — Climatologie des stations hivernales du midi de la France (Pau, Amélie-les-Bains, Hyères, Cannes, Nice, Menton).

4e classe (mentions honorables).

MM. Pellegrino. — Études sur quelques hémorrhagies liées à la néphrite albumineuse et à l'urémie.

Meunier (Jules-Étienne-Ernest), né à Meung (Loiret) le 27 avril 1836. — De l'Atrophie des nerfs et des papilles optiques dans ses rapports avec les maladies du cerveau.

Martin (Charles-Henri), né à Paris (Seine) le 8 janvier 1835. — De la Contagion dans l'érysipèle.

Jousset (Georges-Louis-Marie-Félicien), né à Bellesme (Orne) le 18 février 1839. — De la Méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées.

Robertet (Florimond-Simon-Ernest), né à Paris (Seine) le 28 octobre 1836. — Essai sur l'encéphalite.

Rabbinowicz (Israël-Michel), né à Horodez (Lithuanie) le 1er mai 1818. — Études historiques sur l'empoisonnement.

Zochios (Jean), né à Athènes (Grèce) le 20 mai 1840. — De la Glycosurie.

Rodet (Jean-Louis), né à Mirmande (Drôme) le 5 décembre 1838. — De la Trichine et de la Trichinose.

LEGS DU BARON DE TRÉMONT.

M. Joseph Girod de Vienney, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs, en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Par décret du 8 septembre 1858, M. le Doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté.

Les candidats qui voudront s'inscrire recevront, au secrétariat de la Faculté, les renseignements sur la nature des pièces à fournir, qui seront reçues jusqu'au 31 juillet.

La somme de 1,000 francs a été partagée, cette année, par portions égales, entre deux élèves qui se trouvent dans les conditions du legs.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 octobre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. LISLE communique un Mémoire sur le *traitement du choléra au moyen des préparations de cuivre.* La lettre que nous avons publiée récemment résume cette communication.

Choléra. — M. SERRES présente les observations suivantes :

A l'occasion des communications qui ont été faites sur le choléra dans cette séance et dans les précédentes, je demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques réflexions que je fais tous les ans dans le rapport sur le prix Bréant, dont les 100,000 fr. qui y sont attachés sont le but que se proposent d'atteindre les auteurs qui nous adressent en si grand nombre soit des remèdes infaillibles pour la guérison de cette cruelle maladie, soit des formules spécifiques pour en diminuer le danger et pour en prévenir la terminaison si souvent funeste.

Dans toutes ces communications, on fait abstraction de l'action de cette maladie sur l'économie humaine et des conséquences immédiates qui dérivent des altérations organiques qui en sont le résultat. C'est sur ce point principalement que je me propose d'appeler l'attention de l'Académie, des médecins et du public, si vivement intéressé à ce qui se passe dans cette enceinte.

Si le choléra est mystérieux dans son essence, il ne l'est pas dans ses effets immédiats sur l'organisme. Ces effets frappent tellement les yeux du médecin quand il ouvre le corps des décédés cholériques qu'il est impossible de les méconnaître. Ils sont aussi évidents que ceux de la variole, avec cette différence seulement que les pustules varioliques se montrent à la surface de la peau pendant que l'exanthème cholérique siége dans l'intestin. Le vulgaire lui-même reconnaît la variole et la caractérise. De son côté, le caractère anatomique du choléra est constitué par un nombre considérable de pustules sur toute l'étendue de l'intestin. Celles-ci frappent les glandes de Brunner et les glandes plus déliées encore de Lieberkühn, en respectant les glandes agminées de Peyer dont l'altération, comme on le sait, est le signe pathognomonique de la fièvre typhoïde ou entéro-mésentérique.

Ce caractère anatomique, je l'ai signalé en 1832, lors de la grande épidémie cholérique qui frappa la France et surtout sa capitale. J'ai même donné au choléra le nom de *psorentérie,* afin de bien fixer l'attention des médecins sur ces pustules insolites qui tout à coup font éruption à l'intérieur du canal intestinal.

J'ai trouvé ce même caractère du choléra asiatique dans l'épidémie de 1849 et de 1854. Je l'ai constaté également dans le choléra qui sévit actuellement à Paris. Le nombre de corps décédés du choléra dont j'ai fait l'autopsie, soit à l'hôpital de la Pitié, soit à l'amphithéâtre des hôpitaux, s'élève à plus de 100, et c'est après avoir constaté la présence de ces pustules dans la grande majorité des cas que j'en ai déduit le caractère anatomique principal du choléra asiatique, et que j'ai cherché à rendre compte de quelques-uns de ses symptômes, tels que les évacuations alvines, aqueuses ou blanchâtres, semblables quelquefois à une eau de riz mêlée de flocons albumineux; tels encore que la suppression des urines et aussi de la sécrétion de la bile, qui indiquent, dès le début du choléra, que les reins et le foie sont frappés d'une inertie complète. En outre, la prédominance des pustules psorentériques, sur tel ou tel point du canal intestinal, produit en général un appareil symptomatique en rapport avec le lieu de leur confluence. Ainsi, la prédominance de l'éruption dans l'estomac détermine des vomissements quelquefois incoercibles. L'affluence des pustules dans l'intestin grêle est accompagnée d'un flux blanchâtre abondant dont il est difficile de se rendre maître.

Dans ces cas cependant la puissance de la médecine apparaît dans toute son efficacité, soit qu'elle s'attache à combattre avec persévérance les vomissements, soit qu'elle tente d'arrêter le flux intestinal dont la persistance menace les jours du malade.

Enfin, qui peut méconnaître l'influence de la médecine dans les prodromes du choléra que l'on désigne présentement sous le nom de période prémonitoire? Cette période se passe tout entière dans le canal intestinal; elle est en quelque sorte l'embryogénie des pustules psorentériques, dont les moyens qui sont employés arrêtent le développement.

Si, aux yeux de la physiologie moderne, la combustion lente qui s'opère dans le poumon et dans l'intimité des organes est une source de la chaleur du corps, et la face la plus générale du phénomène de la vie, on conçoit que l'arrêt de cette combustion lente dans tout l'organisme donne naissance à ce froid cadavérique qui rappelle la période algide des fièvres pernicieuses, et dont la persistance est, dans le choléra comme dans ces fièvres, le prélude de la mort.

L'impuissance de la médecine ne tient-elle pas alors à l'impuissance même de l'organisme?

Que si au contraire, à l'aide des moyens qui agissent sur la surface cutanée, l'inertie de l'organisme est réveillée et que la réaction se manifeste, c'est alors que la médecine agit avec efficacité pour combattre les phénomènes ataxiques si dangereux qui caractérisent cette période de réaction, et dont la scène se passe dans le système nerveux et particulièrement dans son axe cérébro-spinal.

Dès 1832, en effet, je signalais chez les sujets morts pendant la période de réaction un pointillé rouge extrêmement prononcé de la plus grande partie des centres nerveux.

En 1849 et 1854, de nouvelles autopsies me révélèrent dans la même période un afflux considérable de sang dans tout le système veineux qui entoure l'axe cérébro-spinal. Les sinus du corps des vertèbres sont également gorgés de sang. Il y a en quelque sorte apoplexie méningée du cerveau et de la moelle, mais celle-ci est surtout manifeste dans les environs du bulbe rachidien, c'est-à-dire dans le voisinage du point que la physiologie qualifie avec tant de raison du nom de centre respiratoire.

Cette altération du bulbe rachidien a-t-elle quelque relation, par l'intermédiaire de la fonction respiratoire, avec la fluidité du sang, son défaut de plasticité, ainsi qu'avec la vacuité des artères que l'on observe dans le choléra? Il serait contraire à une méthode scientifique rigoureuse de l'affirmer, mais il est permis du moins de montrer là un champ de recherches encore inexploré, et qui promet peut-être une riche moisson pour la physiologie et pour la médecine, c'est-à-dire pour l'humanité.

Relativement à la méthode préventive, c'est un fait bien extraordinaire que des villes et même des départements entiers aient été préservés du choléra, dans les diverses épidémies qui ont ravagé la France. C'est un fait bien important également que celui que vient d'annoncer M. le Secrétaire perpétuel, à savoir, que les environs des usines dans lesquels l'atmosphère est chargée de vapeurs sulfureuses sont préservés des épidémies cholériques. J'en ai écouté la narration avec un intérêt d'autant plus grand, que ce fait m'explique les résultats si avantageux que j'ai obtenus dans l'épidémie de 1849 de l'emploi à l'intérieur du sulfure noir de mercure.

Ceux qui n'ont pas assisté au tableau déchirant que présente le choléra, ne peuvent avoir une idée de la perplexité morale qu'éprouve le médecin appelé à secourir les cholériques, surtout dans les hôpitaux. La peur de la contagion de la maladie, il ne l'a pas. Toute son attention se concentre sur l'état de son semblable, aux prises avec la mort, qui l'attaque par des tourments horribles et incessants qui ne lui laissent pas un instant de repos. Le soulager et le guérir, s'il est possible, tel est le sentiment qui cloue le médecin au lit des cholériques. Otez-lui ce sentiment, ôtez-lui cette confiance qu'il a d'être utile, et vous le paralysez dans son action, vous paralysez surtout l'effet moral que sa présence inspire au malheureux qui se débat avec la mort, et qui vous implore de lui venir en aide dans ce combat à outrance.

Or, ne détruisez-vous pas ce sentiment chez le médecin, en déclarant l'impuissance de la médecine, et surtout en affirmant sans preuves qu'une affection si promptement funeste est susceptible de guérir seule?

Abordons de front cette manière de voir et jugeons-la par l'expérience.

Qui ne sait qu'en Orient, où le choléra est livré à lui-même sous l'influence du fatalisme musulman, la mortalité atteint des chiffres formidables, fruit de l'insouciance publique? Sans aller aussi loin chercher des exemples, rappelons des souvenirs qui sont encore présents à l'esprit de chacun de nous. Qui ne se rappelle qu'en 1832 la population de Paris, épouvantée par la mortalité du choléra qui la décimait, accusa les médecins d'empoisonner les malades, et voulut même dans son aveuglement les jeter à l'eau? Pendant trois jours le choléra fut livré à lui-même, et pendant ces trois jours la mortalité atteignit des proportions formidables. Elle fut telle alors dans le douzième arrondissement, que, malgré les efforts de l'autorité, on ne pouvait suffire à l'enlèvement des cadavres (1).

Quant à saisir dans l'air le principe ou le germe du choléra, ne désespérons pas des progrès de la chimie; espérons, au contraire, avec notre illustre collègue M. Chevreul, que par des études persévérantes *le médecin triomphera un jour de ces fléaux menaçant la vie de l'homme sous le nom de miasmes, de virus, de venin, de poison, etc.* Et en attendant le résultat de ces louables efforts de la

(1) A ce sujet, je demande à l'Académie la permission de lui citer un fait qui m'est personnel. Dans une soirée de ce délire populaire, je fus appelé auprès d'un de mes amis qui restait dans la rue des Noyers, et qui venait d'être frappé du choléra. Je restai auprès de lui jusqu'à minuit. En rentrant chez moi, à l'hôpital de la Pitié, et arrivé à l'entrée de la rue Saint-Victor, mon domestique, qui m'accompagnait, n'osait plus avancer : « La rue, me disait-il, est pleine de fantômes. » En m'approchant de ces prétendus fantômes, je reconnus que c'étaient des bières renfermant des victimes du choléra. Arrivé au milieu de la rue, je rencontrai un soldat du train d'artillerie qui m'apprit que leurs voitures étaient occupées à l'enlèvement des corps. « L'église Saint-Nicolas-du-Chardonnet en est remplie, ajouta-t-il, et à mesure que nous les enlevons, à mesure on en descend des rues adjacentes à la rue Saint-Victor. »

science, félicitons hautement le Gouvernement de France de l'initiative qu'il a prise pour aller éteindre sur les bords du Gange, le foyer permanent qui verse dans le monde les germes de cette terrible maladie.

Je prie l'Académie d'excuser la longueur de cette improvisation; mais j'ai cru devoir prendre la parole pour réfuter, d'une part, les assertions qui avaient été émises sur l'impuissance de la médecine dans le traitement du choléra, et, d'autre part, dans ce temps d'épidémie cholérique, pour affermir le public dans la juste confiance qu'il a dans les soins éclairés des médecins.

M. VELPEAU. M. le Président vient de me faire remettre une des nombreuses communications adressées à l'Académie et relatives au choléra. L'auteur, M. Cassiano de Prado, fait observer que, dans une localité d'une population de 2,000 âmes, et où se trouvent des mines de cuivre, aucun cas de choléra ne s'est manifesté, quoiqu'il ait sévi avec violence dans toutes les stations voisines. Il en conclut que cette immunité pourrait bien être due à des émanations cuivrées, ou plutôt au gaz acide sulfurique.

La *possibilité* du fait ne peut point être niée; mais il s'en faut qu'un fait pareil puisse être admis comme démontré par cette seule preuve. Lyon, ville peu hygiénique en apparence, est restée indemne du choléra jusqu'ici; de même sept autres départements de la France, de même Versailles, de même Arcachon; de même, à Paris, Belleville cette année! Pourquoi?

A ce sujet et à l'occasion de cette avalanche de propositions de toutes sortes qui nous sont faites, je demande la permission de dire, ou plutôt de répéter, qu'il n'y a rien de difficile, en médecine, comme la démonstration d'un résultat thérapeutique bien complet. D'abord, tout le monde n'est pas en mesure, ni compétent pour donner une démonstration semblable. Quel cas doit-on faire, par exemple, des mille inventions ou propositions que suscite la spéculation, l'industrialisme ou le charlatanisme? En second lieu, une foule de remèdes, de traitements, d'inventions sont adressés, de bonne foi, par des hommes étrangers à la médecine: ceux-là sont mus par un sentiment louable, par une philanthropie facile à comprendre et bien naturelle en présence du fléau qui nous décime. Mais, en conscience, et si chacun voulait y réfléchir un instant, qu'est-ce que la médecine peut puiser à de telles sources, chez des hommes intelligents pour la plupart, mais qui n'ont aucune idée, ni de la nature, ni de la valeur des choses ou des faits dont ils parlent, et qui sont même absolument incapables d'y rien comprendre? Si les médecins proprement dits ont tant de peine à s'y reconnaître, à juger sainement les effets d'un remède ou d'une médication, eux qui ont passé leur vie à étudier toutes les difficultés du problème, et les voies et moyens qui permettent de le résoudre, comment un homme étranger à toute science médicale, qui ignore par conséquent la complexité des faits, peut-il y arriver par l'induction ou par le raisonnement? Et si c'est par l'observation, où trouvera-t-il la preuve, et comment démontrera-t-il que ses croyances sont fondées? Voilà donc déjà deux sources de ces incessantes productions à mettre de côté.

Restent les médecins: eh bien! de ce côté-là encore, que de difficultés, que d'illusions! Il y a tant de causes d'erreurs, dans les études médicales, dans les jugements qui concernent la valeur des remèdes, que malgré la science la plus sincère et la plus étendue, malgré le jugement le plus calme et le plus solide, malgré l'amour le plus vif et le plus réfléchi de la vérité, on a vu de tout temps, et l'on continue de voir tous les jours, les opinions les plus diverses sur la valeur éelle de la plupart des moyens thérapeutiques.

Voici, en particulier, un travail que je suis chargé par l'auteur de soumettre au jugement de l'Académie, et qui concerne aussi l'emploi des préparations cuivrées dans le traitement du choléra. Ce travail est de M. Lisle, homme connu dans la science et des Académies, qui a longtemps exercé à Paris, et qui dirige depuis trois ans un établissement médical public à Marseille. On trouve dans ce Mémoire, fort bien fait du reste, les détails les plus précis, les mieux circonstanciés, des observations parfaitement exposées, une statistique régulière, une histoire complète, enfin, et telle qu'on peut en désirer en médecine, de ce qui s'est passé sous ses yeux. Or, M. Lisle est arrivé à conclure que le remède du choléra, une sorte de remède spécifique, serait le sulfate de cuivre administré d'une certaine façon à l'intérieur. Ce serait donc un fait en faveur de l'idée de M. Cassiano de Prado. Ajouterai-je qu'un autre médecin de Paris, M. Burq, vante depuis longtemps, de son côté, d'abord les armatures, les plaques, les anneaux de cuivre, des instruments métalliques en un mot, appliqués sur différentes parties du corps, comme remèdes d'une foule de maladies, du choléra en particulier. Des armatures extérieures, il en est même venu en dernier lieu, et avant M. Lisle, à donner aussi le sulfate de cuivre par la bouche, mais à des doses telles, que M. Lisle les croit de nature à empoisonner les malades. Le médecin de Marseille, qui administre sa potion par cuillerées à café, au plus violent de la maladie, ne donne cependant, dans les vingt-quatre heures, que de 6 à 15 ou 20 centigrammes du médicament. Les vomissements, la diarrhée, les crampes cessent et la chaleur se rétablit; seulement il arrive souvent que les malades restent dans une espèce de coma, et comme congestionnés. Mais M. Lisle, supposant qu'une partie du sel cuivreux, que les organes n'ont point absorbée dans la période aiguë, a pu rester dans l'estomac et y devenir cause d'accidents secondaires, a eu la pensée de donner un ipéca à ses malades et de les faire vomir; de sorte qu'en définitive, au lieu de voir mourir les trois quarts des pauvres cholériques, comme il l'avait observé jusque-là, il n'en a plus perdu qu'un cinquième.

Aussi, rien de plus clair, de mieux établi, de plus évident, à première vue, qu'un tel résultat annoncé par un homme mûr, instruit, intelligent et de bonne foi. Et pourtant, essayé à Paris, dans divers hôpitaux ou en ville, par des médecins non moins capables et non moins désireux d'arriver au bien, cette médication, jusqu'à présent du moins, n'a rien offert de merveilleux!

Autre preuve de la difficulté de porter un jugement fondé en pareille matière. Un médecin de Paris vient un matin à la Charité me proposer un spécifique contre le choléra; j'en ai tant vu déjà, tant écouté et depuis si longtemps, que je me prête à peine à de nouvelles mystifications en ce genre. Car enfin, « *la vie est courte et l'art est long;* » le temps perdu à écouter des sottises est bien décidément perdu et ne se retrouve plus. Cependant ce confrère, que j'ai connu comme élève jadis et qui exerce à Paris depuis longtemps, est un homme intelligent. Il m'affirme avec un air de conviction tel que son remède est infaillible, même dans les cas les plus graves, et qu'en une demi-heure il produit son effet, arrête les vomissements, les diarrhées, les crampes, que je finis par céder. C'était un secret qu'il ne voulait pas divulguer, tant il était sûr du succès et parce que cela le conduisait au prix Bréant. Ne me croyant pas le droit d'autoriser l'emploi de médicaments inconnus sur les malades, je l'avertis de cette difficulté; il y mit fin tout aussitôt en me confiant, à moi personnellement, la composition de son spécifique. La connaissance de la substance indiquée m'ôta bien vite tout espoir. Mais ce médecin y mit tant d'insistance et conserva les apparences d'une foi si absolue, que je priai deux de mes collègues, chargés spécialement du traitement des cholériques, d'essayer le fameux secret sur un, puis sur un second, puis sur un troisième malade, très-gravement pris, il est vrai, et qui succombèrent tous les trois.

Quand le choléra est déclaré, il faut peu compter sur les remèdes actifs donnés à l'intérieur, par une première raison: c'est que d'ordinaire ils ne sont point absorbés; la faculté du système absorbant est alors, à peu près, complétement éteinte; mais cela n'empêche point de combattre aussitôt les symptômes dominants, de raviver la chaleur par tous les moyens possibles, par tous les révulsifs imaginables, par les boissons expansives, d'attaquer la soif par la glace, par les limonades, etc.; en un mot, de mettre en œuvre les différentes médications rationnelles que l'expérience ou la pratique ont sanctionnées, toutes choses qui ne peuvent être convenablement administrées que par les médecins les plus exercés, ce qui exclut, par conséquent, tous les médicastres et les marchands de drogues de toutes couleurs. Tel est le fond et le résumé de ce que j'ai dit ou voulu dire, de ce qui est, à mon sens, la stricte vérité. Je ne terminerai pas sans ajouter ce qui doit certainement plaire à l'Académie, que, depuis l'allocution que je rappelle ici, l'épidémie s'est considérablement amoindrie; qu'il meurt de moins en moins de malades chaque jour; qu'il en est mort, par exemple, moitié moins hier qu'il y a quinze jours; qu'il y a lieu, dès lors, d'espérer que le plus fort est fait, que nous avons franchi les plus gros dangers. Ce qui rassure encore, c'est que la proportion des cas graves est moindre, c'est que les médicaments et la médecine semblent avoir de plus en plus d'action sur la maladie. Toutefois, il serait imprudent, comptant sur cette amélioration, de cesser les précautions hygiéniques que je recommandais il y a quinze jours et que tous les médecins recommandent d'un commun accord. On a vu trop souvent, en effet, dans les épidémies passées, le fléau reprendre une certaine intensité après avoir semblé se réduire pendant quelques jours; il est toujours bon de se tenir sur ses gardes jusqu'à ce qu'il ait complétement disparu.

Mon intention, on la connaît du reste, n'a été de discuter ni la cause ni aucune des diverses questions relatives à l'épidémie; c'est ailleurs et devant des médecins que de pareils débats doivent avoir lieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le 1er et le 2 novembre la mortalité *pour tout Paris* a un peu augmenté: le 1er, 121 morts; le 2, 132.

Les jours suivants, si nos renseignements sont exacts, la mortalité a diminué. Les malades admis dans les hôpitaux sont moins gravement atteints, et c'est là en général le caractère de la fin des épidémies.

— Dans sa séance de samedi dernier, la Faculté de médecine a présenté pour la chaire de pathologie externe: en 1re ligne, M. Richet; en 2e ligne, M. Broca; en 3e ligne, M. Follin.

— Le choléra a presque entièrement disparu d'Espagne. On annonce son apparition, dans les Indes, à Mussurabad et Neermuth.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 131. — JEUDI 9 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) JEUDI 9 NOVEMBRE 1865. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 NOVEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Il n'est tel qu'une Académie quand elle se met en train. Nous reprochions il y a quelques jours, à l'Académie de médecine, de ne point parler du choléra. Aujourd'hui, sur quatre orateurs qui sont montés à la tribune, trois nous ont entretenus de ce sujet. Ils ne nous ont pas dit, il est vrai, précisément ce que nous désirions savoir; mais ils ont donné, du moins, chacun à sa manière, une preuve d'intérêt pour le sujet de la préoccupation générale du moment; c'est déjà quelque chose. M. Briquet a continué la lecture de son rapport à propos de l'épidémie de 1849. Il a terminé ce qui concerne l'histoire du choléra dans l'Inde, son berceau. Il se propose, dans la prochaine séance, d'examiner sa marche dans les autres contrées de l'Asie et de l'Europe, avant d'arriver à l'histoire de l'épidémie qui est l'objet principal de son rapport. Les développements de ce travail, auquel M. Briquet paraît avoir consacré des recherches considérables et de nombreuses veilles, exigeront encore probablement plusieurs séances. Le dépouillement et l'analyse de ce volumineux document nous réserve, à notre tour, une laborieuse tâche. Nous nous efforcerons de n'y point faillir.

L'Académie avait entendu avant une lecture de M. J. Cloquet, sur la pathogénie des phénomènes essentiels du choléra. Cette lecture ayant été faite aussi dans la dernière séance de l'Académie des sciences, nous serons en mesure d'en exposer les points principaux quand nous rendrons compte de cette séance. Elle a entendu, enfin, une lecture de M. Nonat sur l'emploi des fumigations chlorées, en vue de la désinfection de l'air et de la diminution des ravages du choléra. Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.

Entre ces diverses lectures, M. J. Guérin est monté à la tribune pour ouvrir une discussion au sujet du fait de pied-bot plat-valgus douloureux que M. Gosselin a présenté à l'Académie dans la dernière séance. MM. Bouvier et Gosselin doivent prendre la parole sur ce sujet dans la séance prochaine. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette discussion.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITE.

Application du courant constant au traitement des névroses (1).

(Leçons faites à l'hôpital de la Charité par le professeur REMAK, de l'Université de Berlin.)

Nous ne nous occuperons aujourd'hui que des expériences relatives aux états paralytiques où il s'agit de ranimer la faiblesse du système nerveux indépendamment de la cause productrice.

Il y a deux sortes de paralysies : 1° la paralysie motrice, et 2° la paralysie sensible ou anesthésie.

La paralysie motrice ou musculaire peut être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas, il peut exister un affaiblissement général de toutes les fibres musculaires ou une paralysie complète de certains faisceaux seulement. On ne pourra rétablir les muscles dans leur état normal que si tous les centres nerveux, et le trajet des troncs nerveux dont les rameaux se rendent à ces muscles, n'ont pas perdu ou ont déjà regagné leurs fonctions régulières. Dans ce cas seulement, l'action locale antiparalytique du courant sera manifeste.

On observe alors que le courant constant, agissant par l'électrode négative sur les rameaux nerveux qui se répandent dans le muscle affecté, rendra immédiatement à ce muscle sa corrélation avec la volonté et sa force normale en produisant en même temps un gonflement des fibres musculaires.

Le hasard nous permet de mettre sous vos yeux un cas de paralysie du deltoïde qui nous fournit l'occasion de démontrer ces effets.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 31 octobre. — Ces leçons, qui nous avaient été remises manuscrites par M. Remak lui-même, ont été depuis dans la *Revue des cours publics* (partie scientifique) et tirées en brochure.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, emballeur, pâle, mais bien portant du reste, entré à la Charité, il y a trois mois, pour un gonflement rhumatismal articulaire des trois grandes jointures du bras droit. Après avoir été traité pendant trois semaines par les moyens ordinaires, il fut saisi subitement, — d'après l'affirmation de M. Beau, dans le service duquel se trouve le malade, — d'une paralysie complète du deltoïde, qui ne céda ni par les vésicatoires ni par les courants d'induction, et qui l'a laissé dans l'état où nous le trouvons maintenant.

En observant ce malade, on constate que son épaule droite est affaissée sur tout le deltoïde, tandis que les jointures de la main et du coude sont à l'état normal. On ne trouve à l'articulation de l'épaule aucun gonflement, mais une sensibilité exagérée à la capsule synoviale et au deltoïde lui-même, à la surface duquel on voit la trace d'un large vésicatoire.

Si l'on demande au malade de lever son bras droit, on observe qu'il peut à peine l'éloigner de 20 à 30 degrés de la verticale du thorax, et que c'est par l'intervention du trapèze non paralysé. Nous constatons que le trapèze est intact, en priant le malade de rapprocher les omoplates l'une de l'autre, ce qui se fait normalement.

En levant nous-même le bras du malade, nous ne rencontrons presque aucun obstacle, il y a seulement une légère contraction du grand pectoral qui attire l'os en dedans, vers le processus coracoïde. Voilà constatée la paralysie du deltoïde. Au point de vue du diagnostic différentiel, il faut ajouter que la paralysie pourrait coexister avec un gonflement de l'os; mais, ce qui est plus important à savoir, c'est que souvent on rencontre, en levant le bras, un obstacle causé apparemment par le gonflement, soit de l'humérus, soit de la cavité glénoïdale, et qui n'est pourtant que la suite d'une forte contracture du grand pectoral, qui attire l'humérus vers le processus coracoïde, en sorte que la tête de l'humérus s'appuie contre le bord antérieur de la cavité. Si, dans ce cas, l'électrode positive d'un courant de 20 à 30 éléments agit pendant quelques minutes dans la fosse sous-claviculaire, on peut, soit par une application instantanée, soit par des applications répétées, relâcher et ramollir le grand pectoral, et supprimer l'obstacle, en apparence mécanique, qui s'est opposé à l'élévation du bras. Mais, dans notre cas, cette complication n'existe pas, nous avons affaire à une paralysie simple du deltoïde. Reste à savoir quelles sont l'origine et la nature de cette paralysie.

Au début d'une inflammation de l'articulation humérale, on observe presque toujours une subluxation de la tête de l'humérus vers le processus coracoïde, causée par les mouvements volontaires du malade; c'est surtout cette déviation qui semble prolonger la durée de l'inflammation. Si, dans ce cas, on applique pendant quelques minutes l'électrode positive sur le plexus brachial, on arrive à diminuer la sensibilité exagérée de l'articulation, et, en relâchant le grand pectoral, à rétablir la tête de l'humérus dans sa position naturelle. En empêchant alors tout mouvement du bras par un bandage approprié, on observe que l'inflammation, qui ordinairement dure des semaines et des mois, se termine avec une étonnante rapidité, évidemment parce que le trouble de la circulation que détermine la compression de l'artère et de la veine circonflexe est supprimé par notre procédé. Si l'on n'applique pas le courant et si la compression persiste, il se développe une *névrite secondaire articulaire* descendante ou ascendante qui, dans les deux cas, peut engendrer une paralysie du deltoïde : dans le premier, par gonflement et endurcissement du nerf circonflexe dans le creux de l'aisselle, et dans le second, par gonflement de la partie supérieure du nerf circonflexe jusqu'à son point d'émergence du plexus brachial.

Dans le cas qui nous occupe, en touchant le creux de l'aisselle, nous ne trouvons rien d'anormal; mais, en exerçant une légère pression avec le bout du doigt sur le plexus brachial dans la fosse sus-claviculaire, nous constatons un gonflement douloureux et très-prononcé surtout des cordons inférieurs, où le nerf circonflexe prend son origine.

Quant au pronostic de cette paralysie, on peut affirmer qu'elle est capable de durer des années et même toujours. J'ai traité et guéri, par le courant constant, des paralysies semblables qui existaient depuis vingt ans. Dans certaines conditions, c'est-à-dire si l'endurcissement de la gaîne des nerfs est supprimé par d'autres moyens, le courant induit exerce quelquefois une influence heureuse, tandis qu'il aggrave l'état des choses, et peut même engendrer des névralgies articulaires si cet endurcissement dure encore.

Il y a deux manières de procéder à l'application thérapeutique du courant constant dans ce cas.

Nous pouvons commencer par l'excitation des fibres nerveuses intra-musculaires du deltoïde avec le pôle négatif du courant en mouvement, et en gonflant en même temps les fibres musculaires. Mais je prédis d'avance que l'effet sera médiocre, puisque le mal a sa source dans le tronc nerveux et doit être attaqué là. Néanmoins faisons l'expérience de cette manière. Je place le pôle négatif sur le point d'émergence du nerf circonflexe, et je promène l'autre pôle à la surface du deltoïde. La contractilité, qui n'est aucunement réveillée par le courant induit, — selon l'interne de M. Beau, — ne l'est pas non plus par le courant constant si nous effectuons des interruptions, mais elle l'est au bout d'une application continue de quelques minutes. Néanmoins c'est un effet curatif presque nul. Il y a une augmentation de quelques degrés dans l'angle que peut faire le bras avec le corps.

Traitons maintenant les troncs nerveux. Je place le pôle positif d'un courant fourni par vingt à vingt-cinq éléments sur le point douloureux du plexus brachial, et le pôle négatif sur l'omoplate du côté opposé, pour nous assurer qu'il ne s'agit pas d'un effet immédiat sur le muscle deltoïde. Laissons agir ce courant jusqu'à ce que sa constance soit arrivée à un maximum, ce qu'on reconnaît à l'immobilité de l'aiguille du galvanoscope. Après une action de deux ou trois minutes, nous enlevons les électrodes, et, comme vous le voyez, le malade lève complétement son bras, c'est-à-dire jusqu'à la position verticale, la main en l'air. — Mais ce mouvement s'accomplit avec une certaine difficulté, et l'on observe une contraction irrégulière des faisceaux du deltoïde. Le malade accuse des craquements dans l'articulation et qu'on saisit à l'audition.

Il faut revenir maintenant au traitement local du deltoïde. En appliquant le courant comme primitivement, la contractilité est plus énergique et le gonflement des fibres beaucoup plus prononcé; aussi y a-t-il une rougeur très-vive de la peau, surtout au pôle positif. Le malade lève actuellement son bras sans aucune gêne, il le meut en tout sens et avec la plus grande facilité, comme un gymnaste ou un athlète. Et, si l'on touche le point douloureux du plexus brachial, on constate qu'il est moins sensible et moins dur.

Pour terminer l'explication de ces phénomènes qui excitent à juste titre l'étonnement, il faut ajouter que le courant, en agissant sur le plexus brachial, a dû aussi toucher de près les rameaux du grand sympathique qui se rendent aux vaisseaux sanguins du bras, et sous la dépendance desquels, d'après la découverte de notre illustre ami Cl. Bernard ici présent, se trouvent les parties musculaires des parois des vaisseaux. Ainsi cette action du courant n'a pas engendré seulement une excitation des fibres nerveuses motrices, excitation faible, puisque nous avons employé ce pôle positif, mais elle a déterminé de plus une dilatation des vaisseaux sanguins et un afflux abondant de sang aux parties paralysées, afflux qui joue un grand rôle dans l'accomplissement des phénomènes qui se sont passés sous vos yeux.

Pour obtenir une guérison complète, il faudra appliquer encore quelquefois le courant, afin de rétablir parfaitement l'état normal de quelques fibres qui pourraient avoir échappé aujourd'hui à notre action.

Comme nous l'avons déjà prédit, la guérison de la paralysie du deltoïde, que nous avons effectuée il y a quelques jours, ne s'est pas démentie depuis; seulement nous avons appliqué encore deux fois le courant constant sur le plexus brachial, et surtout sur les fibres contracturées du grand pectoral, qui gênaient encore la commodité des mouvements et empêchaient le malade de reprendre ses occupations habituelles.

Cet exemple peut servir de type en cette espèce de paralysie que j'appelle névritique, parce qu'elle dépend uniquement d'un gonflement de la gaîne des nerfs, et se combine facilement avec des névralgies et même des anesthésies, si les fibres sensibles des troncs nerveux sont comprimées.

On comprend ainsi que la même cause morbide puisse produire, selon les circonstances, aussi bien une paralysie qu'une contracture, qu'une anesthésie ou qu'une hyperesthésie. Je distingue deux espèces de paralysie névritique : 1° la primaire; 2° la secondaire. La secondaire est celle qui se combine avec une inflammation, soit des articulations après fractures des os, soit d'autres organes plus profonds, tels que la matrice, les ovaires, les intestins et même les poumons. Il serait trop long d'insister sur les différentes névroses de ce genre.

Quant à la paralysie névritique primaire, elle est causée par un refroidissement ou un tiraillement forcé des troncs nerveux. On l'observe sur les muscles de l'épaule, tels que le grand dentelé, le rhomboïde, le deltoïde, etc. Dans ces divers cas, il n'y

a pas seulement gonflement du plexus brachial, mais encore gonflement des rameaux nerveux qui se rendent aux muscles paralysés. On a cherché en vain, dans de pareilles circonstances, à rétablir la motricité des muscles paralysés, par application locale immédiate, soit du courant induit, soit même du courant constant; mais, si on laisse agir le courant constant sur les nerfs gonflés, on observe, même dans les paralysies invétérées, que la contractilité perdue des muscles renaît, et que les mouvements volontaires reviennent.

Les photographies que je place sous vos yeux vous donneront une idée des effets de ce traitement. Voici deux hommes avec paralysie complète et ancienne du grand dentelé et du trapèze guéris parfaitement au bout de trois mois de traitement. Voici un sous-officier de notre marine qui, dans un naufrage, a été saisi d'une paralysie complète du deltoïde, du trapèze et du sterno-mastoïdien. Malgré une application du courant induit prolongée quatre mois, son état, loin de s'améliorer, s'est compliqué d'une névralgie du bras. Je l'ai traité pendant trois mois et guéri. C'était quatre ans après le début de sa maladie.

J'ai pu constater maintes fois, avec mes élèves, que le courant induit affaiblissait les forces du muscle paralysé, et que le courant constant, appliqué immédiatement après, les rétablissait instantanément.

On observe aussi des paralysies névritiques primaires et secondaires dans les membres inférieurs, surtout dans la région du nerf crural et du nerf sciatique. Mais nous ne pouvons insister sur cette espèce de paralysie, et nous passons à une autre espèce de paralysie périphérique, dont le traitement galvanique offre un intérêt particulier, parce que, dans ce cas, le grand sympathique sert d'intermédiaire à l'influence du courant.

L'hémiplégie faciale de la femme de vingt-quatre ans, que je vous présente, offre un exemple de ce cas. Depuis sa jeunesse, cette femme souffre d'une otite du côté gauche, avec suppuration. C'était évidemment d'une prédisposition à l'hémiplégie faciale dont elle fut frappée subitement il y a trois mois. Entrée dans le service de M. Beau, elle y a été traitée par les moyens ordinaires; le courant induit n'a pas même déterminé une contraction des muscles paralysés. Tous les muscles de sa face sont affectés, elle ne peut ni fermer l'œil ni froncer le sourcil; la bouche et même le bout du nez sont déviés du côté droit, surtout quand la malade parle ou quand elle fait la moue. En soufflant, elle laisse passer l'air par une large ouverture du côté gauche de la bouche. Les muscles de la joue sont endurcis, et le muscle sterno-cléido-mastoïdien est un peu raccourci, en sorte que le menton est tourné du côté droit.

Au-dessous du bord extérieur de ce muscle, nous rencontrons les cordons gonflés et endurcis, soit des nerfs, soit des ganglions lymphatiques. Du reste, tous les os de la face, surtout l'arcade zygomatique, sont tuméfiés visiblement, et même douloureux au toucher. Si nous appliquons le courant constant sur les muscles paralysés, nous voyons qu'ils ne se contractent pas, même avec un courant énergique, qui produit d'ailleurs une rougeur de la peau. Il n'y a pas non plus contraction si le courant agit sur le tronc nerveux lui-même.

Mais une expérience antérieure m'a appris que, si le courant agit pendant quelques minutes sur le grand sympathique du cou, et que si l'on examine ensuite les muscles de la face, on s'aperçoit que plusieurs de ces muscles, et quelquefois même tous, ont recouvré leur contractilité. Je fais cette expérience devant vous. Je laisse agir un courant descendant de quinze éléments, le long de la partie cervicale du grand sympathique, pendant trois minutes, et, en examinant de nouveau les muscles de la face, nous observons que le muscle zygomatique et la partie inférieure de l'orbiculaire se contractent sous l'influence du même courant qui, auparavant, était sans effet. Vous voyez en même temps que l'excitation du tronc nerveux ne détermine pas cette contraction, et, par conséquent, que les muscles se trouvent à peu près dans le même état que les muscles d'une grenouille empoisonnée par le curare, qui, d'après la découverte de notre ami Cl. Bernard, sont excitables seulement par l'action électrique, mais non par l'action nerveuse. Je suis heureux que M. Cl. Bernard soit ici présent pour constater ce phénomène.

On comprend aussi que le rétablissement de la contractilité des muscles seuls n'est pas le rétablissement de la motricité volontaire. Tant que le tronc nerveux n'est pas excitable, c'est-à-dire tant qu'il n'est pas soumis à l'innervation, la motricité volontaire n'existe pas. Comment faire renaître cette excitabilité? Voici ce que j'ai découvert à cet égard : en faisant agir le courant constant sur le trajet de la partie vertébrale du grand sympathique, on parvient, après une application répétée de ce courant, à rétablir l'excitabilité du tronc nerveux, et par cela même à faire rentrer les muscles paralysés sous la domination de la volonté.

Pour expliquer ces phénomènes complexes, il se présente deux méthodes. La première, la plus simple en apparence et la plus probable, est celle qui consiste à supposer que l'application du courant sur la partie cervicale du grand sympathique produit une amélioration de la circulation dans les muscles de la face, attendu que nous savons, par les expériences de Brown-Séquard et de Stannius, qu'un afflux de sang artériel aux muscles, même à peu près mortifiés, leur rend leur contractilité. En suivant cette manière de voir, on peut expliquer aussi l'action du courant sur la partie vertébrale du grand sympathique.

Cette action améliore la circulation autour du tronc nerveux, dans le canal de Fallope, où il faut chercher la cause de la maladie, et même dans la fosse postérieure du crâne, sinon dans le pont de Varole lui-même. Pour appuyer cette interprétation, il faut noter que le gonflement des os de la face disparaît avec le temps par ce traitement. D'autre part, je dirai que, d'après une série d'observations qui seront mentionnées à propos de l'atrophie musculaire progressive d'Aran, je suis disposé à croire qu'il existe, entre les fibres nerveuses du grand sympathique et les cellules cérébro-spinales, des communications directes qui n'ont encore été constatées ni par le microscope ni par l'expérience physiologique. C'est l'effet de ces communications qui, probablement, apparaît ici d'une manière aussi étonnante (1).

Le cas dont je viens de faire l'histoire peut servir d'exemple, non-seulement pour l'hémiplégie faciale, mais pour beaucoup d'autres maladies paralytiques et spasmodiques, dont la cause consiste en un trouble de la circulation à la base du cerveau. Je renvoie à mon mémoire : *Sur le traitement de quelques névroses, ayant leur siége à la base du cerveau*, lu par moi, à l'Académie des sciences, le 12 septembre 1864.

(1) L'effet indiqué d'avance s'est réalisé après un traitement de quinze jours. La contractilité des muscles de la face et, jusqu'à un certain point, l'excitabilité du tronc nerveux sont revenues; l'œil n'est plus larmoyant, et le gonflement des os a diminué. Arrivée à ce point, l'hémiplégie guérit d'elle-même.

LE CHOLÉRA ET SON TRAITEMENT,

Par M. le docteur Bouchut.

Nos lecteurs nous sauront gré d'emprunter l'article suivant au *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* de MM. Bouchut et A. Desprès.

Le premier fascicule de cet important ouvrage paraîtra dans quelques jours à la librairie de Germer Baillière.

Les flux blanchâtres, très-abondants de l'intestin, remplis de grumeaux blancs et de cercomonades, avec vomissements, crampes, cyanose, aphonie et suppression des urines, constituent le choléra.

— Il y a un choléra épidémique, ou asiatique en raison de son origine indigène, et un choléra sporadique, qui ne sont que des degrés différents de la même maladie.

— Le flux cholérique intermittent, quotidien ou tierce régulier, n'est autre chose qu'une des formes de la fièvre pernicieuse, connue sous le nom de fièvre pernicieuse cholérique, et il doit être traité dès le second accès par une forte dose de sulfate de quinine.

— Le choléra ne produit d'autre altération de l'intestin qu'une hypertrophie des follicules isolés de la muqueuse, mais cette hypertrophie est si considérable que toute la surface de l'intestin est couverte d'une éruption confluente comme celle de la variole. C'est la psorentérie.

— La psorentérie ou hypertrophie des glandes isolées de l'intestin du choléra n'est pas plus une maladie de ces glandes que l'hypertrophie des seins d'une nourrice n'est une maladie de la mamelle. C'est l'effet et non la cause de l'hypersécrétion glandulaire.

— Par son extrême abondance, le flux cholérique enlève le sérum du sang et produit l'arrêt de la circulation en coagulant le sang des veines et des capillaires, ce qui explique l'absence de sécrétion urinaire, la cessation de l'hématose et la diminution de la calorification.

— Des vomissements et des déjections blanches, des crampes, un amaigrissement rapide, la perte d'élasticité de la peau, des sueurs visqueuses froides, l'aphonie et l'anurie, la cyanose et le refroidissement cutané caractérisent le choléra bleu, algide ou asphyxique.

— Le choléra débute quelquefois d'emblée par les vomissements, la cyanose, le refroidissement, les crampes, l'aphonie et l'anurie, alors il est promptement mortel.

— Une diarrhée catarrhale de quelques jours précède souvent le choléra bleu ou asphyxique (J. Guérin).

— Deux périodes s'observent dans le choléra épidémique : l'une, dite de *concentration des forces*, est caractérisée par la cyanose, l'algidité et les déjections abondantes; la seconde, dite de *réaction*, se manifeste par la fréquence du pouls, la chaleur et la rougeur de la peau, le retour des urines et la réapparition de la voix.

— L'albuminurie est un symptôme constant du choléra bleu; car, même pendant la période d'anurie, si l'on sonde les malades pour tirer quatre ou cinq gouttes d'urine, ces quatre ou cinq gouttes renferment de l'albumine. A mesure que la réaction s'établit, les urines deviennent plus abondantes, sont très-chargées d'albumine, et, quand on les voit revenir à l'état normal, on peut être sûr que le malade guérira.

— L'algidité cholérique, qui fait descendre la température de la peau à + 19° centigrades, indique la mort.

— Dans le choléra bleu, l'haleine est froide, la peau glacée, et cependant les malades accusent une chaleur profonde extrêmement pénible.

— On meurt aussi bien du choléra dans la période de réaction que dans la période d'algidité.

— Le ralentissement et l'arrêt de la circulation veineuse expliquent le défaut d'hématose dans les poumons, l'absence de combinaisons chimiques dans les tissus et par suite l'algidité de la peau ou de l'air expiré.

— L'air qui s'échappe des poumons dans le choléra bleu sort comme il y était entré, sans avoir rien perdu de son oxygène (Doyère).

— Le choléra bleu suspend les actions chimiques du poumon et de la peau, de sorte que, l'oxygène ne se combinant plus au carbone du sang, toute combinaison se trouve arrêtée, et il en résulte un froid plus ou moins intense au milieu duquel succombent les malades.

— Dans le choléra épidémique, s'il y a des cas foudroyants qui tuent en quelques heures sans permettre à la réaction de s'établir, ordinairement la vie se prolonge plus longtemps, et il y a enfin des cas légers, appelés *cholérine*, qui se terminent d'une façon favorable.

— Dans la période de réaction du choléra, on observe souvent des éruptions de roséole et de rougeole bien caractérisées, mais sans gravité; tout le danger consiste alors dans l'apparition fréquente de pneumonies, de méningites, d'entérites et de quelques autres phlegmasies intérieures consécutives.

— La convalescence du choléra épidémique, souvent très-longue et très-pénible, s'accompagne quelquefois de nervosisme, c'est-à-dire d'état nerveux chronique et souvent de contractures essentielles des extrémités.

— Le choléra sporadique se montre tous les étés sous l'influence de la chaleur, des boissons abondantes, acides ou glacées, des fruits en excès, et on le reconnaît par ses vomissements, par la diarrhée abondante blanche, par le refroidissement cutané, par la cyanose, les crampes, la diminution des urines et l'albuminurie, le ralentissement du pouls, etc., symptômes affaiblis du choléra épidémique.

— Quoi qu'on en ait dit, le choléra sporadique et le choléra épidémique ne sont qu'une seule et même maladie, ayant les mêmes symptômes, résultant de la même hypertrophie glandulaire de l'intestin, et ils ne diffèrent que par la terminaison plus ordinairement heureuse du choléra sporadique.

— Le choléra sporadique et le choléra épidémique sont des maladies de même nature, à des degrés différents, absolument comme sont le typhus et la fièvre typhoïde, la variole et la varioloïde, la diphthérite et la diphthéroïde, la syphilis et la syphiloïde, et dans l'une le poison est infiniment moins énergique et moins actif que le poison de l'autre.

— Il y a chez les nouveau-nés une maladie jadis appelée ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, plus tard entérite cholériforme, et qui est caractérisée par des vomissements et des évacuations aqueuses si abondantes qu'il en résulte un amaigrissement rapide avec décoloration de tissus, excavation des yeux et refroidissement des extrémités et psorentérie. C'est le *choléra infantile*.

Thérapeutique. — Il n'y a pas de police sanitaire capable d'arrêter la marche d'une véritable épidémie de choléra, mais un foyer cholérique où succombent beaucoup de victimes doit être immédiatement dispersé, et c'est une faute très-grave de concentrer les populations dans le même lieu.

S'il y a diarrhée prodromique du choléra, ordonnez la diète, des boissons émollientes, astringentes, albumineuses et gommeuses, mais surtout la limonade sulfurique (Le Petit); une potion laudanisée, 6 à 10 gouttes; — 10 à 15 gouttes d'*élixir parégorique, de New-York*, toutes les heures; — une potion opiacée, 25 milligrammes à 5 centigrammes d'opium et des quarts de lavements laudanisés avec 10 gouttes de laudanum.

Limonade acide.

Eau distillée	1 litre.
Acide sulfurique	àà 2 grammes.
Acide azotique	

Un demi-verre toutes les demi-heures.

Potion acide.

Potion gommeuse	140 grammes.
Eau de menthe	5 —
Acide azotique fumant	1 —

Une cuillerée chaque heure.

On peut aussi donner du tannin, 10 à 25 centigrammes dans une potion gommeuse. — De l'extrait de ratanhia, 25 à 50 centigrammes dans une potion. — Du sous-nitrate de bismuth dans de l'eau sucrée, 2 à 10 grammes par jour.

Tout à fait au début des accidents du choléra, on a prescrit les vomitifs avec ipéca, 1 gramme et demi; les purgatifs salins, tels que le sulfate de soude, 40 grammes, ou une bouteille d'eau de Seltz. En 1832, Grisolles a obtenu de beaux effets du vomitif que nous venons d'indiquer.

Période algide. — Pour ranimer la chaleur, on donnera du vin chaud. — Du punch. — De l'alcoolat de mélisse. — De l'infusion de thé ou de café avec de l'eau-de-vie, du rhum et du kirsch. — De l'eau de menthe poivrée, 60 grammes en potion.

Dans la période algide, on a conseillé le *sulfate de quinine*, 3 grammes dans les vingt-quatre heures.

Cette médication est fort dangereuse, car on donne la quinine à une période où l'absorption intestinale ne se fait pas, et si les malades passent cette première période, quand l'absorption commence à se faire, ils tombent sous l'influence de la quinine et meurent empoisonnés (il vaudrait mieux essayer la quinine en *injections hypodermiques*).

On donnera aussi des bains de vapeur. — Des bains d'air chaud. — Des bains de moutarde. — Des sinapismes devront être promenés sur la peau, et il faudra faire passer un fer chaud le long du rachis et des membres. — On prescrira enfin des frictions avec le liniment hongrois, avec les liniments volatils camphrés, térébenthinés, ou avec de l'eau de Cologne, etc.

Liniment hongrois.

Camphre pulvérisé	40 grammes.
Piment en poudre	20 —
Farine de moutarde	40 —
Ail pilé	20 —
Cantharides en poudre	10 —

Faites digérer vingt-quatre heures dans :

Vinaigre	85 grammes.
Alcool rectifié	160 —

Pour frictions sur tout le corps.

Liniment volatil.

Ammoniaque liquide	30 grammes.
Huile d'olive	120 —

Mêlez et agitez. — Pour frictions.

Liniment volatil camphré.

Camphre. . . . . 20 grammes.

Faites dissoudre dans le liniment précédent :

Liniment térébenthiné.

Huile volatile de térébenthine. . . 30 grammes.
Huile de camomille. . . . . . . 60 —
Laudanum. . . . . 40 —

Mêlez et employez en frictions.

Contre les vomissements. — Eau de Seltz; morceaux de glace; opium, 15 à 25 centigrammes dans une potion; — morphine et narcéine à l'intérieur ou en injections hypodermiques sur la peau et par la méthode endermique.

Contre la diarrhée. — Lavements laudanisés. — Décoction de café. — Sous-nitrate de bismuth, 5 à 25 grammes dans un verre d'eau sucrée. — Potion sulfurique ou azotique.

Contre les crampes. — Bracelets de laiton sur les cuisses, sur les bras et sur les jambes. (Burq.)

Contre les coliques. — Cataplasmes émollients et laudanisés. — Plaques de laiton sur le ventre.

Le *carbonate d'ammoniaque* peut être donné dans un julep gommeux, à la dose de 1 à 3 grammes en vingt-quatre heures.

Période de réaction. — Supprimer peu à peu les excitants et les échauffants.

Une ou deux saignées peuvent être nécessaires si l'état fébrile est considérable.

Les phlegmasies de la peau, des poumons, du cerveau, de l'intestin, etc., doivent être combattues par des moyens appropriés.

Les éruptions cholériques, d'apparence scarlatineuse et morbilleuse exigent d'autres traitements que des boissons émollientes et diaphorétiques.

Les contractures de la convalescence du choléra disparaissent très-vite sous l'influence des armatures de laiton.

Nous publierons prochainement le formulaire.

DE L'AUTOPHAGISME DANS LES MALADIES AIGUES

au point de vue de son diagnostic, par les aphthes, et de son traitement par l'alimentation,

Par M. le Dr Mourgue.

L'autophagisme (*autos*, soi-même, et *phagein*, manger) est l'ensemble des manifestations morbides qui se produisent par le fait d'une diète excessive. Quand un individu n'a rien à manger, il se dévore lui-même (Trousseau). De nombreuses observations m'ont démontré qu'un grand nombre d'individus, dans les maladies aiguës, meurent de faim, d'autophagisme intercurrent, quand ils sont soumis à une diète sévère.

Par le fait de la diète excessive, toutes les maladies s'aggravent et se transforment. Plusieurs maladies à type distinct, la fièvre muqueuse intercurrente, la plupart des formes graves de la fièvre typhoïde, fièvre ataxique, adynamique, etc., ne sont que des transformations morbides, des formes, des nuances particulières de l'autophagisme.

L'autophagisme est donc une maladie spéciale, ou plutôt une dégénérescence, une transformation de toutes les maladies par la diète. Il offre deux ordres de symptômes : les uns sont localisés dans le tube digestif et décèlent une phlogose spéciale avec productions pseudo-membraneuses caractéristiques. Les autres symptômes, généralisés dans les divers appareils organiques, varient selon les maladies dans lesquelles on les observe.

Les aphthes sont l'expression capitale du délabrement amené par la diète et caractérisent l'autophagisme. Les micrographes modernes ont reconnu que le muguet, les aphthes, etc., sont des productions parasitaires dues à la présence d'un champignon particulier, *oïdium albicans* (Ch. Robin). D'un autre côté, l'observation a démontré que le délabrement organique du sujet qui sert de réceptacle, d'habitat, au parasitisme végétal ou animal, constitue la condition de son développement. En effet, la mousse, le lichen, poussent sur l'écorce des vieux arbres. Les pucerons, les viermes attaquent spécialement les plantes chétives. La gale, la vermine, atteignent particulièrement les individus faibles ou maladifs.

La clinique vient encore confirmer ces données de la saine physiologie. Les aphthes apparaissent généralement à une époque avancée des maladies graves. Ils signalent généralement la période ultime des maladies incurables, cancer, tuberculose, etc. De nombreuses observations m'ont démontré que les aphthes des maladies aiguës disparaissent facilement, et les sujets guérissent quand ils sont convenablement alimentés, tandis que ces productions morbides s'aggravent, et souvent les malades meurent quand l'alimentation est défectueuse, quelle que soit, d'ailleurs, la médication topique mise en usage, alun, borax, cautérisations, etc.

Les aphthes sont un accident morbide d'une grande fréquence dans les maladies. Les occasions abondent pour vérifier l'exactitude de mes assertions. Comme la médication que je propose est des plus innocentes, l'on ne doit pas hésiter à en faire l'essai dans les cas même douteux qui en réclament l'emploi. Quelques cuillerées de bouillon, plusieurs fois par jour, suffisent pour prévenir et combattre fructueusement l'autophagisme. Dans les maladies graves et dans les pays chauds, il n'est pas toujours nécessaire que ce bouillon soit fait avec la viande. Le bouillon maigre est souvent mieux supporté au début.

Dans les cas rares où l'injection des aliments dans l'estomac est impossible, on y supplée avantageusement par les lavements de bouillon, deux ou trois verres par jour. Par ce moyen nous avons sauvé un certain nombre de malades chez lesquels tout autre mode d'alimentation était impossible, et qui étaient voués à une mort certaine.

Cette interprétation des productions aphtheuses n'est pas universellement acceptée. Un certain nombre de médecins, s'autorisant de l'autorité du grand Bauthers (j'ignore si ce célèbre médecin est coupable d'une pareille hérésie), considèrent à tort les aphthes comme une crise qu'ils craignent de troubler par l'alimentation. J'ai vu des malades tenus à la diète pendant plus de trente jours et qui sont morts d'inanition, dans mon opinion. Heureusement que ces doctrines surannées tombent. Depuis les travaux des professeurs Trousseau, Monneret, etc., on alimente même les malades dans les maladies aiguës.

Seulement, il restait à déterminer l'époque précise où l'alimentation devient nécessaire, à tracer les caractères propres de l'autophagisme. Ce *desideratum* de la science a été atteint. J'ai eu le bonheur d'éclairer ce point important de la thérapeutique, l'opportunité de l'alimentation dans les maladies. Aujourd'hui, plus d'incertitude, plus d'hésitation. La conduite du médecin, dans cette circonstance, est tracée avec une vigueur toute mathématique. Partout où il y a des aphthes, il y a de l'autophagisme qui réclame l'alimentation.

Dans toute maladie qui dure et qui s'aggrave, on doit soupçonner l'autophagisme. Ce soupçon devient une certitude par la coexistence de la diète et des aphthes. Le devoir du praticien est d'aller à la recherche de ce signe révélateur, en examinant journellement et avec soin la cavité buccale. A l'apparition des fausses membranes, dont le siége initial est sur la muqueuse buccale et palatine, il convient d'interrompre tout traitement débilitant, antiphlogistique, évacuant, et d'alimenter convenablement et prudemment les malades, quelles que soient d'ailleurs la nature de la maladie, l'intensité de la fièvre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 novembre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maisonneuve qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire.

2° Un Mémoire sur une nouvelle forme d'aimants artificiels applicables à la thérapeutique, par M. Rébold. (Commissaire : M. Gavarret.)

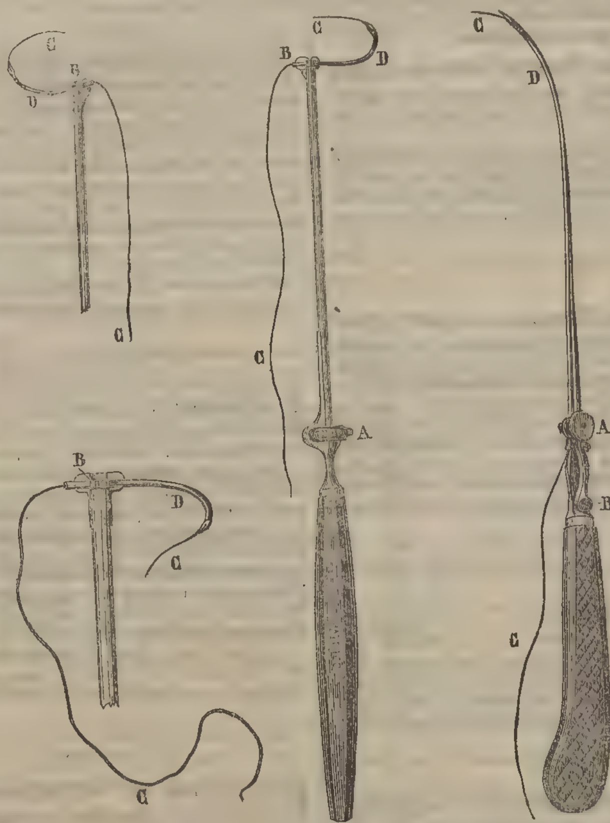
3° Une note sur un remède appelé crème albumineuse, par M. Barbip, pharmacien à la Rochelle.

4° Des travaux relatifs au choléra, par MM. Morel (d'Auteuil), Goudas (d'Athènes), Gonzalès (de Palma), Davan (de Paris), De La Plagne, Danis (de Fourmies), Bourgogne (de Condé), Langaudin, ex-médecin de la marine.

— **M. le Secrétaire** lit une lettre de M. Roche, qui prie l'Académie de recevoir sa démission de la Commission du choléra pour des motifs de santé.

— **M. Poggiale** dépose sur le bureau un rapport du service pharmaceutique de l'hôpital thermal d'Hammam-Maskoutin, par M. Mullet, pharmacien en chef de cet établissement. (Commission des eaux minérales.)

Aiguille chasse-fil. — **M. Depaul** présente, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouveau mécanisme qu'il a appliqué à l'aiguille tubulée de Simpson et qu'il appelle aiguille chasse-fil.



Cette innovation consiste, pour l'aiguille à angle droit qu'il a fabriquée dans le temps pour M. le professeur Courty (de Montpellier), en une tige portant à son extrémité un petit galet strié B, qui, à l'aide d'un mouvement de rotation imprimé avec le doigt à une roue A placée près du manche, fait cheminer le fil métallique C à travers l'aiguille tubulée D.

Lorsque l'opérateur veut retirer l'aiguille des tissus, une fois le fil passé il saisit le moment où le petit bouton placé sur la roue se trouve former une perpendiculaire avec la tige de l'instrument.

Quant à l'aiguille droite ou courbe ordinaire, il a placé une petite armature B à ressort à la base de l'instrument. Cette armature porte un bouton A qui fait tourner le petit galet strié, qui à son tour fait avancer ou reculer, à volonté, le fil métallique C passé dans la partie tubulée de l'aiguille.

Lorsque l'opérateur veut dégager l'instrument du fil qu'il porte, il n'a qu'à soulever avec l'index l'armature qui fait appuyer le galet sur le fil, et ce dernier alors peut librement sortir de l'aiguille.

Ainsi disposé, cet instrument a été employé par M. le docteur Follin, à l'hôpital Cochin, dans une opération de fistule vésico-vaginale.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie par MM. les docteurs Matton (de Bouzonville), Masson (de Remiremont), Schmitt (de Sarrolbe) et Spiral (de Montmédy).

2° Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1864 dans les départements de la Meurthe, d'Ille-et-Vilaine et de Saône-et-Loire. (Commission des épidémies.)

3° Un rapport de M. le docteur Tripier sur le service médical des eaux minérales d'Évaux (Creuse).

4° Un exemplaire du *Guide médical et pittoresque à Saint-Honoré-les-Bains*, par M. le docteur Collin. (Commission des eaux minérales.)

5° Des communications sur le traitement du choléra, par MM. les docteurs Racle (de Constantine), Angelo Selta (de Serradifalco) et Guibert (de Paris). (Commission du choléra.)

LECTURE.

Choléra. — **M. J. Cloquet** lit un travail sur le choléra, que nous publierons dans un des prochains numéros.

Discussion sur le pied-bot valgus dit douloureux.

M. J. Guérin monte à la tribune pour présenter quelques observations au sujet du fait de pied-bot valgus douloureux que M. Gosselin a exposé à l'Académie dans la précédente séance.

Ce fait, dit M. Guérin, soulève une série de questions afférentes à un ordre de faits que j'ai introduits depuis longtemps dans la science. Il s'agit d'une difformité que j'ai décrite le premier sous le nom de pied plat valgus douloureux.

Nous sommes d'accord avec M. Gosselin sur beaucoup de points au sujet de cette difformité, mais il est plusieurs points importants sur lesquels nous différons.

M. Gosselin a beaucoup insisté sur ce qu'il convenait, suivant lui, d'appeler cet état, non plus une difformité, mais une maladie, et il propose de la désigner sous le nom de tarsalgie.

Ici les caractères nosologiques impliquent des considérations étiologiques de premier ordre.

Il convient de dire d'abord ce qu'on a entendu par pied-bot valgus. Les quatre formes principales de pieds-bots, le pied équin, le varus, le talus et le valgus, ont été ramenées par moi à un genre commun, comme étant toutes le produit d'une même cause, la rétraction musculaire. Autour de ces quatre types ou formes principales, se groupent toutes les variétés en rapport avec les différents muscles rétractés. Le pied plat valgus est une de ces variétés. Jusque-là, il n'y a pas de dissidence entre nous. M. Gosselin admet cette classification.

Mais il y a dans l'espèce particulière dont il s'agit un autre élément que la rétraction musculaire. Il y a à côté de cet élément mécanique un élément pathologique accessoire. Nous sommes encore d'accord là-dessus. Mais y avait-il dans les considérations de cet élément nouveau un motif suffisant pour déposséder cette difformité des noms que je lui avais donné? Voilà où commence la dissidence entre nous. Pour moi, je ne le crois pas. La rétraction musculaire est encore ici, comme dans les autres espèces, la cause mécanique efficiente qui imprime à la difformité ses caractères. La forme est, en effet, en rapport avec l'action de ces éléments mécaniques. Il s'y ajoute seulement un autre élément, l'élément douleur, ce qui m'a fait ajouter à la dénomination de pied plat valgus, l'épithète *douloureux*. Il n'y avait donc aucune raison pour changer cette appellation.

J'arrive maintenant à cet élément pathologique nouveau qui s'ajoute à la rétraction. M. Gosselin a émis à cet égard quelques considérations étiologiques. C'est, suivant lui, l'action verticale du poids du corps venant se porter tout entière sur la voûte du pied chez les sujets exposés à de longues stations debout ou à une marche prolongée, qui produit cet état. Il survient au bout de quelque temps chez ces sujets de la douleur dans la région tarsienne. Cette douleur, M. Gosselin l'attribue à un travail inflammatoire des divers éléments articulaires. Et il est conduit, par cette détermination, à conseiller le repos et le séjour au lit. Je m'expliquerai un jour sur la valeur de ce mot inflammation, qui devra disparaître de nos cadres nosologiques pour être remplacé par des dénominations mieux en rapport avec la véritable physiologie de ces sortes d'altérations. La douleur n'est pas du tout l'indice d'une inflammation. Et d'ailleurs comment comprendrait-on que cette inflammation fut toujours circonscrite et confinée exactement dans les mêmes points? Pour moi, ce n'est point une inflammation, c'est une altération particulière produite sous la double influence de l'action de la pesanteur et de la rétraction musculaire. Chez les sujets qui sont dans les conditions qu'a exposées M. Gosselin, l'action de la pesanteur continuant à s'exercer, il se fait des déplacements, des sub-luxations de l'avant-pied sur le pied postérieur, l'astragale est en partie décoiffée, ainsi qu'on peut le voir dans les spécimen que je mets sous les yeux de l'Académie. Ici, au lieu d'une rétraction musculaire par influence nerveuse directe des centres nerveux, c'est un autre ordre de phénomène qui se passe, c'est une rétraction par action réflexe. C'est ce qu'on voit dans certains cas de torticolis, de difformité de la hanche, du genou, des poignets, etc. Mais cette rétraction une fois réalisée, n'en agit pas moins comme la rétraction par influence directe des centres nerveux, elle agit comme éléments mécaniques pour produire les déplacements osseux, la difformité, dont les caractères et la forme sont en rapport avec ces mêmes éléments.

Il résulte de tout ce que je viens de dire que le meilleur moyen de combattre cette sorte de difformité et la douleur qui l'accompagne, est la ténotomie qui permet de rétablir les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux.

M. Guérin résume son argumentation dans les conclusions suivantes :

1° Au point de vue nosologique il n'y a pas lieu de déposséder de la dénomination que je lui ai assignée la difformité du pied connue sous le nom de valgus douloureux pour lui substituer celle de tarsalgie des adolescents. La notion étiologique aussi bien que la notion anatomique ne permettent pas cette substitution.

2° Au point de vue étiologique le valgus douloureux est comme le valgus ordinaire le résultat immédiat de la contraction musculaire des péroniers antérieurs latéraux et des fléchisseurs des orteils, avec cette différence que dans cet ordre de faits le spasme musculaire appartient à l'ordre reflexe, tandis que dans les difformités par rétraction musculaire ordinaire c'est de l'action cérébro-spinale directe que part la contracture.

3° Au point de vue anatomique, les altérations articulaires signalées par M. Gosselin, on ne peut plus exactes au point de vue graphique, ont une origine et sont d'une nature autre que l'ostéite sèche; elles résultent de la subluxation de l'avant-pied sur le pied postérieur et des déplacements secondaires inhérents à la difformité, et en particulier du décoiffement partiel de la tête de l'astragale abandonnée partiellement par le scaphoïde par suite de l'inclinaison latérale de l'avant-pied.

4° Finalement, au point de vue thérapeutique, il ne faut pas, comme le conseille M. Gosselin, se borner à soumettre le malade au repos muni d'un appareil fixe; mais distinguer dans les cas trois catégories : la première, où le repos suffit; la seconde, où il faut recourir à la ténotomie; la troisième, où la ténotomie doit être puissamment secondée par les appareils propres à redresser la difformité et à la maintenir redressée.

M. BOUVIER, inscrit pour prendre la parole sur le même sujet, est absent au moment où son nom est appelé.

M. GOSSELIN demande à répondre dans la prochaine séance et après que M. Bouvier aura pris la parole.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

RAPPORT.

Choléra. — M. BRIQUET continue la lecture du rapport de la Commission du choléra sur l'épidémie de 1849.

LECTURE.

Fumigations chlorées. — M. NONAT lit une note sur l'emploi des fumigations chlorées en vue de désinfecter l'air et de diminuer les ravages du choléra.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 octobre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

ADDITION.

M. DUMAS, sans entrer dans la discussion, purement médicale, soulevée devant l'Académie, expose en quelques mots, puisqu'il y est provoqué, la marche que l'administration municipale a cru devoir adopter à l'occasion de l'épidémie qui visite malheureusement Paris pour la quatrième fois. Indépendamment des soins qu'elle avait à concerter et à mettre à exécution, au point de vue de l'hygiène et de l'assistance publiques, pour lesquels elle a mis en œuvre toutes ses ressources, elle a été au-devant des vœux que la science elle-même aurait formulés.

Au point de vue de la statistique, notre savant confrère, M. Husson, directeur de l'assistance publique, recueille, avec le soin qu'exigent de telles données et l'exactitude qu'elles comportent, tous les renseignements nécessaires à la médecine pratique, à l'administration et à la physiologie, au sujet de chacune des victimes que la maladie fait dans son service. L'épidémie n'ayant pas pris les proportions funestes des invasions de 1832 et de 1849, et étant entrée depuis quelque temps dans une voie décroissante et atténuée, les dispositions, combinées pour des besoins bien plus étendus, laissent à tout le monde la liberté d'esprit et les loisirs que réclament l'observation, l'étude et la réflexion. La statistique du choléra de 1865 sera donc exposée avec une rigueur et avec une abondance de détails, M. Husson a fait ses preuves, qui rendront facile à chacun d'apprécier la part probable de l'influence due aux professions, aux habitudes, au milieu, à l'âge, au sexe, aux prédispositions, etc.

Quant à la question scientifique, M. le préfet de la Seine aurait pu laisser avec confiance toute la responsabilité de son étude aux Académies des sciences et de médecine; son administration en sollicite vivement les membres à lui prêter secours et leur offre les facilités d'étude qu'ils peuvent souhaiter. Mais, tout en comptant sur leur initiative, elle ne s'est pas dispensée de tenter aussi quelques efforts. Elle a mis ses ressources d'information, de comparaison et de travail à la disposition de ceux de nos confrères que leurs études antérieures désignaient plus particulièrement à son attention. Ceux-ci se sont dévoués à la mission réclamée de leur zèle, sans avoir la présomption de trouver un spécifique contre le choléra, ce que personne n'aurait songé à leur demander, les découvertes de ce genre étant plus souvent l'effet du hasard que des investigations raisonnées de la science. Mais ils cherchent à réunir les éléments scientifiques de la question. L'air vicié par la préseuce des malades, de même que leurs émanations liquides et les solides de leurs tissus, leurs déjections, etc., sont l'objet d'une investigation chimique, microscopique et physiologique.

Les résultats obtenus seront mis sous les yeux de l'Académie, quand ils auront été constatés et discutés. Mais, l'Académie, qui sait comment se font les études sérieuses, comprendra que ceux de ses membres qui se sont mis à la disposition de l'administration l'aient fait sans bruit, qu'ils désirent continuer leurs études avec calme et qu'ils ne cèdent qu'à regret enfin, ils m'autorisent à le dire, à la nécessité de parler prématurément des recherches qu'ils poursuivent.

M. FREMY. On a dit que les gaz qui sortent des fours de grillage des minerais de cuivre semblaient être des préservatifs du choléra, et on a attribué cette influence heureuse à l'acide sulfureux.

Il me paraît utile de rappeler que dans le grillage des minerais de cuivre il se dégage non-seulement de l'acide sulfureux, mais aussi des quantités considérables d'acide arsénieux.

Ce corps est aujourd'hui employé avec tant de succès dans le traitement de certaines maladies, qu'il faudrait peut-être tenir compte de l'action de l'acide arsénieux, si des observations rigoureuses établissaient l'efficacité des vapeurs produites par les fours de grillage des minerais de cuivre.

L'Académie a encore reçu, relativement au choléra morbus, les communications suivantes :

« Note sur une cause puissante de propagation du choléra » ; par **M. MAYER**, médecin de l'inspection générale de la salubrité ;

« Simple Note sur un nouveau traitement du choléra » ; par **M. COILLOT**, médecin à Besançon ;

Une Lettre de **M. SOVICHE**, de Saint-Étienne, concernant l'action préservatrice qu'il attribue aux gaz dégagés dans la combustion de la houille ;

Enfin, une Lettre en allemand adressée de Rorshach par **M. A. DORNER**.

Toutes ces pièces sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en Commission spéciale pour le concours du prix Bréant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Les nouvelles du choléra sont extrêmement satisfaisantes. La légère augmentation qui avait eu lieu dans le nombre des décès cholériques le 1er et le 2 novembre, a brusquement fait place à une diminution considérable le lundi 6 novembre; il n'y a eu dans tout Paris, ville et hôpitaux, que 58 cholériques.

— Par suite des circonstances actuelles, le registre des inscriptions de la Faculté de médecine ne sera clos que le 30 novembre courant.

— Par arrêté ministériel, M. Métadier, professeur-suppléant pour les chaires de thérapeutique, matière médicale, pharmacie et toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur titulaire de pharmacie et de toxicologie à ladite École, en remplacement de M. Barbet, décédé.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Marx, qui vient de succomber aux progrès d'une longue maladie, à l'âge de soixante-quatre ans. M. Marx avait été, comme tout le monde le sait, l'élève d'affection de Dupuytren. Il avait, en cette qualité, rédigé, avec la collaboration de M. Brierre de Boismont, les *Leçons cliniques* de son maître, qui resteront comme un souvenir classique de cette grande époque chirurgicale.

— M. le professeur Robin commencera le cours d'histologie de la Faculté de médecine le samedi 11 novembre, à cinq heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi suivants à la même heure.

— La Société médicale d'observation tiendra sa prochaine séance le vendredi 10 novembre, à la Faculté de médecine (cabinet du Doyen).

Ordre du jour :

1° Observation de « *Vomissements incoercibles ; traitement antisyphilitique et alimentation par le rectum ; guérison et développement simultané d'un eczéma généralisé,* » par M. Paul Topinard.

2° Observation de « *Paralysie générale précédée de troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs,* » par M. Magnan.

— La Société anatomique reprendra ses séances le vendredi 10 novembre, à trois heures, rue de l'École-de-Médecine, 15, au-dessus du Musée Dupuytren.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, commencera des conférences de clinique médicale à cet hôpital le lundi 13 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis. (Amphithéâtre de M. Gosselin.)

Visite et interrogatoire des malades par les élèves tous les jours à huit heures, salles Saint-Michel et Sainte-Marthe.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 132. — SAMEDI 11 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 11 NOVEMBRE 1865. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Situation des hôpitaux.

Nous avons donné dans notre dernière revue la situation détaillée des hôpitaux pour six jours, du 18 au 24 octobre. Voici quelle a été cette situation pour les quatorze jours suivants, du 24 octobre au 6 novembre.

	Entrées.	Cas développés à l'intérieur.	Décès.
Le 24 octobre	65	20	49
25	69	17	37
26	55	13	40
27	49	10	31
28	42	7	27
29	35	15	27
30	48	7	29
31	35	14	29
Le 1er novembre	41	13	35
2	42	14	?
3	44	9	?
4	31	7	?
5	18	5	?
6	28	6	19

On peut voir par ce tableau que, sauf quelques légères oscillations, la décroissance, qui avait commencé à se manifester déjà d'une manière très-sensible dans le cours de la semaine précédente, est soutenue et graduelle durant ces derniers quatorze jours.

Le relevé de la mortalité en ville, pendant la même période, accuse une décroissance proportionnelle. Voici les chiffres officiels :

Le 24 octobre, 99; le 25, 111; le 26, 97; le 27, 82; le 28, 76; le 29, 73; le 30, 77; le 31, 65; le 1er novembre, 56; le 2, 37; le 3, 44; le 4, 59; le 5, 52; le 6, 29.

Le total de la mortalité dans la ville et les hôpitaux réunis a été, pour ces quatorze jours, de 1,392, tandis qu'il avait été de 1,126 pour les six jours précédents.

Des formes diverses des accidents prémonitoires du choléra et de leur traitement.

Avant de reprendre la revue des traitements mis en usage dans les divers services des hôpitaux, nous devons ici une mention particulière à une communication relative à la diarrhée prémonitoire et à son traitement, faite par M. Chauffard à la Société médicale des hôpitaux, et qui nous a paru constituer un document très-utile pour l'histoire de cette affection en même temps que pour l'éclaircissement de l'un des points les plus controversés de ce traitement, savoir l'indication de la méthode évacuante.

Suivant M. Chauffard, les affections diarrhéiques n'ont nullement précédé, dans l'épidémie actuelle, l'invasion du choléra. Celui-ci s'est établi d'emblée, par cas isolés d'abord, prenant naissance dans un foyer circonscrit, et de ce foyer se propageant ensuite dans le reste de la cité. Mais, si la diarrhée non suivie de choléra confirmé n'a pas devancé l'épidémie cholérique, elle l'a suivie de près. Son apparition, ou plutôt sa diffusion, correspond à la période d'expansion et de diffusion de l'épidémie cholérique elle-même. Il y a là, à ses yeux, une relation de nature et de cause entre cette diarrhée et le choléra.

M. Chauffard distingue dans cette diarrhée trois formes différentes. La première offre un ensemble de troubles gastro-intestinaux qui la rapproche de la cholérine vulgaire : évacuations alvines séreuses, abondantes, très-fréquentes, se répétant de 20 à 30 fois et plus dans les 24 heures. Cette diarrhée, quelquefois précédée ou accompagnée de coliques sourdes, souvent se manifestant sans aucun symptôme douloureux, peut apparaître isolée; mais souvent des nausées se déclarent et sont suivies de vomissements aqueux ou glaireux. La langue est ordinairement pâle, humide, large et plate, ou recouverte d'un léger enduit blanchâtre, plus rarement épais, sale et de couleur fauve; il y a de l'anorexie, le pouls reste à peu près normal, un peu faible et profond; la température générale semble diminuée, les forces diminuent, mais non toujours en proportion avec la fréquence des évacuations. Cet état persiste durant plusieurs jours, les vomissements s'éloignent et parfois même cessent, les évacuations alvines diminuent, mais sans cesser tout à fait; la langue rougit vers la pointe et se sèche notablement ou se recouvre d'un enduit épais; les forces s'affaissent par degrés, le visage s'amaigrit et les traits s'altèrent, la voix faiblit, la chaleur décline. Ce n'est point là encore le choléra confirmé, mais il est imminent; il peut survenir d'un moment à l'autre.

Cette forme, la plus commune, bien que prédisposant au choléra confirmé, n'est pas cependant encore celle qui offre le plus de dangers. Il est une autre forme plus bénigne en apparence, mais plus insidieuse et plus dangereuse au fond. Elle consiste, comme symptôme morbide presque unique, en une diarrhée très-légère, trois ou quatre évacuations dans les 24 heures, évacuations copieuses et non entièrement liquides, précédées de borborygmes. Aucune autre altération sensible de la santé d'ailleurs. Deux, trois ou quatre jours se passent ainsi, puis survient une attaque foudroyante de choléra.

A côté de cette diarrhée insidieuse, M. Chauffard place un état qui simule de près l'embarras gastrique, mais qui pourtant en est distinct, suivant lui, par sa nature, et n'est qu'une forme voilée de l'épidémie cholérique. Cet état se caractérise par de l'anorexie, un enduit gris, sale, d'apparence saburrale sur la langue, empâtement de la bouche, vague sentiment de vertige, léger ballonnement épigastrique; d'ailleurs point de diarrhée. Mais bientôt, si l'on ne prend pas soin de cet état et si surtout le malade continue à manger malgré son inappétence, une diarrhée intense se manifeste, et le choléra algide se déclare.

M. Chauffard signale, enfin, un dernier ensemble de symptômes inhérent à l'épidémie, dans lequel la diarrhée n'occupe qu'un rang secondaire, où elle peut manquer même. Il consiste dans l'invasion soudaine d'un malaise avec anxiété épigastrique et abdominale, et borborygmes bruyants; bientôt il survient dans l'espace d'une heure une ou deux évacuations alvines à moitié liquides, sans coliques. Le malade se sent faible et est pris de vertiges; il éprouve un léger sentiment de froid, qui, de l'extrémité des membres inférieurs, gagne toute la continuité des membres et vient se perdre au tronc. Cet état fait place, au bout d'une heure ou deux, à une sueur douce d'abord et bientôt profuse, qui dure cinq ou six heures; après quoi le calme revient. C'est, sous une forme bénigne et fugace, une véritable attaque de choléra.

Comme moyen de combattre ces diverses formes prodromiques de l'affection cholérique, M. Chauffard insiste d'abord sur la nécessité d'un repos absolu. Les excitants, tels que le thé au rhum, punch, infusions aromatiques; les astringents et les modificateurs de la muqueuse gastro-intestinale, tels que le sous-nitrate de bismuth, ou les astringents narcotiques, conseillés en pareil cas, lui semblent avoir leur utilité, en effet, mais plutôt pour mettre fin à la persistance de quelques symptômes que comme traitement principal et réellement curatif. C'est à l'ipéca à dose vomitive qu'il conseille de recourir tout d'abord ; c'est là, à ses yeux, le véritable remède de ces manifestations morbides, qu'il suffit ordinairement à lui seul à emporter. Si quelques-unes de ces manifestations subsistent, le sous-nitrate de bismuth et l'opium ont alors leur indication. Donnés d'emblée, ces mêmes agents thérapeutiques se montrent souvent inefficaces, ou ne sont qu'un faible ou même un dangereux palliatif.

Les purgatifs, conseillés en pareil cas par quelques praticiens, ne lui paraissent présenter aucun avantage sur la médication vomitive par l'ipéca; et, de plus, il les considère comme pouvant avoir de véritables dangers. C'est ouvrir en quelque sorte, dit-il, une porte nouvelle à la maladie, et lui fournir une occasion de se produire en affaiblissant les forces générales et la résistance au contage. Sans doute, si l'intégrité des forces est parfaite, le malade peut supporter sans y céder l'action substitutive d'un purgatif; mais si l'action morbide l'a déjà profondément éprouvé, l'action substitutive demeure insuffisante et ne fait alors qu'ajouter à la puissance du mal.

M. Chauffard en a observé deux exemples frappants dans le service de clinique de l'hôpital de la Charité, dont il a été momentanément chargé. L'un chez une femme entrée dans le service pour une bronchite intense, et qui, à la suite de l'administration d'un purgatif salin indiqué par l'état de constipation, eut une violente superpurgation suivie de refroidissement et d'altération des traits, heureusement enrayée par l'administration de l'opium à haute dose et du sous-nitrate de bismuth; — le second, plus malheureux, chez un convalescent de rhumatisme articulaire aigu qui, ayant présenté quelques signes d'embarras gastro-intestinal, fut mis à l'usage de l'eau de sedlitz dont l'administration détermina des évacuations excessives et incoercibles, bientôt suivies elles-mêmes de l'explosion de tous les symptômes d'un choléra confirmé et promptement mortel.

Du reste, fait remarquer encore M. Chauffard, sous cette influence épidémique, les malades qui, dans le cortége de leurs symptômes, présentent la diarrhée, voient souvent celle-ci s'exagérer sans aucune provocation thérapeutique, et devenir le symptôme prédominant. C'est ce qu'il a observé à la Charité, chez une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde, qui au troisième ou quatrième jour de la maladie, et sans avoir été purgée, eut jusqu'à trente évacuations alvines, spontanées, séreuses. L'opium à haute dose fut prescrit et longtemps continué; l'affection typhoïde suivit heureusement son cours et guérit. Mais la veille du jour où cette malade devait quitter l'hôpital pour aller à l'asile du Vésinet, une brusque attaque de choléra se déclara et l'enleva rapidement.

Nous reprendrons dans la prochaine Revue la suite de l'exposé des traitements des hôpitaux.

Épidémie concomitente d'embarras gastro-intestinal.

Notre confrère, M. le docteur Bitterlin, de qui nous avons déjà reçu plusieurs communications depuis le commencement de l'épidémie, nous informe aujourd'hui que les maladies dont il nous a signalé l'existence, à Saint-Maur, à Joinville et à Gravelle, qui forment l'enceinte de la presqu'île de Saint-Maur, ont complétement disparu. Hâtons-nous d'ajouter qu'il ne s'agissait point de choléra proprement dit, car il n'y a eu de choléra que le cas qu'il nous a signalé le 16 septembre. Les maladies dont il s'agit, et qui ont régné jusque dans ces derniers jours, ont revêtu le caractère parfaitement déterminé d'embarras gastro-intestinal profond, mais benin, en ce sens qu'il n'a amené aucune issue funeste, et a cédé sans exception à l'emploi des vomitifs, des purgatifs salins ou des vomi-purgatifs, suivant l'étendue ou l'intensité des cas. Bien plus, il lui a été donné, dit-il, d'observer quelques malades traités avant lui par les calmants, les anti-émétiques, l'éther, l'opium, etc., qui ont vu leur malaise se prolonger, et céder immédiatement en vingt-quatre heures, à l'emploi de la méthode évacuante.

Un autre ordre de maladies, ajoute notre confrère, succède à celui qui nous quitte, ce sont des fièvres bilieuses et quelques dyssenteries observées principalement chez des personnes qui ont fait abus d'un régime trop tonique et trop arrosé de rhum. Ces malades sont actuellement en traitement. Les angines, les bronchites, font leur réapparition.

« Il nous est donc permis de conclure, d'après les six semaines d'observation qui viennent de se passer autour de nous, que si l'état épidémique que nous avons traversé dépend du choléra, il a agi à la manière d'une substance indigeste, toxique, que l'estomac et les intestins, ne pouvant ni s'assimiler ni tolérer, cherchent à rejeter et rejettent naturellement. Il était donc rationnel d'aider à la nature, en débarrassant au plus vite les organes souffrant du contact d'un élément étranger qui morbifie leurs fonctions. D'où l'indication des purgatifs. »

Quelques mots à propos de l'épidémie actuelle observée à Provins.

M. le docteur Guy, médecin aide-major au 10e chasseurs, en garnison à Provins, nous adresse, sur l'épidémie qui règne en ce moment dans cette ville, les renseignements suivants, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

La ville, dans laquelle nous nous trouvons, offre les conditions d'insalubrité suivantes :

A 95 kilomètres de Paris, avec une population de 7,500 habitants, bâtie sur l'emplacement d'un ancien lac, comblé par des dépôts de tourbe alternant avec du tuf calcaire; dans une vallée profonde où l'air stagnant n'a d'échappée que par une vallée sinueuse, vallée de Longueville qui va vers la Seine avec des marais produits par le creusement de grandes tranchées et de bassins non comblés, pour l'édification d'une chaussée pour le chemin de fer qui va rejoindre Longueville (station de la voie de l'Est) ou l'établissement d'un canal de navigation qui n'a pas été continué; des égouts dont les bouches, toujours ouvertes, exhalent une odeur marématique empestée (l'eau tourbeuse qui sert à laver les égouts n'ayant pas une pente suffisante). A côté d'une rue rappelant un nom de sympathique mémoire, celui d'Hégésippe Moreau, se trouve une autre rue bien dénommée, rue des Marais. Dans des conditions semblables, l'épidémie sévissant à Paris, devait nous arriver. Vers le 21 octobre se manifestait dans la population civile le premier cas, et le 22 M. Meunier, maire de la ville, succombait à une

invasion foudroyante. Depuis l'époque précitée, le nombre de cas observés se serait élevé jusqu'au 2 novembre, à 20 ou 22, avec 14 décès, si nos renseignements, puisés à bonne source (discussions au conseil d'hygiène de la ville), sont exacts.

La population militaire, représentée par le 10e régiment de chasseurs, auquel nous appartenons, a été jusqu'aujourd'hui 4 novembre indemne, c'est-à-dire sans décès.

En voici la composition : 736 hommes, parmi lesquels 81 absents pour causes diverses; plus 119 hommes de la réserve arrivés le 1er octobre, et qui appartiennent au département de Seine-et-Marne. Dans le chiffre 736 sont compris 64 jeunes soldats. Une partie du casernement est défectueuse. Un ruisseau, la Voulzie, le traverse; l'eau est toujours courante, il est vrai, mais le fond, indépendamment de la tourbe, est formé de longues herbes dont les grands filaments retiennent toutes les immondices que le soldat y jette avec insouciance; des lieux d'aisances y versent directement les déjections; les bâtiments y sont humides; dans l'un deux le plafond, absent, est remplacé par les deux plans obliques que forme la toiture; un canal destiné à faire communiquer deux gouttières traverse le plancher d'une chambre occupée par 16 à 17 hommes.

La partie dont je viens de m'occuper se nomme petit quartier; elle contient le logement de 270 hommes. Elle est bâtie sur l'emplacement d'une ancienne tannerie et confine aux tanneries de la ville.

Les affections à caractère particulier, correspondant à ce qu'on nomme période prodromique, que nous avons observées depuis le 15 octobre et soignées toutes à l'infirmerie pour avoir des notions suffisamment exactes, atteignent le chiffre de cinquante.

Les précautions hygiéniques que nous avons employées avec le concours excessivement bienveillant de l'autorité militaire, sur l'initiative souvent de cette dernière et guidé par les instructions du conseil de santé, ont été les suivantes :

Tous les coins à immondices et les lieux d'aisances ont été désinfectés soit avec le sulfate de fer, soit avec le chlorure de chaux; les fumiers ont été plus souvent enlevés; prescription a été faite d'ouvrir souvent dans la journée les portes et les fenêtres; tous les hommes ont été munis de ceintures de flanelle, plus tard de chaussons de laine pour mettre dans leurs sabots; le travail a été amoindri, des rondes étaient instituées la nuit pour obliger les hommes à se vêtir lorsqu'ils descendent aux lieux d'aisances; des distributions de café leur étaient faites, l'alimentation habituelle améliorée. Dès le 13 octobre, un ordre ministériel supprimait la vente de tous les liquides alcooliques dans les cantines (liquides qui y sont si souvent de mauvaise qualité). Les moyens hygiéniques employés dans notre infirmerie ont consisté dans la dissémination des hommes dans les chambres dont elle se compose, les lieux d'aisances ont été continuellement désinfectés, du chlorure de chaux mis dans les coins insalubres; nous avons de temps en temps, dans les couloirs, fait brûler du soufre ou produit le dégagement de l'acide nitreux en versant de l'acide nitrique sur des rognures de cuivre. Parmi les hommes observés, quelques-uns n'ont fait que passer, leur état nécessitant l'envoi à l'hôpital.

Avant d'aller plus loin, mentionnons une excellente mesure provoquée par l'autorité, et qui consiste à envoyer immédiatement en permission ou en convalescence dans leurs foyers les hommes se relevant d'affections graves et dont ladite convalescence est incomplète.

Notre observation a consisté à prendre, jour par jour, des notes sur le caractère des affections, la provenance des hommes, leur temps de service; à nous enquérir autant que cela nous était possible des habitudes de libation antérieures; une observation thermométrique et barométrique exacte a été faite à partir du 20.

Or, des chiffres recueillis qui feront l'objet d'une communication détaillée au conseil de santé, résulte : indépendamment de quelques cholérines légères, les affections traitées ont consisté en diarrhées et embarras gastriques; très-souvent les déjections ont été blanchâtres, riziformes, quelquefois ressemblant à de la lavure de chair.

Le caractère principal de toutes ces affections a consisté dans un état typhoïde, le plus souvent léger; dans un certain nombre de cas à apparence plus grave, l'état typhoïde était caractérisé par de la céphalalgie, rêvasseries la nuit, sensations de lassitude et de courbature, face vultueuse, etc., etc.

Parmi nos cinquante malades, sept appartiennent à la réserve et cinq ont moins d'un an de service; plusieurs avaient des habitudes de libation antérieures. Les malades dont l'affection offrait les caractères les plus graves, sortaient le plus souvent de la partie du casernement qui est défectueux. Le plus grand nombre d'entrées coïncide avec les jours pluvieux et instables. Nous avons noté, le lendemain d'un jour où le régiment, en promenade, a été inopinément surpris par la pluie, cinq entrées; l'état typhoïde a cédé assez rapidement. Quelques malades, retenus à l'infirmerie pour des affections diverses, y ont contracté sur place des embarras gastriques.

La médication employée presque uniformément a été la médication évacuante unie aux stimulants diffusibles (éther, ammoniaque, thé alcoolisé); les opiacés n'ont jamais été employés qu'après l'administration d'un ou deux évacuants.

Il nous est arrivé assez souvent de donner jusqu'à quatre ou cinq fois du sulfate de soude dans les diarrhées, dans une période de huit jours, en amoindrissant graduellement les doses. L'émétique a été rayé de la liste des évacuants, ce médicament nous ayant donné, il y a quelques mois, même aux doses de 5 centigrammes ou 1 décigramme, des accidents comparables à ceux décrits par Beau sous le nom de choléra antimonial.

Pour diminuer la céphalalgie, nous nous sommes très-bien trouvé de la scarification des oreilles à l'aide d'une lancette déliée (méthode en usage en Turquie). Nous avons emprunté à M. Astié, médecin militaire chargé du service de l'hôpital, ce mode de faire qui donne une assez grande quantité de sang.

En finissant, nous devons nous demander si le voisinage des tanneries n'est point pour quelque chose dans l'immunité complète que nous observons; une absorption graduelle et insensible des miasmes serait-elle apte à former une sorte d'acclimatation. Le petit nombre de malades, douze, provenant des recrues ou des hommes de la réserve, ne serait point confirmatif de cette opinion.

Si la méthode de M. le docteur Burq, confirmée par l'expérience de M. Lisle, continue à donner les résultats qu'en ont obtenus ces deux praticiens, on peut, par analogie, à propos du spécifique cuivre, comparer les bons résultats de l'association de la méthode évacuante à celle qu'elle obtient associée au sulfate de quinine dans les affections palustres.

FORMULAIRE DU CHOLÉRA.

Extrait du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, par les docteurs Bouchut et Després.

Lavement avec l'amidon.

Amidon. . . . . 15 grammes.
Eau commune. . . . . 500 —

Délayez l'amidon dans 200 grammes d'eau froide, portez le reste de l'eau à l'ébullition, retirez-la du feu et versez-la sur le mélange d'eau et d'amidon. (F. H. P.)

Lavement astringent.

Bistorte. . . . . } āā 10 grammes.
Roses rouges. . . . . }

Faites infuser dans :

Eau. . . . . 300 grammes.

Passez, ajoutez :

Laudanum de Sydenham. . . . 10 gouttes.

Lavement laudanisé.

Laudanum de Sydenham. . . . 20 gouttes.
Décoction de guimauve. . . . 250 grammes.

On y ajoute fréquemment 16 grammes d'amidon, et on a le *lavement d'amidon laudanisé*, très-employé pour combattre les diarrhées.

Lavement de morphine.

Amidon. . . . . 10 grammes.
Délayez dans eau. . . . . 500 —

Ajoutez :

Acétate de morphine. . . . . 2 centigr.

Pilules contre la diarrhée.

Thériaque. . . . . 5 grammes.
Poudre de Colombo. . . . . 4 —
Extrait d'opium. . . . . 20 centigr.

Mêlez et faites 12 pilules. Une matin et soir.

Mixture anticholérique.

Cette mixture s'emploie dans les cas de réfrigération et d'extinction du pouls sous l'influence du choléra.

La dose est de 15 à 20 ou 25 gouttes, et même quelquefois 30 à 40 gouttes dans un petit verre de vin généreux.

On réitère cette dose deux ou trois fois de demi-heure en demi-heure jusqu'à ce que la réaction commence.

Teinture éthérée de valériane. . . . 8 grammes.
Teinture de noix vomique. . . . 4 —
Liqueur d'Hoffmann. . . . 8 —
Teinture d'arnica. . . . 4 —
Essence de menthe. . . . 2 —
Teinture d'opium. . . . 6 —
Teinture d'aconit. . . . 12 —

Mêlez selon l'art (Strogonof).

Liniment stimulant rubéfiant.

Essence de térébenthine. . . } āā 30 grammes.
Ammoniaque liquide. . . }

Mêlez. Employez en frictions et en application sur la colonne vertébrale dans les cas de choléra (Petit, Hôtel-Dieu).

Huile volatile de cajeput.

Stimulant diaphorétique. On l'a employée à la dose de 8 à 10 gouttes dans le choléra spasmodique. A l'extérieur, en frictions dans les douleurs rhumatismales.

L'*eau distillée de menthe poivrée* est employée contre le choléra asiatique, dans la période du refroidissement, à la dose de 30 à 125 grammes dans une potion.

Pastilles de menthe.

Huile essentielle de menthe poivrée. . . 4 grammes.
Sucre très-blanc. . . . 375 —
Eau de menthe poivrée. . . . q. s.

F. s. a.

Tablettes de menthe poivrée.

Sucre blanc . . . . 500 grammes.
Essence de menthe poivrée. . . . 4 —
Mucilage de gomme adragante à l'eau de menthe poivrée. . . . q. s.

F. s. a.

Potion excitante.

Sirop de menthe. . . . 40 grammes.
Eau distillée de mélisse. . . . 100 —
Alcoolat de mélisse comp. . . . 1 —

Mêlez. Dans la période algide du choléra (Récamier).

Teinture aloétique composée (drogue amère).

Aloès succotrin en poudre. . . . 500 grammes.
Myrrhe. . . . } āā 250 —
Mastic. . . . }
Benjoin. . . . }
Racine de Colombo. . . . } āā 120 —
— de gentiane. . . . }
— d'angélique. . . . }
Safran. . . . 60 —

Faites macérer pendant sept à huit jours dans :

Eau-de-vie ordinaire. . . . 18000 grammes.

Passez, ajoutez :

Eau-de-vie de genièvre. . . . 6000 grammes.

Filtrez et conservez.

10 à 40 grammes dans une potion appropriée, dès le début du choléra asiatique.

Potion tonique et narcotique.

Colombo. . . . 5 grammes.

Faites infuser dans :

Eau. . . . 200 grammes.

Passez. Ajoutez :

Laudanum de Sydenham. . . . 1 gramme.
Sirop de tolu. . . . 30 —

A prendre par cuillerée toutes les heures.

Potion contre les coliques.

Sirop diacode. . . . 40 grammes.
Sirop de coing. . . . 20 —
Eau de menthe. . . . 40 —
Eau ordinaire. . . . 50 —

Mêlez. A prendre en deux ou trois fois à un quart d'heure d'intervalle (Cuffer).

Goutte anticholérique.

Teinture d'opium simple. . . . 5 grammes.
Extrait d'aloès. . . . 4 —

F. s. a.

A prendre de 10 à 30 gouttes dans une cuillerée de vin (Franceschi).

Potion stimulante.

Huile de cajeput. . . . 1 gramme.
Éther sulfurique alcoolisé. . . . 4 —
Eau de menthe. . . . 150 —
Sirop de fleurs d'oranger. . . . 40 —

A prendre par cuillerée toutes les heures.

Potion antispasmodique.

Sirop de fleurs d'oranger. . . . 32 grammes.
Eau distillée de tilleul. . . . 64 —
Eau de fleurs d'oranger. . . . 64 —
Éther sulfurique. . . . 2 —

F. s. a.

A prendre par cuillerée (*Codex*).

Infusion de *guaco*, 30 grammes par litre d'eau. (Peu usité.)

Acétate de plomb, 15 à 75 centigrammes. (Effet douteux.)

Décoction de *sonora heptaphylla*, 30 grammes par litre (Swediaur). C'est l'*anticholerica* des colonies anglaises de l'Inde. (Peu connu.)

Strychnine, par la méthode endermique et à l'intérieur à 3 milligrammes par jour (Dreyfus, Trolliet, Polinière). [Moyen dangereux.]

Solution arsénicale, 6 gouttes à la fois d'abord de demi-heure en demi-heure, et sitôt l'amélioration 3 gouttes toutes les trois heures (Black). [Peu usité.]

Eupatorium cannabicum en décoction, 30 grammes par litre et demi de vinaigre réduit à un litre, et dans lequel on ajoute 100 grammes de sirop simple ou de sirop de morphine. Une à deux cuillerées à soupe toutes les heures dans la période algide (Van Dromme); 26 guérisons sur 36 cas. (Moyen à expérimenter.)

Infusion de racine de *columbo* (cocculus palmatus), poudre de la même racine, 0,75 à 1 gramme ou plusieurs fois par jour. (Peu usité.)

Sous-carbonate de magnésie en poudre, 4 à 6 cuillerées à café par jour, associé au poivre ou au gingembre. (Peu usité.)

Calomel à haute dose, 50 centigrammes à 1 gramme associé à l'opium, 10 centigrammes. (Moyen peu efficace.)

DES NÉVRALGIES A TYPE CONTINU

traitées avec succès par l'eau de Vals, source la Dominique,

Par M. le Dr Clermont (de Lyon).

Si l'eau de Vals est appelée, comme cela est déjà admis par la plupart des praticiens, à rendre de signalés services à l'art de guérir, c'est à la condition que ses sources variées dans leur degré de minéralisation, variées aussi dans la nature des substances qui les composent, seront étudiées avec soin et conseillées en connaissance de cause.

Ainsi la *Magdeleine*, la plus riche en bi-carbonate de soude

(7 grammes 28 centigrammes par litre) de toutes les sources connues dans le monde entier, sera très-puissante contre la gravelle, le diabète et les autres affections des reins, tandis que la *Saint-Jean* (1 gramme 10 centigrammes), excellente eau de table, convient admirablement dans les dyspepsies et les diverses inflammations sub-aiguës ou chroniques de l'appareil digestif.

Sans entrer aujourd'hui plus avant dans cet ordre de questions, que nous aurons occasion d'aborder plus tard, occupons-nous de la source Dominique, dont l'eau ne contient pas de bi-carbonate de soude, mais qui est bien précieuse par sa composition chimique et la puissance qu'elle met aux mains des médecins dans le traitement de plusieurs affections névrosthéniques.

On sait, par l'analyse, qu'elle contient de l'acide sulfurique libre, du phosphate et de l'arséniate de fer, etc.; enfin que chaque litre contient 3 milligrammes environ de ce dernier sel.

D'autre part, on connaît les belles observations de M. le docteur Boudin sur les névralgies qu'il a traitées heureusement par l'acide arsénieux. Or, l'élément commun à la liqueur de Boudin et à l'eau de la Dominique (elle est aussi vantée, à juste titre contre les fièvres intermittentes et les états cachectiques) nous a engagé à voir ce qu'on pourrait obtenir de cette eau dans les névralgies à type continu, et le succès a dépassé notre espérance.

Plusieurs malades, cruellement tourmentés par la névralgie, ont été guéris ou notablement soulagés en un mois ou six semaines en buvant de l'eau de la Dominique, à distance des repas, à doses fractionnées si cela leur convient mieux, trois verrées par jour la première semaine, puis quatre, cinq et six verrées les jours suivants.

Nous rappellerons que la névralgie, par sa persistance, ne tarde pas à produire des désordres souvent de la plus haute gravité, tels que l'insomnie, la perte de l'appétit, une débilité générale, parfois la diarrhée chronique et plus tard une véritable cachexie.

Pour confirmer ces propositions et ne pas trop allonger cette note sur l'eau de la Dominique, nous nous bornerons aux deux observations suivantes :

1° *Névralgie faciale compliquée plus tard d'une diarrhée chronique et d'une chloro-anémie.*

M. N..., confiseur à Lyon, quarante-six ans, d'une constitution vigoureuse, souffrait depuis plusieurs mois d'une névralgie continue vers la tempe, l'oreille et l'os maxillaire inférieur droit. Bientôt la dyspepsie apparaît, puis, plus tard, une diarrhée incoercible. Les moyens rationnels ordinaires n'eurent qu'un succès incomplet et éphémère.

L'inappétence se complique de faiblesse générale, de sueurs faciles ou nocturnes; le ventre est tendu par des gaz; une petite toux sèche, la pâleur de la face, la petitesse du pouls, rendent l'anémie flagrante.

Le 20 septembre, le malade est mis en traitement par l'eau de la Dominique, et déjà, au 3 octobre, une amélioration notable se manifeste dans ses forces et dans son appétit. Huit jours après, plus de diarrhée, plus de sueurs.

L'eau de Vals est continuée, et, le 17 octobre, les fonctions étaient rétablies dans leur intégrité. La névralgie, la diarrhée, l'anémie, avaient été guéries par le même moyen.

2° *Névralgie du nerf trifacial suivie d'aménorrhée et de chlorose.*

Depuis trois ans, Mlle B..., vingt-neuf ans, tisseuse en soieries, est sujette à une névralgie très-violente, siégeant principalement sur le nez, la tempe droite, les gencives et les dents du même côté. A son début, la maladie durait deux à trois semaines, disparaissant quelques heures chaque jour, et le sulfate de quinine amenait une légère sédation; mais le mal revenait avec sa première intensité après quelques semaines.

Aujourd'hui, la douleur reste en permanence, et le sulfate de quinine n'y fait plus rien. La dyspepsie s'est prononcée depuis longtemps, l'écoulement cataménial est devenu irrégulier et peu abondant; le pouls est petit, fréquent; nous avons, disons-le pour abréger, tous les phénomènes de la chlorose.

Le 12 septembre, la malade est mise à l'usage de l'eau de Vals, la *Dominique*, 3 verrées par jour, puis 4, puis 5 et enfin 6. Les symptômes pathologiques se sont décomposés peu à peu. L'appétit a reparu en première ligne, la menstruation s'est régularisée, et enfin la névralgie a cédé.

L'agent qui nous rend de tels services est probablement l'arsenic; du moins on le croit pour les eaux de Plombières, du Mont-Dore, etc., qui en contiennent un milligramme par litre. Or, la Dominique, qui en possède trois, doit avoir des succès plus prompts et plus certains.

L'eau de cette source nous a encore donné d'excellents résultats dans le traitement de symptômes tertiaires de la syphilis, dans plusieurs affections cutanées, dans des cachexies par causes diverses : nous aurons plus tard l'occasion d'en entretenir nos confrères.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 25 octobre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— **M. Putégnat** (de Lunéville), membre correspondant, adresse un travail intitulé : *Observation de cancer des ramoneurs ou du scrotum.* (Sera publié.)

Élection.

La Société, consultée par le président, décide que dorénavant les scrutins pour les élections de membres titulaires seront ouverts à quatre heures et fermés à quatre heures un quart.

Sur 28 votants, les suffrages se trouvent répartis comme il suit :

M. A. Després.	16
M. Tillaux.	11
Billet blanc.	1

En conséquence, M. A. Després est nommé membre titulaire.

M. Dolbeau. Vous vous rappelez sans doute que, dans la dernière séance, M. Marjolin nous a présenté les pièces recueillies chez un enfant mort dans son service d'une attaque de choléra. Cette petite fille avait subi, il y a plus d'un an, la résection de la tête du fémur gauche; la santé de l'enfant avait, depuis, toujours laissé à désirer, et il faut déclarer que l'épidémie n'a fait que précipiter la terminaison fatale.

J'ai fait l'opération, et voici pourquoi j'interviens; mais je crois qu'il eût mieux valu ne pas produire l'observation, car c'est là un fait très-complexe qui ne peut servir en rien à élucider la question si grave de la résection de la hanche, dans les cas de coxalgie. Néanmoins je vais donner à la Société des explications qui seront de nature à compléter l'observation qui vous a été présentée.

Je dois tout d'abord remercier M. Marjolin; c'est à ses soins longtemps continués que la petite malade a dû de prolonger aussi longtemps son existence. Toutefois il me paraît bien évident que c'est l'opération qui a permis que l'intervention de notre collègue fût aussi efficace. Mais revenons un peu sur les conditions dans lesquelles j'ai pris l'enfant, puis je vous dirai quelle opération j'ai pratiquée. Il s'agissait d'une petite fille malade depuis bien des mois, amaigrie, ne mangeant plus, épuisée par la suppuration et la diarrhée. La petite malade était condamnée, et, quand je la vis, elle était livrée à son malheureux sort, sans traitement et sans appareil. La jambe était fléchie sur la cuisse, et la cuisse touchait presque la paroi abdominale; le membre était dans une adduction forcée. Enfin, outre plusieurs trajets fistuleux, il y avait encore à la fesse un gros abcès fort douloureux.

Nous attendions, et cependant l'enfant ne succombait pas. Les nuits se passaient sans sommeil, la douleur arrachait à la malade des cris continuels. J'eus alors la pensée de faire quelque chose pour soulager la pauvre enfant; je crus bon d'ouvrir largement l'articulation, qui était remplie de pus, et d'enlever toutes les portions d'os malades, si toutefois cela pouvait s'effectuer sans grand délabrement.

Messieurs, j'ai presque le besoin de me justifier, car M. Marjolin a déclaré que, probablement, il n'eût pas fait cette résection. Loin de moi la pensée d'avoir fait une opération qui fût curative; j'ai voulu soulager la patiente et lui ouvrir en même temps une voie de salut. Mais, si M. Marjolin ne croit pas que la résection a été faite dans de bonnes conditions, c'est à lui de juger si l'intervention chirurgicale n'eût pas été plus utile à une période moins avancée de la maladie. Je ne veux pas conclure, mais je tiens à bien faire comprendre que l'opération n'a été exécutée que dans un but palliatif.

Quels ont été les résultats de cette tentative, c'est ce qu'il nous reste à exposer. Une large incision semi-lunaire, circonscrivant le grand trochanter, permit d'ouvrir l'articulation, et aussitôt un verre de pus s'échappa de l'ouverture; puis nous trouvâmes dans l'articulation des fragments libres et nécrosés de la tête du fémur. Avec une pince de Liston, nous enlevâmes le col du fémur; enfin un cautère rougi à blanc fut promené dans la cavité cotyloïde, qui était cariée. Évidemment tout n'était pas fini, il restait encore dans l'os coxal une lésion trop profonde pour laisser l'espoir d'une guérison complète, d'autant plus que l'état général offrait peu de ressources.

Messieurs, dès ce moment, la douleur cessa, les nuits furent bonnes et l'appétit revint. L'opération ne procura que du soulagement; en effet, tout a été réduit à une simple incision, sans qu'il fût besoin d'une seule ligature. Cette observation peut-elle plaider pour ou contre la résection dans les coxalgies? évidemment non. Elle prouve que l'opération est simple en elle-même, très-facile à exécuter, et enfin qu'elle soulage lorsque l'articulation est remplie par du pus et des fragments d'os. Quant aux altérations qui ont persisté, elles étaient curables, et je crois que l'enfant eût guéri si les forces avaient été suffisantes et surtout si elle n'eût pas eu des tubercules dans ses deux poumons.

M. Giraldès. Je ne crois pas que les altérations de l'os coxal doivent faire renoncer à la résection de la hanche dans la coxalgie. Il y a, en effet, des cas de guérison après rugination et même enlèvement de cette partie du squelette, comme le prouve le mémoire de M. Hancok. Ce n'est pas tant l'état local que la détérioration de la santé générale qui est l'écueil contre lequel échouent les efforts du chirurgien. Si on consulte les statistiques, on voit que, dans la plupart des cas, les malades ont succombé aux accidents généraux, à l'anémie plus ou moins profonde et à l'état amyloïde signalé par M. Hayern dans les organes splanchniques. Je crois donc que les altérations de l'os coxal ne doivent pas faire renoncer à l'opération si l'état général n'est pas trop mauvais. D'ailleurs, il y a une autre considération qui doit guider le chirurgien, c'est la *nature* même de la coxalgie.

M. Marjolin. Quand j'ai communiqué l'observation de la jeune malade qui fait le sujet de cette discussion, je n'ai nullement blâmé notre collègue, M. Dolbeau, de ce qu'il avait fait; j'ai seulement exprimé le regret qu'il ait opéré sur un sujet dont la santé générale rendait l'opération à peu près certainement infructueuse, et si je n'avais voulu rien faire jusque-là, c'est précisément parce que je ne pensais pas que l'état général de cette enfant permît d'espérer un succès après l'opération. La suite a bien prouvé que j'avais eu raison, car un séjour assez prolongé à la campagne n'a pas même pu modifier notablement cette grave cachexie scrofuleuse. A l'autopsie, nous avons trouvé des tubercules dans les poumons. J'ai pratiqué la même opération sur d'autres malades placés dans de meilleures conditions de santé générale, et ils sont aujourd'hui guéris. L'état général est donc, suivant moi, la considération qui doit surtout guider le chirurgien pour établir l'indication ou la contre-indication de la résection de la hanche.

M. Follin. Il y a trois ans, j'ai fait, en ville, une résection de la hanche chez une petite fille de dix ans, atteinte depuis plusieurs années d'une carie des extrémités articulaires, avec déplacement et fistules nombreuses. J'ai réuni deux de ces fistules par une grande incision, j'ai pénétré ainsi jusqu'à la tête fémorale que j'ai enlevée. La petite malade a parfaitement guéri; sa santé générale s'est considérablement améliorée, et il ne lui reste aujourd'hui qu'une petite fistule, au voisinage de l'anus. Cette fistule est entretenue par une altération de l'ischion.

J'hésitai d'abord à pratiquer cette opération à cause du développement considérable du système ganglionnaire dans toutes les régions du corps et particulièrement dans la fosse iliaque correspondant à la hanche malade. Chose remarquable, depuis la guérison, toutes ces tuméfactions ganglionnaires ont disparu, et la santé générale ne laisse rien à désirer.

Rapport.

M. Panas lit un rapport sur un travail présenté dernièrement par M. Leroy d'Étiolles et intitulé : *De l'adhérence des pierres dans la vessie et des tumeurs fongueuses vésicales.* Ce travail et le rapport de M. Panas sont renvoyés au comité de publication.

A propos de l'explication proposée par M. Panas pour faire comprendre le mécanisme des adhérences en question, quelques remarques sont faites par M. Giraldès. M. Panas pense que ces adhérences sont produites par des prolongements calculeux au milieu de fongosités. M. Giraldès serait disposé à croire que c'est le contraire qui a lieu. Pour lui des bourgeonnements de la muqueuse viendraient, pour ainsi dire, se prolonger dans les anfractuosités des calculs, ou bien les envelopperaient de manière à les rendre adhérents. Il se fonde, pour émettre cette opinion, sur ce qu'il a pu voir dans de très-belles collections du collége des chirurgiens de Londres, ainsi que dans le musée de l'hôpital de Guy.

M. Blot. Je crois que si les auteurs ont pu se trouver en désaccord sur l'existence des calculs adhérents, cela tient à l'expression même dont on s'est servi. Il est évident qu'on ne peut admettre de *véritables adhérences* entre des calculs et la paroi vésicale; en d'autres termes, entre un *tissu vivant* et une *substance inorganisée*. On s'entendrait mieux si on remplaçait la dénomination de *calculs adhérents* par celle de *calculs fixes, calculs immobiles*.

M. Panas. Je crois aussi que si les auteurs ne se sont pas trouvés d'accord sur ce sujet et que si quelques-uns ont nié la possibilité de ces adhérences, c'est parce qu'ils ont donné à ce mot une signification trop littérale.

Présentation de malade.

Tumeur non ulcérée de la base de la langue.

M. Marjolin présente une jeune fille portant sur le côté gauche de la base de la langue une tumeur d'apparence cancéreuse dont il donnera l'observation plus tard.

En terminant, M. Marjolin demande l'avis des membres de la Société sur la conduite à tenir dans ce cas. Le chlorate de potasse paraît-il être utile?

M. Velpeau, sans s'inquiéter beaucoup de la nature de la tumeur, propose de l'enlever tout entière en la cernant avec un écraseur linéaire.

M. Perrin. J'ai employé le chlorate de potasse dans une dizaine de cas environ, chez des invalides. Il m'a paru ne produire ni bien ni mal. Son seul avantage m'a paru consister à forcer les malades à se nettoyer fréquemment la bouche, poussés qu'ils sont par l'espoir de voir le médicament produire l'effet désiré.

M. Richet. Je crois avoir été un des premiers à vanter le chlorate de potasse contre certaines tumeurs ulcérées de mauvaise nature; mais chez la malade présentée par M. Marjolin, la tumeur n'est point ulcérée. Quant à sa nature, je la crois glanduleuse. Cela me paraît être une *hypertrophie des glandules de la langue*.

Le traitement le plus convenable me paraît aussi consister en l'extirpation. Pour la pratiquer, je passerais à la base de la tumeur deux aiguilles courbes en croix, en ayant soin de dépasser les limites du mal; puis j'entourerais la tumeur par un fil de serre-nœud placé au-dessous des aiguilles.

J'ai enlevé, il y a huit ans, une tumeur de même espèce sur une dame de la ville. Je l'ai revue tout récemment et la guérison s'est parfaitement maintenue.

M. Trélat pense aussi que l'ablation doit être faite.

Présentation de pièce.

Glaucôme chronique.

M. Perrin. La pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société représente l'hémisphère postérieur d'un œil atteint de glaucôme chronique.

Cette affection avait entraîné, longtemps avant la mort, la perte absolue de la vision de ce côté.

Voici en quelques mots quels en avaient été les signes et la marche.

Il y a trois ans et demi, chez un homme de soixante ans, rhumatisant et dont la mère était morte aveugle, il survint, sans cause appréciable, une congestion assez intense de l'œil gauche sans grande douleur ni trouble immédiat de la vision.

La rougeur disparut spontanément au bout de quelques jours et l'organe reprit son aspect normal; mais, à partir de ce moment, le champ visuel se rétrécit progressivement de la périphérie vers le centre avec une rapidité telle que six mois après le début des accidents, la vision fut complétement abolie. Il n'y eut, durant cette période, aucun symptôme qui fût resté dans le souvenir du malade. Pas d'accès, pas de fluxions nouvelles, pas de chromatopsie; marche tout à fait insidieuse et marquée seulement par la disparition progressive de la vision.

Au moment où je vis le malade pour la première fois, l'œil était irrémédiablement perdu.

Je le trouvai dans l'état suivant :

Apparence tout à fait normale; cornée saine et sensible; iris sain, peut-être un peu paresseux dans ses mouvements; milieux réfringents parfaitement transparents.

A l'exploration ophthalmoscopique, qui était très-facile, je vis une papille grise excavée peu profondément, mais sur toute sa surface les artères étaient filiformes et d'une disposition difficile à déterminer. Les veines, au contraire, étaient turgescentes, animées de battements fortement accentuées. Arrivées au bord de la papille, elles se recourbaient et disparaissaient presque complétement derrière le bord sclérotical qui paraissait large et très-élevé.

La choroïde était le siége d'altérations multiples semblables à celles que l'on rencontre ordinairement dans la choroïdite atrophique; on y remarquait une bande assez large d'atrophie complète autour de la papille, des plaques d'atrophie incomplète, disséminées surtout dans la région de la tache jaune, etc.

Quelques mois plus tard, j'explorai de nouveau la cavité oculaire. J'y constatai encore les altérations que je viens de signaler, mais en outre une hémorrhagie qui s'était produite dans la papille même.

Voici d'ailleurs, sur cette aquarelle que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux, les principaux détails qui fixèrent mon attention dans cette dernière exploration. Le dessin reproduit l'image renversée du fond de l'œil.

Il y a un an environ, l'œil droit fut à son tour envahi; ce que je pus constater, en l'absence de tout autre signe, par une diminution périphérique permanente du champ visuel. L'affection de ce côté affecta une marche beaucoup plus lente, car l'altération de la vision constatée dès le début, c'est-à-dire il y a un an, n'avait pas fait de progrès sensible jusqu'à ces derniers jours, pendant lesquels le malade fut enlevé par une attaque de choléra foudroyante.

Il me fut possible d'examiner l'œil atteint le premier : c'est celui que vous avez sous les yeux.

On y retrouve aisément, tout en faisant la part des différences de l'état de vie à l'état de mort, les traits principaux de l'image ophthalmoscopique recueillie sur le vivant : une papille optique excavée, d'un blanc grisâtre, constituée par la lame criblée que l'on reconnaît à son aspect ponctué, une bande d'atrophie choroïdienne péri-papillaire, des plaques d'atrophie disséminées, une petite suffusion sanguine couvrant la moitié inférieure de la papille, enfin et surtout des vaisseaux qui, parvenus au niveau du limbe papillaire, s'incurvent pour plonger en quelque sorte dans l'excavation et y disparaître à peu près complétement.

J'ai tenu à vous présenter la pièce à l'état frais, parce que vous savez avec quelle rapidité disparaissent après la mort les traces des hémorrhagies, quelque précaution que l'on prenne; mais je me réserve de rechercher au microscope dans quel état se trouve la papille et le bout du nerf optique.

Messieurs, j'ai pensé que cette pièce offrait un certain intérêt à un triple point de vue.

1° D'abord elle nous permet de constater de visu une hémorrhagie de la papille, accident assez rare et presque spécial aux excavations pathologiques de cet organe.

2° En second lieu, elle permet de montrer une fois de plus que la disposition en crochet des vaisseaux du plan rétinien, au niveau du bord de la papille, n'est point une illusion produite sur le vivant par quelque jeu de l'éclairage ophthalmoscopique, mais bien une réalité saisissante à laquelle on ne saurait donner une signification trop précise.

3° Enfin l'état d'altération profonde, dans lequel se trouvait la choroïde, me paraît propre à corroborer l'opinion qui règne aujourd'hui sur le glaucôme chronique.

Cette singulière affection qui participe de la nature du glaucôme par l'état d'excavation complète de la papille, mais qui s'en éloigne par l'absence, au moins pendant un certain temps, des autres signes des affections glaucômateuses, telles que marche par accès plus ou moins bien caractérisés, névralgies ciliaires, chromatopsie et voire même tension marquée du globe, etc., fut rangée par Degræfe, qui en donna, le premier, une bonne description dans un groupe à part qu'il désigna sous le nom d'amaurose par excavation pathologique de la papille.

Aujourd'hui, on s'accorde généralement à ne voir dans cet état pathologique qu'une forme spéciale, chronique, essentiellement insidieuse du glaucôme. Je disais tout à l'heure que cette pièce confirmait cette manière de voir dans une certaine mesure. Et voici comment non-seulement la papille est malade, mais la sclérotique et la choroïde le sont aussi, leur état témoigné d'un trouble profond de leur nutrition. Or il me paraît bien difficile de ne pas admettre que dans l'état de ces membranes réside la cause prochaine des accidents glaucomateux.

L'âge du sujet ne peut être invoqué pour expliquer ces altérations, car elles sont limitées à l'œil malade. L'autre, quoique déjà atteint, avait une choroïde à peu près saine. Je sais bien que chez les vieillards l'atrophie choroïdienne est très-commune, quelquefois portée à ses limites extrêmes. Et pourtant on n'observe pas alors d'excavation pathologique. Cette sorte de contradiction doit avoir sa raison d'être, soit dans le degré de résistance de la lame criblée, soit dans la nature variable du processus pathologique qui aboutit, du côté de la sclérotique et de la choroïde, à des altérations de tissus tout à fait semblables, sinon identiques.

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel : HIPP. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les nouvelles que nous avons à donner du choléra continuent à être bonnes. S'il y a eu quelques cas en ville plus nombreux que les jours précédents, c'est dans des quartiers annexés. Mais malgré cela, comme le nombre des décès cholériques est descendu aujourd'hui assez bas, nous ne considérons plus le choléra que comme les autres maladies régnantes, et nous n'en parlerons plus que dans nos revues cliniques.

— Par décret, en date du 2 novembre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison de leur belle conduite pendant l'épidémie qui a sévi à Toulon, savoir :

Au grade d'officier : MM. Gueit, médecin principal; Le Bréton, commissaire-adjoint.

Au grade de chevalier : MM. Merlin, médecin de 1re classe; Herland, médecin de 2e classe; Cavalier, pharmacien de 2e classe; Chauvin, infirmier en chef.

— La séance solennelle de rentrée de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, et de l'École préparatoire à l'enseignement des sciences et des lettres de Nantes, ainsi que la distribution des prix aux élèves de l'École de médecine, ont eu lieu le vendredi 3 novembre sous la présidence de M. Schmitt, inspecteur d'Académie, dans la grande salle des collections du nouveau bâtiment destiné à l'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

Les principales autorités du département et un public très-nombreux et choisi honoraient de leur présence l'inauguration de ce somptueux monument, qui est annexé au nouvel Hôtel-Dieu, et tous ont pu admirer la bonne distribution et l'élégance simple et de bon goût des amphithéâtres de cours et des différents services.

Après une allocution vivement applaudie de M. l'inspecteur, et les discours d'usage prononcés par M. Hélie, directeur de l'École de médecine, et M. Mesnard, professeur à l'École des sciences et des lettres, M. le secrétaire de l'École de médecine a proclamé les noms des lauréats.

ÉTUDIANTS EN MÉDECINE.

Premier prix. — M. Marcé (Prudent-Félix).
Deuxième prix. — M. Malherbe (Albert-Hippolyte).

ÉTUDIANTS EN PHARMACIE.

Premier prix. — M. Gallet (Théophile).

CONCOURS DE CLINIQUE.

Premier prix. — M. Monfort (Léon).
Deuxième prix. — M. Buja (Eugène).
Troisième prix. — M. Dupont (Auguste).

— Par divers arrêtés ministériels :

Un congé d'inactivité, pendant le 1er semestre 1865-1866, est accordé à M. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Strasbourg.

M. Hergott, agrégé près ladite faculté, est chargé du cours de clinique chirurgicale pendant la durée du congé accordé à M. Sédillot.

M. Letiévent, docteur en médecine, est nommé chef des travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Labéda, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

M. Alexandre, professeur adjoint de pathologie interne à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. James, suppléant pour les chaires de médecine à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint d'histoire naturelle médicale et matière médicale à ladite école.

M. Coulon, professeur suppléant pour les chaires de chimie et de pharmacie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur suppléant pour les chaires de médecine à ladite école.

M. Blanche, professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

M. Tinel, professeur suppléant pour les chaires d'anatomie, et chef des travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur adjoint d'anatomie et de physiologie à ladite école.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris reprendra le cours de ses séances le lundi 13 novembre, à trois heures, au lieu ordinaire de ses séances, quai Malaquais, 3.

Les séances sont publiques.

Ordre du jour : Compte rendu de la session précédente, par M. Durand-Fardel.

— M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, le cours clinique des Maladies des enfants le mercredi 15 novembre, et le continuera les mercredis suivants.

Visite des malades et conférences cliniques tous les jours à huit heures; leçons à l'amphithéâtre le mercredi à neuf heures.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 133. — MARDI 14 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 14 NOVEMBRE 1865. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 NOVEMBRE 1865.

LE CHOLÉRA EN 1865.

Étiologie et prophylaxie.

Toutes les fois qu'une maladie épidémique s'annonce en France, avec un certain caractère de gravité, administrateurs et médecins se réunissent, discutent et concertent les moyens les plus propres à prévenir ou du moins à atténuer l'extension et la violence du fléau. Les plans de préservation ainsi élaborés par les comités d'hygiène publique ont, surtout, pour effet de rassurer les populations frappées de terreur. Écarter ou détruire le germe des maladies pestilentielles, maintenir, par la confiance, le calme de l'esprit qui est une condition de santé, tels sont les procédés que la prévoyance suggère contre les envahissements du choléra, notre affliction du moment.

En principe, il n'y a de direction prophylactique rationnelle et sûrement efficace que celle qui repose sur une étiologie bien connue. Or, malgré la multiplicité des recherches dont le choléra a été l'objet en tous pays, malgré le mérite et les efforts des médecins qui ont pris part à ces travaux, on ne sait rien encore de bien positif sur les causes intimes de cette maladie. En effet, on n'a que très-imparfaitement établi jusqu'à quel point l'âge, le tempérament, la profession, la température et les diverses qualités de l'air, l'élévation et l'orientation des lieux habités, la densité des populations, le régime alimentaire, etc., contribuent à la production d'une maladie qui déroute par ses caprices, la sagacité de ceux qui sont témoins de ses ravages. C'est ainsi que la statistique nous montre le choléra sévissant avec une égale rigueur sur les hommes voués aux régimes les plus divers, sur tous les types de la constitution humaine, sous un ciel brûlant comme dans les régions septentrionales, dans les localités humides ou infectes, comme sur les points les plus salubres; en un mot, relativement aux données étiologiques, les faits observés jusqu'à présent se contredisent de la manière la plus formelle.

Voilà à peu près ce que j'écrivais, à cette même place, le 30 janvier 1854. Les épidémies de 1832 et de 1849 avaient parlé à notre imagination plus encore qu'à notre sens médical; on croyait alors au développement spontané du choléra en dehors de sa sphère natale, sous l'influence d'une constitution atmosphérique spéciale, mais non définie. Si parfois on prenait goût à s'étonner des singularités contradictoires que je viens de rappeler, souvent on se sentait humilié pourtant de ne pouvoir les comprendre et les concilier.

Pour moi, après avoir vécu soit en France, soit en Orient, toute l'année 1854, dans une sorte de familiarité avec le choléra; après avoir lu et médité depuis tout ce qu'ont produit les écrivains les plus sages, ceux qui se sont efforcés de maîtriser le désordre dans l'histoire de cette maladie, de donner à chacune de ses manifestations un sens sinon absolu, du moins plausible, je me sens disposé à modifier, en plusieurs points, la portée et le sens des réflexions que j'ai émises autrefois.

On est curieux, dans le monde autant que parmi nous, de savoir à quel ordre de maladies appartient le choléra asiatique. Nous reconnaissons généralement en lui un empoisonnement miasmatique portant son action sur le système nerveux de la vie organique, c'est-à-dire de la vie végétative. Mais de quelle nature est l'agent toxique?

C'est ici principalement que se donnent carrière ceux qui ont une plume, de l'érudition ou de la fantaisie : je ne veux citer que les érudits.

Un médecin très-distingué, M. Espagne, pense que le choléra de 1865 a été engendré par les émanations putrides provenant de la décomposition d'innombrables cadavres de pèlerins et d'animaux accumulés dans le vallon de Muna, entre la Mecque et le mont Arafat. Cette opinion a quelque chose de trop invraisemblable pour que nous puissions la partager. Il est bien plus naturel d'admettre que le germe de l'épidémie a été apporté à la Mecque par la caravane des musulmans venus de l'Inde.

Séduits par une certaine analogie entre les symptômes de la fièvre pernicieuse cholériforme et ceux du choléra proprement dit, d'autres médecins, et surtout l'honorable M. Jules Guyot, concluent à l'identité de nature de ces deux maladies. En d'autres termes, suivant eux, le choléra ne serait que le degré le plus élevé de l'intoxication palustre. Quelque talent que l'on mette à soutenir cette thèse, il me semble difficile de la faire prévaloir avant qu'il soit expliqué pourquoi, sous les mêmes latitudes, les mêmes influences engendrent ici la fièvre pernicieuse, là le vomito ou la peste et non le choléra partout; pourquoi le caractère cosmopolite du fléau indien et le caractère sédentaire, géographiquement limité, des endémies de fièvre intermittente. Bien d'autres dissemblances encore seraient à signaler.

Le choléra, dit-on, nous vient des bords marécageux du Gange; s'il en est ainsi, sa prophylaxie est trouvée. Il ne s'agit plus, en effet, que d'assainir ce fleuve; c'est le moyen qu'on emploie pour détruire le foyer des fièvres palustres. Mais si au lieu d'émerger du delta du Gange, le choléra prend naissance aussi, comme cela paraît prouvé, à l'embouchure du Cambodge, de l'Indus, de l'Euphrate, en un mot sur le littoral méridional de l'Asie, comment assainir une aussi vaste contrée? Ce travail gigantesque, même borné au Gange, serait d'autant plus périlleux que l'hypothèse où l'on se place serait plus vraie; car si ce fleuve est une effroyable source d'endémie cholérique, Dieu sait la destinée des innombrables ouvriers qui en fouilleront le lit! (Docteur Dechambre).

A une époque où l'on s'affolait en conjectures sur les causes du choléra, on a été jusqu'à attribuer son apparition à l'absence de l'ozone dans l'atmosphère. Je regrette vraiment que des savants très-honorables demeurent aujourd'hui encore attachés à cette opinion si peu viable.

En fait de prophylaxie, tout ce que fonde l'empirisme se résout habituellement en déceptions. Pour empêcher une affection épidémique de s'étendre, il faut s'enquérir tout d'abord de son mode de transmissibilité et de pérégrination. La transmission peut avoir lieu par contagion ou par infection; voilà un point depuis longtemps classique en épidémiologie.

Laquelle de ces deux voies le choléra choisit-il pour se communiquer? Si l'on entend par contagion la transmissibilité, soit par inoculation, soit par attouchement, contact d'un principe morbifique, on ne peut pas dire que le choléra est *contagieux*. Prétendre le contraire, c'est vouloir restaurer une erreur déjà réfutée mille fois par la saine observation des faits, erreur d'autant plus grave qu'elle a pour conséquence d'intimider le dévouement.

L'infection suppose un intermédiaire extérieur : suivant son origine et sa nature, cet agent se nomme effluve, miasme, ferment.

L'effluve s'épuise dans l'organisme humain et ne s'y régénère pas. Le miasme résultant de la décomposition putride des matières animales, produit un empoisonnement septique, à manifestations diverses.

On admet, et cela est bien près d'être démontré, qu'un sujet, en proie au choléra, épanche dans l'atmosphère, par toutes ses surfaces d'excrétion, des émanations contenant le germe reproducteur de la maladie. Que ce germe vienne à s'insinuer, par une voie quelconque, dans l'économie d'un individu sain, mais prédisposé, il s'y développe pendant une certaine période d'incubation; puis arrivé à l'état de maturité, il tend à se dégager sous une forme insaisissable, après avoir déterminé un état morbide identique avec celui dont il provient. Ainsi, chaque cholérique pourrait être assimilé à un foyer mobile d'émanations pestilentielles, et ces émanations ayant pour excipient l'air atmosphérique, s'attachant à l'homme et aux choses, auraient, pour agents de migration, l'homme et les choses contaminées.

Comme maladie infectieuse, le choléra a la propriété de se déplacer avec les masses, qui se comportent alors à la façon des foyers multiples d'une même affection. Aussi, l'agglomération augmente-t-elle singulièrement les chances de reproduction du principe cholérique; c'est ce qui explique le facile transport de ce principe, par les émigrations, les caravanes, les armées, les navires encombrés (1).

Cette théorie n'a pas besoin de parure pour se faire accueillir; elle séduit par son naturel et sa simplicité même. Je la crois vraie, mais elle est malheureusement incomplète, en c qu'elle ne rend pas compte de tout ce qui nous surprend.

Le choléra semble mettre du caprice dans les divers itinéraires qu'il a suivis jusqu'à présent. On le voit souvent, en effet, émigrer, contre toute attente, de son foyer originel pour s'abattre sur une contrée située bien au delà des limites prévues de ses atteintes immédiates. En 1833, il franchit d'un bond l'Atlantique, tombe sur New-York, gagne ensuite d'un pas rapide le Canada, le Mexique, la Havane. En 1865, quelqu'un avait prophétisé, de loin il est vrai, que la maladie, installée à Alexandrie, n'enjamberait pas la Méditerranée, et que la mer seule suffirait à protéger le littoral européen. Si tous les postes eussent été gardés, il est possible, en effet, que le choléra n'aurait point débarqué à Constantinople. D'autres fois, l'épidémie progresse et s'étend lentement, comme par une sorte d'infil-

1. Michel Lévy.

RIGAL (DE GAILLAC).

Élève de l'école de Montpellier, Rigal débuta jeune encore dans la difficile pratique de l'art de guérir. Il eut pour premier maître et pour guide son père, qui avait su se créer à Gaillac une large place comme médecin et comme opérateur. Doué d'une intelligence claire, fine, pénétrante, plus étendue que profonde, d'une mémoire peu commune, il se signala d'abord par ces qualités séduisantes, et il y joignit une facilité d'élocution qu'on ne saurait dire, et qui en fit dès l'abord et toujours l'homme des causeries familières et des conversations intimes. Il fallait le voir dans un petit cercle d'amis parlant à la fois du geste, du regard, de tous les rayonnements de sa physionomie si expressive, et de cette voix tantôt pleine, sonore, émue, et tantôt rapide ou saccadée, dont il variait à plaisir et comme en se jouant le ton, l'accent, les inflexions sans nombre! il fallait entendre cette parole abondante, variée, imagée d'expressions heureuses, d'anecdotes piquantes, qu'il tirait sans effort de l'inépuisable fond de sa mémoire, comme d'une source toujours vive, toujours pleine et intarissable! C'est par la parole qu'il sut plaire, attacher, captiver en quelque sorte ses concitoyens; c'est par elle qu'il brilla, qu'il défia l'imitation et qu'il n'eut point d'égal.

Homme expansif avant tout, très-sociable, nullement philosophe (1), Rigal posséda au degré éminent que je viens de dire les plus précieuses qualités de l'homme disert, et ce fut le trait le plus saillant, le plus facilement saisissable de cette personnalité si originale, si variée de couleurs séduisantes, d'accentuations vives que l'œil voit et admire dans leur ensemble, mais que nulle parole ne saurait dépeindre dans toute la richesse de leurs teintes, de leurs nuances infinies.

A diverses périodes de son existence, les plus sincères admirateurs de Rigal, ses vrais amis, croyant remarquer une certaine tendance à changer souvent le cours et le but de ses idées, de ses études, de ses aspirations, disaient : « Pourquoi la nature envers lui, si prodigue de tant de qualités éminentes de l'intelligence et du cœur, ne lui a-t-elle pas départi au même degré le don divin de la persévérance? Médecine, chirurgie, administration, politique, littérature, il embrassa tout, et ce fut l'écueil où vinrent se briser ses efforts, ses élans, toutes les puissances d'une âme ardente et noblement désireuse de célébrité. »

Ses amis disaient encore : « Qui pourrait mesurer la hauteur où il se fût élevé sans doute si, moins pressé de se répandre au dehors, de donner à sa pensée une couleur, une forme sensible, il n'eût manqué à un certain degré de cette puissance de concentration, de cet esprit de suite et d'ensemble, de cette volonté une et forte qui met la plus large part d'une existence humaine et parfois une vie d'homme tout entière au service d'une grande idée, à la poursuite d'un grand but, à la recherche d'une vérité; faculté éminemment précieuse et rare qui fait les grands hommes dans tous les genres, que quelques-uns appellent patience et que d'autres nomment génie. »

A ces regrets très-honorables sans doute et que l'amitié seule inspira, je n'hésite pas à répondre que le génie lui-même a ses faiblesses et ses imperfections, et que Rigal, plus ferme dans ses vues, plus exclusivement attaché à un seul ordre d'idées, eût manifesté à un moindre degré sans doute tant de dons à la fois les plus précieux et les plus rares, et que je ne voudrais pas au profit d'une volonté plus constante et plus exclusive sacrifier une seule de ces qualités aimables et attachantes qui firent de lui jusqu'à la tombe l'idole pour ainsi dire et l'orgueil de ses concitoyens.

Il était jeune encore lorsque fut agitée dans le monde chirurgical la grande question de broyer les calculs vésicaux et de les extraire sans opération sanglante. Civiale, le premier, avait eu l'insigne bonheur, en 1824, de guérir un calculeux par cette méthode. Dès lors, les tentatives et les succès se multiplièrent, et avec eux se multiplièrent aussi les procédés opératoires et les instruments qu'on y employa. Rigal eut sa place marquée dans cette joute scientifique, et il imagina pour pulvériser les calculs un instrument très-ingénieux, qui, pour n'avoir pas dépassé les limites d'une conception théorique, n'en décèle pas moins les ressources fécondes d'un esprit fin et ingé-

(1) Ai-je besoin de faire observer que le mot *philosophe* doit être entendu ici dans le sens de philosophe spéculatif et abstrait, qui, dédaignant le côté pratique des choses, étudie dans leur essence la vérité et le bien sans se préoccuper des applications que l'on pourrait faire des résultats de ses méditations à l'amélioration morale ou au perfectionnement matériel de l'homme et de la société. Choisir parmi les mille significations de ce mot celle qui dérive de sa définition étymologique serait donner à ma pensée une interprétation que démentirait au besoin ma notice tout entière.

tration, d'une contrée aux contrées contiguës. Enfin, il n'est pas rare qu'après avoir franchi d'immenses distances, elle exécute des retours offensifs contre des populations placées sur son trajet, et qui, pour cela, devaient s'attendre à être frappées les premières. Mais ce qui est plus étonnant encore, c'est de voir, dans une même rue, un côté ravagé et l'autre complétement épargné.

Cette bizarrerie notée dans les marches et les contre-marches, dans les antipathies et les prédilections du choléra, est devenue un sujet inépuisable de conjectures, préoccupations entièrement superflues. Pour expliquer ce qu'il peut y avoir d'étrange dans l'humeur et les allures de l'épidémie, il suffit de se rappeler la transportabilité individuelle ou collective de son principe générateur. Là où tombe et s'implante un germe, là naît le choléra. Que l'on ouvre des enquêtes, et l'on trouvera presque toujours l'exportation d'un homme ou d'un colis contaminé, pour cause des invasions lointaines et inopinées.

Dans une localité soumise à l'influence cholérique, personne n'est absolument à l'abri des atteintes de l'épidémie, a dit M. Foissac; j'ajoute que nous sommes tous plus ou moins avertis, par quelque dérangement fonctionnel, de la présence du poison. L'influence étant générale, comment se fait-il que les uns y échappent et que d'autres y succombent?

On s'accorde généralement à subordonner l'imminence du danger à certaines conditions individuelles de réceptivité pour le principe générique du choléra, lequel ne se développerait qu'en vertu d'une prédisposition organique particulière, secondée, en outre, par des circonstances extérieures.

On signale, en première ligne, parmi les causes prédisposantes des maladies infectieuses, la débilité générale de la constitution. Théoriquement, cela est vrai, car chez les individus affaiblis par la maladie ou la misère, la fonction d'absorption l'emporte sur celle d'exhalation; il y a donc pour eux une chance fatale d'intoxication. La statistique, néanmoins, ne confirme pas toujours cette prévision. Elle nous montre, en effet, le choléra frappant mortellement, au moins dans l'armée, des hommes jeunes et pleins de force, et faisant, en 1849, moins de victimes dans les quartiers Saint-Louis, Popincourt, Saint-Antoine, que dans les quartiers riches de Paris. Tout ce que l'on est en droit d'affirmer, à propos de la débilité, c'est que les sujets faibles, dépourvus de moyens de résistance et de réaction, succombent au plus léger souffle de l'épidémie.

Les émanations putrides, les miasmes *morts* nous sont donnés comme les auxiliaires naturels de l'infection cholérique. Sur quelles preuves se fonde-t-on pour justifier cette assertion? Sur une série d'anecdotes et d'accidents sans rapport et sans lien. On énumère complaisamment les ravages exercés par le choléra dans les cloaques infects de Constantinople, de Smyrne, de Marseille, etc.; mais on omet de dire que Thérapia, le Pirée, Madère et cent autres localités non moins salubres, ont été aussi cruellement ravagées, tandis qu'en 1849, aucun des équarisseurs de la voirie de Montfaucon ne fut atteint.

Je ne veux pas nier d'une manière absolue que les émanations putrides puissent, dans la sphère de leur expansion, contribuer au développement du choléra; mais ce concours ne me paraît pas formellement démontré. D'ailleurs, si l'on réfléchit que les quartiers réputés salubres sont habités par les classes aisées ou opulentes, que les classes aisées ou opulentes ont grand soin de fuir les foyers épidémiques, on trouvera peut-être que l'on a fait à ces populations une part d'immunité un peu trop libérale.

On peut dire, sans fiction, que le choléra mange de tout.

Jusqu'à quel point l'infection cholérique est-elle favorisée ou contrariée par la température ambiante? Il a été remarqué depuis longtemps que la chaleur atmosphérique et surtout la chaleur d'orages font éclore les épidémies. On sait que les fièvres intermittentes endémiques s'éteignent avec l'hiver, parce que le froid frappe les marais d'impuissance; il en est de même pour la fièvre jaune, qui ne franchit que très-exceptionnellement la zone climatérique des pays chauds. Quant au choléra, son avénement est possible en toutes saisons. En 1832, il fait sa première apparition à Paris le 26 mars; en 1849, il y reparaît également en mars. Pendant l'hiver de 1848 à 1849, malgré le froid et la neige, il envahit le Hainaut et la Flandre. En différentes circonstances, il s'est montré également violent et pernicieux en Russie par — 9°; en Algérie, par + 35°.

L'épidémie de 1865 a débuté à Paris le 18 septembre; elle s'est calmée et demeure stationnaire avec les premiers froids de l'automne. Jusqu'ici elle a eu peu d'éclat, et l'on se plaît à espérer qu'elle s'éteindra progressivement en traversant la saison d'hiver. Espérer ici n'est qu'un vœu; nul d'entre nous n'est en mesure de donner une certitude formelle.

En résumé, de quelque côté que l'on envisage la question d'étiologie du choléra, on aperçoit des lacunes et un certain nombre d'inconnues : franchement, depuis 1832 nous avons fait bien peu de progrès dans l'étude de ses causes et surtout de ses causes prédisposantes.

Au milieu de cette obscurité, sur quelle base rationnelle pourrait-on établir un système efficace de préservation individuelle ou publique? Il faut le reconnaître, quelque humiliant que soit pour nous cet aveu, le choléra s'est joué plus d'une fois des mesures de répression prises contre lui. Ce n'est point une raison cependant pour nous décourager et pour déserter la lutte.

Neutraliser le principe infectieux à l'état de diffusion dans l'atmosphère ou d'incubation dans l'organisme; resserrer l'épidémie dans ses foyers originels, voilà la méthode indiquée depuis longtemps. Elle est simple, conforme au bon sens; il ne lui manque qu'un outillage complet et de bonne trempe.

Jusqu'ici nous ne possédons, et nous ne posséderons probablement jamais, aucun spécifique contre l'élément régénérateur du choléra; il n'y a point de spécifiques proprement dits en médecine. Parmi les agents auxquels la tradition populaire attribue le pouvoir de neutraliser le germe des maladies pestilentielles, les plus réputés sont le camphre, le vinaigre, l'acide phénique, le chlore. Cette vogue, déjà ancienne, a des recrudescences de faveur chaque fois qu'un nouveau danger s'annonce; on ne peut lui trouver d'inconvénient que l'excès même de la confiance qu'elle inspire.

Laissons donc le public user du camphre, du vinaigre, du chlore, de l'acide phénique, suivant le goût de chacun; mais que ceux qui tiennent à la vérité sachent qu'il n'existe pas un seul fait de préservation du choléra dans lequel l'efficacité de ces ingrédients soit péremptoirement démontrée. Les pratiques hygiéniques sont beaucoup plus sûres; il convient de prendre l'habitude de celles qui ont été officiellement recommandées.

Il faut le répéter sans cesse jusqu'à ce que tout le monde en soit convaincu : il n'y a pas de talisman à opposer au choléra; son unique préservatif, c'est la répression de la diarrhée prémonitoire. Toute négligence à cet égard peut devenir fatale. Pour les cas dits foudroyants, ils éclatent sans avertissements, il est vrai : c'est le mauvais lot.

J'ai connu dans ma vie bien peu d'émigrés qui sachent rentrer à propos. Ceux que l'approche du choléra a mis en fuite reviennent généralement trop tôt. En effet, l'*influence* survit quelque temps à l'extinction de l'épidémie, et elle conserve encore assez d'énergie pour faire des victimes parmi ceux qui n'ont point été accoutumés au poison. Les faits abondent dans l'histoire des épidémies cholériques pour prouver qu'une atmosphère qui n'impressionne plus les acclimatés décime au contraire les nouveaux venus. (Michel Lévy.)

On réussit toujours à mettre fin au règne des affections palustres par l'assainissement des contrées où ces affections sont endémiques. On se trouverait amené par une certaine analogie de situation à faire usage du même procédé envers le choléra. J'ai laissé entrevoir précédemment les difficultés principales de l'entreprise, et j'ajoute ici que l'apparition subite de cette maladie dans la province d'Oran (1859) prouve qu'elle peut se développer spontanément sous forme épidémique bien loin des foyers originels que l'on a coutume de lui assigner.

Pour le moment, c'est l'importation et l'exportation du germe infectant qu'il s'agit surtout de surveiller et d'entraver une fois pour toutes. Une coalition formidable vient d'être organisée dans ce but : tous les gouvernements européens se sont mis d'accord pour combattre les envahissements périodiques du choléra. Mais les bonnes intentions ne suffisent pas seules pour vaincre un ennemi, il faut encore de la tactique, des armes et de la persévérance.

Comme l'épidémie dans sa marche sur nous s'avance à peu près constamment de l'est à l'ouest, on paraît décidé à établir un avant-poste à Suez. C'est prudent, mais ce n'est pas assez pour nous protéger, car Suez n'est pas la seule voie par laquelle le choléra puisse faire invasion en Europe. J'espère donc qu'on organisera aussi des lazarets et des cordons sanitaires sur tous les points où ils seront indispensables. Il y a effectivement bien des défilés ouverts à la marche des épidémies!

Je ne me sens pas de vocation pour les mesures barbares. J'ai connu, pour les avoir subies moi-même, les cruelles vexations imposées autrefois aux marins et aux passagers. L'ancien régime des quarantaines surchargé d'excès a été modifié par le Congrès international de 1851. Mais, comme il est dans notre caractère de ne pouvoir rester longtemps en équilibre entre la modération et la rigueur, la réaction s'est laissée aller à une tolérance vraiment fâcheuse, jusqu'au point, par exemple, de ne reconnaître à l'incubation du choléra qu'une durée maximum de cinq jours, et de proclamer que l'importation des maladies pestilentielles n'a jamais eu lieu par les marchandises! Pour moi, je déclare que je ne reprendrai confiance et que je ne me trouverai en sécurité, si on ne rentre dans le système des prohibitions sévères loyalement maintenu par toutes les puissances contractantes. C'est par cette sévérité même que les habitants de Salonique, de Syra, de Messine, substituant violemment leur initiative à l'initiative un peu chancelante des administrations sanitaires locales, ont réussi, par des actes regrettables il est vrai, à se prémunir contre l'importation du choléra de 1865.

Il y a des gens d'humeur sombre qui désespèrent de notre avenir; suivant eux, nul effort ne peut délivrer désormais l'humanité des sacrifices que lui impose une épidémie qui a pris l'habitude de faire périodiquement le tour du monde. Il y a pourtant aussi des pronostics moins lugubres. Ainsi, M. le docteur Espagne pense que « le choléra disparaîtra comme tant d'autres maladies épidémiques, et qu'il ira sans doute bientôt grossir la liste de ces fléaux historiques dont les médecins et les chroniqueurs d'un autre âge nous ont laissé les tragiques tableaux. »

Laissons-nous donner ce consolant espoir, mais n'y pensons plus l'instant d'après.

CHAMPOUILLON.

HOPITAL BEAUJON. — A. RICHARD.

Rétrécissement de l'orifice aortique. — Une infiltration considérable de sérosité dans les mailles de la pie-mère a été cause de la mort.

(Observation lue à la Société médicale d'observation par M. LANNELONGUE, interne du service.)

Le nommé Jean L... entre à l'hôpital Beaujon le 4 juillet 1865. C'est un homme d'une forte constitution; il a été dix ans soldat, il a fait la guerre de Crimée. Il est venu à Paris en 1856, où il a exercé depuis cette époque la profession de garde-magasin.

Interrogé sur ses antécédents, il nous raconte qu'à l'âge de vingt ans il fut atteint d'une fluxion de poitrine assez grave, mais que depuis il a joui d'une bonne santé. Il faut en excepter cependant quelques douleurs rhumatismales qu'il a contractées dans sa vie militaire; du reste, il n'y attache aucune importance. Il avoue aussi avoir été atteint de plusieurs blennorrhagies, mais il ne peut préciser l'âge qu'il avait lorsqu'il a contracté la première. Il nous dit que l'un de ces écoulements a eu une durée très-longue, plus de six mois, et qu'il a laissé après lui des troubles dans la miction. Il a eu, il y a près d'un an, une nouvelle chaude-pisse; celle-ci a déterminé presque une impossibilité d'uriner. Aujourd'hui, il ne pisse que très-difficilement, et c'est pour cela qu'il vient à l'hôpital réclamer des soins.

Mais je dois dire que depuis six mois cet homme éprouve quelques phénomènes assez étranges sur lesquels je dois insister. Il est pris subitement, et pendant plusieurs heures de la journée, d'une douleur précordiale vive, exactement limitée à la région du cœur; les grands

---

nieux. D'autres instruments lithotriteurs lui durent des perfectionnements que la pratique a conservés. Il émit, en outre, dans un Mémoire dont il donna lecture à l'Académie des sciences, des vues et des idées qui fixèrent l'attention, et ce fut le point de départ de cette notoriété scientifique dont il a joui depuis lors.

Élu membre correspondant de l'Académie de médecine et plus tard de la Société de chirurgie, les communications qu'il fit à ces corps savants, toujours marquées au coin d'une observation délicate et judicieuse, y furent constamment accueillies avec faveur de ses nouveaux collègues dont quelques-uns furent ses amis.

De tous les chirurgiens de Paris, celui vers lequel il se sentit porté avec le plus de force fut M. Malgaigne, Malgaigne dont le monde savant déplore la perte récente et prématurée. Doué d'une immense érudition et d'un rare talent oratoire, Malgaigne, dès leurs premiers rapports, séduisit l'imagination et le cœur de Rigal; mais la manière dont ils se lièrent intimement l'un à l'autre mérite d'être racontée.

Dans une chute de cheval qu'il fit sur une grande route, Rigal s'était luxé le bras droit, et avait réclamé les secours de son confrère et ami Roland, habile chirurgien de Toulouse. Réduite sans trop d'efforts, la luxation se reproduisit bientôt, et d'autres tentatives qui furent faites successivement eurent le même résultat. Rigal alors eut la pensée de recourir à Malgaigne, qui avait fait une étude spéciale et approfondie des luxations de l'épaule. Malgaigne crut reconnaître la cause des insuccès des premiers opérateurs dans une fracture de la partie articulaire de l'omoplate et imagina un appareil propre à maintenir le bras dans une position normale. De cette manière de faire résulta pour le blessé une guérison qui ne s'est plus démentie. La reconnaissance de Rigal pour le bienfait reçu servit de base et de ciment à l'amitié intime qui unit dès lors ces deux hommes. Cette amitié s'accrut avec les années, et elle ne devait avoir de terme que la fin presque simultanée de leurs deux existences. Tous les deux ont disparu de la scène du monde après une longue et poignante agonie, qui, pour Rigal comme pour Malgaigne, a duré plus d'une année.

Nommé inspecteur de la station thermale d'Ax, l'âme bienfaisante et généreuse de Rigal, la facilité de son commerce, sa réputation chirurgicale lui acquirent d'abord l'estime et l'affection des habitants de cette contrée. Son départ y fut suivi d'unanimes regrets, et le bruit de sa mort y aura sans doute un retentissement douloureux dans bien des cœurs.

Ses concitoyens de Gaillac venaient de l'appeler par leurs suffrages à l'honneur de les représenter à l'Assemblée législative. Il mit à profit son séjour dans la capitale pour visiter souvent les hôpitaux et les amphithéâtres, et pour assister aux séancées des Académies. Et c'est là, au contact des maîtres de la science, qu'il s'instruisit de bien des faits chirurgicaux, dont il aimait tant à s'entretenir dans nos conversations intimes.

Les dernières années de Rigal furent des années de dévouement paternel. En possession de connaissances chirurgicales désormais étendues et profondes, investi de la confiance de sa nombreuse clientèle, aimant l'exercice de son art, il eut cette force d'âme, ce courage dévoué — si facile au cœur d'un père — de s'effacer entièrement derrière ce fils qu'il chérissait, et qui fut si constamment digne de toutes ses affections, ou de ne se montrer que tout autant qu'il était nécessaire pour produire et pousser en avant ce fils dans ses débuts, puis de rentrer dans l'ombre. Ainsi, jouissant encore de la plénitude de ses facultés intellectuelles et de ses forces physiques, il se retira avant l'heure d'une carrière qu'il avait si honorablement suivie jusque-là et qu'il semblait devoir parcourir longtemps encore. Retraite généreuse qui fut pour lui une jouissance, parce qu'elle était un dévouement.

J'ai dit les principales qualités du brillant chirurgien, de l'homme aimable et bienfaisant dont Gaillac regrettera longtemps la perte. L'amitié dont il m'honora imposait à ma gratitude le devoir de déposer sur sa tombe l'hommage non d'une louange vaine, mais d'un jugement équitable qui était dû à sa mémoire.

Dr Eug. FACIEUD.

— Une place d'interne est vacante à l'asile de Dijon. Les avantages et les conditions sont les mêmes que dans la plupart des asiles des départements : 600 fr. par an, nourriture, chauffage, éclairage et blanchissage. Il faut au moins douze inscriptions.

— M. Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera ses conférences cliniques le jeudi 16 novembre, et les continuera tous les jeudis à huit heures et demie du matin.

— M. le docteur Beyran commencera son cours de Maladies des voies urinaires, le jeudi 30 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera tous les jeudis suivants.

efforts de respiration augmentent la douleur. Il ne tarde pas à ressentir une certaine pesanteur dans la tête; il lui semble qu'elle est lourde à porter; sa vision est trouble, et il demeure plusieurs heures dans cet état, ne pouvant se livrer à aucun travail. Sept à huit fois depuis six mois, et à des intervalles irréguliers, il a éprouvé ces mêmes accidents.

A son arrivée dans la salle, je me suis occupé de son urèthre, et j'ai constaté la présence d'un rétrécissement de ce canal, qui ne m'a permis d'introduire une bougie filiforme dans la vessie qu'après beaucoup d'essais et de tâtonnements. Le malade était obligé de se lever à chaque instant pour uriner; la miction ne se faisait que goutte à goutte et après de très-grands efforts.

D'après le récit des antécédents de cet homme, j'ai dû me livrer à l'examen de sa poitrine, et je n'ai trouvé aucune déformation du thorax. Par la palpation, je n'ai pas senti dans la région du cœur de frémissement vibratoire. Et à l'auscultation j'ai perçu la présence d'un souffle assez rude couvrant le premier bruit du cœur. La respiration est normale. La cavité de l'abdomen ne renferme pas de liquide. Il n'existe aucun œdème ni à la face ni aux extrémités; jamais cet homme n'a été enflé.

Ainsi ce malade était atteint d'une affection du cœur qui me paraissait être à son début, et sur le développement de cette affection l'action du rhumatisme ne m'a pas paru très-évidente, car il n'a eu dans sa vie que quelques douleurs rhumatismales bien légères.

Le 5 et le 6 juillet, les accidents du côté des voies urinaires vont croissant; le chirurgien de l'hôpital, M. Richard, décide qu'il lui fera l'uréthrotomie interne.

L'opération est pratiquée le 7 au matin; l'incision fut faite sur la paroi inférieure de l'urèthre, et immédiatement une grosse sonde fut introduite dans la vessie et laissée à demeure.

Dans la journée, il y eut une légère hémorrhagie; le sang s'écoule d'abord entre la sonde et les parois du canal, mais bientôt il se dirige vers la vessie. Les yeux de la sonde se bouchent, et le soir je suis obligé de la remplacer et d'aider à la sortie des caillots contenus dans le réservoir urinaire par quelques injections d'eau tiède.

Le lendemain, le malade n'a éprouvé aucun accident fébrile; il urine par la sonde; il demande à manger.

Dans la nuit du 8 au 9, vers cinq heures du matin, notre opéré est pris subitement d'une douleur cardiaque très-vive, comme il en avait déjà éprouvé. Cette douleur l'oppresse et l'empêche de respirer; elle cesse par instants pour reparaître plus vive, et en même temps il se plaint de sa tête; il a le sentiment de sa fin prochaine; il dit qu'il va mourir, puis il tombe dans un assoupissement dont il revient au bout d'une demi-heure.

A la visite du matin, lorsqu'on arrive à son lit, il est mieux et cause avec nous; quelques instants après, les mêmes accidents reparaissent.

Je vais près de lui, et je le trouve dans le coma; parfois il se réveille à demi, prononce quelques mots inintelligibles; puis quelques convulsions se montrent aux membres supérieurs, à la face, qui devient grimaçante; ses yeux, qui roulent dans l'orbite, sont déjà ternes; son pouls est filiforme; la peau, couverte de sueur, est froide. Aucun des révulsifs employés ne peut le tirer de cet état, et il ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — Je serai bref sur les lésions des voies urinaires. Il existait un rétrécissement annulaire fibreux de 1 centimètre et demi de longueur dans la portion musculeuse de l'urèthre. La lame de l'uréthrotome l'avait divisé, mais elle avait aussi intéressé légèrement le col de la vessie, et cette dernière section avait été la cause de l'hémorrhagie survenue après l'opération. La vessie contenait quelques grammes d'urine légèrement colorée en rouge.

Le cœur est le seul des organes de la poitrine qui nous ait présenté une lésion. Il a son volume normal; les parois ventriculaires ne sont pas hypertrophiées. Les orifices auriculaires de ces ventricules sont sains.

La base des valvules sygmoïdes de l'aorte est indurée, épaissie; sur les faces de ces valvules, on voit des plaques laiteuses qui s'avancent vers les bords; le doigt introduit dans l'orifice le pénètre, mais il a la sensation d'un anneau dur formé par les indurations valvulaires; en un mot, il y a un léger rétrécissement de l'orifice; d'ailleurs le jeu des valvules est suffisant.

Dans l'abdomen, on ne trouve aucun épanchement dans le péritoine; mais en arrière de la séreuse, entre les deux lames du mésentère, dans le tissu cellulaire lâche situé au-devant de la colonne vertébrale, il existe une infiltration de sérosité considérable; autour des vaisseaux qui se rendent au foie, autour du rein, il existe également une infiltration de sérosité.

Les veines de la cavité abdominale ne présentent aucune oblitération. Les reins ne présentent pas d'altérations appréciables à la vue.

Encéphale. — La voûte crânienne enlevée, la dure-mère incisée, je n'ai pas trouvé de liquide dans la grande cavité de l'arachnoïde; mais le feuillet viscéral de cette membrane paraissait tellement distendu par le liquide que j'ai eu l'idée de le recueillir; il s'est échappé comme un flot lorsque j'ai incisé cette membrane. J'ai fait ainsi plusieurs ouvertures; écartant avec soin les circonvolutions cérébrales, et enlevant l'encéphale j'ai reçu dans le même vase le liquide de la base et des ventricules. La quantité de ce liquide m'a donné le poids de 135 grammes, environ trois fois le poids du liquide céphalo-rachidien normalement contenu dans le crâne.

L'examen des vaisseaux ne m'a fait constater ni dégénérescence des parois artérielles ni oblitérations veineuses. Les membranes m'ont paru saines.

Par des coupes successives, je me suis assuré que la substance cérébrale était partout saine; le noyau blanc des hémisphères paraissait plus blanc encore; il n'y avait dans le cerveau ni pointillé ni piqueté annonçant une congestion quelconque de cet organe.

Je ne veux me livrer à aucun commentaire sur ce fait particulier; je veux seulement faire remarquer à la Société la coïncidence qui existe entre la nature des accidents qui ont déterminé chez cet homme une mort rapide que rien ne semblait faire prévoir, et l'accumulation dans les mailles de la pie-mère d'une quantité énorme de sérosité dont je n'ai pu trouver la cause anatomique. Cette sorte d'œdème de la pie-mère est-il la conséquence immédiate du léger rétrécissement que présentait l'orifice de l'aorte? Cette hypothèse est d'autant mieux admissible que la pie-mère cérébrale, ayant pour trame un tissu extrêmement riche en vaisseaux, cette membrane subira plus facilement les contre-coups d'une lésion centrale du système circulatoire.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TRANSFUSION DU SANG,

Par MM. Eulenburg et Landois (de Greifswald).

Nos expériences se divisent en trois séries :

Dans la première série, nous avons examiné l'influence de la transfusion dans l'anémie subite, sur des animaux (chiens et lapins) épuisés par de larges saignées.

Nous avons d'abord vérifié les résultats obtenus par Brown-Séquard, et qui prouvent qu'on ne peut employer pour la transfusion que du sang oxygéné et libre d'acide carbonique. Le sang dont nous nous sommes servis venait d'être pris sur des animaux de la même espèce, en leur ouvrant les veines ou artères du cou. Il était d'ailleurs soigneusement défibriné à l'aide d'un moulinet jusqu'à prendre une couleur vermeille, puis coulé et chauffé jusqu'à 30 degrés Réaumur.

Nous avons constaté que la transfusion, telle qu'elle vient d'être décrite, ne saurait être remplacée ni par l'injection dans les veines d'une égale quantité de sérosité ou de solution d'albumine, ni d'un sang défibriné, mais secoué après avec de l'acide carbonique. Il y avait pourtant une différence assez remarquable : c'est qu'en pratiquant l'injection de sérosité ou de solution d'albumine, les animaux expiraient, dans la plupart des cas, sans convulsions, tandis que l'injection d'un sang rempli d'acide carbonique était suivie de convulsions fortes et générales. D'ailleurs, nous avons observé que, la paire vague coupée, la transfusion est encore quelquefois couronnée d'un succès naturellement très-léger.

Ces données nous ont fait admettre une théorie de la transfusion dont voici les traits distinctifs : Le manque d'oxygène, en excitant le centre respirateur de la moelle allongée, est l'agent des mouvements rhythmiques d'inspiration musculaire. Dans l'anémie aiguë, les animaux meurent d'asphyxie, puisque la perte subite d'un grand nombre de globules rouges et porteurs de l'oxygène produit d'abord une irritation excessive, puis une paralysie dudit centre. Grâce à la transfusion d'un sang vermeil et rempli d'oxygéné, cet excès d'irritation est diminué jusqu'au degré d'irritation normale physiologique, et par cela les mouvements respirateurs recommencent. Le sang artériel (ou vermeil) produit cet effet en agissant directement sur la moelle allongée, non pas d'une manière indirecte, en agissant d'abord sur les bouts périphériques pulmonaires des nerfs vagues.

Quant à l'acide carbonique, nous le croyons l'agent des convulsions fréquemment observées dans les animaux dépourvus de sang, convulsions qui sont augmentées ou bien provoquées par la transfusion d'un sang veineux ou secoué avec ce gaz.

La deuxième série de nos expériences est relative aux effets de la transfusion dans les empoisonnements aigus et produits :

(*a*) Par des gaz rendant le sang incapable de remplir ses fonctions respiratoires, en se substituant à l'oxygène des globules rouges (oxyde de carbone);

(*b*) Par des substances toxiques exerçant un effet délétère sur les centres nerveux, à l'entremise du sang (par exemple, l'opium).

Dans toutes ces expériences, nous nous sommes servis d'un procédé composé qu'on pourrait désigner comme *transfusion combinée ou déplétive*, ou comme *substitution du sang* (selon Panum). Ce procédé consiste dans la combinaison de la transfusion simple, mais réitérée à plusieurs reprises, avec la déplétion aussi parfaite que possible du sang empoisonné. Ayant donc ouvert une veine jugulaire de l'animal entre deux ligatures, nous avons, en lâchant tantôt l'une, tantôt l'autre ligature, pratiqué alternativement la déplétion (du bout supérieur) et la transfusion (dans le bout inférieur de la veine), au point de remplacer la plus grande partie du sang empoisonné par un sang normal, rouge et défibriné, et d'obtenir un effet évident. Nous avons préféré n'employer qu'une veine pour les deux actes, parce qu'en liant les veines de l'un et de l'autre côté du cou la circulation cérébrale pourrait être troublée d'une manière considérable.

Voici quels ont été nos résultats :

1° Dans les expériences faites avec l'oxyde de carbone, la transfusion combinée s'est montrée comme le remède le plus sûr et le plus efficace, même dans les cas graves, où il y avait asphyxie et paralysie absolue, cas entièrement rebelles au traitement soit par des saignées seules, soit par la respiration artificielle la plus énergique (faradisation des nerfs phréniques, insufflations dans la trachée ouverte).

2° Dans les expériences faites avec l'opium, par l'injection de la teinture dans les veines, nous avons vérifié :

(*a*) Qu'en employant des doses au-dessous de celles qui sont absolument délétères on peut, à l'aide de la substitution du sang, diminuer la durée aussi bien que la gravité des symptômes toxiques;

(*b*) Qu'en soumettant les animaux à des doses délétères on peut également sauver la vie et conserver l'intégrité de toutes les fonctions, en pratiquant assez promptement la transfusion combinée.

Ces observations, quoique fondées jusqu'ici sur une seule substance (l'opium), permettent pourtant d'attendre les mêmes succès à l'égard d'autres narcotiques et même de tous les poisons agissant sur les organes nerveux d'une manière analogue.

La troisième série de nos recherches s'occupe des effets de la transfusion dans l'inanition absolue.

En soumettant un chien au retranchement de nourriture continuel et complet, nous avons constaté :

Que la transfusion du sang (d'un animal de la même espèce), pratiquée dans l'inanition, prolonge la vie et compense, pour un certain temps, le manque de nourriture et les pertes de substance organique usée pendant cette période.

Jusqu'à ce moment nous avons réussi à conserver vingt-quatre jours un chien privé de nourriture et qui, par sa petitesse, se prête difficilement à cet essai, en répétant depuis le sixième jour, par intervalles réguliers (toutes les quarante-huit heures), l'injection du sang dans une veine jugulaire ou crurale. Le corps de ce chien a perdu en poids pendant ce temps 39 pour 100; mais la diminution a été relativement beaucoup plus grande avant la première transfusion qu'après l'établissement du procédé dont nous venons de parler.

Nous croyons peu nécessaire de démontrer en détail les points de discussion théorique qui s'attachent à ces expériences, et l'importance pratique qu'elles pourraient avoir.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 novembre 1865. — Présidence de M. Decaisne.

Choléra. — M. Chevreul présente ses réflexions à propos des communications faites par M. Velpeau et M. Serres, et les fait suivre de quelques considérations relatives à l'état actuel de nos connaissances sur le choléra.

Je divise cette note en deux articles : le premier renferme les réflexions énoncées dans la séance précédente; le deuxième des considérations relatives à l'état actuel de nos connaissances sur le choléra.

Réflexions énoncées dans la séance du 30 d'octobre.

M. Velpeau cite trois personnes dont l'opinion, à des degrés divers, est favorable à la présence du cuivre ou à la prescription de son sulfate contre le choléra.

Le docteur Burq, après avoir employé des armatures, des plaques, des anneaux de cuivre, comme remèdes de beaucoup de maladies, prescrit contre le choléra le sulfate de ce métal; le docteur Lisle, à Marseille, prescrit le même sel, mais à de faibles doses. Car, dit-il, aux doses ordonnées par le docteur Burq, le sel cuivreux agit comme poison. Enfin M. Cassiano de Prado conclut que les habitants d'une localité où se trouvent des minerais de cuivre sont préservés du choléra soit par des émanations cuivrées, soit plutôt par le gaz acide sulfurique. M. Velpeau ajoute que la médication indiquée par M. Lisle n'a rien offert de merveilleux dans les hôpitaux de Paris.

Ainsi le sulfate de cuivre s'est montré inefficace à Paris; ainsi, parce qu'une localité où se trouvent des minerais de cuivre a été épargnée par le choléra, on dit à l'Académie que le préservatif est une émanation cuivrée ou plutôt du gaz acide sulfurique; on avance une proposition vague, sans expliquer pourquoi la présence de l'acide sulfureux dans la ville de Londres ne l'a pas préservée du choléra, et cependant cet acide s'échappe incessamment des foyers où l'on brûle de la houille pyriteuse, en assez grande quantité pour qu'en retombant à l'état de rosée d'acide sulfurique il corrode les grilles de fer exposées à son contact, ainsi que Faujas Saint-Fond dans son voyage en Angleterre en fit la remarque à la fin du siècle dernier.

D'un autre côté, on a parlé dans l'Académie de l'impuissance de la chimie à reconnaître les miasmes de l'atmosphère.

Enfin M. Velpeau a dit : « Mes paroles reproduites par la presse qui nous avoisine sur ces bancs, et qui rayonne ensuite sur le monde entier... »

Tout ce que je viens de rappeler m'a inspiré un sentiment que je ne qualifierai pas, en même temps qu'il m'a déterminé à communiquer à l'Académie et au public quelques considérations relatives à l'état actuel de nos connaissances sur le choléra. Mais avant de les exposer, je m'expliquerai catégoriquement sur ce qu'on a dit il y a huit jours de l'impuissance de la chimie à découvrir dans l'atmosphère des corps délétères qui peuvent y être répandus. La réponse à cette allégation est traitée de la manière la plus détaillée dans un rapport fait à l'Académie le 18 mars 1839, à l'occasion du lait des vaches attaquées de la *cocote*. Il est imprimé dans le tome VIII des *Comptes rendus*, p. 380, et ne comprend pas moins de vingt-sept pages, dont près de douze sont consacrées à l'examen des recherches qu'il conviendrait d'entreprendre afin que la chimie pût donner toutes les lumières qu'on peut en espérer dans les cas d'épizootie, d'épidémie, de maladies contagieuses, etc.

Il y a donc vingt-sept ans qu'un membre de l'Académie lui disait, au nom d'une Commission composée de la section de chimie, à laquelle feu Turpin avait été adjoint comme micrographe, que si, dans un air contenant une matière perceptible à un de nos sens, la chimie n'avait pas démontré l'existence d'un corps étranger, on ne pouvait en conclure l'impuissance de la science à le faire, même à l'aide de ses procédés actuels. Le rapporteur citait des moyens mécaniques, physiques et chimiques : ainsi un moyen mécanique de compression des gaz, un moyen physique de les refroidir afin de condenser en liquide ou en solide des vapeurs mêlées à des gaz proprement dits; il citait des moyens chimiques autres que de concentrer par absorption des vapeurs ou des gaz malfaisants mêlés à l'atmosphère, à l'aide desquels moyens on pouvait espérer de parvenir au but dont nous parlons. A l'appui de cette proposition, le rapporteur disait :

Si avant la découverte de la composition immédiate du beurre et de ses acides odorants, le butyrique, le caproïque et le caprique, on eut demandé au chimiste le plus habile de reconnaître la cause de l'odeur de quelques litres d'air dans lesquels du beurre eût séjourné vingt-quatre heures, la réponse eût été que la chose n'était pas possible.

Mais l'analyse immédiate du beurre en margarine, oléine, butyrine, caproïne et caprine une fois faite, et les propriétés des acides butyrique, caproïque et caprique une fois connues, le problème proposé était résolu.

Or, substituez au beurre un corps neutre capable de développer sous l'influence de l'air une vapeur, odorante ou inodore, mais *toxique*, supposez que par des moyens correspondants à ceux qui ont présidé à l'analyse du beurre et à la découverte de ses acides, vous obteniez à part le *principe toxique*, et le problème de l'existence dans l'air d'un miasme de propriétés connues sera résolu.

En définitive, la condition nécessaire à observer pour que la science réussisse dans les recherches dont nous parlons, c'est que le chimiste soit en possession de quantités suffisantes de la matière à examiner, et cette condition est commune aux recherches de la composition des matières inorganiques et des matières organiques; mais l'examen de ces dernières exige que le chimiste ne trouble pas la composition spéciale des principes immédiats organiques qu'il doit séparer.

Je renvoie les détails au Rapport, cité t. VIII des *Comptes rendus*, p. 380.

Nous publierons prochainement les considérations relatives à l'état actuel de nos connaissances sur le choléra.

M. Guyon lit un travail sur la nature et le traitement du choléra. (Sera publié.)

M. Cloquet présente quelques observations à l'occasion de la note de M. Guyon.

M. MAREY présente une note sur la forme graphique des battements du cœur chez l'homme et chez les différentes espèces animales. (Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cl. Bernard, Longet, Becquerel.)

Recherches expérimentales et observations sur le choléra épidémique. — M. A. BAUDRIMONT. L'auteur résume dans les termes suivants les conséquences qu'il déduit des faits rapportés dans son mémoire:

Dans le choléra, le sang est profondément altéré; il éprouve une perte considérable de sérum, représentée par de l'eau, de l'albumine et différents sels. Les autres éléments ont perdu la propriété de se réunir sous forme de caillot.

L'albumine est transformée en diastase, jouissant de la propriété de fluidifier l'empois d'amidon.

Cette diastase se retrouve dans les déjections.

La matière mucoïde est bien telle qu'elle a été décrite par M. Andral, à cela près qu'il faut y ajouter des globules sphériques d'un centième de millimètre de diamètre, analogues à ceux qui constituent la levûre de bière.

La présence de la diastase et celle d'une matière analogue à la levûre de bière ont cela de remarquable que ces matières représentent deux produits qui se forment successivement aux dépens de la matière albuminoïde de l'orge pendant la germinaison de ce fruit et pendant la fermentation de la bière.

Voilà les conséquences qui découlent immédiatement de mon travail, et peut-être devrais-je me borner à les signaler; cependant je ne puis m'empêcher de faire les remarques suivantes, car ces faits ouvrent un nouveau champ aux observations:

Le choléra est-il caractérisé par une simple altération du sang et par l'extravasation du sérum de ce fluide?

L'amaigrissement des cholériques, la cyanose, les crampes, et surtout la présence d'une quantité très-notable de potasse dans les déjections, n'indiquent-ils pas une altération profonde du système musculaire et au moins la perte du fluide qui imprègne ses éléments anatomiques?

La grande ressemblance qui existe entre les déjections alvines des cholériques et le suc pancréatique n'indique-t-elle pas que le choléra est dû en grande partie à une hypersécrétion de ce fluide, et que c'est principalement par le canal de Wirsung que tous ces fluides et les matières qu'elles tiennent en dissolution arrivent dans l'intestin?

Cette altération de l'albumine et sa transformation en diastase, réaction qui peut être considérée comme le résultat de la fermentation d'un ferment, ne peut-elle point conduire à de nouveaux moyens prophylactiques et thérapeutiques? Ne peut-il y avoir des agents antiseptiques ou antiputrides qui préviennent cette transformation ou qui l'arrêtent lorsqu'elle est commencée?

Le bicarbonate de soude, que j'ai employé avec tant de succès, concurremment avec l'ammoniaque et les sinapismes, pendant l'épidémie de l'année 1832, et ainsi que plusieurs amis, plusieurs membres de ma famille et des médecins de Valenciennes l'ont fait après moi, ne serait-il point un de ces agents? (Renvoi à la Commission du prix Bréant.)

M. JOUSSET adresse une « Relation de l'épidémie du choléra qui a sévi à Charroux en 1855, pour sévir à l'histoire de la propagation de cette maladie. (Renvoi à la Commission du prix Bréant.)

L'Académie renvoie à la même Commission diverses autres communications également relatives au choléra-morbus et adressées par **M. TARDANI** (Gaëtano), médecin à Rome, par **M. LÉPINE**, chimiste établi à Madrid, par **M. BRUNET**, officier de santé à l'île de la Réunion, par **M. BIZET**, enfin par **M. GIORDANO**, de Naples.

L'Académie renvoie également, à titre de renseignements, à la Commission du prix Bréant un ouvrage que lui adresse **M. RAMON DE LA SAGRA** et qu'il a publié à la Havane en 1833.

Cet ouvrage a pour titre: « Tableaux nécrologiques du choléra-morbus dans la ville de la Havane et ses faubourgs. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret impérial du 28 octobre 1865, ont été promu:

Au grade de médecin aide-major de 1re classe: M. de Bourillion, médecin aide-major de 2e classe aux hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Patin, décédé.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe: M. Boué, pharmacien aide-major de 2e classe aux hôpitaux d'Alger, en remplacement de M. Tétedoux, démissionnaire.

M. Kuss, pharmacien aide-major de 2e classe aux hôpitaux de la division de Constantine, en remplacement de M. Fressanges-Lafou, promu.

— Par arrêtés ministériels:

M. le docteur Letiévant est nommé chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Lyon.

M. le docteur Tavernier, médecin consultant au lycée impérial d'Amiens, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Fevez, décédé.

M. le docteur Herbet est nommé médecin consultant au lycée impérial d'Amiens, en remplacement de M. le docteur Tavernier.

— M. le maire de Montoir, arrondissement de Savenay (Loire-Inférieure), nous prie d'annoncer qu'une place de médecin est vacante à Montoir, par suite du décès de M. Legoff, arrivé il y a deux mois environ.

Le bourg de Montoir, assez bien construit, forme une agglomération de 700 âmes, il est chef-lieu d'une commune de 6,000; il est situé à treize lieues de Nantes, deux lieues de Saint-Nazaire, deux kilomètres de la Loire, desservi par une voie ferrée; sa position centrale, au milieu des communes limitrophes de Saint-Nazaire, Donges, Besné, Crossac, Saint-Joachim, offre un grand avantage à un médecin. Des routes sillonnant en tous sens, sont bonnes, praticables aux voitures. Un médecin convenable y ferait facilement six mille francs, et plus, avec ses médicaments, car nous n'avons pas de pharmacien.

— Le corps médical vient d'être cruellement frappé dans ces derniers jours.

M. le docteur Remak, dont nous publions en ce moment les belles leçons sur l'application de l'électricité au traitement des névroses, vient de mourir dans la force de l'âge.

Un de nos plus respectables confrères, M. le docteur Bruté, a succombé, près de Rennes, à l'âge de quatre-vingt-un ans.

M. le docteur Foussard, membre de l'Association médicale de la Sarthe, et M. Janot, médecin aide-major au 22e régiment de ligne, complètent notre liste nécrologique.

Ce dernier confrère était à peine âgé de vingt-six ans, il a succombé, à Toulon, à une violente attaque de choléra.

— M. le docteur Bouchut reprendra, à l'hôpital des Enfants, son cours de clinique, le vendredi 17 novembre, et le continuera tous les jours à huit heures et demie.

— La Société de médecine de Caen a, dans sa séance du 7 novembre 1865, renouvelé son bureau pour l'année académique 1865-1866. Sont élus:

Président, M. le docteur Delangle; — vice-président, M. le docteur Lechevallier; — secrétaire, M. le docteur Pastel; — vice-secrétaire, M. le docteur Leclerc; — trésorier, M. Hornez.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 novembre 1865.

Ordre du jour:

1° Discussion sur le mémoire de M. J. Worms: Du mode de propagation du choléra;

2° Discussion sur la pulvérisation des liquides médicamenteux et de son application dans les maladies des voies respiratoires.

— La Société protectrice de l'Enfance a eu sa première réunion générale le 6 novembre, rue des Saints-Pères, 13.

Après les votes de cette assemblée, le bureau de la Société s'est trouvé constitué ainsi qu'il suit:

Président, M. le docteur Barrier; — vice-présidents, MM. le docteur Blatin, Philippe Lafitte; — secrétaire-général, M. le docteur Alex. Mayer; — secrétaires des séances, M. le docteur Fano, Mlle Maria Chenu; — trésorier, M. Noirot.

Une commission de quinze membres a reçu la mission d'étudier et de proposer les moyens les plus propres à atteindre le but que la Société se propose. Ses premiers efforts auront pour objet l'organisation d'une surveillance active des enfants placés en nourrice et privés des soins de la famille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echeparebborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Choléra, prophylaxie, symptômes; traitement mis à la portée de tout le monde. Prix: 50 c. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Étude sommaire sur l'importation du choléra et les moyens de la prévenir, par le docteur Louis Pirondi, chirurgien consultant des hôpitaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Marseille, etc., et le docteur Augustin Fabre, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, secrétaire général de la Société impériale de médecine de Marseille. Gr. in-8 de 120 pages. Prix: 1 fr. 50. Paris, chez J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra épidémique, par le docteur Duchaussoy. 1 vol. in-8 de 148 pages. Prix: 2 fr. 50, *franco*. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de Médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Application du courant constant au traitement des névroses. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Luxation des quatre premiers métatarsiens. — Fumigations chlorées. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

PARIS, LE 15 NOVEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Cette séance, abrégée par un comité secret pour la lecture des rapports de prix, a été consacrée tout entière à la suite de la discussion sur le pied bot valgus douloureux. MM. Bouvier et Gosselin ont successivement occupé la tribune. On trouvera leur argumentation dans le compte rendu. La discussion sera continuée dans la séance prochaine. Dr B.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Application du courant constant au traitement des névroses (1).

(Leçons faites à l'hôpital de la Charité par le professeur REMAK, de l'Université de Berlin.)

Je passe maintenant à une autre série d'effets excitants du courant constant, à la série des effets que je nomme centripètes, parce qu'il s'agit, dans ce cas, d'exciter les cellules ganglionnaires motrices contenues dans la moelle épinière, au moyen des fibres sensibles qui se rendent à ces cellules. Déjà, en 1856, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, j'ai rendu compte d'une suite d'observations sur l'homme sain et l'homme malade, démontrant la réalité de cette excitation. Mais ce ne fut que dans le courant des années suivantes que je parvins à la mettre en pleine évidence, dans le traitement de la paraplégie grave. Dans une note insérée en 1860, dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences (septembre), j'ai décrit longuement ces contractions réflexes qu'il est impossible de reproduire sur des animaux décapités ou narcotisés. Ces contractions apparaissent dans la région du nerf sciatique quand le même nerf du côté opposé est excité par le courant. Le muscle qui s'est contracté par voie réflexe rentre sous la domination de la volonté.

Ce mode d'action du courant, ainsi qu'on peut le prévoir, apparaît surtout dans les paralysies centrales sur les parties situées au-dessous du point d'interruption, d'après la loi de Marshall-Hall, qui veut que les mouvements réflexes soient d'autant plus énergiques que l'influence cérébrale est moindre.

On observera ces phénomènes réflexes non-seulement dans la paraplégie, mais encore dans l'hémiplégie, et l'on comprendra que partout où ces phénomènes se présentent le pronostic est défavorable, et que l'excitation galvanique réflexe ne pourra rendre que des services limités.

Cependant il faut faire exception en faveur de plusieurs phénomènes réflexes que j'ai découverts en 1860, et dont j'ai poursuivi depuis l'étude sur un grand nombre de malades avec le plus grand soin.

Le jeune homme que je vous présente et que M. Bouillaud a bien voulu me confier nous fournira l'occasion de démontrer la nature de ces dernières actions réflexes. Il est affecté depuis une année de l'atrophie musculaire progressive d'Aran; cette maladie est déjà fort avancée dans la main et l'avant-bras droit, tandis qu'elle existe à peine dans le membre gauche. Ce sont les muscles inter-osseux qui sont le plus atrophiés. L'ordre d'atrophie est le suivant : 1° le premier inter-osseux qui est réduit à une couche mince, dure et qui présente des contractions fibrillaires; 2° le grand extenseur et le grand abducteur du pouce (presque paralysés); 3° le fléchisseur du pouce; 4° le fléchisseur et les extenseurs, excepté le grand supinateur (encore très-notablement atrophiés) et présentant une dépression profonde. Les muscles de l'hypothénar sont atrophiés et ne peuvent se contracter que très-peu, en sorte que la flexion du petit doigt est presque nulle.

On le voit aussi, la fonction des muscles atrophiés est insignifiante, et la contraction de la main n'a aucune énergie. L'extension de la main et des doigts n'est pas normale. Les doigts ne peuvent pas être écartés, et les articulations moyennes restent quelque peu fléchies à cause de la faiblesse des inter-osseux et des extenseurs, et de la contracture du grand fléchisseur. Le malade, sitôt qu'il veut se servir de sa main, éprouve un tremblement dans la main et dans l'avant-bras. Néanmoins, ce tremblement a considérablement diminué depuis les trois jours de traitement galvanique qu'il a déjà subis. La maladresse, l'incertitude et la faiblesse de ses mains ont diminué aussi beaucoup, et il nous présente avec surprise quelques mots d'une grande netteté, écrits par lui aujourd'hui, et qu'il eût été incapable d'écrire auparavant. La sensibilité de tout le membre supérieur droit, qui était presque complétement abolie, est revenue depuis le traitement galvanique.

Les doigts peuvent s'écarter à peu près comme dans l'état normal, la main a perdu son aspect maladif, et les fonctions des muscles sont tellement rétablies qu'on dirait plutôt une difformité qu'une maladie.

On observe que les muscles les plus atrophiés dépendent de différents troncs nerveux (radial, médian et cubital), tandis que d'autres muscles, dépendant des mêmes troncs, sont presque intacts, ce qui fait supposer que la lésion ne réside pas dans ces troncs, mais dans un centre nerveux.

Comment avons-nous procédé pour déterminer une amélioration aussi subite dans une maladie considérée jusqu'ici comme incurable?

L'électrisation directe des muscles paralysés et atrophiés par le courant induit reste sans effet et aggrave même les symptômes, surtout le tremblement, quand la contractilité musculaire n'est pas tout à fait perdue. Dans le cas qui nous occupe, la contractilité des muscles affectés est anéantie en raison de leur atrophie. Le courant constant appliqué localement ne produit pas non plus d'effet. Appliqué par exemple sur le nerf médian, il excite visiblement le fléchisseur et même le premier inter-osseux. Mais cet effet-là est dû à une excitation centrale préalable dont je vous parlerai plus loin.

Je me sers d'une électrode positive en forme de bouton, que je place à la fosse mastoïdienne droite antérieure sous l'oreillette convexe, derrière la branche ascendante de la mâchoire, et l'électrode négative plus large et plus plate à l'extérieur, du côté gauche au bord de la sixième vertèbre dorsale. Je prends un courant de trente à trente-six éléments, et, en fermant le circuit, en appliquant l'électrode négative sur le point indiqué, je produis une contraction dans la main gauche, sur le muscle extenseur et fléchisseur du pouce, quelquefois même dans quelques faisceaux du premier inter-osseux. Pour observer cet effet avec précision, il importe de ne pas toucher avec l'électrode positive les nerfs qui se rendent au sterno-cléido-mastoïdien et au trapèze, parce qu'alors on déterminerait une contraction de ces deux muscles qui pourrait gêner l'observation. Ces contractions réflexes que je nomme aussi *diplégiques*, parce que pour les produire il faut frapper (πλήσσειν) deux points différents et éloignés des muscles devant être excités, peuvent aussi être reproduites si nous plaçons le pôle positif sur la fosse mastoïdienne gauche et sans changer la position du pôle négatif. En ce cas, nous observons le même effet, *mais seulement* dans la main droite, la plus malade.

Ces faits suffisent à prouver qu'il s'agit d'un phénomène pathologique extraordinaire; mais, pour vous édifier encore davantage, je citerai un autre jeune homme affecté d'une paraplégie dont nous raconterons bientôt l'histoire. En lui appliquant le courant de la même façon, nous n'observons aucune contraction des muscles de la main.

Mais étudions de plus près, sur le malade affecté d'atrophie progressive qui nous occupe, la nature de ces phénomènes. Il faut constater avant tout qu'ils ne se reproduisent pas avec la direction du courant, inverse de celle que nous employons. Si cependant la sensibilité du malade était troublée, le courant inverse donnerait lieu à des fourmillements excentriques dans le bras affecté. Nous observons qu'en laissant le pôle négatif à sa place primitive et qu'en variant la position du pôle positif, la seule région locale, par l'excitation de laquelle on puisse donner naissance aux contractions réflexes, est la fosse auriculo-maxillaire, c'est-à-dire la région située entre le rameau ascendant de la mâchoire inférieure et de l'oreillette.

En examinant ces faits, on prévoit ce qui d'ailleurs peut être vérifié par des expériences comparatives sur d'autres sujets malades, à savoir, que le ganglion supérieur cervical du grand sympathique est le point singulier de cette espèce d'excitation centrifuge. D'autre part, si nous promenons le pôle négatif sur le dos du malade, nous voyons que les contractions des muscles de la main droite ne perdent pas beaucoup de leur intensité si nous descendons vers la région lombaire, mais qu'elles se perdent si nous remontons vers la région cervicale, et que c'est surtout une limite transversale vers la région de la cinquième vertèbre cervicale, limite au-dessous de laquelle l'application du pôle négatif ne produit plus aucune contraction musculaire dans la main droite.

Voilà les effets qui peuvent être constatés dans le cas qui est sous vos yeux. Permettez-moi maintenant de vous parler des résultats que j'ai obtenus en expérimentant sur un très-grand nombre de malades de la même espèce. D'après ces résultats, il faut distinguer trois zones spinales : 1° une zone cervicale supérieure est limitée par quatre lignes, la première circulaire, allant horizontalement de la cinquième vertèbre cervicale jusqu'au larynx, la deuxième et la troisième suivant le courant du grand sympathique et de la carotide jusqu'à la limite transversale, et la quatrième oblique, commençant à la fosse auriculo-maxillaire et finissant au rocher et à l'occiput, pour se joindre à une ligne symétrique de l'autre côté; 2° une zone dorsale supérieure, commençant à la cinquième vertèbre cervicale, limitée latéralement par deux lignes correspondant à peu près aux bords internes de l'omoplate et descendant jusqu'à la sixième vertèbre dorsale; 3° une zone dorsale inférieure se prolongeant vers la région lombaire et s'y perdant quelquefois en allant jusqu'aux membres inférieurs.

Telles sont les conditions des contractions diplégiques. En tous cas, le pôle positif doit se trouver dans la zone cervicale. Quant au pôle négatif, il existe deux cas dans lesquels les deux zones dorsales sont susceptibles de recevoir le pôle négatif : 1° l'une ou l'autre; 2° l'une seulement.

Ce n'est pas toujours la zone entière qui est impressionnable, et pas toujours non plus l'une et l'autre moitié; la zone peut se localiser dans un espace plus ou moins étroit, et quelquefois même dans un simple point. Ainsi, surtout dans les cas invétérés, où évidemment le centre nerveux a déjà beaucoup perdu de son excitabilité, il n'existe que deux points très-éloignés les uns des autres et dont l'excitation par les deux pôles pourra produire les contractions diplégiques.

Comme vous pouvez le constater sur notre sujet, ce ne sont pas toujours les points situés du côté du membre malade qui sont le plus impressionnables, aussi l'excitation croisée est la plus efficace.

Avant de chercher à expliquer ces phénomènes, il faut avouer d'abord qu'ils sont en contradiction absolue avec les lois de la physique et de la physiologie jusqu'ici connues. D'après ces lois, l'effet doit être d'autant plus énergique que les deux pôles sont plus près l'un de l'autre, tandis que, dans les phénomènes que nous étudions, les deux pôles appliqués l'un et l'autre sur la zone cervicale restent *toujours* inefficaces. La seule supposition que nous puissions faire, c'est qu'il s'agit d'excitations simultanées de deux ganglions sympathiques éloignés.

Ajoutons encore que, probablement, l'excitation se fait par des rameaux communiquants qui entrent dans le cordon postérieur de la colonne grise de la moelle, et s'anastomosent avec les cellules ganglionnaires des cordons antérieurs, soit du même côté, soit de l'autre côté par l'intermédiaire de la commissure.

Quant à l'effet thérapeutique de cette excitation, il est des plus remarquables. Les muscles atrophiés, qui sont soustraits à l'influence thérapeutique immédiate du courant constant, non-seulement se contractent par l'excitation diplégique centrale, mais encore se gonflent et reprennent leur force perdue.

J'ai rencontré quelquefois aussi des contractions diplégiques dans les muscles de la main, dans l'arthrite noueuse, maladie dans laquelle le gonflement des articulations est souvent combiné à une atrophie des inter-osseux. C'est surtout dans les premiers temps de la maladie, pendant l'état fébrile initial, que l'on peut observer ces contractions très-prononcées. En ce cas, l'application diplégique du courant est suivie d'une diminution des douleurs et du renflement des articulations, et en même temps d'une augmentation du volume des muscles, aussi d'un ralentissement du pouls et d'une diminution de la chaleur du corps.

Il faut noter, pour prévenir de graves déceptions, que ce n'est pas toujours le réveil des contractions qui conduit à la guérison, mais bien l'action légère et continue d'un courant constant agissant sur les deux points dont la correspondance a été constatée auparavant par l'expérience. Cette action amène avec le temps l'effet thérapeutique le plus heureux, si toutefois il n'existe pas de profondes altérations de la moelle épinière, ou des ganglions sympathiques, altérations qu'on a constatées quelquefois dans des autopsies.

Nous nous occupons ici de la galvanothérapie générale, et nous ne pouvons insister davantage sur les détails pathologiques.

Si les contractions diplégiques ne sont pas très-visibles, je recommande l'administration du nitrate de strychnine. Ce sel augmente rapidement l'excitabilité de la moelle épinière. Le courant d'induction ne donne jamais ces phénomènes, et je

(1) Suite.— Voir le numéro du 26 octobre.

conseille de ne pas insister sur ces expériences qui peuvent devenir très-nuisibles.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Luxation des 4 premiers métatarsiens. Réduction du 1er. Subluxation des 2e, 3e et 4e.

M. Demarquay présente, à la Société de chirurgie, un plâtre représentant le membre d'une malade qui offrait ces différentes lésions à la suite d'une chute dans les circonstances suivantes :

Le 7 août 1865, on amena à la Maison de santé Mlle A. H..., âgée de trente-deux ans, qui, dans un accès de folie, s'était jetée par la fenêtre d'un troisième étage. Elle tomba sur une échelle appliquée contre le mur, et, quand on la releva, elle avait une fracture comminutive de la jambe droite et une luxation du métatarse.

Ce ne fut que le lendemain matin qu'on l'amena à la Maison de santé.

Disons d'abord que sa fracture de jambe, qui intéressait le tibia en deux endroits, fut réduite assez facilement, puis fort bien maintenue, et qu'elle s'est très-bien consolidée malgré une plaie assez large qui communiquait avec une des fractures.

Malgré le gonflement très-considérable du pied gauche, on reconnut la luxation des quatre premiers métatarsiens; la luxation était du genre qui se présente le plus souvent, c'est-à-dire luxation en haut; on en retrouvait encore les signes assez exacts malgré le gonflement du pied. On voyait le pied très-bombé à sa partie supérieure; la longueur totale semblait moindre, et l'avant-pied était un peu pendant en avant et en dedans avec augmentation très-marquée de l'arc interne. On eut beaucoup de peine à faire la réduction, qui ne fut complète que pour le premier métatarsien. Le gonflement, je le répète, était si considérable, qu'après qu'on eût entendu le claquement caractéristique de la réduction, on ne pouvait pas savoir si la luxation était réduite en entier ou en partie. Comme la déformation produite par l'élévation du premier métatarsien était la plus évidente, et que, du moment où cet os avait été remis en place, la grande excavation du bord interne du pied avait disparu, on pensa que la luxation était réduite.

On appliqua donc un appareil inamovible, qu'on laissa environ trois semaines; quand on leva l'appareil, le pied avait dégonflé, et on constata qu'une subluxation des 2e, 3e et 4e métatarsiens persistait encore; il n'y avait eu de réduit que la luxation du premier métatarsien.

Voici l'apparence que nous présente le pied gauche : la longueur totale du pied est la même que celle du pied sain, et pourtant la légère voussure, qui persiste au-dessus du cou-de-pied, le fait paraître moins long; la cambrure du pied est évidemment augmentée par l'élévation des trois métatarsiens luxés, et cependant il n'y a de saillie bien manifeste que celle du second, qui s'élève environ de 3 à 4 millimètres, et celle du quatrième, qui donne une saillie relativement un peu moindre, mais qui, en s'élevant au-dessus du niveau du cuboïde, masque au moins, pour le plan supérieur, la présence du cinquième métatarsien. Celui-ci semble placé au-dessous du 4e; on reconnait cependant sa position normale en recherchant sa tête saillante sur le bord externe du pied.

Nous avons dit que le troisième métatarsien, qui participe aussi à la subluxation, offre une saillie bien moindre. Cette considération n'est pas indifférente; car, si on fait attention à la position normale qu'occupe ce 3e métatarsien, en avant du 3e cunéiforme qui proémine lui-même de quelques millimètres au-devant du cuboïde et du 2e cunéiforme, il est clair que, si le 3e métatarsien avait subi un déplacement aussi considérable que les deux autres, nous aurions trouvé, un peu en avant, une saillie en rapport avec celles que nous avons décrites plus haut. Le déplacement qu'affecte ce 3e métatarsien est donc relativement moindre, tout en ayant participé à la subluxation des deux autres. Malgré des tentatives réitérées, on n'a pas pu obtenir la réduction de ces os; mais la malade, dont la fracture de jambe est aujourd'hui guérie, marche assez facilement. Le pied n'est pas très-difforme, et, en dehors des saillies dues aux extrémités postérieures des 2e et 4e métatarsiens et de l'apparence bombée du cou-de-pied, le reste du membre n'offre rien de particulier.

NOTE SUR L'EMPLOI DES FUMIGATIONS CHLORÉES,

en vue de désinfecter l'air et de diminuer les ravages du choléra,

Par M. le docteur NONAT, médecin de la Charité.

Si en 1832 on ne vit pas un grand nombre de malades contracter le choléra dans les hôpitaux, si à la suite de cette première épidémie on pût révoquer en doute l'influence fâcheuse des cholériques sur les malades atteints d'autres affections, il n'en fut pas de même en 1849, comme le démontre le tableau suivant, que j'emprunte au rapport de M. Blondel :

En 1849, le chiffre des cholériques du dedans est de :

A l'Hôtel-Dieu.	529	A Lourcine.	84
Charité	476	Maison de santé.	74
Pitié	297	Aux Cliniques.	55
Beaujon.	344	Enfants-Malades. . . .	46
Saint-Louis.	195	Necker.	36
Sainte-Marguerite. . . .	87	Cochin	8
Bon-Secours.	83	Midi.	7
Saint-Antoine.	82	Maternité.	4

Nous voyons par ce relevé statistique que le chiffre des cholériques du dedans a beaucoup varié dans les différents hôpitaux, mais qu'il est presque le même dans les établissements qui occupent le même quartier. Ainsi, sur le plateau de l'Observatoire, l'influence générale du choléra s'est à peine fait sentir vers la fin de l'épidémie, et Cochin, le Midi, la Maternité, situés dans ce quartier, n'ont eu qu'un nombre très-restreint de cholériques à l'intérieur.

L'Hôtel-Dieu, la Pitié, la Charité, Lourcine, les Cliniques, étaient tous situés au milieu du foyer de l'épidémie, et dans ces cinq établissements il y a eu beaucoup de cas de choléra à l'intérieur.

Bon-Secours, Sainte-Marguerite, Saint-Antoine, occupaient le même quartier, dans le faubourg Saint-Antoine, et ils présentent un nombre presque égal de cholériques du dedans.

Necker, les Enfants-Malades rentrent dans la même loi que les autres hôpitaux. Situés dans le même quartier, ils ont eu presque le même chiffre de cholériques à l'intérieur.

L'influence générale de l'épidémie, venant à varier dans les divers quartiers, a dû amener de grandes différences dans le chiffre des cholériques correspondant à chaque hôpital. D'autres causes ont dû concourir à faire varier le chiffre des cholériques du dedans.

Parmi ces causes, il en est une qui a dû y contribuer aussi; je veux parler de l'influence des miasmes que répandent autour d'eux les malades et plus spécialement les cholériques. Toutefois cette influence infectieuse ne s'est pas manifestée dans tous les hôpitaux. Nulle à Cochin, elle a dû être faible à Necker et aux Enfants-Malades. A Cochin, par exemple, dans les cinq premiers mois de l'épidémie, depuis le 25 mars jusqu'au 25 août, aucun cas de choléra ne s'est déclaré dans ma division, et cependant je n'ai pris aucune mesure hygiénique spéciale, et je n'ai pas séparé les cholériques des malades atteints d'autres affections.

En présence de ce fait, qui s'est soutenu pendant cinq mois, je me crois autorisé à conclure qu'à l'hôpital Cochin, où 238 cholériques furent reçus du dehors, il n'y a eu aucun indice de contagion, et que par conséquent le choléra n'a pas été contagieux en dehors du foyer de l'épidémie.

Si de l'hôpital Cochin nous passons à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon, à la Pitié, à la Maison de santé et aux Cliniques, la scène change; l'épidémie sévit avec plus ou moins de violence, surtout à la Charité, où le chiffre des cholériques du dedans s'élève à 476, et devient presque égal au chiffre des cholériques du dehors (507).

Pour expliquer ce résultat, la cause générale de l'épidémie ne me semble pas suffisante, car cette cause a relativement agi avec plus d'intensité à la Charité que dans le voisinage de cet hôpital. L'infection miasmatique, ou l'influence nosocomiale, a dû concourir au développement du choléra chez un certain nombre de malades.

En résumé, je pense que le choléra n'a pas été contagieux par infection à l'hôpital Cochin, à Necker, aux Enfants-Malades, au Midi, et qu'il l'a été dans les hôpitaux situés au milieu du foyer de l'épidémie.

Ce qui vient encore à l'appui de cette opinion, c'est qu'en général les salles de médecine ont eu un plus grand nombre de cholériques du dedans que les salles de chirurgie, où l'on n'a pas reçu de cholériques du dehors.

Me rappelant ce qui s'était produit en 1849, et voyant le choléra frapper ma division à l'hôpital de la Pitié en 1853-54, je me demandai, quelques jours après l'invasion de l'épidémie, s'il n'existait pas un moyen d'en diminuer les ravages, et je songeai de suite aux fumigations permanentes de chlore.

On avait déjà fait usage de ces fumigations en 1832, et on en avait même singulièrement abusé, car à cette époque, dès l'apparition du fléau, on s'empressa de répandre du chlore partout, sans établir de distinction entre les localités infectées et celles qui ne l'étaient pas.

En agissant ainsi, on se proposait de combattre la cause générale du choléra, et on avait l'espoir d'en neutraliser l'influence. Mais l'expérience ne tarda pas à démontrer que les fumigations chlorées étaient loin d'avoir les propriétés spécifiques qu'on était disposé à leur accorder. Comme il était facile de le prévoir, l'abus du chlore amena l'abandon de ce précieux agent de désinfection.

Éclairé par l'expérience de 1832, je me proposai de combattre, à l'aide de ce moyen, non la cause générale du choléra, mais seulement l'une de ses causes occasionnelles, c'est-à-dire l'influence des miasmes répandus autour des malades; en un mot, j'eus en vue de rendre l'air moins insalubre.

Les résultats que j'obtins furent aussi avantageux que je pouvais le désirer, c'est du moins ce qui me semble ressortir des deux tableaux statistiques que j'ai déjà publiés dans le numéro du 7 juillet 1857, du *Moniteur des Hôpitaux*.

Ces deux tableaux comprennent le relevé des cholériques traités dans les différents services de la Pitié depuis le 1er janvier 1854 jusqu'à la fin du mois d'août, c'est-à-dire pendant une période de huit mois. J'ai eu soin d'indiquer séparément les cholériques venus du dehors, et ceux qui ont contracté la maladie à l'intérieur. Cette distinction, on le comprend facilement, était très-importante pour montrer plus nettement l'influence des fumigations chlorées, sur la marche de l'épidémie, dans ma division, où, depuis l'invasion du fléau, c'est-à-dire depuis trois semaines, 10 cas de choléra s'étaient spontanément développés à l'intérieur. Je dois ajouter que ces fumigations n'ont été faites que dans mes deux salles qui, en 1849, n'avaient pas été moins frappées que les autres salles de la Pitié.

PREMIER TABLEAU.

Cholériques venus du dehors.

Service de	M. Gendrin.	Hommes	54 lits.	Femmes	40 lits.	173 cholériq.	(92 h., 81 f.)
—	M. Nonat.	—	54	—	40	35 —	(34 h., 1 f.)
—	M. Valleix.	—	40	—	40	31 —	(14 h., 17 f.)
—	M. Marrotte.	—	40	—	56	50 —	(18 h., 32 f.)
—	M. Sée.	—	26	—	56	40 —	(8 h., 32 f.)
—	M. Laugier.	—	50	—	34	1 —	(Homme.)
—	M. Michon.	—	60	—	24	2 —	(Femmes.)

SECOND TABLEAU.

Cholériques dont la maladie s'est développée à l'hôpital ou cholériques du dedans, pendant huit mois.

Service de	M. Gendrin.	44	dont 28	hommes, 16	femmes.
—	M. Nonat.	5	— 4	— 1	—
—	M. Valleix.	17	— 13	— 4	—
—	M. Marrotte.	23	— 9	— 14	—
—	M. Sée.	19	— 5	— 14	—
—	M. Laugier.	11	— 6	— 5	—
—	M. Michon.	5	— 4	— 1	—

Des conséquences importantes se déduisent de l'examen comparatif de ces deux tableaux statistiques. Ainsi, en premier lieu, on voit que dans les salles qui ont reçu un plus grand nombre de cholériques du dehors, il y a eu également un plus grand nombre de malades atteints de choléra dans l'intérieur. En second lieu, dans ma division, le chiffre des cholériques du dedans, n'a pas suivi la même progression que dans celle de mes collègues. En troisième lieu, enfin, on peut se convaincre que, dans mes deux salles, ce dernier chiffre n'a pas été plus élevé que dans les services de chirurgie, où il n'a été reçu qu'un ou deux cholériques du dehors.

A quelle cause attribuer l'immunité presque complète de mes deux salles, à dater du moment où j'ai eu soin d'instituer des fumigations de chlore en permanence? Ce résultat est-il dû à ces fumigations, ou dépend-il tout simplement du hasard ou d'une coïncidence, c'est-à-dire d'une diminution spontanée de l'influence générale de l'épidémie?

Si mes expériences n'avaient eu que quelques jours, ou même quelques semaines de durée, on pourrait, avec raison, invoquer la coïncidence, le hasard, mais il en a été autrement. Mes expériences, comme je l'ai dit précédemment, ont commencé le 23 décembre 1853 et elles ont été continuées sans interruption, jusqu'à la fin d'octobre 1854, c'est-à-dire pendant dix mois, et, chose remarquable et bien digne d'intérêt, à partir de l'instant où j'ai fait faire des fumigations chlorées dans mes deux salles, l'influence épidémique a perdu immédiatement de son intensité, et cet heureux effet s'est soutenu jusqu'à la fin de l'épidémie.

En présence de ce résultat, il est impossible de le rattacher au hasard, à une simple coïncidence, et de ne pas l'attribuer aux fumigations chlorées.

Quelle que soit d'ailleurs la manière dont on interprète le fait, on ne peut manquer de reconnaître : 1° que les fumigations chlorées n'ont pas exercé une influence fâcheuse sur les malades de ma division; 2° que ces fumigations ont pu être utiles en détruisant les miasmes que les cholériques répandent autour d'eux, et en maintenant l'air dans un état de pureté, nécessaire dans tous les temps, et plus spécialement dans les temps d'épidémie.

Ainsi les fumigations chlorées me paraissent avoir eu une action évidente sur la cause locale, infectieuse du choléra, mais elles n'ont nullement agi sur la cause générale, dont les effets se sont produits, malgré la présence du chlore. Demander davantage à ce précieux agent de désinfection, c'est demander l'impossible, c'est tomber dans l'erreur qui a été commise en 1832!

Après avoir établi dans quel but il convient d'employer les fumigations chlorées, je vais indiquer le procédé que j'ai suivi, pour obtenir dans mes salles un dégagement continu de chlore; ce procédé est aussi simple que peu dispendieux. Il consiste à mettre dans un vase, de la largeur d'une assiette, du chlorure de chaux pulvérisé et délayé dans une suffisante quantité d'eau, sous la forme d'une bouillie claire (une partie de sel et huit à dix parties d'eau). On sait que ce mélange donne un dégagement lent et continu de chlore.

En temps ordinaire, il suffit de renouveler le mélange tous les trois jours; mais en temps d'épidémie, on doit le renouveler tous les jours, ou tous les deux jours au moins.

Il importe aussi de multiplier le nombre des vases contenant du chlorure de chaux, et il faut avoir soin d'en mettre plus ou moins, suivant l'étendue de la salle. En général, je fais placer un vase pour deux malades. Je dois ajouter qu'il est bon de mettre quelques vases supplémentaires autour des malades qui répandent une plus grande quantité de miasmes.

L'odeur du chlore ne doit pas trop se faire sentir, et si, par hasard, elle se manifeste avec trop d'intensité, il est facile d'y remédier, en diminuant la quantité de chlorure de chaux. On arrive aisément, du reste, à déterminer la proportion de chlorure de chaux qu'il convient d'employer. Je n'ai pas donné la préférence au procédé de Guyton de Morveau, parce que ce procédé dégage une trop grande quantité de chlore, et qu'il peut en résulter de graves inconvénients pour les malades et pour les personnes chargées de surveiller l'expérience. Le chlorure de chaux employé, comme je l'ai dit, ne présente pas les mêmes inconvénients.

Les fumigations chlorées peuvent-elles être remplacées par la ventilation? Je ne le pense pas, attendu que si ce dernier moyen entraine au dehors une grande partie des miasmes versés par les malades autour d'eux, il ne les détruit pas, ainsi que le fait le chlore. La ventilation ne peut enlever les miasmes à mesure qu'ils se produisent, et, quelque parfaite qu'elle soit, elle en laisse toujours une certaine quantité dans l'atmosphère de la salle. Il n'en est pas de même des fumigations chlorées; elles détruisent les miasmes à mesure qu'ils se répandent dans l'air; de là vient leur supériorité. Est-ce à dire qu'il faille supprimer la ventilation? Non, assurément! la ventilation et les fumigations chlorées doivent être employées simultanément et se prêter un concours mutuel.

En communiquant cette note à l'Académie, je me suis proposé d'appeler l'attention sur les heureux effets que l'on peut retirer du chlore, soit dans les hôpitaux, soit en ville, pendant les épidémies de choléra, ou pendant d'autres épidémies infectieuses. Si des expériences étaient faites sur une plus grande échelle, on ne tarderait pas à connaître, avec plus de précision, la valeur et l'importance des fumigations chlorées.

J'aurais bien désiré pouvoir répéter mes expériences pendant le cours de l'épidémie actuelle, mais je n'ai pu le faire, par suite d'une mesure recommandée par la commission médicale des hôpitaux, et qui consiste à isoler les cholériques et à les faire placer dans des salles distinctes de celles où sont reçus les malades atteints d'autres affections.

Je me garderai de blâmer une mesure qui a pour but d'éviter les effets de l'influence contagieuse, et je crois devoir me borner à exprimer le regret de ne pouvoir entreprendre de nouvelles expériences sur les fumigations chlorées.

Je dois cependant ajouter, en terminant, que sur trente-quatre cas de choléra, développés dans l'intérieur de la Charité, un seul cas a pris naissance dans ma salle des hommes, qui a une communication directe avec le service des cholériques.

Dira-t-on encore que ce résultat est un effet du hasard et ne faut-il pas plutôt l'attribuer aux fumigations chlorées dont j'ai eu soin de continuer l'usage dans ma division?

En résumé :

1° Le choléra n'est pas contagieux en dehors du foyer de l'épidémie;

2° Le choléra est contagieux par infection dans le foyer de l'épidémie;

3° Les fumigations chlorées n'ont aucune action sur la cause générale du choléra;

4° Les fumigations chlorées agissent sur la cause locale ou infectieuse du choléra, et peuvent servir à en diminuer les ravages.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 novembre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Dumoulin sur le service médical des eaux minérales de Salins (Jura) pour l'année 1864. (Commission des eaux minérales.)

2° Une série de communications relatives au traitement du choléra (1).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bergeret (de Saint-Léger) sur l'étiologie du goître. (Commissaire : M. Michel Lévy.)

2° Des travaux concernant le choléra, par MM. les docteurs Raimbert (de Châteaudun), Lequoy (de Dunkerque). (Commission du choléra.)

3° Une lettre de réclamation de M. le docteur Letellier (de Saint-Leu-Taverny) protestant contre la dénomination de bulbosine donnée par M. Boudier au principe vénéneux de l'agaric bulbeux, qu'il avait lui-même désigné sous le nom d'ammonitine. (Commissaires : MM. Chatin et Gobley.)

4° La lettre suivante de M. le docteur Burq :

A M. le président de l'Académie impériale de médecine.

Monsieur le président,

Depuis le mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser le 20 août dernier à l'Académie des sciences sur mon *traitement préservatif et curatif du choléra*, il s'est produit à Marseille et à Paris des faits qui donnent lieu en ce moment aux appréciations les plus contradictoires quant aux effets curatifs des sels de cuivre qui servent de base à ce traitement.

Dans un nouveau mémoire, que je prépare en ce moment, ces faits seront examinés. Je dirai les observations remarquables que je viens de faire à Toulon, à la Seyne et à Marseille. En attendant, avant que l'opinion publique ne s'égare, et puisqu'il en est malheureusement temps encore, je viens, en ma qualité de principal intéressé, protester devant l'Académie contre les expériences qui viennent d'être tentées à Paris avec les sels de cuivre. Dans ces expériences, aucune des prescriptions que j'ai tracées n'a été suivie, *les doses de M. Lisle* (on a été jusqu'à dire même le traitement de M. Lisle) ont seules trouvé crédit, elles arrivaient de Marseille! Or, ces doses 5, 10, 15 centigrammes au plus, dont le succès à l'asile des aliénés de Marseille semble si bien témoigner en faveur d'une sorte de spécificité des sels de cuivre contre le choléra, doses que j'ai moi-même indiquées (j'ai dit, en effet, de 2 à 10 gouttes d'une solution à 1/5 ou de 2 à 10 centigrammes seulement, répétées suivant l'urgence des indications), sont très-suffisantes. Je le reconnais, lorsque rien ne presse absolument, que l'absorption est encore active et que le médecin, ayant ses malades sous la main, ainsi qu'il est arrivé à M. Lisle, peut en quelque sorte commander encore aux événements et crier aux symptômes, s'ils vont trop vite, le fameux *quos ego*.

Mais quand ces doses s'adressent à des malades comme ceux qui ressortissent à la pratique nosocomiale, quand l'absorption va cesser de se faire, je ne dis point ne se fait plus, car alors le *traitement est inutile*, je les considère, moi, l'auteur de la méthode, comme insignifiantes, au moins dans la plupart des cas, et je proteste énergiquement contre l'usage exclusif qu'en ont fait mes confrères de Paris. Avant qu'elles fissent ici leur apparition dans nos hôpitaux, ces mêmes doses avaient été employées dans plusieurs services hospitaliers de Marseille.

A l'Hôtel-Dieu de Marseille, M. le docteur Seux, entre autres, a employé 8 fois les sels de cuivre aux doses indiquées par M. Lisle, les résultats ont été à peu près les mêmes que par toute autre méthode; seulement je note ce fait important que parmi les 4 ou 5 malades qui ont survécu, 2, dont 1 surtout très-gravement atteint, avaient reçu à mon instigation double potion, plus des lavements à 50 centigrammes de sulfate de cuivre; l'un de ces malades (le n° 7) a succombé ensuite à une pneumonie double. A Paris, nous avons assisté, *sans y prendre aucune part*, au traitement de 9 malades. On leur a donné 7 centigrammes 1/2 à prendre dans les 24 heures; 7 centigrammes 1/2, dans une telle maladie, n'est-ce point comme si dans un effroyable accès pernicieux on s'amusait à donner 15 ou 20 centigrammes de sel quinique *fracta dosi!* En vérité, c'est à n'y rien comprendre, jamais on ne vit peut-être pusillanimité pareille parmi les médecins en face d'un péril aussi grand, et ceux de nos honorables confrères qui ont essayé de cette façon les sels de cuivre auraient voulu se disculper d'avoir attendu pour les employer qu'ils leur arrivassent de Marseille, que vraiment il leur eût été impossible de s'y prendre mieux; mais Urban, tous les formulaires nous l'apprennent, donnait d'emblée 15 centigrammes de sulfate de cuivre dans le traitement de l'épilepsie, et il ne craignait pas de porter la dose jusqu'à 40 centigrammes et plus en une seule journée! J'ai voulu savoir à quoi m'en tenir par moi-même sur le danger qu'offrent de pareilles doses, et, pendant mon séjour à Toulon, j'ai pris en lavements de 30 à 35 centigrammes de sel de cuivre chaque jour, sans compter ce qui s'absorbait par la peau, sur laquelle je portais la nuit et le jour 100 plaquettes de métal ayant ensemble de 5 à 6 décimètres carré de surface. Les seuls effets ressentis ont été une constipation opiniâtre, *symptôme bien opposé* à celui de la maladie dont, il est bon de le dire en passant, certaines personnes, en apprenant mon indisposition de Toulon, qui n'a été qu'une fièvre, se sont trop hâtées de me faire presque mourir à côté de mon compagnon de route, l'infortuné docteur Tourrette.

D'un autre côté, les recherches de MM. Péchólier et Saint-Pierre, à Montpellier, nous ont appris que les ouvriers en verdet, qui vivent constamment au milieu des poussières de vert-de-gris, n'en jouissent pas moins d'une santé florissante.

Concluons donc que, puisque les doses faibles n'ont rien produit à l'hôpital, il faut de toute nécessité, pour juger la méthode, en venir à celles que j'ai recommandées et formulées à peu près en ces termes devant l'Académie des sciences, dans la séance du 27 août dernier.

Aussitôt en présence d'un cholérique lui administrer, suivant l'urgence, de 2 à 10 gouttes d'une solution de sulfate de cuivre à 1/5 (chaque goutte, contenant 1 centig., se prête merveilleusement au dosage suivant notre système numérique), additionnées d'un peu d'opium; le tout versé dans une petite quantité de liquide et accompagné au besoin d'un morceau de glace pour prévenir le vomissement. En même temps faire prendre le sel en lavement à la dose de 30, 40 et 50 centig. et plus, peut-être encore, mais je n'ose le dire, et mettre ensuite au contact du corps le plus de cuivre possible.

En l'absence d'appareils spéciaux ou de simples bandes minces de cuivre, de 8 à 10 centimètres de large, recourir aux ustensiles de ménage, et, si l'action s'en fait attendre contre les crampes et les autres phénomènes nerveux, interposer une compresse d'eau salée entre le métal et la peau; puis, toutes les deux heures, toutes les heures et même plus souvent si le cas presse, renouveler la dose du sel de cuivre, insister beaucoup sur les lavements; le premier rendu, en donner immédiatement après un deuxième, puis, s'il le faut, un troisième, un quatrième, jusqu'à ce qu'enfin le malade le garde; l'intestin offre, en ce cas, de grandes ressources, et il est remarquable comme les sels de cuivre ont ici une tendance à arrêter les évacuations.

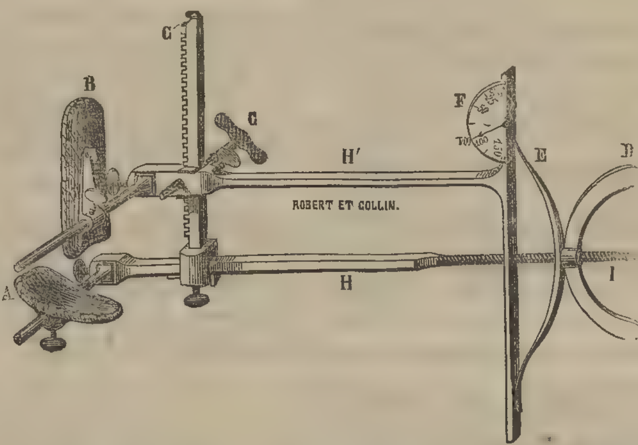
Si les évacuations répétées par haut et par bas ne permettent point l'introduction du remède par aucune voie, ou même si celui-ci ayant été gardé, les accidents marchent vite, onction dans les lieux d'élection aux aines et aux aisselles, avec une pommade au sel de cuivre (3 grammes de sel pour 30 grammes d'axonge), plus 4 grammes de belladone, pour aider, si faire se peut, l'absorption, attaque du mal par le remède introduit suivant la méthode hypodermique. En un mot, insister, faire absorber du cuivre à tout prix, de manière à arriver le plus vite possible à une sorte de saturation, et, ce résultat atteint, la situation du malade améliorée, revenir sur ses pas, éloigner les doses : telle est notre manière de voir et la façon dont nous procédions déjà en 1854. Se bien garder de faire ici de la sentimentalité, et se souvenir qu'en face d'un péril aussi imminent, l'art nous autorise de temps immémorial et nous fait même une loi de nous servir des armes les plus dangereuses. D'ailleurs, pas un médecin n'ignore à quelles doses énormes on peut impunément porter les poisons les plus actifs dans les états pathologiques.

Qu'il me soit permis, en terminant, de demander à l'Académie, au sein de laquelle se sont déjà produits les échos des appréciations en sens contraire que j'ai dites plus haut, de ne rien précipiter, de vouloir bien réserver sur ce point son jugement; la question que j'ai soulevée est encore à l'étude; le traitement du choléra par les sels de cuivre est toujours une méthode qui se cherche, et j'en suis encore moi-même, je me hâte de le déclarer, au chapitre des espérances; seulement ces espérances vont grandissant de jour en jour, et bientôt, il faut l'espérer, l'auteur de la métallothérapie rencontrera de sincères partisans qui l'aideront à résoudre ce difficile problème.

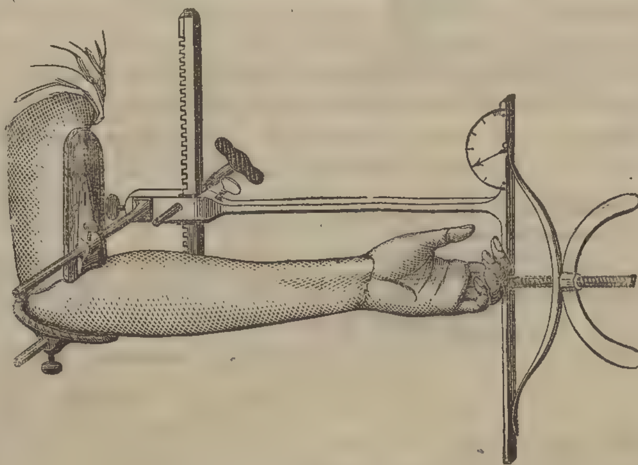
Veuillez agréer, etc. D[r] BURQ.

— **M. BÉCLARD** présente, au nom de M. le docteur Duchenne (de Boulogne), un Mémoire sur le pied-bot valgus qui fait l'objet de la discussion actuellement pendante devant l'Académie.

— **M. BÉCLARD** présente, au nom de MM. Robert et Collin, un appareil destiné à réduire les anciennes luxations du coude, et qui vient d'être employé avec succès dans deux cas.



Le premier, datant du 12 octobre, appartient à M. le docteur Dolbeau, remplaçant M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques; la luxation, qui datait de soixante jours, fut réduite en cinq minutes.



Le deuxième cas, par M. Maisonneuve, le 21 octobre; la luxation datait de cinq semaines, tout s'est passé comme dans le premier cas.

L'action de l'appareil n'est pas du tout limitée à la réduction des luxations du coude, elle repose sur un principe que les auteurs généralisent à la réduction de toutes les luxations.

La portion de l'appareil qui est en rapport immédiat avec les points osseux déplacés est constituée par deux plaques rembourrées, dont l'une A s'applique sur l'olécrane dans les luxations du coude, et l'autre B sur la partie antérieure et inférieure de l'humérus.

Ces plaques mobiles, auxquelles on imprime une direction déterminée, sont articulées sur deux forts montants qui forment angle droit avec la partie active de l'appareil.

Cette dernière partie est constituée par deux branches solides H et H' parallèlement assemblées, et qui se mobilisent l'une sur l'autre au moyen d'un système de vis I et de crémaillère C', de manière que le mouvement communiqué ramène en contact les parties osseuses déplacées.

Un dynamomètre E F placé sur l'instrument indique la force déployée de manière à la limiter dans les bornes de la prudence.

— **M. BOULEY** présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Bourguignon, un livre publié en anglais sur le typhus de l'espèce bovine qui sévit en ce moment en Angleterre. M. Bouley entre de vive voix dans quelques développements sur l'analyse de cet ouvrage, qui renferme, suivant lui, de nombreuses erreurs qu'il s'attache à réfuter à mesure qu'il les signale.

— **M. CERISE** fait hommage à l'Académie des *Actes du Congrès médical* qui a eu lieu en Espagne en 1865, et il donne des explications sur ce Congrès, qui témoigne, dit-il, de la part des médecins espagnols d'un très-grand progrès.

— **M. LE PRÉSIDENT** fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Rigal (de Gaillac), son correspondant.

M. le président annonce ensuite que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures pour entendre les rapports sur les prix.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le pied-bot valgus douloureux.

La parole est à M. Bouvier.

Discussion sur le pied-bot valgus douloureux.

M. BOUVIER. M. Gosselin a proposé de donner au pied-bot valgus douloureux le nom de tarsalgie. Je n'y vois pas d'inconvénient. Quant au fait en lui-même, il n'est pas sans précédents. Plusieurs auteurs, notamment Stromeyer en 1838 et Bonnet en 1856, ont fait connaître des observations semblables, et ont émis des opinions identiques sur l'origine et la nature de cette difformité. Je n'ai pas toujours été du même avis à cet égard; mais aujourd'hui, en présence de la démonstration que nous a faite M. Gosselin, je serai beaucoup plus disposé qu'autrefois à tenir compte de cette lésion des surfaces articulaires.

Il y a dans la dénomination que l'on a donnée à cette forme de pied-bot une expression que je trouve vicieuse et que je proposerais d'éliminer, c'est l'expression de pied-plat. J'aime mieux la dénomination de valgus douloureux. Pourquoi ce mot pied plat? Parce qu'on est habitué à le voir réuni avec le valgus. Bonnet et Dieffenbach mettent tous deux le pied plat dans le genre valgus. C'est une erreur. Il faut distinguer ces deux formes l'une de l'autre. Il y a des valgus avec aplatissement de la voûte plantaire, mais il y en a d'autres aussi avec excavation de la voûte.

Il y a deux choses à considérer dans le valgus douloureux : la difformité et la douleur. Quel est de ces deux phénomènes celui qui se produit le premier? Est-ce la douleur ou la difformité? Y a-t-il un rapport constant entre les deux? Oui, sans doute, il y a un rapport entre eux. Mais ce rapport est variable. Il peut se présenter trois cas : 1° la douleur est le premier phénomène qui se manifeste, la difformité ne se produit que consécutivement; 2° les deux phénomènes peuvent se manifester simultanément; 3° enfin, la déviation a lieu d'abord et la douleur survient ensuite. L'expression de tarsalgie convient dans le premier cas. La tarsalgie peut coïncider avec des formes très-diverses, avec le pied-bot varus, avec l'équin. Il y a des cas nombreux, au contraire, où la déviation précède la douleur. La tarsalgie, dans ce cas, s'ajoute à la difformité et l'aggrave, mais la difformité reste le fait principal. Le valgus douloureux, le pied plat par fatigue, sont dans ce cas. On dit alors que le valgus ou le pied plat valgus est compliqué de tarsalgie.

Il y a enfin une autre catégorie de faits dont on trouve des exemples dans les observations que M. Duchenne (de Boulogne) a consignées dans son mémoire sur le pied valgus. Ce sont les difformités par défaut d'antagonisme, par paralysie de certains muscles, les autres étant en état de contracture. Il a vu quelquefois dans ces circonstances la tarsalgie survenir consécutivement par l'effet de la marche, des pressions irrégulières exercées sur les os.

On voit par ces divers exemples qu'il faut donner une solution différente aux faits, suivant qu'ils se rapportent à l'une ou à l'autre de ces catégories.

Cela n'ôte rien sans doute au mérite du travail de M. Gosselin; ça ne fait qu'ajouter seulement aux observations très-justes qu'il nous a présentées.

Relativement au traitement, je serai heureux de dire que depuis longtemps je suis du même avis que M. Gosselin. J'ai dit, il y a longtemps, que la ténotomie n'avait que très-rarement son indication dans l'espèce de difformité dont il s'agit.

M. GOSSELIN. J'ai eu principalement pour but, dans la communication que j'ai faite à l'Académie, d'appeler son attention sur une maladie qui se développe particulièrement chez les adolescents. Plusieurs fois déjà j'avais eu l'occasion de signaler les différences que présentent les lésions du squelette suivant les âges. Ici il s'agit d'une lésion propre à l'adolescence. Je n'ai pas prétendu dire par là qu'elle ne puisse pas survenir quelquefois exceptionnellement dans l'enfance ou dans l'âge adulte, mais bien qu'elle se manifeste plus particulièrement dans l'adolescence. J'ajouterai qu'à cette époque de la vie il peut se produire aussi les déformations du pied d'un autre genre; mais c'est beaucoup plus rare.

Jusqu'à présent il était admis que les difformités du pied étaient généralement congénitales et qu'elles étaient le produit de la rétraction musculaire. J'ai montré que ces difformités pouvaient se produire aussi à une époque plus avancée de la vie et sous l'influence d'autres causes. Aujourd'hui, M. J. Guérin m'a fait cette concession, qu'il existe une espèce de pied-bot valgus accidentel consécutif à une douleur du pied. C'est un point que je crois avoir établi et qui restera désormais dans la science. Or, ce fait a des conséquences pratiques importantes. Il est vrai que M. J. Guérin, tout en m'accordant qu'il y

(1) Dans la dernière séance, une communication a été renvoyée par erreur à la Commission du choléra, le choléra n'y ayant été mentionné qu'incidemment. C'est la communication faite par le docteur Davan. Elle a pour objet d'annoncer à l'Académie que l'auteur croit être parvenu à découvrir la cause et conséquemment les moyens de guérir de la goutte, des maladies vénériennes, de presque tous les cas de phthisie pulmonaire, de presque toutes les maladies des femmes, dyspepsies, gastrite, hypochondrie et *de bien d'autres maladies* peu ou point connues de la médecine.

a dans ce cas une lésion préalable, ne pense pas que cette lésion soit de nature inflammatoire. Il veut que la douleur soit elle-même la conséquence de l'aplatissement du pied qui serait alors la lésion primitive. Je me demande si il y a une raison sérieuse pour que cette douleur soit la conséquence de l'aplatissement du pied plutôt que la conséquence d'une inflammation. Mais je suis dispensé de faire cette recherche par la raison bien simple que dans la majorité des cas que j'ai observés il n'y avait pas d'aplatissement de la voûte plantaire. Il faut donc qu'il reste bien établi que la conformation du pied plat n'est pas la cause de la douleur. Il faut donc chercher une autre cause pour expliquer la douleur initiale; il m'a paru rationnel de l'expliquer par l'inflammation dont j'ai trouvé les traces évidentes à l'autopsie.

M. Guérin n'a pas admis que les lésions que j'ai constatées fussent de nature inflammatoire, et que ce fût là la véritable cause de la douleur. Il a cherché à expliquer la douleur par les déplacements subis, par les surfaces osseuses, les subluxations des diverses articulations du pied. Or, quand les surfaces articulaires s'abandonnent, il est ordinaire, a-t-il dit, que les cartilages s'altèrent. Cette explication tombe devant les faits. La malade dont j'ai entretenu l'Académie n'avait pas du tout de subluxation. Les surfaces articulaires ne s'étaient nullement abandonnées. Il faut donc renoncer, au moins pour ce cas, à cette explication. Il faut y renoncer aussi pour la plupart des autres malades, car ce n'est généralement que dans une période très-avancée de la maladie que ces déplacements se produisent. D'ailleurs l'érosion des cartilages, dans les pièces que j'ai mises sous les yeux de l'Académie, n'était pas limitée aux surfaces déplacées, mais elle avait lieu dans toute l'étendue de ces cartilages. J'ajouterai, enfin, que cette érosion existait aussi dans le pied droit, où il n'y avait encore aucune déformation.

Ainsi, nous nous trouvons en présence d'une douleur initiale, puis de contractures et enfin d'une difformité consécutives; puis, à l'autopsie, nous constatons des lésions qui ne peuvent s'expliquer par des déplacements. D'où nous sommes obligés de conclure que la douleur ne peut être l'effet des déformations.

J'arrive maintenant à ce que j'avais à dire pour les applications pratiques. M. Guérin est d'accord avec M. Bouvier et avec moi pour reconnaître que la ténotomie n'est pas applicable au début de la maladie, c'est là un fait acquis.

Dans la deuxième période de la maladie, où la contracture intervient, tant que cette contracture est réductible par les agents anesthésiques, il me paraît encore inutile de recourir à la ténotomie. Je cherche, après avoir produit le relâchement des muscles par les anesthésiques, à réduire les déplacements qui en sont la conséquence; et, une fois cette réduction obtenue, je la maintiens au moyen d'appareils inamovibles.

La ténotomie ne me paraît donc applicable que dans les cas seulement d'irréductibilité absolue. Je l'ai pratiquée deux fois en pareil cas; j'ai fait la section des péroniers latéraux, du jambier antérieur et de l'extenseur commun des orteils. Mais je persiste à penser que cette opération n'est pas nécessaire dans le plus grand nombre des cas. Elle me paraît d'autant moins nécessaire que, le plus ordinairement, il s'établit avec le temps une tolérance pour ce nouvel état. La douleur finit par disparaître, la difformité persistant, parce que après la destruction des cartilages les surfaces articulaires finissent par s'éburner, ainsi que l'a démontré M. Cruveilhier. Il est donc inutile de chercher à combattre un état morbide qui cesse de lui-même.

M. Bouvier m'accorde la qualification de tarsalgie pour le fait que j'ai exposé. Mais il reste dans le doute pour les autres cas sur l'origine de l'affection. M. Bouvier a ajouté qu'il y avait des cas où l'altération articulaire avait précédé la douleur, et il a cité à l'appui les observations de M. Duchenne. Je suis obligé de répondre à notre collègue que, chez les sujets chez qui j'ai observé le valgus douloureux, et qui étaient tous des adolescents qui avaient subi de grandes fatigues, mais qui étaient d'ailleurs forts, vigoureux et exempts de tout symptôme d'affection nerveuse, je n'ai jamais constaté de paralysie. Ces faits ne sont donc pas assimilables à ceux dont parle M. Duchenne.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Concours à un certain nombre d'emplois de médecin traitant (spécialité chirurgicale) dans le service des hôpitaux militaires.

Le 23 janvier prochain, un concours sera ouvert à Paris pour des nominations à un certain nombre d'emplois de médecin traitant dans les hôpitaux militaires (spécialité chirurgicale).

Les médecins-majors de 1re et de 2e classe, actuellement attachés à des corps de troupe, et qui désirent prendre part à ce concours, sont invités à en solliciter l'autorisation par écrit.

Les demandes des concurrents devront être adressées au ministre (bureau des hôpitaux et invalides) par la voie hiérarchique et devront être parvenues au plus tard le 15 décembre 1865.

Les épreuves déterminées par le programme du 13 février 1860, inséré au *Journal militaire* (page 92, 1er semestre 1860) restent maintenues entre médecins de même grade, c'est-à-dire que les médecins-majors de 1re classe concourront entre eux, et qu'il en sera de même pour les majors de 2e classe.

Il n'est imposé aux candidats aucune condition d'ancienneté de grade. Il leur sera donné connaissance avant l'ouverture du concours du nombre définitif d'emplois auxquels il y aura à pourvoir.

Les concurrents seront, immédiatement après l'issue du concours, nommés à ces emplois dans l'ordre de leur classement.

Paris, le 8 novembre 1865.

Le maréchal, ministre de la guerre,
RANDON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, en raison du dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie cholérique :

Au grade d'officier : M. Horteloup, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu, 34 ans de services, chevalier depuis 1838.

Au grade de chevalier : MM. Gubler, médecin à l'hôpital Beaujon;

Duplay, médecin à l'hôpital de Lariboisière;

Boucher de la Ville-Jossy, médecin à l'hôpital Saint-Antoine;

Arnaud, médecin du Bureau de bienfaisance du 17e arrondissement;

Imard, directeur de l'Hôtel-Dieu.

— Le Conseil académique, adoptant l'ordre et la classification de la Faculté, présente pour la chaire de pathologie externe vacante à la Faculté de médecine de Paris :

En première ligne, M. Richet; en deuxième ligne, M. Broca; en troisième ligne, M. Follin.

— Le 6 de ce mois s'est ouvert devant la Faculté un concours pour sept places d'agrégés en médecine. Vingt-sept concurrents ont pris part à la composition écrite : *Structure du foie et ses fonctions.* Ce sont dans l'ordre des lectures désignées par le sort :

MM. Ferrand, Dujardin-Beaumetz, Ball, Menjaud, Peter, Pinel, Isambert, Barnier, Gouraud, Lancereaux, Fritz, Cornil, Blachez, Proust, Dally, Baudot, Constantin Paul, Ladreit de la Charrière, Chalvet, Brouardel, Jules Simon, Luys, Raynaud, Leven, Desnos, Magnac, Martineau.

Le jury se compose de MM. Tardieu, président, Trousseau, Grisolle, Monneret, Béhier, H. Roger et Chauffard.

La lecture des copies a lieu les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures.

— M. le docteur Pellegrino Lévi (de Florence), ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, a été nommé chevalier de l'ordre des Saints Maurice et Lazare pour s'être rendu vers la fin d'août à Manduria (terre d'Otrante) où sévissait le choléra, et y avoir dirigé le service médical durant l'épidémie.

— Notre excellent ami et collaborateur M. le docteur Ernest Berchon vient d'être nommé directeur du service sanitaire de la Gironde, avec résidence à Pauillac.

— Les nombreux amis de M. le professeur Le Cœur (de Caen) seront heureux d'apprendre que l'annonce de sa mort était inexacte.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Torrent, qui pendant plus de quarante ans a été le médecin de l'hôpital de Thiers, et de M. Poisson, médecin militaire en retraite, mort à Monnant (Seine-et-Marne) à l'âge de cinquante-cinq ans.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le vendredi 17 novembre.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire (semestre d'hiver) le mardi 21 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Le vingt-quatrième fascicule du **Grand Dictionnaire**, par M. Pierre Larousse, vient d'être mis en vente. Le 1er volume de cette œuvre monumentale — la seule lettre A, 1,200 pages — sera chez tous les libraires le 15 septembre prochain. Les mots les plus importants de ce fascicule sont : *Augias, Augier* (Émile), *Augure, Augustin* (saint), *Aumale* (duc d'), *Aumône, Aurore, Ausculta fili* (bulle), *Auscultation, Auspice, Australie;* mais les mots les plus curieux de cette livraison sont *Auguste* et *Austerlitz.* Ces deux articles caractérisent on ne peut plus exactement l'esprit du *Grand Dictionnaire,* c'est-à-dire un vieux levain de chauvinisme, mêlé à la jeune démocratie : on n'est pas parfait. Le prix de la souscription à forfait, qui est encore aujourd'hui de 150 fr., sera porté à 200 fr. à partir du 1er janvier 1866.

Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille ou thérapeutique des maladies aiguës et chroniques de l'appareil auditif, par le docteur Triquet, médecin et chirurgien du dispensaire pour les maladies de l'oreille, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. 1 vol. in-8 de 450 pages et fig. Prix : 6 fr. *franco.* 2e partie, affections herpétiques de l'oreille, exploration de l'oreille, de la vérole inoculée par les sondes, des perforations de la membrane du tympan, maladie du conduit auditif, otite catarrhale et phlegmoneuse, des granulations de l'oreille, etc., etc. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 135. — SAMEDI 18 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 18 NOVEMBRE 1865. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Exposé des traitements employés dans les hôpitaux.

On se rappelle que dans l'exposition que nous avons faite des principes et des indications générales du traitement des diverses périodes du choléra, nous avons signalé le dissentiment qui existe entre les praticiens et notamment entre les médecins des hôpitaux de Paris, relativement à l'emploi des évacuants. Cette question de thérapeutique sur laquelle nous avons émis notre opinion, s'est trouvée tout naturellement soulevée à la Société médicale des hôpitaux par la communication de M. Chauffard que nous avons exposée dans la dernière Revue. Nous croyons utile de résumer ici en quelques mots ce qui a été dit à cet égard. Cela nous conduira d'ailleurs tout naturellement à reprendre le cours de notre Revue des traitements mis en usage dans les hôpitaux.

M. Guyot a commencé par déclarer, à l'occasion de cette communication, qu'il ne saurait partager la manière de voir de M. Chauffard sur le danger des purgatifs appliqués au traitement des diarrhées que l'on observe pendant le cours des épidémies de choléra; et il a invoqué à cet égard l'exemple de M. Moissenet qui soumet avec le plus grand avantage ses malades à la médication évacuante.

Mis en demeure de se prononcer sur ce point, voici en quels termes l'a fait M. Moissenet.

Il a continué, a-t-il dit, dans l'épidémie actuelle, comme par le passé, comme il l'avait fait en 1849 et en 1853-54, à traiter la *plupart* des cholériques par la méthode évacuante, tantôt par l'ipécacuanha, tantôt par les purgatifs salins, suivant l'indication dominante ou les circonstances particulières; et il déclare n'avoir jamais observé les conséquences funestes signalées par M. Chauffard. Bien mieux, ajoute-t-il, intimidé en quelque sorte, à certains moments, par l'éloignement et l'espèce de crainte d'un grand nombre de ses collègues pour les évacuants, il lui est arrivé quelquefois d'avoir recours d'emblée à l'opium et au sous-nitrate de bismuth, et loin d'avoir eu à se louer de ce changement de méthode, il a vu plusieurs fois se développer les accidents graves du choléra dans les cas où il n'avait pas débuté franchement par les purgatifs. Sa conviction est telle, à cet égard, que pris lui-même, au début de l'épidémie, de diarrhée avec ballonnement abdominal et borborygmes, nausées et défaillances, il n'a pas hésité à prendre une bouteille d'eau de Sedlitz, et il a obtenu par ce moyen une guérison franche et rapide.

Il est entendu, du reste, que M. Moissenet ne se borne pas à l'emploi de cette médication. Après avoir rempli la première et principale indication à ses yeux en donnant soit un vomitif, soit un purgatif, il prescrit, le moment opportun venu, l'opium, le sous-nitrate de bismuth, les astringents, les amers, etc.

Voici, parmi ces derniers agents, un élixir amer qu'il recommande particulièrement.

Racine de roseau odorant	ãã 16 grammes.
Gentiane	
Aulnée	
Angélique	
Simarouba	10 grammes.
Quinquina	40 —

Faites macérer pendant trois jours dans un litre d'eau-de-vie de genièvre.

A prendre : 30 grammes matin et soir.

Tels sont les moyens principaux de traitement que M. Moissenet a mis en usage dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Nous avons exposé, dans la Revue du 28 octobre, le traitement mis en usage par M. Boucher de la Ville-Jossy dans son service de l'hôpital Saint-Antoine. Nous allons faire connaître aujourd'hui les traitements employés par ses deux collègues, MM. X. Richard et Mesnet qui ont partagé avec lui le service des cholériques.

Au début, lorsque les malades se présentaient avec des symptômes accusés ou même douteux de cholérine, dans cet état que l'on considère comme la première période ou période prodromique du choléra, caractérisée par de la diarrhée, des nausées, quelquefois même des vomissements, MM. Richard et Mesnet, comme M. Boucher, administraient toujours un ipéca. Ils donnaient ensuite quelques boissons légèrement stimulantes : du thé avec cuillerées de rhum, de la camomille. Lorsque la diarrhée persistait, ils prescrivaient du sous-nitrate de bismuth, quelques gouttes de laudanum, des lavements amidonnés.

Dans la période algide, M. Mesnet a, pendant tout le temps de l'épidémie, fait usage des bains sinapisés. Mais, ayant remarqué que souvent ces bains restaient sans résultats, il a fait pratiquer à ses malades, avant de les plonger dans le bain, des frictions sèches, des flagellations et même l'urtication. Du moment où cette pratique a été adoptée, aucun malade n'est resté insensible à l'action de la moutarde. M. Xavier Richard, comme M. Boucher, a employé, pour rappeler la réaction, les lotions froides, rapides, suivies immédiatement de l'enveloppement dans une couverture de laine; accessoirement il a eu recours aussi à l'urtication, à la flagellation et aux frictions sèches, ou avec le baume de Fioraventi.

Toutes sortes de boissons stimulantes ont été employées à cette période : le thé additionné de rhum, la camomille, le vin, la chartreuse, la trappistine; mais l'on sait combien ces boissons sont en général mal tolérées. L'acétate d'ammoniaque, à la dose de 4 à 10 grammes dans une potion, était mieux supporté. M. X. Richard s'est assez bien trouvé du chlorure de sodium, qu'il donnait à la dose de 10 grammes dans une potion à prendre par cuillerées à bouche. Cette potion, qui répugnait quelquefois aux malades, était cependant prise sans effort et bien supportée orsqu'on avait le soin, avant d'administrer la potion, de donner un peu de glace. Cette potion, donnée en pleine algidité, a paru produire de très-bons effets; mais, comme elle n'a jamais été donnée seule, on ne peut rien conclure à son sujet.

Contre les vomissements, les médecins de Saint-Antoine ont employé tous les moyens préconisés : glace, eau de seltz, larges sinapismes sur l'épigastre, ou couvrant toute la région antérieure de la poitrine, des vésicatoires à l'épigastre. Les opiacés ont été donnés aussi, mais modérément; quelques gouttes de laudanum dans une potion, quelques grammes de diascordium, de la thériaque. On a administré des lavements amidonnés et des lavements vineux avec 4 ou 6 gouttes de laudanum. M. Richard a obtenu, à plusieurs reprises, de bons effets des lavements vineux avec addition de 8 grammes de chlorure de sodium.

Dans la période de réaction, on s'est contenté souvent de quelques boissons diffusibles, d'un peu de thé léger. Lorsque la respiration devenait suspirieuse, lorsque les malades accusaient la barre épigastrique, et l'angoisse qui l'accompagne ordinairement, on s'est bien trouvé de larges sinapismes couvrant toute la poitrine. Enfin, on a modéré la réaction par des saignées, des sangsues, des ventouses scarifiées suivant les circonstances.

M. Mesnet a cherché à prévenir l'apparition de la période typhique, dont il s'est attaché à bien signaler les signes précurseurs. Lorsqu'il voyait survenir chez un malade en réaction un peu d'agitation, quelquefois du délire, lorsqu'il voyait l'œil se congestionner, devenir humide, larmoyant et plus vif, lorsque la langue devenait en même temps sale et sèche, il appliquait aux apophyses mastoïdes une vingtaine de sangsues; et, depuis qu'il a institué ce traitement, il affirme ne plus avoir perdu de malades. Au début de l'épidémie, il avait appliqué des vésicatoires à la nuque, ou recouvrant même toute la tête, et cela sans effet. C'est au début de cette période que le sulfate de quinine, administré à l'intérieur, ou par injections hypodermiques, ou en lavements, a donné de bons effets. Il a été assez généralement employé. L'électricité a arrêté assez rapidement ce hoquet, qui survient assez souvent dans la réaction.

Dans la convalescence, la nourriture bien surveillée, quelques toniques ont paru suffire le plus souvent. Les éruptions qui surviennent à cette période, les érythèmes papuleux, etc., n'ont nécessité aucun traitement spécial. Une simple ouverture suffisait pour les abcès critiques qui se sont rencontrés encore assez souvent. Les parotides n'ont pas été fréquentes dans les cas observés à Saint-Antoine. Quelques pneumonies qui survenaient dans la convalescence ont cédé rapidement à un traitement antiphlogistique. Quatre cas de contracture des extrémités ont été aussi observés, trois ont guéri sans traitement; le quatrième avait de la rétention d'urine, il a guéri avec une légère saignée.

Choléra chez les enfants.

Nous n'avons rien dit jusqu'à présent du traitement du choléra chez les enfants. Nous n'avons de renseignements que sur l'hôpital Sainte-Eugénie, que nous avons visité aujourd'hui même. Le service des cholériques, d'abord confié à M. Bergeron, est en ce moment, par suite du roulement établi dans cet hôpital, entre les mains de M. Triboulet.

Voici ce qui nous a été signalé de plus particulier sur les caractères qu'a présentés la maladie chez les jeunes sujets et sur les effets du traitement.

On a rarement eu l'occasion de voir la maladie à sa première période; les enfants étaient amenés à l'hôpital le plus souvent à la période algide. La réaction survenait assez promptement, mais elle s'est montrée généralement peu franche, et elle a revêtu chez le plus grand nombre des enfants la forme typhique, comme nous l'avons vu pour les adultes. Dans quelques cas, la réaction s'est traduite exclusivement par des accidents encéphaliques. Cette forme cérébrale de la réaction a été plus particulièrement observée chez les très-jeunes enfants.

Au début de l'épidémie, et à l'entrée des petits malades à l'hôpital, M. Bergeron administrait l'ipécacuanha; mais les résultats ne lui ont pas paru assez satisfaisants pour l'engager à continuer cette pratique; il y a renoncé. Il a dû recourir aussi dans la plupart des cas à l'usage du thé au rhum et des stimulants alcooliques, qu'il administrait également, mais avec modération toutefois, chez les premiers malades; ces boissons étaient rarement supportées. On s'en est tenu dès lors, dans la plupart des cas, pour réchauffer les malades et rappeler la réaction, aux moyens caléfacteurs externes, aux boules d'eau chaude et à l'enveloppement dans des couvertures de laine. Les opiacés ont été employés aussi dans cette première période, mais à dose modérée. Quelques malades mêmes n'en ont pas pris du tout. Dans les cas où ils ont été donnés, on en a promptement cessé l'usage dès que les premiers symptômes de la réaction se sont manifestés.

La réaction établie, les petits malades, que tourmentait une soif incessante, ont été mis à l'usage des boissons glacées, l'eau de Seltz et la bière. Cette dernière boisson est celle qu'ils préféraient en général. L'usage en a été continué par M. Triboulet, qui a succédé à M. Bergeron dans la direction du service.

Nous ferons remarquer, en passant, au sujet de la bière qui a été l'objet de la prédilection de la plupart des malades dans les services où elle a été prescrite, que pendant toute la durée de l'épidémie on n'en a pas un seul instant cessé l'usage dans les établissements de Bicêtre et de la Salpêtrière où elle constitue l'une des boissons habituelles. Cette observation n'est pas inutile en présence de l'interdit qui avait été jeté à tort, sur cette boisson, pendant l'épidémie.

L'un des éléments principaux du traitement que M. Bergeron a mis en usage dans la période de réaction, est le sulfate de quinine. Mais pour pouvoir administrer utilement ce médicament, il était important d'arrêter le plus promptement possible les vomissements. Dès que le pouls commençait à se relever, M. Bergeron faisait appliquer un vésicatoire sur la région épigastrique. Cette application suffisait le plus souvent à produire ce résultat. Une fois les vomissements arrêtés, il administrait le sulfate de quinine à la dose de 50 centigrammes dans du café ou dans un julep, en deux prises. Dans les cas où les vomissements persistaient malgré l'application du vésicatoire, il avait recours alors à la méthode hypodermique. La même dose de sulfate de quinine en solution était injectée en deux fois, à raison de 25 centigrammes pour chaque injection.

Les effets physiologiques du sulfate de quinine ont été difficiles à apprécier, à cause de la difficulté d'obtenir des enfants le témoignage de leurs impressions. Mais bien que dans quelques cas il n'ait pas empêché l'algidité de se reproduire, le résultat de cette médication paraît avoir été favorable dans la grande majorité des cas.

Enfin, du moment où la réaction se continuait avec le caractère typhique prédominant, M. Bergeron a eu recours aux préparations de quinine et plus particulièrement à l'extrait. Ces préparations étaient continuées jusque avant dans la convalescence.

A l'hôpital Sainte-Eugénie, les invasions dans les salles ont été rares. On peut même dire qu'elles ont été très-rares, si l'on tient compte de cette circonstance que dans le très-petit nombre de cas qui se sont manifestés, plusieurs ont eu lieu sur des enfants admis dans les salles pour des diarrhées, qui, selon toute apparence, n'étaient elles-mêmes que les prodrômes du choléra.

Enfin, l'épidémie paraît en plein déclin dans cet hôpital comme dans presque tous les autres. Il y a eu une seule entrée dans la journée de mercredi, et il n'y en avait pas eu du tout pendant les deux jours précédents.

Anévrysme cirsoïde de la face traité par la ligature de la tumeur.

Depuis la thèse inaugurale de M. A. Decès, aujourd'hui professeur à l'école secondaire de médecine de Reims, on est généralement d'avis que le meilleur mode de traitement des anévrysmes cirsoïdes de la face et de la tête est l'ablation de la tumeur et la ligature des vaisseaux afférents dans la plaie, opération qui avait été pratiquée par J.-L. Petit pour les tumeurs qu'il désignait sous le nom de tumeurs fongueuses, sanguines, artérielles. On est d'avis aussi que ce traitement est supérieur à la ligature en masse de la tumeur dont l'effet, quoique plus lent, est le même que celui de l'extirpation.

M. Canton, à l'hôpital Charing-Cross à Londres, a envoyé à la *Lancette anglaise* l'observation suivante, où la ligature en masse de la tumeur a été suivie de succès.

Une jeune fille de seize ans se présenta à l'hôpital le 1er juin 1865 avec un large anévrysme placé sur les côtés de la face, immédiatement en avant de l'oreille gauche, et qui s'étendait au-dessus d'elle et la contournait jusque derrière le bord postérieur du pavillon de l'oreille. Cette tumeur avait environ le volume d'un œuf d'oie; elle battait avec force et semblait constituée par un amas de vaisseaux d'assez gros calibre. Le cuir chevelu recouvrait une partie de la tumeur, et celle-ci était recouverte de croûtes provenant de la coagulation du sang qui s'était échappé de la tumeur avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

Plusieurs grosses artères existaient tout autour de la tumeur et pénétraient dans son intérieur. Les vaisseaux situés à l'état normal au lieu et place de l'anévrysme, tels que l'artère auriculaire postérieure et l'artère temporale superficielle étaient augmentés de volume. La compression exercée sur ces deux artères faisait cesser les battements dans la tumeur.

La mère de la jeune fille racontait que celle-ci avait, depuis sa naissance, une petite bosse à la région temporale; que cette bosse avait été flasque, et qu'elle était molle comme un grain de raisin de Corinthe. Quand l'enfant, ajoutait la mère, eut atteint l'âge de deux ans, la petite tumeur avait gonflé et avait présenté des battements. Depuis cette époque l'accroissement était devenu plus rapide, au point que la tumeur avait envahi tout le côté de la tête. Mais comme l'enfant avait un aspect affreux, disait la mère de la malade, et comme celle-ci était extrêmement contrariée d'un tel état, elle n'avait pas été consulter un chirurgien pour sa fille.

Le 14 avril 1865, il y avait eu une hémorrhagie qui avait été produite par l'ouverture spontanée de la tumeur à sa partie supérieure. L'hémorrhagie s'était arrêtée d'elle-même après un écoulement de sang assez abondant. Pendant les six semaines qui s'étaient écoulées depuis la première hémorrhagie jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital, cinq autres hémorrhagies avaient eu lieu, et la dernière était récente, puisqu'elle s'était produite dans la nuit qui précéda l'arrivée de la malade à la consultation de M. Canton, et la pauvre fille avait perdu beaucoup de sang.

Le 17 juin, M. Canton procéda à l'opération. Le côté du cuir chevelu, au-dessus et en arrière de l'oreille gauche, ayant été rasé, les artères auriculaire postérieure et temporale superficielle ont été liées pour restreindre l'afflux du sang et les ligatures ont été fortement serrées. Cependant, malgré cette opération préliminaire, au bout de quelques secondes les battements ont reparu avec force dans la tumeur. Des aiguilles enfilées d'un fil de chanvre double ont été passées à travers la tumeur en cinq points, et chaque portion de la tumeur a été liée et serrée avec force. A ce moment, tous les battements avaient cessé dans la tumeur. Un tampon de ouate et un bandage ont recouvert la tumeur, et la malade qui, soumise aux inhalations de chloroforme n'avait rien senti, a été reportée dans son lit.

La nuit qui suivit l'opération a été bonne, il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et les pulsations n'avaient pas reparu dans la tumeur.

Le lendemain, la tumeur avait l'apparence d'une masse gangréneuse.

Pendant quelques jours aucun changement nouveau n'eut lieu dans la tumeur. Enfin, elle parut se réduire à sa base; on ne tarda pas à constater un cercle rougeâtre, sur lequel on distinguait des bourgeons charnus de bonne nature. Aucune hémorrhagie n'avait eu lieu depuis l'opération.

Au bout de trois semaines les ligatures, qui avaient coupé les tissus, sont tombées, et la tumeur restait attachée à la tête profondément par un pédicule flasque. M. Canton a passé autour de la base de celui-ci un fil ciré qu'il a serré fortement.

La surface de la plaie n'a pas tardé à se cicatriser. Après la cinquième semaine qui a suivi la première opération, le pédicule de la tumeur s'est détaché, laissant une plaie recouverte de bourgeons charnus de bonne nature. Cette dernière plaie n'a pas tardé à se cicatriser, et le 5 août la malade était complétement guérie.

Le procédé de ligature employé par le chirurgien anglais, est le procédé de Rigal de Gaillac, moins les épingles. Ambroise Paré avait fait des ligatures de tumeurs en passant au-dessous d'elles des épingles et en serrant la base des tumeurs avec un fil ciré. Les Anglais, depuis B. Bell, ont recours de préférence à la ligature avec plusieurs anses de fil double qui traversent la tumeur et permettent de la lier portion par portion.

Nous ne voulons pas juger ici l'indication opératoire parce qu'elle était nettement tranchée, il fallait agir; mais à en juger par le résultat de l'opération, nous dirons que si la tumeur se prêtait à une ligature, elle pouvait être aussi extirpée, suivant les indications exposées par M. A. Decès.

Dans l'observation de M. Canton deux ligatures préliminaires ont été faites. C'était de la prudence, puisque des hémorrhagies successives s'étaient montrées et que la ligature de la tumeur ne met pas toujours à l'abri des hémorrhagies; et comme les accidents de cette nature ont heureusement manqué, il est possible de se louer de la ligature préalable des artères temporale superficielle et auriculaire postérieure.

NOTE SUR LE PIED PLAT-VALGUS DOULOUREUX,

Par M. le dr X. Delore.

M. Gosselin a, dans la séance du 31 octobre dernier, communiqué à l'Académie de médecine une observation remarquable de pied plat-valgus douloureux, qu'il a accompagnée de déductions du plus haut intérêt au point de vue de l'étiologie de cette affection encore peu connue. C'est M. J. Guérin qui, le premier, l'a décrite et lui a appliqué ce nom, en tenant surtout compte de la rétraction musculaire et de la déformation du pied. Les idées de M. Guérin furent soutenues par Bonnet (de Lyon), et, en 1857, je publiai dans le *Bulletin de thérapeutique* un mémoire où se trouve déjà établi que le valgus douloureux n'est pas toujours congénital, mais peut dépendre d'une ancienne entorse ou du vice rhumatismal. M. Gosselin a eu raison de localiser la lésion le plus souvent dans les articulations du pied et de la considérer comme une variété d'arthrite, ainsi que le démontre parfaitement l'autopsie qu'il a mise sous les yeux des membres de la savante Société. Nous pensons, en effet, que la rétraction musculaire, au point de vue étiologique, n'a pas dans les cas de ce genre toute l'importance que lui a accordée M. Guérin. Il ressort clairement d'observations déjà publiées en 1841 par Bonnet, que la rétraction des muscles péroniers n'est souvent que consécutive à la lésion articulaire; et dans les observations I, IV et VI de notre mémoire elle n'est survenue qu'après le rhumatisme ou l'entorse. M. Gosselin a eu le talent de mettre ces faits en lumière, et nous admettons avec cet éminent professeur que l'étiologie de cette affection n'est pas unique comme l'avait avancé M. Guérin. Le pied plat-valgus est quelquefois congénital; cette disposition naturelle peut ensuite devenir douloureuse comme cela est arrivé dans les observations de Bonnet et comme le démontre la deuxième des observations ci-jointes. D'autres fois l'affection peut dépendre de causes pathologiques ayant porté sur les articulations du pied : traumatisme, entorse, rhumatisme, arthrite, etc. Souvent aussi le valgus douloureux se développe pendant l'adolescence et dépend d'une faiblesse des ligaments tarsiens lorsqu'une croissance trop hâtive donne au corps un poids considérable; on voit alors la voûte plantaire s'effondrer et produire ainsi la maladie. Il y a deux points seulement sur lesquels on pourrait présenter quelques objections aux idées de M. Gosselin, c'est : 1° au sujet de la dénomination de tarsalgie; 2° à propos du traitement de cette affection. Après avoir établi qu'il y a dans cette maladie deux éléments distincts, la douleur articulaire et la déformation du pied, le chirurgien de Paris reproche à la dénomination ancienne d'attirer l'attention, surtout sur la déformation qui n'est que l'élément accessoire et consécutif, tandis que la douleur articulaire est primitive et essentielle. Il a donc cru devoir enrichir le cadre nosologique d'un mot nouveau, celui de tarsalgie, auquel on peut déjà reprocher de n'indiquer qu'un seul des deux éléments. Ensuite la création d'un nouveau terme semble indiquer un changement complet dans les idées admises sur la nature d'une affection; or, comme il a été dit plus haut, la communication de M. Gosselin n'a pas ce caractère; nous lui devons seulement d'avoir précisé, avec une grande netteté et un rare talent, des faits déjà admis. De plus, il y a des cas de douleurs vives de la région tarsienne qui ne s'accompagnent d'aucune déformation. Nous pensons donc qu'on peut, sans inconvénient, conserver la dénomination de pied plat-valgus douloureux, qui donne une idée assez complète de l'état du membre malade, sans rien préjuger sur la cause primitive du mal. Quant au traitement, il doit être, dit M. Gosselin, celui de l'arthrite, l'immobilité dans une bonne position, et la ténotomie est dans la plupart des cas sans utilité. Je crois cependant qu'elle est souvent indispensable pour placer le membre dans une bonne position. Je pourrai citer un certain nombre de faits où l'on a eu à s'en louer; je me bornerai à signaler les trois observations suivantes où la guérison n'a été obtenue que par la section des muscles rétractés, combinés à des moyens orthopédiques qui sont d'un grand secours pour ramener le pied à sa position normale.

Obs. I. Marie Bonnet, âgée de douze ans, est assez grande, bien constituée. Elle éprouve depuis un an des douleurs assez vives dans les deux pieds; elle a remarqué que ceux-ci se sont progressivement déformés. Le pied plat-valgus douloureux est type à droite, un peu moins prononcé à gauche. Entrée le 20 novembre 1860 dans mon service, je lui pratique la section des péroniers et j'immobilise le pied pendant dix jours dans un bandage amidonné; on incise ensuite le bandage pour soumettre le pied à des tractions continues exécutées par les ingénieux appareils de M. Blanc.

Deux mois après, la jeune fille marche assez facilement; les pieds ont une bonne position.

Obs. II. Marie Desprez, âgée de quinze ans, a les pieds plats congénitaux; mais, après une croissance très-rapide, elle les a vus se déformer, et, en même temps, elle a ressenti d'abord une fatigue excessive, puis des douleurs très-vives dans les articulations du tarse. Les péroniers sont très-fortement tendus lorsqu'on essaye de ramener les pieds à leur position naturelle. Le 26 avril 1864, section de ces tendons, application d'un bandage et, après quinze jours d'immobilité, application d'appareils mécaniques à traction continue, et enfin usage de la bottine orthopédique décrite plus bas. Ces moyens amènent une guérison à peu près complète de la déformation, et la douleur passe complétement.

Obs. III. J.-B. Triomphe, âgé de treize ans, tisseur, a travaillé dans une chambre humide. Depuis quelques mois seulement, il ressent dans les pieds une sensation de pesanteur, et on reconnaît déjà, surtout sur le pied gauche, le premier degré de la déformation valgus. On est obligé de sectionner les péroniers; le pied reprend presque immédiatement sa forme primitive. Les appareils, et surtout une bottine orthopédique particulière, assurent ensuite la guérison.

Pour cette variété très-fréquente de difformité, une bottine orthopédique a été imaginée, il y a trois ans, par M. Blath, bottier, orthopédiste à Lyon. Elle a donné des résultats excellents.

Voici en quoi elle consiste : Extérieurement, ce n'est qu'une bottine ordinaire lacée, assez haut pour fixer la partie sus-malléolaire de la jambe. La semelle a sur le bord interne une épaisseur d'un centimètre et demi de plus que sur le bord externe, de telle sorte que le pied repose sur une semelle inclinée de dedans en dehors et de haut en bas. Cette inclinaison maintient le bord interne du pied sur un plan plus élevé que l'externe, et, par suite, produit la rotation en dedans. De plus, un contrefort vigoureux, adossé au cuir de la bottine, soutient en dedans la voûte plantaire, de façon que le pied ne peut nullement tourner en dehors. On ne permet jamais aux malades de marcher sans cet appareil, et, après quelques mois de son emploi, le pied perd sa tendance à redevenir valgus.

OTOSCOPE DU Dr GARRIGOU-DESARÈNES.

Nouveau procédé de cathétérisme de la trompe d'Eustache et nouvelles sondes.

Par M. le Dr Braconnot.

Il y a en ce moment en Allemagne une grande impulsion donnée à l'étude des lésions de l'ouïe.

Après l'anatomie de Trœltsch, dans laquelle l'auteur donne une excellente définition de la membrane du tympan, Polytser vient de faire paraître un travail très-intéressant sur les maladies de cette membrane.

En voulant suivre ces différents auteurs dans leurs études et y joindre les résultats fournis par les siennes, le docteur Garrigou-Desarènes a voulu se procurer d'abord un bon instrument, avec lequel il put voir de la façon la plus distincte la membrane dont il s'agissait de suivre les changements physiologiques et pathologiques.

Après différents essais, il a fait construire par M. Guéride un réflecteur disposé de telle façon que, cet instrument étant posé sur une bonne lampe, l'on distingue sans aucune difficulté la membrane tympanique, et je pense qu'il est aussi facile de l'étudier par ce moyen qu'avec le plus beau rayon solaire arrivant directement sur cet organe.

Voici d'après quels principes M. Garrigou-Desarènes a fait construire son réflecteur.

Une source de lumière étant placée au foyer principal d'un miroir sphérique, les rayons réfléchis ne forment pas rigoureusement un faisceau parallèle à l'axe.

Avec un miroir *parabolique*, au contraire, les rayons réfléchis forment dans les mêmes conditions un faisceau de rayons rigoureusement parallèles.

J'ai donc employé, me disait M. Garrigou-Desarènes, un réflecteur parabolique, et je viens concentrer sur la membrane, à examiner au moyen d'une lentille convergente (*teinte en vert*, pour avoir une lumière moins rouge), le faisceau de rayons parallèles ainsi obtenus.

Hier, mercredi, à l'hôpital de la Charité, dans le service du professeur Denonvilliers, suppléé par M. Péan, chirurgien des hôpitaux, j'ai vu, ainsi que les nombreux élèves présents chez M. Péan, plusieurs lésions de la membrane du tympan aussi distinctement que si cette membrane eut été posée sur la main.

Le docteur Garrigou-Desarènes nous a d'abord fait examiner une jeune fille présentant au cou des traces de scrofules, dont les deux tympans, à la suite d'otorrhée ayant duré plusieurs années, avaient pris une coloration blanchâtre avec épaississement de la muqueuse externe et du tissu conjonctif sous-muqueux. L'on apercevait encore, mais à peine, la longue branche du marteau, marquée par un petit point blanc se détachant de la coloration générale de la membrane.

Sur une seconde malade, nous avons examiné une perforation du tympan de l'oreille droite, suite d'inflammation de la caisse avec issue de mucosités purulentes par cette perforation. Elle présentait un aspect presque linéaire, ayant un millimètre et demi de longueur, siégeant à la réunion des deux tiers inférieurs de la membrane avec le tiers supérieur et un peu en avant. Quand la malade soufflait, ayant le nez et la bouche fermés, l'on voyait une bulle se former sur cette ouverture qui s'élargissait, et, avant que cette bulle de mucus purulent ne se déchirât, l'on apercevait sur ses parois des battements isochrones avec le pouls de la malade.

Le reste du tympan ayant encore la surface externe lisse et assez brillante, était cependant plus épais et plus opaque qu'à l'état sain.

La troisième malade présentait un tympan sain, sa coloration se rapprochant, comme l'a indiqué Rau, du gris-clair brillant

de la perle. L'on distinguait parfaitement le triangle lumineux décrit par Wilde (de Dublin).

Le second tympan affecté d'une sorte de dégénérescence charnue, suite d'une myringite chronique avec écoulement, datant de cinq ans. L'écoulement a cessé depuis les soins que lui donne le docteur Garigou-Desarènes, mais la lésion de la membrane est encore très-prononcée.

Sur un quatrième malade, nous avons examiné, d'un côté, une destruction presque complète de la membrane du tympan; les osselets ont presque tous disparu, et l'on distinguait la fenêtre ovale ayant encore l'étrier posé à son ouverture.

L'autre oreille, chez ce malade, présentait une membrane blanche au centre, avec un cercle rouge descendant, sous forme de petit ruban rouge, le long de la longue branche du marteau. Ce malade a eu une otorrhée double qui a duré dix ans. L'écoulement a cessé dans les deux oreilles.

Il entend très-dur.

Chez un cinquième malade, nous avons examiné une rétraction de la membrane tympanique, à la suite d'une inflammation de la caisse, de sorte que le manche du marteau faisait saillie, et la membrane tympanique, rapprochée de la paroi interne de la caisse, semblait soutenue par le manche du marteau comme une petite tente sur le support de sa partie supérieure.

Dans cette même clinique, M. le docteur Garrigou-Desarènes nous a exposé sur une tête de cire, moulée d'après une pièce préparée par lui, une nouvelle méthode de cathétérisme de la trompe d'Eustache, qui nous a paru d'une simplicité telle que M. Péan nous a dit qu'il la considérait comme bonne, et qu'il lui donnait la préférence sur les méthodes employées jusqu'à ce jour.

Voici comment procède le docteur Garrigou-Desarènes.

Le malade étant assis devant lui, il prend sa sonde (n° 3) de la main droite entre le pouce et l'index, la convexité tournée en haut. Il engage la sonde sur le plancher de la fosse nasale, qui correspond à l'oreille malade; il suit le plancher en le touchant à peine, et, de temps en temps, il tourne le bec de la sonde en dedans vers la cloison, en s'assurant ainsi du voisinage de cette dernière.

Quand il sent que le bec de la sonde abandonne la cloison, il fait décrire à la sonde un demi-cercle en dehors, doucement et d'une façon continue. L'ouverture de la trompe à la paroi externe correspond, à un ou deux millimètres près en arrière, à cette partie postérieure de la cloison; la sonde s'engage tout naturellement dans cette ouverture, en poussant légèrement.

Après avoir essayé cette méthode sur la pièce de cire, nous l'avons appliquée sur un malade présenté par M. Garrigou-Desarènes, et nous sommes arrivés de suite dans la trompe d'Eustache.

Par cette méthode, si facile et si simple, l'on ne fatigue nullement le malade, et l'on ne s'expose pas à le faire saigner ou à exciter les contractions des muscles du voile du palais, comme par les méthodes de Cleland ou de Gairal.

Je vous parlerai aussi de deux formes de sondes nouvelles pour la trompe d'Eustache, présentées par le docteur Garrigou-Desarènes.

Comme l'a parfaitement fait observer Malgaigne (*Manuel de médecine opératoire*, 4e édition, p. 417 et suiv.), les sondes, avec leur courbure ordinaire, n° 3, viennent toucher les parois de la trompe, et une baleine très-mince, ou tout autre mandrin introduit par la sonde dans le but de dilater la trompe, ne peut s'avancer dans celle-ci. Avec la sonde n° 1, du docteur Garrigou-Desarènes, le bec de la sonde suivant l'axe de la trompe, le mandrin de baleine pénètre facilement.

La seconde sonde offre, à 4 millimètres de son bec, un renflement olivaire n° 2 pour empêcher, dans les rétrécissements de la trompe, le retour trop facile de l'air poussé par la boule en caoutchouc, et pour le forcer à pénétrer ainsi au-delà du rétrécissement jusque dans la caisse.

EXPÉRIENCES SUR LA CHALEUR ANIMALE,

et spécialement sur la température du sang veineux comparée à celle du sang artériel dans le cœur et les autres parties centrales du système vasculaire,

Par M. P. Colin.

Dans ces recherches, que je poursuis depuis plusieurs années, je me suis attaché avant tout à perfectionner les procédés qui permettent de descendre les thermomètres dans les cavités du cœur sans troubler les fonctions de cet organe, et à vérifier scrupuleusement les données de l'expérimentation sur un grand nombre d'animaux d'espèces différentes, dans les conditions les plus variées.

Voici les principaux résultats auxquels je suis arrivé, résultats dont plusieurs concordent, au moins une partie, avec ceux qui ont été obtenus récemment par d'habiles observateurs. Je laisse aux savants, particulièrement aux chimistes, le soin de les appliquer aux théories de la respiration et de la calorification animale.

Le corps animal n'a pas, à beaucoup près, comme Davy l'a déjà noté, une température uniforme, car il n'y a pas en lui une égale production, une égale répartition, ni une égale déperdition de calorique. Considéré en masse, sa température décroît du centre à la périphérie, surtout vers les extrémités, où les surfaces rayonnantes deviennent très-étendues relativement au volume des parties.

Les parties centrales voisines du foie et de l'estomac arrivent au degré maximum, ainsi que M. Bernard l'a démontré. Cependant la base des poumons, la partie antérieure du diaphragme, aussi rapprochées du centre que les premières, ont une température très-sensiblement inférieure à celle des parties sous-diaphragmatiques. De ces parties, les unes sont à température constante ou subordonnée à celle du sang; les autres, telles que le poumon, la peau, le système musculaire, l'estomac, l'intestin, en ont une essentiellement variable, modifiée sans cesse par celle de l'atmosphère ou par les actions chimiques intermittentes qui se passent en elles.

Les deux sangs n'ont point le même degré de chaleur, ni dans les régions où les artères et les veines se juxtaposent, ni dans les deux cœurs. Mais il est très-difficile de les comparer entre eux d'une manière rigoureuse. Presque partout, si ce n'est dans les organes profonds, le sang de l'artère est plus chaud que celui de la veine satellite. Le sang de la carotide, par exemple, l'est de 1/2, 1, 2 degrés plus que celui de la jugulaire, et ainsi à peu près de l'artère fémorale comparée à la saphène, de l'artère radiale comparée à la sous-cutanée de l'avant-bras. D'ailleurs l'uniformité n'existe pas même dans l'ensemble de chaque système vasculaire pris à part. Dans l'artériel, la température va en décroissant très-faiblement du tronc aortique vers les divisions terminales; dans le veineux, au contraire, elle s'élève très-rapidement des radicules vers les parties centrales. Toutefois, chaque grande veine a la sienne propre: la veine cave supérieure offre le minimum, la veine porte le maximum, et la veine cave inférieure conserve le degré intermédiaire.

Lorsque les deux sangs arrivent au cœur, leurs températures ne gardent point entre elles des rapports constants et invariables tels que beaucoup de physiologistes les avaient supposés. Dans un petit nombre de cas, la température est sensiblement la même des deux côtés; d'autres fois, celle du sang veineux l'emporte; mais le plus souvent le sang artériel est le plus chaud, comme on le croit assez généralement depuis Lavoisier, plutôt d'après les théories chimiques de la respiration que d'après les résultats d'une expérimentation exacte. Je me suis particulièrement attaché dans mes recherches à vérifier ce point capital en faisant descendre dans le cœur des thermomètres métastatiques à maxima construits par M. Valferdin, thermomètres qui étaient portés dans les cavités cardiaques, par la carotide ou par la jugulaire, à l'aide d'un petit appareil que je mets sous les yeux de l'Académie.

Ainsi, sur plus de 80 animaux, chevaux, taureaux, béliers et chiens, qui ont servi à 102 observations thermométriques doubles, il y a eu 21 fois égalité de température entre les deux cœurs ou entre les deux sangs pris à l'entrée des ventricules, 31 fois excès de température dans les cavités droites, et 50 fois excès dans les cavités gauches ou aortiques. Les différences entre le sang artériel et le sang veineux dans le cœur ont oscillé, terme moyen, de 1 à 2 dixièmes de degré; néanmoins elles se sont élevées jusqu'à 6 et 7 dixièmes, suivant les espèces et l'état des animaux.

Ces différences de température entre les deux sangs et les rapports qu'elles ont entre elles paraissent dépendre de plusieurs causes dont les plus remarquables dérivent de l'état de la peau, de l'activité ou de l'inaction du système musculaire, du travail digestif, de l'abstinence, etc. Ainsi, chez les animaux qui ont à la fois la peau couverte d'une épaisse toison et les viscères abdominaux très-développés, le sang veineux superficiel se conservant chaud, et le sang de la veine porte étant abondant, la température de la masse du sang veineux dans les cavités droites tend à dépasser celle du sang artériel. Au contraire, chez les animaux à peau peu couverte et à système abdominal peu développé, le sang veineux des parties superficielles plus refroidi et le sang de la veine porte moins abondant impriment à la masse du sang un abaissement marqué. C'est aussi chez le chien que l'excès de température du sang artériel est le plus commun et le plus prononcé, car il s'y montre 8 ou 9 fois sur 10, et y atteint jusqu'à 7 dixièmes de degré.

D'autre part, dans les circonstances si communes où la totalité du système musculaire entre en action, la masse du sang noir ramené au cœur tend à prendre une température prédominante, ce qui est en rapport avec les résultats des belles expériences de M. Becquerel sur le développement de la chaleur dans les muscles en contraction.

C'est très-probablement à cause de ces variations dans le degré de chaleur du sang charrié par les veines que la relation entre la température de ce sang et celle du sang artériel devient si changeante. Et elle devient telle afin que s'établissent les compensations nécessaires au maintien de la chaleur animale à un degré à peu près constant.

De ce fait remarquable entre tous, que dans le cœur la température du sang artériel l'emporte sur celle du sang veineux, il faut inévitablement tirer la conclusion que le sang s'échauffe en traversant le tissu pulmonaire. En effet, si, après avoir cédé du calorique tant pour échauffer l'air des bronches que pour vaporiser le produit de la transpiration, le sang est encore, malgré ces deux causes de refroidissement, plus chaud à sa sortie du poumon qu'il ne l'était à son entrée dans cet organe, c'est que son conflit avec l'air a produit de la chaleur. Conséquemment l'hématose, telle qu'elle s'effectue dans le poumon, doit être, ce semble, considérée comme une source locale et immédiate de la chaleur animale.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 8 novembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey adresse, de la part des auteurs, les ouvrages suivants :

De la résection de l'articulation de l'épaule, par M. Thomas Longmore, professeur de chirurgie militaire;

Un *Mémoire sur l'uranoplastie* et un *Mémoire sur la résection du genou*, par M. Bernard Beck (de Freibourg);

Des accidents déterminés par les piqûres de mouches, par M. Ricque, médecin aide-major de 1re classe;

Sur le traitement des fractures de la jambe par l'appareil hémi-périphérique en plâtre de M. Périer, par le docteur Morand, médecin-major de 2e classe à l'hôpital du Dey;

Un Mémoire de M. le docteur Chassagniol, médecin en chef de la marine, en retraite, *sur la posthotomie* au dix-neuvième siècle.

— A propos du procès-verbal :

M. Trélat demande la parole pour donner lecture de la rectification suivante :

Messieurs, en communiquant à la Société, dans notre séance du 18 octobre dernier, le rapport fait au comité du ministère de l'intérieur sur les *conditions hygiéniques à remplir dans la création des hôpitaux*, j'ai fait remarquer que M. Tardieu faisait partie du comité et de la Commission spéciale.

Depuis ce moment, M. Tardieu m'a fait savoir par une lettre et m'a prié de porter à votre connaissance que depuis plus d'un an il n'a pris aucune part aux travaux du comité; qu'en conséquence, il décline toute responsabilité relative à ces travaux, et que d'ailleurs il n'a pas signé le rapport cité plus haut.

RAPPORTS.

M. Guyon, au nom de M. Panas absent, lit deux rapports : l'un, relatif aux manuscrits laissés par Morel-Lavallée et adressés à la Société par Mme Morel-Lavallée, se termine par les conclusions suivantes :

1° Publier dans les *Bulletins* de la Société un certain nombre de ces manuscrits ayant plus particulièrement trait à des cas de chirurgie;

2° Déposer honorablement les autres dans les archives de la Société.

Ces deux conclusions sont adoptées.

Le deuxième rapport, qui est aussi verbal, a pour sujet une opération de bec-de-lièvre, avec staphyloraphie et ouranoplastie, faite par M. Delore (de Lyon). Cette opération a été suivie de succès, mais le malade n'a pas été gardé assez longtemps pour qu'on ait pu vérifier dans ce cas le résultat obtenu par la conservation du périoste, du moins quant à la régénération osseuse de la voûte palatine.

Cette observation sera publiée dans le *Bulletin*.

COMMUNICATION.

Polydactilie irrégulière.

M. Guyon, à propos de faits analogues présentés dans l'une des dernières séances, communique l'observation suivante, recueillie par M. Thierry, son interne :

Le 14 février 1865, la femme P... accouche d'une fille à terme à l'hôpital de Villas, service de M. le docteur Guyon.

Cette enfant présente pour toute difformité l'altération suivante, qu'on observe aux deux mains en des points similaires.

Du bord interne de la main gauche, au niveau de la cinquième articulation métacarpo-phalangienne, se détache un pédicule mince, violacé, long de 0m,012; ce pédicule se termine par une tumeur dure, aplatie, ayant l'aspect de la peau, du volume d'une noisette. Sur un point de sa circonférence, on remarque une dépression irrégulière, rayonnée.

Cette tumeur est enlevée d'un coup de ciseaux donné sur le pédicule en dehors d'une ligature appliquée à son insertion à la peau.

En incisant le pédicule et la tumeur dans le sens de sa longueur, il s'écoule une petite quantité de liquide séreux; on observe alors trois ou quatre traînées rougeâtres, vasculaires, qui vont du pédicule vers le centre de la tumeur, et au centre deux petits noyaux juxtaposés, durs, d'un blanc nacré, d'aspect cartilagineux.

L'examen microscopique est fait par M. Gimbert, préparateur de M. Robin, et vu par M. Robin; il fournit les renseignements suivants :

La tumeur est formée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les deux petits noyaux du centre présentent l'aspect du tissu cartilagineux en voie d'ossification.

Substance amorphe contenant des cellules cartilagineuses; près de la périphérie, cellules plus nombreuses disposées presque parallèlement au bord libre, et, dans leur intervalle, substance granuleuse, jaunâtre, épaisse au niveau de ce bord, et envoyant par sa partie profonde des traînées entre les cellules cartilagineuses.

Le liquide contenu est albumineux, et présente au microscope des globules sanguins dont quelques-uns sont en voie de décomposition.

Au point exactement symétrique de la main droite, petite tumeur de quelques millimètres de longueur, se terminant brusquement par une extrémité dure, blanchâtre. Cette tumeur offre à peine le volume d'un grain de chènevis.

M. Dolbeau. Pendant un séjour de deux ans à l'hospice des Enfants-Assistés, j'ai vu également plusieurs exemples de *polydactilie* de toutes variétés.

Je crois, comme notre collègue M. Guyon, que l'examen attentif des différentes variétés de cette difformité doit amener à la regarder comme étant due à l'existence de *doigts surnuméraires* plus ou moins complets dans leurs éléments constituants.

M. Cloquet. Cette difformité n'est pas rare; j'en ai, pour ma part, observé cinq ou six exemples. J'en ai fait l'ablation, et j'ai pu me convaincre aussi qu'il s'agissait bien là de doigts surnuméraires plus ou moins rudimentaires.

M. Blot. Je ne pense pas que cette difformité soit aussi commune que pourrait le faire croire ce qui viennent d'en dire nos honorables collègues. Je me fonde, pour émettre cette opinion, sur ce que j'ai pu observer sur environ 10,000 enfants nouveau-nés soumis à mon examen, tant à la Maternité qu'à l'hôpital des Cliniques. En effet, sur ce nombre assez considérable d'enfants, je n'ai rencontré qu'une seule fois la difformité en question.

M. Velpeau. Il ne me paraît pas douteux que ce soient là de véritables doigts. J'ai, pour mon compte, vu un de ces doigts surnuméraire près du pouce, et les deux pouces étaient si semblables qu'il était assez difficile de dire celui qui était le doigt anormal. On y retrouvait d'ailleurs tous les éléments d'un pouce complet.

M. Cloquet rappelle qu'il a observé aussi un cas de pouce double chez un adulte, mais que le plus ordinairement ces doigts ou appendices anormaux se rencontrent sur le bord cubital de la main.

M. TARNIER. Puisque chacun donne ici le résultat de son observation, je dirai que le hasard m'a aussi fait voir un pouce surnuméraire, dans lequel existaient d'une manière très-évidente des éléments cartilagineux.

M. BLOT fait également remarquer que dans le cas qu'il a rencontré il s'agissait d'un pouce surnuméraire.

M. TRÉLAT. Contrairement à l'opinion de M. Blot, je considère la difformité en question comme très-commune. J'en ai observé une quinzaine de cas. Leur fréquence paraîtrait peut-être plus grande, si on faisait entrer en ligne de compte toutes les nuances, tous les degrés de cette anomalie, depuis le plus simple appendice fibro-cutané jusqu'au doigt complet.

M. BLOT. Il est probable que notre collègue M. Trélat a eu affaire à une de ces coïncidences singulières qui, dans un laps de temps souvent fort court, vous fait observer un grand nombre de faits de la même nature.

M. GIRALDÈS. Je crois avec M. Blot à l'existence de ces séries de faits de même nature qui disparaissent ensuite pour plus ou moins longtemps. Je dirai cependant que, pour ma part, j'ai vu un très-grand nombre de ces doigts surnuméraires.

Dernièrement encore j'en ai observé deux sur le même sujet, un sur chaque main, celui de la main gauche moins développé que celui de la main droite.

M. DANYAU. Je suis de l'avis de M. Blot sur le degré de fréquence de ces difformités. Dans l'espace de vingt-quatre ans d'exercice à la Maternité, je n'en ai pas vu plus d'une dizaine de cas.

M. TRÉLAT persiste à penser que c'est là une chose commune, et ce qui le prouve, suivant lui, c'est qu'elle est parfaitement connue, anatomisée et même représentée.

M. BLOT. Les dernières raisons que vient de produire M. Trélat ne sont pas de nature à porter la conviction. Je serais bien autrement ébranlé dans ma première opinion si M. Trélat nous produisait une statistique renfermant, d'une part, le nombre des enfants nouveau-nés soumis à son observation, et, de l'autre, le nombre de doigts surnuméraires rencontrés sur ce même nombre d'enfants.

M. VELPEAU. Je pense qu'il faut tenir grand compte des coïncidences singulières que produit souvent le hasard; à ce propos, je n'ai jamais oublié celle qui m'a fait voir, le même jour en ville, trois exemples de fracture du col du fémur.

ÉLECTIONS.

La Société procède à la nomination de trois commissions, l'une pour le prix Duval, l'autre pour la présentation des candidats aux places vacantes de *membres correspondants nationaux*.

Par suite des modifications apportées aux statuts de la Société, le nombre des membres correspondants nationaux est porté de 70 à 100. Trois places sont d'ailleurs devenues vacantes par suite des décès de MM. Rigal de Gaillac et Alquié de Montpellier, et enfin par la mutation de M. Perrin, qui est devenu membre titulaire.

La Société décide que six places, plus le nombre des places devenues vacantes par extinction ou mutation de ces places, seront données chaque année jusqu'à ce que le nombre 100 soit atteint.

Une troisième commission est également nommée au scrutin de liste pour la présentation des candidats au titre de *membres correspondants étrangers*.

Après plusieurs scrutins, la commission du prix Duval se trouve composée de MM. Chassaignac, Lefort, Dolbeau, Tarnier et Trélat;

Celle des correspondants nationaux, de MM. Follin, Velpeau, Danyau et Richet;

Enfin, celle des correspondants étrangers, de MM. Giraldès, Verneuil, Lefort et Follin.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fracture du crâne, avec enfoncement de quinze millimètres, sans aucun accident cérébral.

M. LEFORT, au nom de M. le docteur Sailly, présente un malade dont voici l'observation recueillie par M. Sailly.

Le 16 octobre dernier, le nommé Normand, ajusteur, âgé de trente-cinq ans, était occupé à percer un trou au haut d'une grille en fer, lorsque l'échelle, sur laquelle il était monté, glissa, l'entraînant dans sa chute. L'appareil à percer le fer mal installé, sans doute, se dérangea, et le villebrequin, d'un poid de deux kilos, tomba d'une hauteur d'environ un mètre vingt centimètres sur la tête de notre malade et lui fit la lésion pour laquelle je fus appelé à lui donner mes soins.

Au-dessus de la bosse frontale gauche se trouve une plaie triangulaire à base inférieure, le lambeau des téguments du crâne est renversé en bas; il existe un enfoncement de l'os coronal offrant une ouverture supérieure de deux centimètres de diamètre, dont les bords sont rugueux, se terminant en un angle où l'on voit une rainure indiquant que la table externe a cédé en ce point comme sur les bords supérieurs. Cet enfoncement mesure dix-huit à vingt millimètres.

L'os est complétement dénudé dans toute l'étendue de la plaie.

Je me borne pour l'instant à relever le lambeau par une suture pratiquée sur son côté interne, afin de n'avoir qu'une plaie longitudinale qui me permette d'en surveiller le fond et puisse offrir un écoulement facile au pus.

Pansements avec l'eau fraîche.

État du malade aussitôt après l'accident. — Le blessé s'est relevé de lui-même, et, quoique perdant beaucoup de sang, il s'en est allé demander des soins dans une pharmacie où il me fit appeler.

Il répond à toutes les questions que je lui pose, il explique parfaitement comment cela lui est arrivé. Je ne constate aucun trouble ni dans la parole ni dans l'intelligence; il n'a éprouvé ni éblouissement, ni vertige, ni perte de connaissance, ni étourdissement; il prétend n'avoir aucun malaise, sauf la douleur de la plaie, douleur qu'il dit très-supportable.

Aussitôt pansé, il retourne chez lui à pied, de la rue de Chabrol à la rue de Larochefoucauld.

Le lendemain, 17, je vais le voir dans la matinée; il éprouve un peu de pesanteur de tête, mais très-peu de chose; à part cela, dit-il, il va très-bien, il a bien dormi. Pas de fièvre, pas de somnolence, en un mot pas plus de symptômes cérébraux que la veille.

Comme il n'a rien chez lui pour renouveler le pansement, il me propose de venir chez moi, ce qu'il fait dans l'après-midi; sa pesanteur de tête est complétement dissipée lorsque je le vois.

Depuis ce jour-là, 17, il est venu tous les deux ou trois jours se faire panser; il a repris ses travaux depuis le 26 octobre, dix jours après l'accident. La plaie a suivi une marche régulière, la suppuration s'est parfaitement établie, une légère compression a été faite pour empêcher le pus de fuser sous l'aponévrose et de gagner les paupières.

Aujourd'hui, 8 novembre, vingt-trois jours après l'accident, il n'est encore survenu aucun symptôme alarmant, pas de trace d'encéphalite, pas de signe de suppuration intracrânienne. Des bourgeons charnus commencent à envahir l'excavation; on voit encore l'os dénudé au fond de la plaie et la rainure qui forme le sommet de l'angle rentrant.

M. BLOT, à propos de cette présentation, rappelle que, chez les nouveau-nés, on observe quelquefois des enfoncements assez considérables des os du crâne, produits par les rétrécissements du bassin, sans que ces enfants offrent les moindres troubles dans la sensibilité et la motilité; il en a vu un certain nombre qui ont parfaitement survécu à cette lésion qui, peu à peu, s'est effacée avec le développement du crâne. Dans un cas, un de ces enfants a eu, le lendemain de sa naissance, des convulsions du côté opposé à l'enfoncement, ce qui ne l'a pas empêché de continuer de vivre et de se bien développer. Trois mois plus tard, on ne retrouvait plus qu'une convexité un peu moindre du frontal qui avait été le siége de la lésion. C'est un fait qu'il est bon de se rappeler quand on se trouve aux prises avec certains rétrécissements du bassin. Au reste, on se rappelle probablement que M. Danyau a présenté, il y a un an, un fait de ce genre à la Société.

M. MARJOLIN a vu un de ces enfoncements chez un enfant qui avait de temps en temps des convulsions épileptiformes.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire-annuel, HIPP. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par decret en date du 28 octobre 1865, ont été promus au grade de médecin-major de 2e classe, les cinquante-huit médecins stagiaires dont les noms suivent, savoir :

MM. Faucon, Cousin, Laederich, Badal, Barthélemy, Stieldorff, Lenoir, Évrard, Madamet, Joly, Raimond, Genaudet, Geniaux, Érambert, Semanne, Katz, Apté, Marchal, Coursières, Trémant, Beaugrand, Weber, Brachet, Joubin, Oberlin, Carayon, Nevière, Lavit, Salle, Salomon, Comte, Berger, Gallet, Senut, Thomas, Bellet, Haberkorn, Reisser, Morin, Biscarrat, Alphant, Bourdais de la Moissonnière, Dogny, Thiébaut, Boudet, Marvy, Rivière, Frenoy, Bouchardat, Roux, Cailliot, Dubois, Jeanmaire, Verger, Verette, Deville, Godart, de Labrousse.

— Un concours ouvert au Val-de-Grâce, pour deux emplois de professeur agrégé à l'École impériale de médecine et de chirurgie militaire, vient de se terminer par la nomination de MM. Vallin et Boisseau.

— Le Congrès médical espagnol, qui s'était réuni la première fois en 1864, ouvrira sa seconde session en septembre 1866.

Les médecins étrangers sont invités à prendre part aux travaux de ce Congrès.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Blot, secrétaire général de la Société médicale d'Indre-et-Loire, qui vient de succomber à l'âge de trente-huit ans.

— M. le docteur Legrand du Saulle commencera son cours de *médecine légale des aliénés* le lundi 20 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis et les lundis suivants à la même heure.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 136. — MARDI 21 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 21 NOVEMBRE 1865. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Accidents cholériformes survenus dans un cas de fièvre typhoïde et ayant amené la mort.

(Observation lue à la Société médicale d'observation par M. DUGUET, interne du service.)

Au n° 35 de la salle Sainte-Catherine, hôpital des Enfants-Malades, service de M. Bouchut, a été placée, le 3 août dernier, une petite fille âgée de deux ans.

Au dire des parents, qui jouissent d'une santé excellente, cette enfant aurait toujours été bien portante. Elle a un frère âgé de trois ans qui se trouve dans les mêmes conditions.

Depuis huit jours seulement cette petite fille serait prise de fièvre avec violents maux de tête, de perte d'appétit, d'envies de vomir et de constipation. Dès le début, les yeux seraient devenus caves, il y aurait eu des alternatives d'abattement et d'agitation, une toux légère, pas d'épistaxis.

A son entrée, la malade, couchée sur le dos, présente les signes de l'abattement le plus profond. Les lèvres sont sèches, leur face interne est couverte de matières noirâtres, fuligineuses, qui se rencontrent également sur les dents et à la face supérieure de la langue. Celle-ci est sèche, épaisse, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe; ses mouvements sont lents. La face interne des joues, le voile du palais et les amygdales sont rouges, un peu voilés par un mucus brunâtre et gluant. La soif est vive, l'appétit nul; pas de vomissements.

Du côté du ventre, on observe une légère voussure des parois abdominales; la peau est chaude, brûlante, sèche; elle ne présente point de taches. A la pression, la sensibilité n'est pas exagérée, et l'on n'éveille les cris de l'enfant qu'en pressant au niveau des deux fosses iliaques, surtout de la fosse iliaque droite : de plus, en ce point, on perçoit un peu de gargouillement. La sonorité du ventre est augmentée dans toutes les parties, sans présenter toutefois un son véritablement tympanique. Il n'y a pas de selles. La vessie ne déborde pas au-dessus du pubis, et l'enfant a uriné jusqu'ici.

La rate paraît sensiblement augmentée de volume; il n'en est pas de même du foie.

Les battements du cœur sont réguliers, mais fréquents et sans bruit de souffle; le pouls est à 120.

Du côté des poumons la percussion est normale : à l'auscultation, on entend disséminés partout quelques râles sibilants et ronflants. Notons d'ailleurs que la respiration n'est pas très-fréquente et qu'elle est, comme le pouls, parfaitement régulière.

Bien que l'enfant paraisse plongée dans une stupeur profonde, parfois cependant elle est prise d'agitation, elle crie, se retourne dans son lit, et tomberait de son berceau si elle n'était retenue. Les yeux sont caves, sans strabisme; la cornée transparente, les pupilles peu dilatées; il y a pulvérulence des narines, et la petite malade paraît complétement étrangère aux paroles qu'on lui adresse.

La peau a conservé sa sensibilité à peu près normale; lorsqu'on pince les mains ou les pieds, la malade retire les bras et les jambes. La chaleur générale, bien qu'un peu moins marquée sur tout le reste du corps que sur la peau du ventre, présente cependant un degré supérieur à la chaleur ordinaire.

En raison de l'état de la langue, du ventre et du thorax, et bien qu'il n'y ait ni épistaxis ni diarrhée, et que cet état général soit assez insolite chez des enfants de cet âge, on diagnostique une *fièvre typhoïde*.

Le lendemain 4 août, l'état général et l'état local n'ont pas changé : la nuit s'est passée tantôt dans un accablement considérable, tantôt dans une vive agitation. On donne à l'enfant 25 milligr. d'émétique dans 30 grammes d'eau sucrée.

Au bout d'une heure, la malade vomit et va à la garde-robe. Les vomissements sont abondants, verdâtres, les selles également abondantes, liquides et brunâtres.

Le soir, l'enfant obtient un moment de calme, mais elle continue dans la nuit à avoir des envies de vomir sans rien rendre, et elle a plusieurs selles de même couleur que les précédentes. La nuit se passe sans sommeil.

A la visite du matin 5 août, on ne constate aucune amélioration dans l'état général; les yeux sont même plus caves et le ventre plus ballonné, plus douloureux. La diarrhée continue : on donne 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

Le 6, même état : la diarrhée persiste, mais de notables changements se sont opérés. Le facies est grippé, les yeux plus caves encore, ternes, l'agitation a redoublé, et le nez, les mains, les pieds ont une température très-inférieure à celle des autres parties du corps; en même temps, la peau prend une teinte bleuâtre bien manifeste.

La poitrine est sonore avec les mêmes râles ronflants et sibilants; le pouls faible, à 140. On continue le sous-nitrate de bismuth.

Dans la journée, la température baisse encore, les extrémités deviennent tout à fait froides, les vomissements et les selles reprennent avec une nouvelle vigueur.

L'interne de garde, appelé, donne à la malade une potion cordiale.

Dans la nuit, l'enfant ne peut plus rien supporter; elle a des crampes dans les bras et les jambes, qui se tordent et se rétractent; l'agitation est extrême, les selles et les vomissements ne peuvent plus être comptés; la face devient terreuse, et la mort arrive à huit heures du matin, le 7, au douzième jour de la maladie.

Notons que les urines n'ont pu être examinées, et il a été impossible de savoir si la malade urinait en allant sous elle.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Le cadavre, d'une façon générale, paraît très-amaigri.

Les poumons sont mous, crépitants, et simplement engoués à la base et en arrière surtout; les bronches et le larynx offrent un peu de rougeur de la muqueuse; les plèvres ne contiennent point de liquide.

Le péricarde et le cœur sont sains; les cavités droites renferment un peu de sang visqueux, non coagulé, ressemblant assez à de la gelée de groseille.

Les anses intestinales, aussi bien du gros que du petit intestin, sont légèrement distendues. Il en est de même de l'estomac.

En ouvrant le tube digestif, on trouve la muqueuse du cardia au rectum congestionnée faiblement; à partir du jéjunum, il contient encore une quantité notable de matières liquides d'un vert brunâtre, et, à 1 mètre et demi environ de la fin de l'intestin grêle, on voit des plaques de Peyer gonflées, d'un rouge intense; leur saillie dépasse souvent 1, 2 et même 3 millimètres, à mesure surtout que l'on arrive près de la valvule iléo-cæcale; leur tissu paraît constitué uniquement par un épaississement de la muqueuse et un développement exagéré des follicules de la plaque : en aucun point on ne trouve distinctement une matière jaune sous la tunique interne; on peut compter ainsi une trentaine au moins de plaques gonflées; sur une dizaine environ, on rencontre des ulcérations à fond rougeâtre, larges de 2 à 5 millimètres, reposant pour la plupart sur la tunique fibreuse; au voisinage du cæcum, plusieurs plaques présentent chacune deux ou trois ulcérations de cette nature.

Les follicules isolés sont atteints d'une altération semblable; une quinzaine sont également ulcérés.

Notons que des arborisations très-fortes viennent aboutir au pourtour des points malades.

Dans le gros intestin, à part un peu de rougeur et une légère saillie des follicules, on ne trouve rien de particulier.

Le mésentère est rempli de masses ganglionnaires dont quelques-unes atteignent le volume d'un marron : ces dernières correspondent à la fin de l'intestin grêle. Leur surface est arrondie, régulière, leur consistance un peu molle, leur couleur d'un rose sombre. Leur coupe fait voir une substance d'aspect encéphaloïde. Les ganglions, moins volumineux, sont plus fermes.

La rate a doublé environ de volume; sa couleur et sa consistance sont normales; à la coupe, on distingue une foule de petits points blanchâtres gros comme une tête d'épingle.

Le foie est d'une pâleur remarquable; son volume ne paraît pas augmenté, mais sa consistance est d'une mollesse extrême; on le roule comme un chiffon en tous sens; sa coupe n'est pas grenue; sa cassure est difficile à produire; on le déchire plutôt qu'on ne le casse, et sa couleur profonde est également d'un gris pâle, tirant sur le jaune. C'est un type de l'altération sur laquelle M. Chedevergne a spécialement en France attiré l'attention. Et, au microscope, on trouve les cellules du foie entièrement chargées de gouttelettes de graisse, quelques-unes mêmes sont rompues, et l'on trouve des gouttelettes libres dans les préparations.

Les reins sont congestionnés; leur substance corticale est jaunâtre, avec des lignes rouges qui vont de la surface du rein à la substance médullaire : celle-ci est également rouge; la vessie ne contient que peu d'urine faiblement trouble.

La cavité du péritoine ne renferme pas de liquide.

Le cerveau et les méninges ont offert une congestion notable, prononcée en particulier dans les couches corticales des centres nerveux.

En résumé, cette observation de fièvre typhoïde me paraît intéressante, d'abord au point de vue des symptômes, qui ont été plus marqués qu'on ne les rencontre habituellement chez l'enfant à cet âge; je veux parler surtout de cet état général grave indiquant une atteinte profonde et caractérisé spécialement par l'aspect de la langue et celui du visage.

Mais elle me paraît digne d'attention surtout par sa terminaison. Je ne pense pas en effet que, en face des phénomènes ultimes et des résultats de l'autopsie, on puisse douter du genre de mort de l'enfant. Il y a eu ici un épuisement rapide produit par les vomissements et les selles; épuisement qui ne se rencontre pas, que je sache, au moins d'une façon aussi rapide

FEUILLETON.

DE LA GÉNÉRATION DES ÉLÉMENTS ANATOMIQUES

(Thèse de M. CLÉMENCEAU).

Les sciences dites d'observation présentent de grandes analogies dans les phases de leur développement; à leur début, elles ne s'occupent que de voir et de définir les objets qui, les premiers, se sont offerts à leur examen; puis elles entrent dans la voie de l'interprétation; enfin, quand elles se sentent assez solidement établies sur leurs bases fondamentales, elles remontent aux causes et cherchent à se rendre compte du pourquoi et du comment des choses. L'histologie n'a pas plus qu'une autre échappé à cette marche fatale. Elle s'est constituée par l'étude des éléments anatomiques, tels qu'ils se montrent au microscope, avec leurs formes spéciales et leur arrangement réciproque dans la trame des tissus; puis, une fois ce premier pas fait, elle a dirigé ses recherches vers le mode de génération de ces éléments; mais comme sur ce terrain les difficultés de l'observation rendaient l'interprétation bien plus délicate, et, qu'en fait d'interprétation, les esprits obéissent, chacun de leur côté, à leurs tendances particulières, il devait résulter de ce concours d'efforts dirigés par une pensée unique, une grande divergence d'opinions portant soit sur l'ensemble des doctrines émises, soit seulement sur les détails. Pour trancher le différend entre les uns et les autres, et dire de quel côté est l'erreur, de quel côté la vérité, il faudrait une compétence reconnue et acceptée de tous; mais à défaut de cette compétence, il faut savoir gré de leurs efforts à ceux qui, désintéressés dans la question, cherchent à démêler la vérité au milieu des contradictions qui la voilent; qui, adoptant une doctrine de leur plein gré, en rassemblent les éléments épars, recueillent les faits isolés, les classent et les présentent à l'examen de tous dans des conditions favorables à leur vulgarisation. Telle est la tâche qu'a entreprise M. Clémenceau. L'intérêt que nous avons trouvé à la lecture de son travail nous engage à en donner ici une courte analyse.

Nous passerons sur une introduction de quelques pages consacrée à des généralités et à des définitions destinées à fixer la valeur de certains termes techniques, pour arriver de suite à l'exposé des quatre chapitres dont se compose la thèse de M. Clémenceau.

L'étude de l'ovule à partir de la fécondation jusqu'à la formation du nouvel être, fait l'objet du premier chapitre. L'auteur, laissant de côté tout ce qui est du ressort de l'embryologie proprement dite, ne s'occupe que des transformations intimes dont l'ovule est le siége, transformations qui s'effectuent par la génération d'éléments nouveaux. En nous initiant aux différents modes qu'elle présente et en nous montrant la continuation des mêmes phénomènes dans l'organisme parvenu à son entier développement, l'auteur nous place au cœur même de son sujet.

Le second chapitre est consacré tout entier à l'étude de la genèse; nous verrons plus tard ce qu'il faut entendre par ce mot. C'est là que la doctrine adoptée par M. Clémenceau, et qui, disons-le tout de suite, appartient à M. Robin, se révèle dans ses traits les plus caractéristiques.

Dans le troisième chapitre, il s'agit encore de l'ovule, mais de l'ovule non fécondé et considéré simplement comme un produit de l'organisme. Étendant, à l'exemple de M. Robin, le sens du mot ovule à la désignation des cellules du sperme, l'auteur rapproche de l'ovulation proprement dite la sécrétion du liquide générateur.

Enfin, le quatrième chapitre est consacré aux applications, à la pathologie des lois générales établies dans la première partie du travail. Revenons maintenant sur quelques-uns des points les plus saillants de la doctrine.

L'ovule, jusqu'au moment de la fécondation, est une simple cellule, un produit; mais après le contact du sperme, il devient le foyer de développement du nouvel être; alors seulement il a une existence propre. La fécondation marque donc le début des phénomènes de génération d'éléments nouveaux, qui commencent là pour ne se terminer qu'à la mort de l'individu. Elle mérite, à cet égard, de servir de point de départ à la description de ces phénomènes, et cette façon de voir justifie l'auteur d'avoir scindé l'étude de l'ovule pour en faire deux chapitres distincts. Supposons donc l'œuf fécondé et voyons ce qui s'y passe.

La déformation et la giration du vitellus, la production par gemmation des globes polaires, enfin la liquéfaction du vitellus, tels sont les premiers phénomènes observés. Alors, au milieu de cette masse liquéfiée, apparaît un noyau destiné, avec le liquide qui l'entoure, à devenir le point de départ de la segmentation du jaune. Le vitellus représente donc, pour le noyau, un *blastème* générateur, et sa formation *spontanée* représente le type le mieux accusé et le plus facile à observer de la génération dite par *genèse* ou aux dépens d'un blastème. C'est là le point culminant et pour ainsi dire le pivot de la doctrine de M. Robin. Nous aurons à y revenir plus tard.

La segmentation suit de près la formation de ce noyau; mais comme elle n'atteint pas la membrane vitelline et qu'elle ne porte que sur le vitellus, cet amas de substance amorphe ne peut pas, malgré l'existence d'un noyau central, être considéré comme une cellule, comme un élément anatomique; il en résulte que le nom de cellule donné aux divisions de la masse vitelline après la segmentation est impropre

dans le cours de la fièvre typhoïde, si intense qu'elle soit. Faudrait-il accuser les 25 milligrammes d'émétique de lui avoir donné un choléra stibié; je pense qu'il n'y a pas eu un rapport direct entre l'administration de ce médicament et les phénomènes chólériformes survenus deux jours après.

D'ailleurs, le visage de l'enfant avait déjà, au moment de son entrée, quelque chose de cholérique, et sans vouloir exonérer complétement l'émétique d'une certaine détermination morbide, je rappellerai que des phénomènes ultimes entièrement semblables à ceux que je viens de rapporter se sont montrés trois fois cette année même et vers la même époque à l'hôpital des Enfants.

Une fois chez un enfant de deux ans convalescent d'une bronchite légère.

Une seconde fois chez un enfant atteint de croup, deux jours après la trachéotomie.

Une troisième enfin, chez un autre enfant opéré pour le croup également depuis huit jours et alors qu'il avait quitté sa canule.

Dans ces trois cas, les phénomènes, je le répète, ont été absolument les mêmes. Dans le dernier seulement, l'émétique avait été administré, mais dix jours avant la mort.

Telles sont les raisons qui me paraissent justifier le titre donné à cette observation.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Delore.

Fracture compliquée de plaie. — Pseudarthrose guérie à l'aide de la rugination sous-cutanée des fragments.

(Observation recueillie par M. Poullet.)

Antoine P..., âgé de vingt-huit ans, est d'une vigoureuse constitution; il occupait un emploi au chemin de fer, lorsqu'en traversant la voie pendant la nuit, du 7 au 8 août 1864, il fut renversé par une locomotive. Le choc a eu lieu sur le bras droit; ce traumatisme produisit une fracture de l'humérus siégeant à 8 centimètres environ du pli du coude, et compliquée d'une large plaie en arrière, mais qui ne donnait cependant pas issue aux fragments.

Le lendemain, un chirurgien plaça un premier appareil, en ayant soin de ne pas recouvrir la plaie.

Huit jours après, ce simple appareil à attelles fut remplacé par un nouveau, cette fois plus complet, mais permettant néanmoins le pansement journalier de la plaie.

Un mois après, la cicatrisation était à peu près terminée; mais, en découvrant le bras, on put s'assurer qu'il ne s'est pas produit le moindre travail de consolidation. Cependant ce jeune homme était dans de bonnes conditions de santé générale. Aucune maladie diathésique antérieure ne pouvait expliquer ce retard dans la formation du cal; il faut donc en accuser l'imperfection de l'appareil employé, qui était constitué par des attelles latérales et antérieures ne remontant pas plus haut que la partie moyenne du bras, et la présence de la plaie qui avait empêché d'immobiliser complétement les fragments; de là quelques mouvements à chaque pansement.

Le 15 octobre, P... vient à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, service de M. Delore.

Les deux fragments de cette fracture sont aussi mobiles que si elle était récente; il y a autour un peu de gonflement, mais on peut cependant reconnaître qu'elle est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, et placée à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pli du coude. Le fragment inférieur proémine en avant. L'articulation du coude est fléchie à angle droit, et à peu près immobile. La plaie est aujourd'hui complétement guérie. Le malade ne souffre nullement.

Le 20, M. Delore immobilise le bras et imprime à l'avant-bras des mouvements assez étendus pour produire un frottement vigoureux des deux fragments de la pseudarthrose.

Après quelques minutes de ces manœuvres, qui sont du reste peu douloureuses, on applique sur l'épaule, le bras et l'avant-bras, un bandage amidonné qui reste en place jusqu'au 9 décembre.

A cette époque, on découvre le membre malade; il y a un peu moins de mobilité; il se produit un léger craquement sec qui indique peut-être la rupture d'une petite stalactite jetée entre les deux fragments. A part cela, il n'y a pas de travail organique indiquant la formation d'un cal.

Le 19 décembre, après avoir endormi le malade, M. Delore plonge un ténotome court et fort au niveau de la fracture, au milieu de la face postérieure du bras, pour éviter plus sûrement la lésion des nerfs et des vaisseaux; on rugine pendant cinq ou six minutes les surfaces de la pseudarthrose.

Après avoir oblitéré la piqûre avec du collodion, on place un nouveau bandage amidonné qui immobilise les fragments jusqu'au 25 janvier. Le malade n'accuse que très-peu de douleur dans les jours qui suivent cette opération.

Le 25 janvier 1865, le membre est découvert; il n'est ni douloureux ni tuméfié; il y a certainement un commencement de consolidation, mais on se garde bien de rompre les adhérences en exagérant les mouvements propres à constater cette consolidation.

Le malade sort du service quelques jours après avec un nouveau bandage amidonné, qu'il doit garder deux mois au moins pour compléter sa guérison.

Le 22 avril suivant, P... vient montrer le résultat de ce traitement. La pseudarthrose n'existe plus; l'humérus paraît très-solide, et déjà le malade peut utiliser ce membre, qui a été condamné pendant huit mois à l'immobilité.

Il y a encore autour de l'articulation du coude un peu de gonflement, et cette articulation ne jouit que de mouvements assez limités.

Le 20 août 1865, le malade est vu une dernière fois. Le cal est parfaitement appréciable au toucher et très-solide; le coude a recouvré une mobilité suffisante; l'avant-bras peut décrire un arc allant presque au quart de cercle. L'extension est presque complète. Le membre malade ne présente ni allongement ni raccourcissement. Les muscles ont repris presque tout leur volume, et le malade porte facilement de cette main un seau d'eau pesant de 10 à 12 kilogrammes. La santé générale est parfaite.

On n'a donc qu'à se féliciter dans ce cas d'avoir fait la rugination sous-cutanée des fragments.

CONSIDÉRATIONS RELATIVES A L'ÉTAT ACTUEL

de nos connaissances sur le choléra.

Par M. Chevreul.

Les considérations que je vais développer reposent sur les deux propositions suivantes :

Première proposition.

La cause du choléra est encore inconnue.

Deuxième proposition.

Le traitement thérapeutique du choléra est encore inconnu, car s'il était connu l'Académie aurait décerné le prix fondé par feu Bréant.

Le choléra est-il contagieux ou ne l'est-il pas ?

Je pose cette question sans avoir la prétention de la résoudre, mais je crois utile au point de vue de la science et de la santé publique d'examiner :

1° Les motifs allégués en faveur de l'opinion d'après laquelle le choléra n'est pas contagieux, puis de déduire les conséquences de cette opinion au double point de vue de la science et de la santé publique.

2° Les motifs allégués en faveur de l'opinion où l'on considère le choléra comme contagieux, puis de déduire les conséquences de cette opinion pareillement au double point de vue de la science et de la santé publique.

Avant d'aller plus loin, j'entends par le mot contagieux la propriété que possède une matière émise du corps d'un individu malade de communiquer à d'autres individus la maladie du premier; peu importe à cette définition que la matière soit solide, liquide ou gazeuse, peu importe qu'elle se transmette par contact ou par tout autre moyen, peu importe qu'elle soit un principe immédiat, ou un être vivant microphyte ou microzoaire.

Enfin, j'admets encore qu'un individu n'est pas apte à recevoir le choléra s'il n'est pas dans l'état qu'on désigne par le mot prédisposition, et depuis longtemps j'ai fait observer que cette prédisposition est aussi nécessaire à ce qu'un virus inoculé produise l'effet qu'on en attend, qu'elle l'est à ce qu'une maladie, attribuée à un foyer d'infection et à laquelle on refuse la propriété contagieuse, soit prise par un individu placé dans ce foyer.

Enfin, pour qu'on ne se méprenne pas sur mon opinion, je déclare que mes raisonnements émanent d'un homme qui ne croit pas une des deux opinions démontrée rigoureusement, mais qui pense qu'en ayant égard à nos connaissances la seconde, plus probable que la première, a dans la pratique des conséquences plus avantageuses soit au point de vue de la science, soit au point de vue de la santé publique.

A. *Examen de l'opinion dans laquelle on admet que le choléra n'est pas contagieux.*

Motifs.

Les partisans de cette opinion allèguent en sa faveur que des hommes, aussi dévoués à la science que courageux, ont pris à l'intérieur les produits liquides des cholériques, se sont couchés dans les lits de ces derniers, et se sont revêtus de leur linge et de leurs habits sans être affectés de la maladie.

Ces faits sont négatifs, à mon sens, pour deux raisons : la première, c'est que les hommes qui se sont livrés à ces expériences étaient précisément, à cause de leur courage, dans un état fort différent de ce que j'ai dit de la prédisposition favorable à recevoir la maladie.

La seconde, c'est qu'il serait possible qu'un produit de cholérique, solide ou liquide, ne devînt capable de produire la maladie qu'après avoir subi une certaine action du monde extérieur, de même que du beurre absolument neutre n'émet d'odeur que sous l'influence des agents extérieurs susceptibles de mettre en liberté des acides odorants, qui auparavant étaient à l'état latent.

Enfin, ne serait-il pas possible encore que la cause matérielle du choléra ne se trouvât pas dans les produits des cholériques qui ont été pris à l'intérieur? Dans l'état actuel, personne ne peut dire que cette question répugne à la raison.

Par ces motifs, je ne puis reconnaître comme démontrée l'opinion où l'on admet la non-contagion du choléra.

Conséquences.

(a) *Au point de vue de la science.* — Tous ceux qui sont convaincus de la non-contagion du choléra ne peuvent espérer de le combattre avec succès qu'en recourant aux moyens de la médecine ordinaire, en attendant qu'un spécifique, qu'ils devront très-probablement au hasard plutôt qu'à la science, leur soit donné.

(b) *Au point de vue de la santé publique.* — Une conséquence de l'opinion où l'on refuse au choléra de se transmettre par contagion est de considérer comme inutile toute mesure tendant à restreindre la libre communication des populations avec les cholériques.

Dès lors il est inutile de mettre obstacle au libre débarquement des personnes qui se trouvent sur un vaisseau où le choléra a fait des victimes.

Il est inutile dans les hôpitaux de chercher à isoler les cholériques des autres malades.

B. *Examen de l'opinion dans laquelle on admet que le choléra est contagieux.*

Motifs.

Toutes les observations faites sur l'apparition du choléra dans les lieux où il n'est pas endémique, par exemple dans l'Europe occidentale, me paraissent donner, sinon la certitude, du moins une grande probabilité à l'opinion où l'on considère le choléra comme contagieux. Sans doute, la certitude exigerait qu'on pût examiner une matière capable de donner le choléra ou de produire une maladie analogue sur quelque animal.

En attendant qu'on y parvienne, développons les conséquences de cette opinion pour montrer combien, au double point de vue de la science et de la santé publique, elles ont d'avantages sur les conséquences de l'opinion contraire.

Conséquences.

(a) *Au point de vue de la science.* — Le grand avantage de l'opinion où l'on admet la contagion du choléra sur l'opinion contraire est d'exciter impérieusement au travail en suscitant à l'esprit d'investigation des recherches propres à donner une certitude.

Elle exige l'examen de l'atmosphère des cholériques en recourant à tous les moyens imaginables, soit pour la comprimer ou la refroidir, soit pour obtenir au moyen de l'affinité chimique des produits autres que ceux qui constituent l'air normal. On pourrait se servir d'appareils d'aspiration, mettre les corps absorbants dans les cheminées par lesquelles l'atmosphère des cholériques s'écoule, ou simplement exposer les corps absorbants dans des vases à larges surfaces placés au milieu des salles où se trouvent les cholériques, comme M. Cloëz l'a fait dans ses recherches sur les huiles exposées à l'action d'atmosphères limitées.

---

et doit être remplacé par celui de globes vitellins. Ainsi comprise, la segmentation caractérise essentiellement la fécondation; mais ce phénomène n'est pas spécial à l'ovule, on le voit se perpétuer chez l'adulte soit comme mode d'*individualisation* des cellules vues dans un blastème (tout à fait comme on voit dans l'ovule le blastème vitellin donner naissance aux globes vitellins et aux cellules blastodermiques), soit comme mode de reproduction, si les cellules nouvelles naissent d'éléments figurés. La reproduction des cellules du cartilage est un type de ce dernier mode de génération, celle des épithéliums répond au premier.

La gemmation, qui a présidé à la naissance des globes polaires, se perpétue également comme phénomène de l'âge adulte, mais seulement dans les espèces inférieures, animales ou végétales (polypes hydraires, acotylédones cellulaires, etc.).

Nous ne voudrions pas aborder une comparaison point par point de la doctrine dont il s'agit avec celles qui en diffèrent le plus; mais l'occasion s'offre à nous de faire remarquer que la théorie du blastème proscrit d'une façon absolue la formation indigène des cellules, qui est la base de la théorie dite cellulaire.

Telle est, en résumé, la substance du premier chapitre. L'étude de l'ovule donne la clef des phénomènes de génération des éléments anatomiques. Un des modes de cette génération, la genèse, prime de beaucoup les autres par la part énorme qu'elle a dans la formation des tissus embryonnaires. Elle mérite donc d'occuper à elle seule un chapitre.

C'est par genèse et après liquéfaction des cellules embryonnaires que naissent les éléments des organes fœtaux, quelle que doive être plus tard leur forme particulière. Ainsi les éléments cellulaires et les éléments ayant la forme de fibres ou de tubes naissent également aux dépens d'un blastème; mais ils ne proviennent pas indistinctement les uns et les autres de cellules transformées. Tandis que les éléments cellulaires (cellules de la notoconde, cartilages des vertèbres dorsales, ingélocites, etc.) procèdent immédiatement, au moins le plus souvent, d'un noyau formé primitivement, les éléments de la deuxième espèce se forment de toutes pièces, sans que les noyaux dont ils procèdent ne leur servent d'autre chose que de centre de génération. Autre différence fondamentale entre cette doctrine et la théorie cellulaire, laquelle ne voit dans la génération des éléments anatomiques, quelle qu'en soit la forme, que des phénomènes de transformations cellulaires. Nous renvoyons, pour de plus amples détails sur le développement spécial de chaque tissu et des organes embryonnaires, au texte même de l'auteur et nous nous contenterons d'y copier ces quelques lignes : « Les conditions de la genèse ne sont que des conditions de milieu, dont le résultat est la naissance spontanée d'un élément anatomique. Celui-ci ne dérive d'aucun élément qui l'ait précédé par *développement, métamorphose* ou *transformation.* Il naît sans parents, de toutes pièces, molécule à molécule; c'est une véritable *génération spontanée.* Si donc nous observons que l'organisme est un composé d'éléments anatomiques, que sa naissance n'est et ne peut être qu'une génération d'éléments anatomiques; si nous remarquons enfin que ces éléments anatomiques naissent spontanément sans lien de parenté directe avec un élément préexistant, nous sommes conduits à considérer la génération de l'organisme dans l'œuf, la naissance de l'homme, en un mot, comme une *génération spontanée.* » Il est bien entendu qu'ici l'expression de génération spontanée n'implique que la formation d'éléments figurés aux dépens d'une substance amorphe et non une formation animale complète, primitive et indépendante de l'existence préalable de matériaux organiques, ce qui désigne l'hétérogénie.

De même que la génération par segmentation, la génération par genèse se poursuit chez l'être déjà formé, avec des différences inhérentes au ralentissement des actes vitaux chez celui-ci. Les phénomènes de cicatrisation, la formation des éléments appartenant soit au groupe des produits (sécrétions cutanées, muqueuses, séreuses, épithéliales), soit au groupe des constituants (tissu musculaire, élastique, etc.) en sont des exemples manifestes. La genèse préside aussi bien aux productions morbides qu'aux productions physiologiques, d'où la nécessité de connaître le mode des dernières pour étudier l'apparition et suivre l'évolution des premières, sans pour cela négliger l'étude des néoplasies morbides, qui, elle aussi, est très-féconde en applications physiologiques. C'est là une de ces conclusions qui rallient toutes les opinions; c'est une des conquêtes importantes de l'histologie.

Enfin, de la comparaison de la segmentation et de la genèse, résultent ces deux conclusions ;

1° La segmentation implique la ressemblance des nouveaux éléments avec l'élément générateur, ce qui constitue en eux une sorte d'hérédité directe, tandis que les cellules nées par genèse ont en elles une sorte d'innéité qui leur permet de s'écarter davantage des conditions de milieux et de qualités chimiques présentées par le blastème générateur ;

2° Dans ce dernier mode (genèse), les éléments diffèrent en qualité et en quantité du blastème producteur, tandis que, dans le premier cas, ils partagent la quantité et la qualité de l'élément générateur.

Conclusions importantes au point de vue des phénomènes pathologiques, parce qu'elles renferment en elles les lois de l'hypergenèse et de l'hyperplasie des éléments normaux et qu'elles nous donnent raison des différences de structure, au moyen desquelles on a cru pouvoir distinguer histologiquement les néoplasies dites malignes de celles dites bénignes.

L'opinion que je développe exige l'examen comparatif des liquides et des solides du corps des cholériques, et de ces mêmes liquides et solides à l'état normal.

Qui pourrait affirmer, *a priori*, que cet examen serait inutile et que l'esprit d'induction serait absurde en faisant le raisonnement suivant :

De même que, les principes immédiats du beurre de vache ayant été isolés par l'analyse immédiate, on a vu ensuite que trois d'entre eux, la butyrine, la caproïne et la caprine, soumis à l'action d'un réactif alcalin, ont été réduits en glycérine et en acides butyrique, caproïque et caprique, principes odorants du beurre de vache, de même ne serait-il pas possible que telle matière provenant d'un cholérique, dépourvue de toute activité organoleptique, donnât ensuite sous l'influence de quelque réactif un principe susceptible de produire le choléra ?

Enfin, l'opinion où l'on admet la propriété contagieuse du choléra suscite encore la recherche des microphytes et des microzoaires.

Il n'est pas douteux que de telles recherches supposées précises, quel qu'en fût le résultat, seraient des acquisitions bien précieuses, parce qu'elles résoudraient des questions qui ne le sont pas aujourd'hui.

Mais si nous provoquons des recherches, et si sous ce rapport, toutes choses égales d'ailleurs, nous préférons l'opinion dont nous examinons les conséquences à l'opinion où l'on affirme la non-contagion du choléra, nous voulons la démonstration; en la demandant aujourd'hui, nous répétons ce que nous disions il y a vingt-sept ans dans les termes suivants :

« Nous avons appelé l'attention des chimistes sur la recherche des principes qui peuvent être la cause des maladies épidémiques, celle des maladies contagieuses et d'infection, comme rentrant essentiellement dans l'esprit de la science, et nous avons assimilé cette recherche à celle qui a amené l'isolement des principes actifs de l'opium, du quinquina, etc.; mais, en faisant ce rapprochement, nous avons dit que la découverte d'un principe actif dans l'atmosphère, dans un produit morbide, etc., n'est incontestable que quand l'expérience a démontré que le principe isolé de toute matière étrangère a produit sur l'économie animale les effets qu'on lui attribue (1). »

(b) *Au point de vue de la santé publique.* — Les conséquences de l'opinion où l'on admet la contagion du choléra ne sont pas moins favorables à la santé publique qu'à la science, et ces conséquences sont contraires absolument à celles que nous avons énoncées plus haut en parlant de la première opinion.

En prescrivant l'isolement des cholériques autant que possible, en apportant des restrictions à la libre communication des personnes qui sont dans un vaisseau où le choléra a fait des victimes, comment la santé publique en souffre-t-elle, quels reproches le médecin fidèle à cette prescription peut-il encourir? En est-il de même de celui qui, convaincu que le choléra n'est pas contagieux, met sans appréhension, sans crainte, les malades non cholériques à côté des malades atteints par le fléau? Ne peut-on pas citer des victimes de ce voisinage?

Après avoir reconnu que si l'opinion d'après laquelle on attribue au choléra le caractère contagieux n'est pas absolument démontrée, elle a pour elle une grande probabilité, et que les conséquences qui s'en déduisent au double point de vue de la science et de la santé publique présentent bien plus d'avantages que les conséquences déduites de l'opinion contraire, je ne puis, pour être conséquent avec l'opinion que je viens d'exposer, me dispenser d'applaudir à la proposition faite par le ministre des affaires étrangères aux gouvernements européens d'instituer une Commission internationale chargée d'étudier le choléra dans les contrées orientales d'où il se répand en occident : certes, cette mesure doit réunir la sympathie de tous les amis du progrès social!

ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE POPLITÉE DROITE.

Guérison par la compression indirecte, suivie de la compression digitale.

(Observation de M. le docteur Octave Huard, médecin des prisons et de l'asile des aliénés de la Nouvelle-Orléans).

J'ai lu avec un vif intérêt, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 9 septembre, non-seulement l'observation de la guérison d'un anévrysme de l'artère poplitée gauche, obtenue au Val-de-Grâce, dans le service de M. Legouest, par la méthode dite de la compression indirecte, mais encore les réflexions de plusieurs membres de la Société de chirurgie, faites à l'occasion de la présentation du malade du chirurgien du Val-de-Grâce à ce corps savant.

J'avoue que les remarques de mon illustre maître, M. Velpeau, m'ont vite séduit, et que, comme lui, je n'hésite pas à déclarer que souvent le chirurgien est obligé de recourir successivement à divers modes de compression pour arriver à la cure radicale de certains anévrysmes. Certes, ce que nous enseignent les livres est beaucoup, mais, au lit du malade, il ne faut pas s'enthousiasmer pour telle ou telle méthode, il faut s'inspirer des conseils de la « saine pratique, » savoir que, si dans certains cas des guérisons ont été obtenues par la compression indirecte quand la compression digitale n'avait pas donné de résultats satisfaisants, dans d'autres des cures radicales ont été la conséquence des deux méthodes de compression successivement employées. Voici l'observation du cas que j'ai guéri tout dernièrement.

Le 28 avril 1865, un matelot grec, nommé Juan F..., âgé de cinquante et un ans, d'une forte constitution, se présente à ma consultation de la prison de Paroisse et me demande de lui « prescrire une pommade afin de faire disparaître un mal qu'il portait au creux du jarret droit. » J'examinai le membre et je reconnus immédiatement un anévrysme considérable du volume d'un œuf d'oie. La marche était très-difficile et la flexion du genou presque impossible. Les battements étaient très-forts, et, lorsque le malade reposait le membre sain sur le genou malade, celui-là était soulevé violemment. Ce matelot, questionné sur la cause de cet anévrysme, me répond qu'il porte sa maladie depuis plus de dix-huit mois, et affirme qu'étant à Matamoras, vers la fin de 1863, il passa la nuit, jouant aux cartes, sur un sol humide, assis à la façon musulmane; que, quand vint le jour, il se leva brusquement et ressentit immédiatement une douleur au creux du jarret droit. Depuis cette époque le mal empira peu à peu; le malade crut à un rhumatisme, et toutes ses économies furent employées à récompenser les charlatans auxquels il s'adressa.

En Louisiane, le créancier qui peut prouver qu'un débiteur est sur le point de quitter l'État pour passer à l'étranger sans avoir acquitté sa dette, a le droit de demander à la justice l'arrestation et l'incarcération de celui-ci, et voilà comment il se fit que le malade se trouvait dans mon service de la prison. Jugeant le cas grave, je donnai un certificat à cet effet, et le prisonnier fut libéré et conduit chez lui, où je commençai le traitement le 29 avril, à trois heures de l'après-midi. Bien avant cette heure, j'avais réuni quelques confrères et je leur avais annoncé que mon intention était de traiter l'anévrysme par la compression indirecte, et immédiatement je décidai de me procurer le compresseur à double pelote de Broca. Mais le succès ne couronna pas mes efforts. Cet instrument est introuvable à la Nouvelle-Orléans. Je dus me contenter d'appliquer le *clamp* de Hoey, mauvais appareil puisqu'il est presque impossible d'arriver à le fixer de façon à s'assurer d'un point d'appui inamovible. Toutefois, faute de mieux, je m'en servis en l'appliquant au pli de l'aine. Voici maintenant le résumé des notes que je pris à partir du commencement du traitement.

29 avril, trois heures de l'après-midi. Application du compresseur de Hoey au-dessous du ligament de Poupart; immédiatement diminution du courant sanguin dans la poche anévrysmale. La compression est presque totale. A six heures du soir, je revois mon malade; la compression a été maintenue pendant deux heures, et, malgré l'intensité de la douleur, le courageux patient n'a pas suivi le conseil que je lui avais donné, à savoir de lâcher la vis faiblement si la douleur devenait forte. Mais ce que la résignation du malade lui avait défendu de faire, ma prudence ne l'imita pas. Je desserrai l'appareil légèrement, et à ma troisième visite, faites à huit heures du soir, je constatai ce qui suit: douleur forte, mais tolérable; membre inférieur droit œdématié et présentant un aspect cyanosé, grâce à la difficulté très-grande de la circulation veineuse; température du membre un peu élevée.

30 avril, neuf heures du matin. Le sommeil a été impossible la nuit dernière. La douleur occasionnée par la compression a été forte, mais le malade a conscience de la gravité de son mal; il subira tout pour éviter la ligature de l'artère. Il a beaucoup souffert, mais a maintenu la compression continue. L'œdème est plus marqué; fourmillement au pied; appétit nul. La tumeur anévrysmale, recevant tout le sang qu'y laissent pénétrer les vaisseaux sur lesquels je cesse, momentanément, toute compression, m'a semblé un peu moins réductible, les pulsations sont évidemment moins fortes, et, par l'auscultation, j'obtiens la conviction que l'intensité du bruit de souffle est moindre. N'ayant pas de doute sur la formation des couches qui formeront le caillot actif, et voulant l'activer je me décide, de crainte qu'une compression trop longtemps maintenue sur un seul point n'amène la gangrène de la partie comprimée, je me décide, dis-je, à avoir recours à la compression double et alternative. Pour ce faire, j'avise un tourniquet ordinaire et l'applique un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur; mais l'application en est difficile, et, n'en espérant aucun service, je renonce à mon idée. Il y a dix-huit heures que l'on maintient la compression; cependant la peau, recouverte par la pelote de l'appareil, n'a pas changé de couleur; la vitalité y semble normale.

30 avril, une heure de l'après-midi. Douleur forte; peau sous la pelote intacte; membre œdématié, surtout le pied; compression suspendue pendant une heure; pulsations moins intenses; bruit de souffle faible; pas de sommeil depuis le commencement du traitement; pas d'appétit; peau colorée, phénomène inévitable de la stase du sang dans les vaisseaux capillaires.

30 avril, huit heures du soir. La compression devient intolérable; le malade desserre la vis et permet toute liberté à la circulation; aussi, à ma visite, je retrouve le tout dans à peu près le même état qu'avant la première compression. Je fais comprendre au courageux matelot que sa seule chance de salut est le mode de traitement que j'ai institué. Je réapplique le compresseur et j'ordonne 10 centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules; une pilule toutes les trois heures.

1[er] mai, neuf heures du matin. Trois heures de sommeil la nuit dernière. Pulsations assez fortes; douleur assez bien tolérée. Diète; une pilule de 3 centigrammes d'extrait thébaïque.

1[er] mai, sept heures du soir. La compression, depuis la visite du matin, a été souvent interrompue; membre très-œdématié. Plusieurs confrères ont visité le malade aujourd'hui, et m'ont exprimé des doutes sur le succès. La tumeur me semble moins dure. Sirop de morphine, 30 grammes en quatre heures.

2 mai, neuf heures du matin. Le malade a dormi pendant cinq heures la nuit dernière. Le compresseur est enlevé, et immédiatement des pulsations visibles à l'œil nu se manifestent dans le sac. Température du membre élevée; œdème considérable.

2 mai, trois heures de l'après-midi. Le compresseur de Hoey m'inspire quelques craintes; la peau rougit sous la pelote; pour éviter la gangrène il faut comprimer plus bas. Un de mes confrères, le docteur Armand Mercier, met gracieusement à mon service un compresseur qu'il a imaginé, qui prend son point d'appui sur le bord du lit. Cet appareil doit être vissé au lit. Mon confrère consent à venir en surveiller l'application, et, afin que la couche du malade soit convenablement faite, nous demandons au patient de quitter le lit et de prendre un siége. A peine est-il assis, que, portant notre vue sur la tumeur, nous remarquons que les battements ont disparu. J'attribue cela au changement de position; en effet, pour arriver à la position verticale de la position horizontale, il y a eu effort. Cet effort a fait basculer, pour ainsi dire, le caillot actif en voie de formation, et la partie supérieure du vaisseau ayant été oblitérée, il y a eu cessation de circulation. Mais, à peine remis au lit, le malade éprouve de nouveau les phénomènes que j'ai relatés plus haut, c'est-à-dire pulsations fortes, etc., etc. Tout cela avait lieu soixante-douze heures après le commencement du traitement.

3 mai. Trois visites aujourd'hui. Le mieux est peu sensible.

4 mai, neuf heures du matin. La peau sous la pelote s'est gangrenée. La compression est appliquée au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Le cas devient décourageant, mais je persiste.

5 mai, matin. La nuit dernière a été assez bonne, il y a eu cinq heures de sommeil, et pendant six heures il n'y a pas eu de compression. La tumeur est plus dure; les battements y sont moins intenses; la gangrène de la peau a une étendue de deux centimètres carrés. Je me demande si je n'abandonnerai pas la compression indirecte mécanique pour continuer le traitement par la compression digitale continue.

Il faut avouer que la compression indirecte mécanique, quand on la prolonge, est un mode de traitement qui donne de grands soucis au chirurgien et peut vite le décourager. Quand, après l'application d'un compresseur pendant plusieurs jours, on ne voit rien, ou presque rien, qui puisse vous permettre d'indiquer quand se fera la guérison; quand la diminution des pulsations ne vous permet pas de dire si les caillots sont actifs ou passifs; quand on pense à la suppuration qui peut s'emparer du sac anévrysmal; quand la peau se gangrène; quand on est

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie*, t. VIII, p. 405.

Nous ne suivrons pas M. Clémenceau dans sa digression sur la non-intervention de l'âme dans les phénomènes initiaux du développement embryonnaire. Libre à chacun de comprendre l'âme comme il lui plaira; mais il nous semble que, nier qu'elle existe parce qu'on voit s'opérer sans elle, entre deux plaques de verre, quelques transformations d'éléments anatomiques, c'est lui demander l'impossible, c'est la mettre en demeure de se matérialiser pour révéler sa présence. Ce n'est certes pas ce qu'a voulu dire M. Clémenceau; nous croyons seulement que son argumentation pourrait être réfutée. Par exemple dire que le vitellus est doué de *rénovation moléculaire*, c'est laisser place à toutes les interprétations ayant pour but d'expliquer cette propriété, c'est reculer la difficulté et non la résoudre. Revenons au sujet.

L'individu qui a été le siége de ces phénomènes de génération depuis sa naissance, pour ainsi dire ovulaire jusqu'à son entier développement, doit contribuer à son tour à la conservation de l'espèce. Une nouvelle fonction répond à ce besoin, c'est l'ovulation. « L'organisme naît de l'œuf, dit M. Clémenceau, aussi bien l'œuf naît de l'organisme. » Mais les deux sexes doivent contribuer, pour leur part, à la reproduction. Tous deux possèdent une fonction particulière dans ce but commun; le contact des produits est la condition *sine quâ non* de la fécondation de l'un deux. Voilà pourquoi M. Robin, par un rapprochement ingénieux, assimile la sécrétion du sperme à la formation de l'ovule; et cette manière de voir se trouve justifiée par la comparaison de ce qui se passe chez l'homme et chez la femme. L'ovule mâle et l'ovule femelle sont représentés tous deux par une cellule; tous deux sont sécrétés par une glande spéciale; tous deux, enfin, deviennent le siége d'une segmentation qui aboutit, dans le premier, à la formation des spermatozoïdes; dans le second, à celle des cellules embryonnaires, avec cette différence que dans l'un la segmentation s'opère avant la fécondation, et, dans l'autre, après leur contact réciproque. On trouvera, dans le troisième chapitre, le développement de cette idée.

Nous arrivons aux applications pathologiques des conclusions qui précèdent. La régénération des tissus détruits par une cause quelconque, l'hypergenèse ou multiplication des éléments anatomiques, la genèse dite hétérotopique sont soumises aux mêmes lois que la génération physiologique. Là, pas plus qu'ailleurs, la théorie des métamorphoses ne peut être invoquée; là encore c'est un blastème primordial qui donne naissance à la production nouvelle, blastème qui possède primitivement, par sa composition chimique, une aptitude spéciale à engendrer tel tissu de préférence à un autre. La partie pathologique du travail de M. Clémenceau n'est que la reproduction, mais sous une autre forme et à un autre point de vue, de la partie physiologique. Elles ont entre elles la solidarité qui relie la cause à l'effet, la conclusion au fait. On y lira avec intérêt ce qui est propre à chaque espèce de néoplasies pathologiques et l'exposé des lois qui président à leur développement.

Telle est la doctrine adoptée par M. Clémenceau. Il ne nous appartient pas de la juger; nous nous contenterons de dire qu'elle forme un tout dont les parties s'enchaînent bien entre elles; les déductions se tirent aisément des faits, et la logique la plus rigoureuse y trouve sa satisfaction. Quant à la forme, elle ne laisse rien à désirer. Le style est clair et serré; il y a dans l'exposition des détails une sobriété qui rend facile et intéressante la lecture de ce travail. Écourter davantage, c'eût été priver le sujet des développements qu'il mérite. Nous ferons pourtant un reproche à l'auteur. Pourquoi a-t-il relégué à la fin de sa thèse et confiné dans le cadre étroit d'une note la discussion de la théorie des métamorphoses ou cellulaires? N'aurait-il pas pu, sans que la rapidité de l'exposition eût à en souffrir, donner place à quelques-uns des points importants de cette théorie au milieu de l'exposé de la doctrine du blastème? Il nous semble que ce rapprochement eût rendu l'argumentation plus saisissante et plus instructive encore. Nous avons cherché, dans le cours de cette analyse, à montrer les différences capitales qui séparent les deux doctrines; mais ceux qui, n'ayant pas sur la génération des éléments anatomiques des idées assez nettes, voudront combler cette lacune, devront remonter aux sources, et lire dans les ouvrages originaux ce qui a trait à ce sujet intéressant.

A. Ledentu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Richet, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Denonvilliers, appelé à d'autres fonctions.

— M. le professeur Piorry ouvrira son cours de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu demain mardi 21. Visite à 8 heures, leçon à 9 heures.

— Un concours pour une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 11 décembre à midi à l'administration de l'assistance publique.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 25 novembre.

témoin des douleurs, souvent intolérables, il faut avoir une foi presque inébranlable dans la véracité des défenseurs de ce mode de compression pour ne pas y renoncer et recourir à la ligature.

5 mai, trois heures de l'après-midi. Depuis ma visite de ce matin la compression mécanique a été continuée sans interruption. Le malade a peu souffert. La gangrène ne s'étend pas.

6 mai, huit heures du matin. Compression indirecte maintenue toute la nuit dernière. Tumeur moins volumineuse; battements un peu visibles et sensibles; membre toujours œdématié; douleurs fortes. Je supprime la compression afin de donner un peu de répit au malade.

6 mai, deux heures de l'après-midi. La compression indirecte mécanique a été suspendue depuis ma visite du matin. Les battements sont moindres, mais toujours visibles à l'œil nu; le souffle existe. Craignant la propagation de la gangrène et jugeant que le caillot actif est en excellente voie de formation, je me décide à abandonner la compression indirecte mécanique à laquelle j'ai recours depuis le 29 avril d'une façon presque continue, pour continuer le traitement par la compression digitale continue. Je pratique moi-même cette compression pendant deux heures, en reposant, *sans forcer*, le pouce au pli de l'aine, et dans cette manœuvre j'ai pour successeur le malade lui-même qui continue l'opération jusqu'à huit heures du soir.

6 mai, huit heures du soir. Convaincu depuis longtemps qu'il est parfaitement inutile d'avoir à sa disposition un grand nombre d'aides pour faire la compression digitale; convaincu, de plus, que trop d'aides sont nuisibles, que la compression doit être faite de façon que la pression ne dépasse pas la mesure nécessaire, et que le renouvellement toutes les vingt ou trente minutes de personnes chargées de cette compression, amenant sur le point comprimé une force beaucoup plus puissante que n'exige le cas, dépasse cette mesure, que conséquemment on obtient souvent ainsi ce qu'on doit toujours tâcher d'éviter, c'est-à-dire la gangrène de la partie comprimée; enfin sachant que la compression digitale peut être faite pendant plusieurs heures (par une même personne) d'une façon continue, et non pas seulement pendant plusieurs minutes comme l'ont avancé quelques auteurs, je me décidai, à partir de cette heure, d'avoir recours à cette compression seule.

J'eus le bonheur de trouver chez mon malade un de ses compatriotes, marin comme lui, qui voulut bien concourir à la guérison de l'anévrysme, qui comprit mes instructions et qui commença la compression à huit heures du soir, mais compression douce, seule compression qu'on doive employer, attendu qu'elle ne fatigue pas énormément la personne qui l'exerce et qu'elle est indiquée par la théorie de la formation des caillots actifs, théorie développée avec talent dans l'excellent *Traité des anévrysmes* de M. Broca. Cet aide comprima l'artère fémorale au pli de l'aine, de huit heures du soir à une heure du matin, sans désemparer, et à cette heure il remarqua que les battements n'existaient plus. Il se reposa jusqu'à quatre heures du matin, et, par prudence, comprima de nouveau jusqu'au jour.

7 mai, six heures du matin. Je retrouve mon aide continuant la compression. J'examine la tumeur : elle est dure; les battements ont complétement cessé; la circulation collatérale s'établit. J'annonce au malade qu'il est guéri!

Avant hier, 12 octobre, j'ai reçu la visite de mon ancien malade. La guérison s'est maintenue; la tumeur est d'un très-petit volume, sa dureté est extrême et le membre, dont les mouvements étaient restés difficiles pendant plusieurs semaines après la guérison de l'anévrysme, est en parfaite santé.

Cette observation est bien la preuve de ce qu'a avancé M. Velpeau : à savoir que, pour guérir certains anévrysmes, il faut quelquefois recourir à divers modes de compression. Elle enseigne aussi, ce qui est digne d'être gravé dans la mémoire du médecin, qu'il ne faut jamais penser à la ligature de la fémorale pour guérir un anévrysme poplité, sans que la compression indirecte mécanique ou digitale ait dit son dernier mot; enfin elle m'a appris que, pour obtenir un résultat heureux, le médecin, loin d'avoir besoin d'un grand nombre d'aides, ne devra au contraire s'assurer que du concours d'un très-petit nombre d'individus bien disposés à comprimer longtemps ce qui est toujours possible quand on comprime avec douceur.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE LILLE.

Exercice illégal de la médecine. — Complicité d'un docteur.

JUGEMENT.

Attendu que l'information et les débats ont établi que Guido Bennati et Martin Colandre se sont servis, par un accord frauduleux, du titre de docteur en médecine qui appartient à Colandre seul, pour faciliter à Bennati l'exercice de la médecine et de la chirurgie, quoique ce dernier n'ait aucune qualité légale pour les pratiquer;

Qu'ils ont employé, dans ce but, des artifices qui les placent l'un et l'autre sous le coup de l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI;

Qu'en effet, ils sont arrivés ensemble à Lille en août 1865; qu'ils ont répandu à profusion, dans le public, des réclames annonçant que le docteur Colandre guérissait toutes les maladies;

Qu'ils se sont rendus avec tapage sur les places publiques de Lille, de Wazemmes, de Roubaix et de Tourcoing; que Bennati, placé dans une voiture sous une enseigne portant les mots : *Docteur Colandre*, y a prononcé des discours vantant la grande habileté du guérisseur;

Qu'il y a arraché des dents et extirpé de la bouche d'un patient un morceau de chair qu'il a qualifié de cancer; qu'il a enlevé des loupes à plusieurs personnes;

Que Colandre s'est tenu, tantôt dans la même voiture, tantôt dans une voiture communiquant à celle de Bennati; que tous deux y ont débité des graisses médicamenteuses auxquelles ils ont attribué la vertu de guérir une foule de maladies;

Qu'ils en ont vendu aussi chez eux, rue Royale, n° 118 *bis*, à Lille;

Attendu que Bennati a constamment joué le principal rôle dans cette mise en scène; que c'est lui seul qui a pratiqué toutes les opérations de chirurgie, enlèvements de loupes, médications à des maux d'yeux, soulèvements de cataractes, etc., etc.;

Qu'il a ordonné la plupart des prescriptions médicales;

Que Colandre a suivi Bennati comme aide auxdites opérations, et a remis des ordonnances signées : Colandre, et préparées même avant l'arrivée des malades.

Attendu que l'allégation des inculpés, soutenant que Bennati a été seulement l'aide du docteur Colandre, est démentie par les faits et par les dépositions des témoins;

Que le plus grand nombre n'ont connu que Bennati, qu'ils ont pris pour le docteur Colandre, dont le nom était seul prononcé, seul imprimé sur toutes les annonces, sur toutes les affiches; que, même à l'audience, certains témoins ont désigné Bennati comme étant le docteur Colandre;

Que, si des témoins à décharge ont déclaré avoir entendu Bennati refuser le titre de docteur, en disant que ce titre appartenait à Colandre, un pareil artifice, préparé pour leur défense au besoin, n'a été qu'une ruse grossière à laquelle la justice ne peut se laisser tromper;

Qu'ainsi Bennati a exercé illicitement la médecine et la chirurgie, en prenant le titre de docteur, par des paroles et par des manœuvres qui l'indiquaient comme tel à chacun;

Attendu que Colandre s'est rendu complice de ce délit en aidant et assistant Bennati de son titre de docteur, de sa présence et de son concours pour cet exercice illicite;

Qu'il s'agit ici, non pas d'une simple contravention comme au cas d'exercice de la médecine sans usurpation de titre, mais bien d'un délit où les règles de la complicité doivent s'appliquer;

Attendu que Bennati et Colandre ont tous deux débité au poids médicinal et distribué des drogues et préparations médicamenteuses sur les places publiques de Lille, Roubaix et Tourcoing, qu'ils ont annoncé par affiches imprimées des remèdes secrets et que tous deux en ont vendu; qu'il n'y a pas à distinguer entre les remèdes internes et externes, la loi étendant ses défenses à tout ce qui peut produire au corps humain les effets d'un médicament;

Vu les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, et l'article 60 du Code pénal;

Les articles 32 et 36 de la loi du 25 germinal an XI, et l'article unique du décret du 29 pluviôse an XIII;

Les articles 194 du Code d'instruction criminelle et 55 du Code pénal;

Le tribunal déclare Guido Bennati coupable d'avoir, en août et septembre 1865, à Lille, exercé sans diplôme la médecine et la chirurgie en prenant le titre de docteur;

En conséquence, le condamne à une amende de mille francs.

Coupable d'avoir auxdits lieux et temps débité des drogues et préparations médicamenteuses, sur les places publiques et annoncé par affiches imprimées des remèdes secrets;

En conséquence, le condamne à une amende de six cents francs.

Coupable d'avoir aux dits lieux et temps vendu des remèdes secrets;

En conséquence, le condamne à une amende de six cents francs.

Déclare Martin Colandre coupable de s'être, en août et septembre 1865, à Lille, rendu complice de l'exercice illégal de la médecine, commis par Bennati en prenant le titre de docteur;

En conséquence, le condamne à une amende de mille francs.

Coupable d'avoir auxdits lieux et temps débité des drogues et préparations médicamenteuses sur les places publiques, et annoncé par affiches imprimées des remèdes secrets;

En conséquence, le condamne à une amende de six cents francs.

Coupable d'avoir auxdits lieux et temps vendu des remèdes secrets;

En conséquence, le condamne à une amende de six cents francs.

Condamne Bennati et Colandre aux frais du procès.

Plus trois francs de frais de poste.

Prononce contre eux la contrainte par corps pour le recouvrement des amendes et des frais, en fixe la durée à un an.

Prononce la solidarité entre eux en ce qui concerne les amendes de mille francs et pour les délits et les frais du procès.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 NOVEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Nos lecteurs ne sont pas sans avoir remarqué la brièveté qu'affectent depuis quelque temps nos comptes rendus de l'Académie de médecine. L'Académie est-elle donc muette et se livre-t-elle à un repos inopportun? Nullement. Elle n'a jamais été peut-être plus ective et plus occupée qu'en ce moment. Nous avons vu tout récemment la commission du choléra s'émouvoir, un peu tardivement il est vrai, et son rapporteur commencer la lecture encore inachevée d'un long document historique sur la question. Hier l'Académie a entendu le rapport général annuel sur les épidémies, elle entendra probablemeut dans la séance prochaine le rapport sur la vaccine; et dans chacune des trois ou quatre dernières séances ont été lus, discutés et débattus des rapports de prix, rapports confiés d'habitude aux membres les plus autorisés de l'Académie, très-soigneusement élaborés en général, et qui portent sur les sujets les plus intéressants et souvent les plus actuels de la pathologie ou de la thérapeutique. Mais de ces rapports, les uns, à cause de leur caractère officiel, vont directement des bureaux de l'Académie dans ceux de l'Administration, sans passer sous nos yeux; les autres sont lus en comité secret et restent entièrement perdus pour la publicité. C'est là un fait que nous avons souvent regretté.

L'expression de ce regret a eu heureusement de l'écho au sein même de l'Académie. M. Larrey, dans une précédente séance, avait déjà exprimé le vœu que les rapports de prix fussent lus en séance publique. L'honorable académicien en a fait hier l'objet d'une proposition formelle, qui a été appuyée par plusieurs membres. Nous avons été heureux d'apprendre par la voix du président que cette proposition libérale a été prise en considération par le bureau et soumise à la délibération du conseil académique.

Toujours est-il qu'en attendant la réalisation de cette utile réforme dans les usages académiques, à laquelle la publicité scientifique ne peut avoir qu'à gagner, nous en sommes réduits à garder le silence sur des séances d'un grand intérêt.

Toutefois si nous n'avons rien à dire aujourd'hui sur le fond même de la séance, en revanche nous avons à signaler une abondante moisson d'ouvrages nouveaux et des meilleurs, offerts en hommage à l'Académie. C'est le premier volume du *Traité des tumeurs* de M. Broca, consacré à la pathologie et au traitement des tumeurs en général; le premier volume du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* de nos collaborateurs MM. Bouchut et Desprès; les deux premiers volumes du *Journal de physiologie* de M. Robin; enfin un ouvrage de M. le Dr X. Galezowski intitulé : *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent.* Nous devons signaler aussi une présentation faite dans l'une des précédentes séances et qui avait échappé à notre attention, celle de la première partie de la cinquième édition du *Traité élémentaire de physiologie humaine* de M. Béclard, comprenant les notions préléminaires, la digestion, l'absorption, la circulation, la respiration, la chaleur animale, les sécrétions et les nutritions. Voilà en sujets d'analyses de quoi défrayer notre fin d'année. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Application du courant constant au traitement des névroses (1).

(Leçons faites à l'hôpital de la Charité par le professeur REMAK, de l'Université de Berlin.)

Appendice. — Pour répondre à certaines questions qui m'ont été adressées à mes conférences, je dois répéter que les effets de l'interruption du courant constant sont loin d'être identiques avec ceux du courant induit. Il y a deux espèces de courant induit, le courant d'Œrsted qui se développe quand un aimant s'approche ou s'éloigne d'une bobine fermée, et le courant de Faraday qui se développe dans un circuit fermé quand le courant d'un circuit galvanique voisin commence ou finit. C'est le courant de Faraday qui est le plus généralement usité en médecine, et qu'on désigne habituellement sous le nom de courant d'induction. Si l'on a un circuit très-long d'une chaîne galvanique, on obtient, en l'ouvrant et en le fermant, le courant galvanique, compliqué avec des courants d'induction (courants de Jenkins) qui, d'après Faraday (voy. les *Annales de physique* de Poggendorff, 1837), se reproduisent, parce que le circuit métallique sert dans le même temps comme conducteur et comme inducteur. Les courants d'induction sont toujours instantanés et précipitent avec une extrême rapidité une certaine quantité d'électricité dans le corps humain. Ce développement brusque est inséparable, comme l'a montré Riess, d'une certaine action mécanique qui, d'après moi, est funeste au système nerveux, ainsi qu'on peut le démontrer en employant des courants d'induction bien isolés dans des souffrances graves, nerveuses.

On comprend que le mot courant induit n'exprime pas des courants isolés ou des jets d'induction, mais un ensemble plus ou moins complexe de courants de très-petite durée.

En laissant *agir* sur l'homme des courants ou des jets d'induction plus ou moins rapprochés les uns des autres, nous sommes hors d'état de prolonger la durée du passage du courant électrique dans le corps. C'est tout le contraire avec le courant constant. Il permet de déterminer une influence continue du courant constant pendant le temps qu'on désire, et l'interruption de ce courant, même qu'elle soit mêlée d'un peu d'induction, trouvera l'état moléculaire des fibres nerveuses changé tellement, qu'elle donnera des autres effets que le simple jet d'induction, sans action préalable du courant constant. En suivant les expériences de mon illustre confrère, M. du Bois-Raymond, nous pourrions aussi dire qu'il faut, avant tout, faire entrer les nerfs dans l'état *électrotonique*, pour avoir un effet thérapeutique dans les maladies du système nerveux.

Dans la conférence précédente, je n'ai parlé de l'atrophie progressive qu'autant qu'elle frappe les membres supérieurs; mais il existe un petit nombre de cas où elle frappe, soit au début, soit plus tard, les membres inférieurs. Malheureusement le pronostic de ce dernier cas n'est généralement pas favorable. Cependant j'ai vu quelques exemples d'atrophie progressive des quatres membres, où l'application du courant sur le ganglion inférieur cervical du grand sympathique détermine un effet incontestable. On comprendra que j'ai dû rechercher s'il n'y a pas de cas de paraplégie des membres inférieurs sans atrophie, se comportant de la même façon sous l'influence du courant.

J'ai rencontré effectivement des cas de paraplégie qui commencent par les membres inférieurs et passent aux membres supérieurs et même aux nerfs cérébraux. Dans ces cas de paraplégie ascendante, l'effet du courant constant s'est réalisé.

Voici précisément un jeune homme de vingt ans, cordonnier de profession, que j'ai pris au Bureau central et qui est entré, il y a quelques jours, dans le service de M. Velpeau (salle Sainte-Vierge). Comme nous ne pouvons pas entrer dans le détail des faits pathologiques présentés par ce jeune homme, je renvoie, à cet égard, aux observations prises avec beaucoup de soin par MM. Duhamel et Hurlot, et qui seront publiées plus tard. Je dirai seulement que ce jeune homme s'évanouit subitement il y trois mois, et qu'on dut le porter chez lui. Quinze jours après, un nouvel évanouissement se produisit et laissa une paraplégie assez grave des deux membres inférieurs, laquelle ne s'est pas améliorée depuis deux mois, malgré l'emploi de différents moyens.

Après les évanouissements, il a souffert aussi de douleurs dans les deux bras et dans les deux jambes, douleurs qui ont passé.

En voyant pour la première fois ce jeune homme, nous constatâmes qu'il marchait avec la plus grande difficulté, qu'il ne pouvait se tenir debout sans appui, et que, pendant la marche, il traînait tout à fait les pieds, tandis que les genoux ne se pliaient aucunement. Debout, il était hors d'état de lever les jambes, preuve d'une paralysie très-prononcée des deux muscles ilio-psoas. Couché sur le dos, la contraction de ces deux muscles devenait plus aisée. En fermant les yeux, le malade n'éprouvait aucun dérangement. Mais la sensibilité était gravement oblitérée depuis le pied jusqu'à la dernière côte. On pouvait pincer fortement la peau des cuisses et des jambes sans produire aucune sensation. Du reste, point de douleur ni dans les membres ni dans la colonne vertébrale.

Comme il s'agissait dans ce cas traité devant la commission d'avoir un effet prompt, j'ai appliqué le courant, d'après plusieurs expériences antérieures, sur la nuque et sur les deux ganglions inférieurs du grand sympathique. Le traitement a duré à peu près douze minutes, le courant était en mouvement et fourni par une pile de vingt à trente éléments. L'effet a été immédiat et des plus surprenants. Le malade a pu, de suite

(1) Fin. — Voir le numéro du jeudi 16 novembre 1865.

FEUILLETON.

STATION DE SAN-REMO (Piémont).

Bien que le choléra soit en pleine voie de déclin, il reste encore l'objet des préoccupations du moment, préoccupations parfaitement légitimes, mais qui ne doivent pas être exclusives au point de nous faire oublier que d'autres maladies réclament aussi une part de notre sollicitude. La saison présente est une menace pour les affections pulmonaires chroniques. Il y a un grand nombre de stations hivernales ouvertes à ceux qui désirent et qui peuvent se soustraire au danger. Ici, le luxe me semble permis; c'est pourquoi je viens offrir aux malades le moyen de varier davantage encore le choix de leur résidence. Un gîte, je ne dirai pas peu connu, mais peu fréquenté, est celui de San-Remo que je considère comme digne d'une prédilection particulière.

San-Remo, déjà signalé par M. Carrière comme station hivernale, et plus particulièrement recommandée à ce titre par M. Champouillon, est une jolie ville de 11,000 habitants environ, située sur le littoral de la *Corniche*. Elle se partage en deux régions, la ville haute et la ville basse. La première rappelle par ses rues étroites, tortueuses, voûtées en quelque sorte, par ses maisons basses et privées d'ouvertures extérieures, les constructions mauresques ombragées contre les ardeurs du soleil d'été. La ville basse, ou ville moderne, se développe parallèlement au rivage. On y remarque des demeures élégantes, somptueuses même, de belles places, des promenades plantées d'ormes et de magnifiques palmiers, les plus beaux de toute l'Italie méridionale. La plus remarquable de ces promenades est celle de Saint-Roch; elle consiste en une immense terrasse qui se développe, de l'est à l'ouest, le long du littoral; elle n'est par le fait que la continuation de la route de la *Corniche*.

San-Remo affecte, comme la plupart des villes qui s'échelonnent sur les bords de la mer ligurienne, la configuration d'un amphithéâtre, à forme triangulaire. Le sommet de cet amphithéâtre, très-correct dans ses contours, est couronné à son sommet, peuplé sur ses pentes, par des oliviers, des palmiers, et une foule d'espèces végétales appartenant à la flore des Tropiques.

Le bassin de San-Rémo est constitué par sept collines toujours verdoyantes et délimitant autant de vallées au fond desquelles descendent, des hauteurs de l'Apennin ligurien, des cours d'eau torrentiels dont les plus considérables traversent la ville, sous les noms de *Valloto* et de *Francia*. Deux promontoires, le *cap Vert* ou *de la Garde*, et le *cap Noir* ou des *Pins*, en s'avançant dans la mer, forment les limites orientale et occidentale du bassin.

La composition géologique du sol sur lequel est bâtie la ville de San-Remo est à peu près identique avec celle que l'on trouve dans le reste de la rivière de Gênes. Les hautes assises appartiennent à toutes les variétés calcaires du système Apennin; la craie marneuse, le grès vert apparaissent le long de ses rampes. La zone des collines et des coteaux est constituée par des couches de terrain tertiaire, traversées par des bandes de calcaire nummulitique. Quant à la lisière qui se déroule aux confins de la mer, elle présente une couche assez profonde d'alluvion, de sable mêlé à des fragments de roche neptunienne et de terre arable.

Au nord de San-Remo se dresse une masse montagneuse toute hérissée de pics, de crêtes gigantesques, qui correspond au point où la chaîne des Alpes occidentales se soude à l'Apennin ligurien. La ville trouve dans ce formidable rempart un abri protecteur contre les influences directement septentrionales. Mais à mesure qu'elle s'étend à l'est et à l'ouest, cette ligne de défense s'abaisse et faiblit; aussi peut-on dire que les deux promontoires du cap Vert et des Pins ne contribuent que faiblement à modifier l'invasion des vents latéraux; mais, largement ouvert sur la Méditerranée, le bassin de San-Remo reçoit les bonnes influences thermiques du sud.

Dépourvus de documents statistiques et de relevés météorologiques, MM. Carrière et Champouillon n'avaient pu apprécier que d'une manière générale les qualités de cette station. Des observations recueillies par M. le docteur Onetti et qu'il a eu l'obligeance de me communiquer, me permettent de fournir des données précises sur le climat de la vallée de San-Remo.

Je constate tout d'abord que dans l'anémologie de cette localité, la prépondérance appartient incontestablement aux vents de l'est, de l'ouest et à leurs dérivés. La direction oblique qu'affecte, en ce point, la lisière du continent, assure une certaine suprématie aux vents de provenance orientale. Par leur haleine un peu crue et passablement

après, non-seulement lever les deux jambes étant debout, mais encore monter sur une chaise, en s'appuyant toutefois. Il pouvait marcher en pliant les jambes, mais avec une certaine maladresse. Et, ce qui est plus important, la sensibilité était revenue presque complétement dans les membres inférieurs. Ces faits ont été constatés le lendemain, 4 décembre, par un grand nombre de médecins qui avaient vu le malade le jour précédent. Le même jour, devant une nombreuse assistance de savants confrères, j'ai fait observer que c'est, selon moi, l'application du courant sur les ganglions inférieurs du grand sympathique, qui contribue, pour la plus grande part, à ce changement subit.

Pour apprécier la valeur de cette supposition, j'ai appliqué de nouveau le courant constant sur la région du ganglion inférieur des deux côtés, et, après trois minutes, le malade a pu, sans aide et sans appui, monter sur la chaise avec la plus grande agilité. Après un troisième traitement, il a sauté à pieds joints sur la même chaise. Depuis lors, il n'a éprouvé aucune souffrance, aucune rechute. Il est tout à fait guéri et va quitter l'hôpital.

Quant à la nature de cette maladie, je crois que c'est une espèce particulière d'épilepsie dont le malade a été frappé, et qui, par un rétrécissement subséquent des vaisseaux sanguins à la base du cerveau et de la moelle allongée, a laissé après elle cette paraplégie anesthésique. On comprend pourquoi l'application du courant, sur la partie cervicale du grand sympathique, a pu faire disparaître si subitement les symptômes morbides. Dans ce cas, si le rétrécissement n'avait pas été détruit rapidement, il se serait produit une atrophie du centre nerveux, et, par suite, une incurabilité absolue de la paraplégie.

D'autre part, je ne dois pas omettre de vous dire à cette occasion qu'en suivant le procédé analogue, on arrive à améliorer et même à guérir quelquefois l'épilepsie. Malheureusement nous manquons ici de sujets pour cette importante démonstration.

Dans la paraplégie qui vient de nous occuper, les symptômes d'ataxie n'existaient pas, c'est-à-dire que la fermeture des yeux était sans conséquence.

Les personnes qui suivent régulièrement ces conférences ont pu observer que l'effet du courant constant dans la *paraplégie ataxique*, que j'appelle *paralepsie*, n'est pas moindre que dans la paraplégie simple. Seulement il existe un si grand nombre d'espèces de paralepsies que, pour expliquer le mode d'action du courant, il faudrait entrer dans une foule de détails que j'ai publiés déjà.

Il faut citer néanmoins le cas de paralysie hystérique d'une femme âgée de trente-six ans (service de M. Bouillaud) dont l'histoire pathologique a été rédigée avec beaucoup de soin par M. Blachez. Elle a souffert longtemps d'une chute grave de la matrice, telle que le col se présente immédiatement à l'entrée du doigt dans le vagin; en même temps elle offrait tous les symptômes d'une grave paralysie et pouvait à peine marcher quelques pas. En fermant les yeux, elle tombait immédiatement et était hors d'état de monter sur une chaise, même en s'appuyant. L'application du courant, plusieurs fois répétée sur la région des plexus lombaire et solaire de chaque côté, a déterminé un effet très-rapide et très-prononcé. Non-seulement la marche s'est améliorée, mais la malade a pu monter sur la chaise sans s'appuyer et rester debout les yeux fermés. Et, ce qui est plus curieux et que j'avais prédit, c'est que la matrice est remontée et tellement que, pour la toucher, il faut introduire tout le doigt dans le vagin, ce qui est évidemment un effet du courant sur les fibres musculaires lisses des ligaments larges. Les troubles de circulation, dans la matrice ou dans les ovaires, ne sont pas des contre-indications relativement à l'emploi du courant; au contraire, le courant aide à la guérison de ces troubles par les moyens connus (bains, injections, etc.).

Je ne puis pas insister non plus sur les conditions du traitement galvanique sur l'hémiplégie. Je dirai seulement que, d'après mes expériences, les contractures qui surviennent si souvent après l'hémorrhagie cérébrale peuvent être arrêtées dans leur développement avec d'autant plus de facilité que l'hémiplégie est plus récente. Il faut, en ce cas, agir moins sur les muscles contracturés et paralysés que sur le grand sympathique et les vaisseaux cervicaux du côté opposé, afin d'activer la résorption et de diminuer l'irritation du foyer de l'hémorrhagie, irritation qui est la cause des contractures.

Comme je me suis proposé de ne parler que des effets du courant qui peuvent être démontrés expérimentalement *ici*, je ne puis pousser plus loin l'étude des paralysies, et je dois passer sous silence l'effet antispasmodique du courant, attendu que les sujets nous font défaut. Pour déterminer ces démonstrations, il ne me reste plus qu'à parler d'une paraplégie traumatique qui nous fournira l'occasion de développer davantage les effets du courant que je nomme catalytiques et que je n'ai pu qu'effleurer jusqu'ici.

Voici un homme de cinquante-trois ans, charbonnier, qui tomba, il y a quatre mois et demi, d'un troisième étage sur ses tubérosités iliaques. Il éprouva non-seulement une forte commotion de tout le système nerveux, mais encore sa seconde vertèbre lombaire se brisa, d'après le diagnostic de notre illustre confrère M. le professeur Velpeau, dans le service duquel se trouve ce malade (salle Sainte-Vierge, n° 14). Ce malade m'a été confié le 1er décembre. Il était hors d'état de rester assis à cause des douleurs qu'il ressentait dans les vertèbres, ces dernières étant déviées de leur position naturelle dans les régions dorsales et lombaires. On apercevait extérieurement une grande dépression de la première vertèbre lombaire et une saillie considérable et douloureuse de la deuxième. Les muscles de l'abdomen étaient durs et contractés, tandis que les muscles des membres inférieurs étaient relâchés et amaigris au plus haut degré. La plante du pied droit était couverte d'un œdème pâle et froid montant jusqu'au genou. Quant aux mouvements volontaires, ils étaient bornés à quelques fléchisseurs des deux jambes et à quelques extenseurs du pied gauche. Tout le reste était paralysé. Autant que je me rappelle, les adducteurs et les abducteurs obéissaient quelque peu à la volonté. Mais c'étaient surtout l'élévateur des cuisses (ilio-psoas) et les extenseurs des deux jambes qui étaient le plus dépourvus de la motricité volontaire.

Le malade ne pouvait ni lever les jambes ni rapprocher ses cuisses de l'abdomen. La sensibilité était fort obtuse, surtout dans le pied droit.

A première vue, il semblait impossible de soulager et encore moins de guérir cet homme, car il était probable que la moelle avait subi de profondes lésions ou était comprimée par les os fracturés.

Pour résoudre la question, j'ai procédé de la manière suivante :

J'ai pris un courant de cinquante-six éléments que j'ai appliqué à la surface de la cuisse, surtout sur les nerfs cutanés. L'aiguille du galvanoscope accusait une déviation très-considérable, mais le malade en éprouvait peu de douleur, et l'on n'apercevait pas la moindre trace de mouvements réflexes ni de contractions musculaires directes.

Après cette expérience, je déclarai que la moelle épinière n'était pas profondément lésée; car, en ce cas, il y aurait eu mouvement réflexe. Et j'ajoutai qu'on pouvait espérer que le manque d'innervation était dû à la compression des troncs nerveux dans les tissus intervertébraux, au renflement et à la déviation des vertèbres dorso-lombaires.

C'est pourquoi je commençai à diriger le courant sur les vertèbres dérangées, dans l'intention 1° de rétablir la colonne vertébrale dans sa position normale en relâchant les fibres contracturées et en renforçant les fibres relâchées des muscles dorsaux adjacents, 2° de redresser la colonne et d'éviter par ce moyen la compression des troncs nerveux, 3° de dilater les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et de déterminer par là un effet catalytique, c'est-à-dire un rétablissement de la circulation normale et une résorption des exsudations morbides.

Disons un mot de ces effets catalytiques. Il y en a de diverses catégories. L'effet immédiat du courant sur les tissus peut être démontré même sur l'homme sain par le gonflement visible des fibres musculaires dont nous avons parlé plus haut. Ce gonflement peut être observé même sur des grenouilles amaigries.

Le même effet immédiat se produit sur le tissu épidermique dont les cellules se gonflent surtout au pôle négatif, et tellement, qu'elles apparaissent globuleuses sous le microscope, et que les noyaux sont aussi très-visibles. Dans les mêmes conditions, on observe aussi un gonflement du derme qui donne lieu à des saillies blanches, parce qu'en même temps les vaisseaux se contractent, tandis qu'à l'autre pôle on observe une dépression de la peau et une rougeur foncée, c'est-à-dire une dilatation des vaisseaux sanguins.

Ces effets acquièrent une valeur thérapeutique si l'on applique le courant sur des parties enflammées et gonflées. Nous avons à faire, en ce cas, à des effets catalytiques immédiats, mais ce qui est plus important, c'est que le même effet peut être déterminé en appliquant le courant sur les nerfs et les vaisseaux qui se rendent aux parties enflammées. A cet égard, je renvoie à ce qui a été dit précédemment sur les effets calmants du courant, et je répète que cette catalyse médiate ou indirecte peut encore être appliquée dans des cas d'inflammation où la catalyse directe pourrait être nuisible.

On conçoit que dans notre cas de fracture de la colonne vertébrale, la catalyse directe, agissant sur les parties renflées, pouvait être mise en jeu pour soustraire la moelle et les nerfs à la pression qui les gênait.

Le traitement a donné raison à mes prévisions.

Après trois applications du courant sur les parties malades de la colonne, les extenseurs de la jambe gauche avaient regagné leur contractilité et leur motricité. Le malade commençait à étendre sa jambe gauche et à la lever dans cet état.

Après trois nouveaux jours, il put se tenir sur son lit sans s'appuyer, exécuter tous les mouvements possibles du pied gauche et même des orteils. La colonne vertébrale commençait à regagner sa direction régulière et les muscles de l'abdomen à perdre de leur roideur.

Malheureusement, le traitement du côté droit n'a pas encore donné un résultat aussi satisfaisant. Il est vrai que le gonflement du pied et de la jambe droite a disparu tout à fait, et que les mouvements des fléchisseurs de la jambe, des adducteurs et des élévateurs de la cuisse, ont assez augmenté pour que le malade puisse, étant couché, rapprocher son pied du grand fessier et lever en même temps le pied à une hauteur de quelques décimètres. Mais il lui manque encore le mouvement volontaire dans les extenseurs du pied et des orteils, et surtout dans le grand fémoral droit, qui est considérablement atrophié. Je regrette d'être obligé de partir et de ne pouvoir continuer plus longtemps ce traitement qui, selon moi, laisse espérer une issue favorable, mais j'aime à penser que les médecins de cet hôpital reprendront le traitement commencé.

RÉSECTION

de trois centimètres de tendon d'Achille imparfaitement réuni. Traitement par la suture. — Succès.

Par M. Ernest BERCHON, médecin de 1re classe de la marine.

On sait que quand un tendon est divisé au fond d'une blessure ouverte à l'air, la réunion des deux bouts a rarement lieu en raison de l'intensité de l'inflammation consécutive qui s'oppose à toute action adhésive. L'observation suivante peut aider à déterminer si les insuccès de la plupart des opérations hâtives de ténotomie dépendent de cette cause, ou si elles sont dues seulement à la négligence du chirurgien dans le maintien au contact des extrémités divisées pendant la durée du traitement. On y verra que le libre abandon à la suppuration des bouts du tendon divisé n'a pas été, dans la circonstance, incompatible avec la guérison. L'emploi de sutures pour aider les muscles relâchés à maintenir rapprochées les extrémités séparées du tendon pendant le traitement offre en outre un intérêt particulier.

Paul, mulâtre, se présenta à moi pendant la durée de mes fonctions de second chirurgien au fort Larned (Kansas), en novembre 1860, pour être traité d'un accident qui lui était survenu trois mois environ

---

excitante, ces vents rappellent la *Bora* de Venise. S'ils entretiennent la limpidité et la sérénité de l'atmosphère, ils déterminent quelquefois chez les malheureux phthisiques des réactions graves et donnent un certain élan à la forme galopante de la tuberculose. Toutefois cette fâcheuse influence trouve une compensation réelle dans l'absence des vents du nord et l'extrême rareté du nord-ouest. Quant au vent d'ouest proprement dit, le correctif habituel du vent d'est, il justifie parfaitement sous le beau ciel de San-Remo ce doux nom de *Favonius* que lui donnaient les anciens. Son souffle humide et tiède répand le calme dans l'atmosphère, et opère sur l'organisme une heureuse détente; lorsque le vent souffle du sud, il amène généralement de la pluie.

Abritée complétement, comme elle l'est, des influences septentrionales, la station de San-Remo doit nécessairement jouir d'une grande douceur de température. En effet, d'après les relevés de M. le docteur Onetti, la chaleur annuelle se distribue de la manière suivante, pour chaque saison : moyenne de l'hiver, de 10° à 12°; du printemps, de 14° à 16°; de l'été, de 18° à 24°; de l'automne, de 15° à 18°.

Il résulte de ces données numériques : 1° que San-Remo se trouve plus favorisé, sous le rapport de la température, que les autres stations du littoral français; 2° que le mode de distribution de la chaleur dans le cours des saisons est relativement plus ménagé que dans ces mêmes stations. On peut se convaincre de l'exactitude de ces deux propositions en consultant les tables météorologiques dressées dans chacune de ces localités, et qui se trouvent reproduites dans le livre de M. Lubanski.

Il y a généralement peu d'amplitude dans les variations diurnes et nocturnes de température dans la vallée de San-Remo. Le défaut d'intensité relative des influences septentrionales explique naturellement cet heureux privilége. N'est-ce pas, en effet, à la prépondérance de ces courants glacés qui descendent à l'improviste, soir et matin, des cimes neigeuses des Alpes et des Apennins pour s'abattre sur Hyères, Nice, Rome, que l'on doit attribuer les subites perturbations qui se manifestent dans l'échelle thermométrique de ces localités? Pendant les mois de janvier, février et mars (1865), j'ai noté comme moyenne de température : + 10°,4; + 10°,2; + 11°,1.

Il ne neige presque jamais à San-Remo. Quand ce phénomène s'observe, c'est toujours sous forme de neige folle fondant au moment où elle touche le sol. Comme le thermomètre ne tombe que par accident à zéro, on peut dire qu'il ne gèle pas dans ce pays privilégié où la violette et le narcisse sont en pleine floraison pendant les mois de décembre et de janvier.

On ne compte guère que 40 ou 50 jours pluvieux à San-Remo; le nombre des jours sereins y est de 250 environ (docteur Onetti), et la sécheresse de l'air à peu près permanente. Cette sécheresse dans une station limitrophe de la mer, pourvue d'une végétation à feuillage persistant, s'explique par la prédominance des vents d'est dont le souffle sec empêche la condensation des vapeurs aqueuses répandues dans l'atmosphère. L'absence à peu près complète de rosées achève de caractériser le climat de San-Remo, dont l'atmosphère ne présente jamais de surcharge électrique.

L'esquisse que je viens de tracer m'autorise à ranger cette station dans la classe des climats chauds et secs, conséquemment toniques et stimulants. L'observation clinique confirme d'ailleurs cette vue théorique. On constate, en effet, que l'habitant de San-Remo est généralement doué d'un tempérament sanguin et vigoureusement constitué; il atteint un âge avancé. En hiver, les bronchites, les pneumonies, les pleurites dominent les autres espèces morbides; le printemps voit éclore les fièvres intermittentes et exanthématiques; l'automne engendre la diarrhée et la dyssenterie, mais les affections goutteuses, rhumatismales, paralytiques, scrofuleuses, le catarrhe pulmonaire, l'asthme et la tuberculose surtout, sont extrêmement rares.

Les considérations pathologiques qui précèdent conduisent tout naturellement aux applications thérapeutiques que l'on peut faire des qualités du climat de San-Remo. Qui n'entrevoit de suite que cette localité devra être éminemment avantageuse dans les cas où la vitalité languit (lymphatisme, scrofules, anémie) et plus spécialement encore dans la phthisie de forme torpide?

Dr CAZENAVE DE LA ROCHE,
médecin aux Eaux-Bonnes.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par le docteur WECKER. Tom. II, 1re partie; in-8° de 412 pages, avec 3 planches gravées et 38 figures intercalées dans le texte. Prix : 6 fr., *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Études sur la narcéine et son emploi thérapeutique, par le docteur Charles LINÉ, ancien interne des hôpitaux. In-8° de 69 pages. Prix : 1 fr. 50, *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

avant, pendant qu'il se livrait à une lutte à la course. D'après son récit, il a senti quelque chose d'insolite, se passant alors subitement dans sa jambe droite, avec un bruit sensible de craquement, et la partie a été instantanément privée de ses fonctions. Il dit qu'un intervalle très-marqué ou dépression était perceptible au-dessus du talon, et qu'en essayant de se tenir sur le pied il tombait de suite sur le sol. Aucune tentative ne fut faite pour rapprocher les bouts divisés l'un de l'autre par le relâchement des tissus lésés, et il ajoute qu'on n'apporta que peu d'attention au repos ultérieur du membre. Lorsque je l'examinai, il y avait un vide marqué d'environ un pouce, entre les deux bouts du tendon, vide dans lequel fort peu de matière plastique paraissait avoir été sécrétée pour combler l'espace. Le moyen d'union était si long et si faible que le membre restait sans faculté pour la marche.

Je résolus de mettre à nu les parties par une incision directe, de détruire le faible moyen connectif, de rogner les bouts rétractés et de chercher à les unir par l'intermédiaire de liens de soie. Les tentatives faites pour rapprocher au contact les deux bouts, après la destruction de la substance qui leur était intermédiaire, furent très-difficilement poursuivies. Elles réussirent cependant en plaçant le membre dans une position fortement fléchie et en introduisant deux fortes ligatures à travers les bouts du tendon, à trois lignes environ de ses extrémités. Les parties furent ainsi réunies et le relâchement du membre fut maintenu par un appareil consistant en un anneau de cuir placé autour de la cuisse, au-dessus du genou, anneau auquel était attachée une corde fixée dans un trou derrière une poulie. Les muscles gastro-cnémiens furent en outre entourés d'un bandage serré. Cet appareil fut employé pendant six semaines environ; on permit alors au blessé de se promener en usant d'un soulier à talon très-haut pendant trois semaines de plus.

Après avoir serré les ligatures, un des fils fut coupé et les autres abandonnés, comme on le fait pour la ligature des vaisseaux. L'incision fut alors réunie dans toute sa longueur, qui était de trois pouces, et le plus exactement possible. Les ligatures furent retirées le vingt-cinquième jour, et pendant la plus grande partie du temps la blessure laissa s'écouler de la matière purulente. La quatorzième semaine après l'opération le malade se promenait avec à peine un peu de claudication, et le tendon d'Achille paraissait être parfaitement réuni.

Cette observation fort remarquable, due au docteur Warren-Webster, chirurgien de l'armée des États-Unis, méritait à plus d'un titre d'être signalée à l'attention des chirurgiens. On s'est trop exagéré, à notre avis, les dangers de l'introduction de l'air dans les opérations de ténotomie qui s'exercent sur le tendon d'Achille. J'ai obtenu récemment un succès complet, bien que, malgré toutes précautions, l'air se fût frayé un accès dans la plaie que j'avais pratiquée. Il s'agit ici d'une méthode nouvelle et j'ai pensé que la traduction du fait clinique inséré dans le numéro du 3 septembre 1864 de l'*American medical Times* offrirait de l'intérêt aux lecteurs de la *Gazette*.

OBSERVATION DE CANCER DES RAMONEURS OU DU SCROTUM

Par M. le Dr Putégnat (de Lunéville).

Le cancer du scrotum, auquel les chirurgiens anglais, qui l'ont découvert et bien décrit, ont donné le nom de *cancer des ramoneurs*, mais improprement, ainsi que le reconnaît Pott, puisque des individus autres que les ramoneurs, comme le prouve le sujet de notre observation, peuvent être atteints de cette maladie; le cancer du scrotum, disons-nous, étant très-rare en France, passé sous silence dans certains ouvrages de pathologie chirurgicale (1) ou décrit beaucoup trop succinctement par d'autres (2), nous pensons être quelque peu utile en communiquant le fait que nous venons de recueillir.

Notre observation, comme on le verra, confirme en tous points la description qu'ont donnée de cette maladie Pott (3), Earle (4) et S. Cooper (5), et qui est plus ou moins mal reproduite par les auteurs français.

C. D..., âgé de cinquante-cinq ans, marié depuis peu de temps, d'une taille haute, mais un peu voûtée, aux cheveux blonds, d'une santé habituelle assez heureuse, d'une grande sobriété, usé par le travail, a eu sur le prépuce, il y a dix ans environ, un chancre qui fut traité par un pharmacien.

Longtemps mal logé, D... habite depuis son mariage dans une maison sise dans un faubourg de Lunéville, un rez-de-chaussée non humide, regardant d'un côté le nord sur un vaste jardin qui aboutit à la campagne, et exposé de l'autre au midi sur la rue qui est très-large.

C'est le 5 novembre 1864 que, pour la première fois, je suis consulté par D...

Alors il porte en bas, et surtout à gauche du scrotum, une vaste ulcération irrégulière, d'un aspect grisâtre, dont la surface est inégale, à bords épais, durs, élevés, frangés et renversés. Deux brides, constituées par de la peau ulcérée, traversent cette plaie hideuse, au fond de laquelle on voit la tunique vaginale gauche ulcérée, hypertrophiée, d'un rose grisâtre.

La suppuration, contenant des détritus de peau, de tissu cellulaire, du dartos, sanieuse, un peu jaunâtre et parfois grisâtre, irritante pour les parties voisines qu'elle souille, exhale une odeur *sui generis* excessivement fétide, qui infecte le lit et l'appartement.

Cette plaie cause des douleurs aiguës et lancinantes, qui ont lieu spécialement dans la journée et dans la soirée, et presque jamais dans la nuit, pendant laquelle le patient jouit d'un sommeil long et réparateur.

Le testicule gauche et son cordon sont évidemment durs et engorgés. A droite, je soupçonne aussi de l'engorgement dans ces organes.

(1) Voir le *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, 1831.

(2) Bayle et Cayol, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. III, p. 583; Bégin, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. IV, p. 565; Roche et Sanson, *Éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 1833, t. III, p. 375; Fabre, *Dictionnaire des Dictionnaires*, 1841, t. VII, p. 295; Ollivier, *Dictionnaire en 30 volumes*, 1844, t. XXVIII, p. 247; Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, 1844, t. I, p. 394, etc.

(3) Works, t. III.

(4) *Medic. chirurg. trans.*, t. XII.

(5) *Dictionnaire de chirurgie pratique*, 1826, 2e partie, p. 405, et *Traité élémentaire de pathologie chirurgicale*, Paris, 1841, p. 622.

Je ne trouve point de glandes dans les aines, mais il me semble qu'il y a un peu d'empâtement dans le fond de la fosse iliaque gauche.

D..., qui a conservé son appétit, sa gaieté, ses forces, et qui n'a point de fièvre, mais dont le teint est déjà celui de la cachexie cancéreuse, ou pâle, blême, plombé, ne redoute point sa maladie, qu'il attribue à un coup de timon de voiture, reçu il y a quelques années. On n'en doute point, je me garde bien de le détromper.

Depuis ce 5 novembre, et en dépit de l'énergie des traitements hygiéniques et thérapeutiques interne et externe conseillés et suivis très-exactement, et que j'indiquerai plus bas, le mal n'a fait que progresser jusqu'au 24 septembre 1865, jour du décès du patient, ce qui prouve la justesse de cette sentence de S. Cooper : « Le cancer du ramoneur est une maladie pernicieuse sur laquelle les médicaments internes et les topiques ont une action faible ou nulle (1). »

Ce jour-là, il n'y avait plus de scrotum; mais à la place de celui-ci existait une plaie qui, de la base du pubis, des ligaments de Poupart, s'étendait jusqu'à 1 centimètre de l'anus, et occupait les deux aines et le tiers antérieur interne et supérieur de chaque cuisse. Cette plaie, qui fournissait une suppuration sanieuse très-abondante, d'une fétidité horrible et spéciale, qui n'avait causé aucune hémorrhagie, offrait une surface inégale et parsemée de plaques gangrenées. Dans son centre, se trouvait le tronçon de la verge détruite jusqu'à sa base, et sur les côtés externes on voyait deux tumeurs ovoïdes ulcérées représentant les testicules hypertrophiés.

A gauche, auprès de l'épine iliaque antérieure et supérieure, existait une plaie superficielle, d'une surface de 5 à 6 centimètres carrés, de même nature que l'autre, à bords frangés, rouges, hypertrophiés et décollés.

A droite, le long du ligament de Fallope et suivant la base du bourrelet supérieur de la plaie principale, régnait une ulcération qui avait détruit la peau jusqu'à l'aponévrose dans une largeur de 3 centimètres. Cette plaie avait succédé à une angioleucite aiguë et ne datait que d'un mois.

Quinze jours avant sa mort, D..., quoique soumis à une sage hygiène et à un régime tonique, est tombé dans le marasme sous l'influence de l'épuisement causé par les douleurs et spécialement par la suppuration. Alors s'est montré de l'œdème aux pieds.

Dans la matinée du 22 septembre, jour où, prévoyant une fin très-prochaine, j'ai pu obtenir la photographie de ce malheureux, une diarrhée colliquative et très-fétide s'est montrée et a hâté la mort, qui a eu lieu le 24 septembre 1865, à huit heures du matin.

Cette vaste et hideuse plaie était le résultat non-seulement de la plaie primitive, qui avait progressé en profondeur et en surface principalement, d'une manière autre cependant que celles du chancre phagédénique (2), du lupus et de la pourriture d'hôpital, mais encore de nombreuses autres ulcérations résultat d'eschares, ou qui avaient succédé à des tubercules indurés, crevassés, et fournissant un ichor fétide, qui, se desséchant, se transformait en une croûte au-dessous de laquelle l'ulcération se faisait.

La plaie primitive, au dire du patient, avait eu un semblable début.

Quel parti devais-je prendre lorsque j'ai vu D... pour la première fois?

S'il est un moyen de suspendre ou de prévenir cette maladie, c'est assurément l'extirpation de la partie affectée; mais il est trop tard de recourir à ce moyen si le testicule et le cordon spermatique sont atteints. Telle est l'opinion de Pott, d'Earle, d'Astley et de Samuel Cooper, et des auteurs français qui ont copié ces observateurs.

Lorsque j'ai été consulté par D... (5 novembre 1864), l'opération n'était plus praticable (le temps propice de la faire avec chances heureuses n'ayant point été saisi); en effet, le testicule et le cordon droits étaient un peu engorgés; à gauche, ces organes étaient indurés, tuméfiés et recouverts d'ulcérations, et, dans le fond de la fosse iliaque du même côté, on reconnaissait un engorgement qui dans la suite est devenu très-évident, et l'on sait que les auteurs disent avec raison que la castration n'offre que des chances fâcheuses quand l'on trouve dans l'abdomen quelque tumeur (3).

Le malade ayant eu un chancre mal traité, je lui ai prescrit, pour la satisfaction de ma conscience, le proto-iodure de mercure, l'iodure de potassium à hautes doses et une tisane amère et sudorifique, mais inutilement.

Alors j'ai ordonné l'arséniate de soude et une préparation ferrugineuse, mais encore en vain.

Voyant ces complets insuccès, je n'ai plus conseillé que l'huile de foie de morue, la teinture alcoolique de ciguë et les opiacés et un régime tonique. Localement, j'ai employé l'eau chlorurée, la teinture alcoolique d'iode, l'alcool camphré, la teinture d'aloès, et enfin la solution au centième du deuto-chlorure de mercure dans de l'eau distillée vantée dans ces derniers temps par l'école de Strasbourg.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 novembre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Deux Mémoires de M. le docteur Jobert (de Guyonvelle) intitulés : l'un *Résumé thérapeutique et pharmaceutique d'une pratique de trente-deux années à la campagne* (commissaires : MM. Chevallier et Gubler); l'autre *Considérations sur certaines croyances, préjugés et pratiques à la campagne*. (Commissaires : MM. Blache et Roger).

2° Un rapport du même médecin sur une affection typho-adynamo-cholérique épidémique qui a régné dans le canton de La Ferté-sur-Amance (Haute-Marne) en juin, juillet, août et septembre 1865. (Commission des épidémies.)

(1) *Pathologie chirurgicale*, p. 622.

(2) Voir Putégnat : 1° *Traité de la syphilis infantile*, Paris, 1854; 2° *Du chancre phagédénique*, dans le tome XXXVI, année 1863, du *Journal de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*; 3° *Du traitement du lupus*, dans *Mélanges de chirurgie*, 1 vol. in-8°; Paris, 1849, p. 89.

(3) Voir Boyer, *loc. cit.*, t. X, p. 283.

3° Un exemplaire d'une notice de M. le docteur Gutteridge (de Birmingham) sur un nouveau procédé de son invention pour l'extraction de la pierre. (Commissaire : M. Gosselin.)

4° Un Mémoire manuscrit de M. le docteur Lebel sur les différentes épidémies de choléra qu'il a eu l'occasion d'étudier;

5° Une nouvelle note de M. le docteur Pons (de Bez) au sujet d'un nouveau mode de traitement du choléra. (Commission du choléra.)

6° Une demande de renseignements relative à une source minérale sise dans la commune de Neuville-les-Charité (Haute-Saône). (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. le docteur Bonnans au sujet du rapport médico-légal de M. le docteur Garrigou sur un cas de transmission de la syphilis de nourrice à nourrisson. (Renvoi à M. Ricord.)

2° Une note de M. le docteur John Goson sur un moyen de traitement qu'il a eu l'occasion d'employer pendant l'épidémie de choléra qui a ravagé la Toscane en 1855. (Commission du choléra.)

3° Le Mémoire imprimé sur la propagation du choléra et les moyens de le restreindre, dont M. le docteur Jules Worms a lu les conclusions à l'Académie.

4° Une lettre de M. le docteur Bourguignon au sujet du livre qu'il vient de publier sur le typhus contagieux des bêtes à cornes, et dont M. H. Bouley a fait hommage en son nom à l'Académie.

M. Bourguignon proteste contre la critique qui a été faite de son livre par M. Bouley, qui lui aurait attribué, dit-il, des opinions toutes différentes de celles qu'il a soutenues en réalité.

M. Bouley demande à être autorisé à faire un rapport verbal sur cet ouvrage. S'il s'est trompé dans son appréciation, il ne fera aucune difficulté d'en convenir.

— M. Béclard présente à l'Académie, au nom de M. le docteur Broca, le premier volume du *Traité des tumeurs*.

— M. Velpeau présente le premier volume du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale*, par MM. Bouchut et Després.

M. Velpeau dépose ensuite sur le bureau, de la part de M. Barbin, pharmacien à la Rochelle, un échantillon d'une préparation pharmaceutique désignée sous le nom de crème albumineuse à l'huile de foie de squale.

— M. Gosselin présente, au nom de M. le docteur Galezowski, un ouvrage intitulé : *Étude ophthalmoscopique sur les altérations du nerf optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent*.

— M. Cloquet présente un opuscule imprimé sur le choléra, par M. le docteur Dupuy (de Frenelle).

— M. Larrey présente :

1° Un Mémoire manuscrit de M. le docteur Heyfelder (de Saint-Pétersbourg) sur le traitement des anévrysmes par la compression digitale;

2° Le premier fascicule du 2e volume du *Traité des maladies des yeux* de M. le docteur Wecker.

— M. Robin fait hommage à l'Académie des deux premiers volumes du *Journal de physiologie et d'anatomie humaine et comparée*, qu'il publie depuis deux ans.

— M. le Président invite MM. les membres des commissions permanentes à hâter la lecture de leurs rapports annuels, la séance publique devant avoir lieu dans la première quinzaine de décembre.

RAPPORT.

Épidémies. — M. de Kergaradec, au nom de la Commission des épidémies, donne lecture du rapport général officiel sur les épidémies qui ont régné en France en 1864.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

M. Larrey rappelle à cette occasion la proposition qu'il a déjà faite précédemment, que la partie scientifique de tous les rapports de prix sans exception soit lue en séance publique, avec réserve des noms, des appréciations personnelles et des conclusions finales pour le comité secret.

MM. Bouley, J. Guérin et Cloquet appuient cette proposition.

M. le Président dit qu'elle est soumise à l'appréciation du Conseil.

— A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 28 août 1865. — Présidence de M. Béhier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Duguet lit une observation intitulée : *Accidents cholériformes survenus dans un cas de fièvre typhoïde et ayant amené la mort*. (Voir le numéro précédent.)

M. Béhier signale dans cette observation certaines omissions, et çà et là des opinions à la place de description. Par exemple n'eût-il pas été préférable, au lieu de *chaleur forte, faible, sèche*, d'indiquer des chiffres obtenus à l'aide du thermomètre. L'histoire des variations de la température, dans les maladies et en particulier dans les maladies aiguës, n'est pas encore complète; il faut donc, en toutes circonstances, rechercher avec soin la température exacte du corps des malades et ne pas se contenter d'appréciations approximatives. On a dit que les ganglions altérés présentaient un aspect encéphaloïde, n'eût-il pas mieux valu encore décrire exactement les caractères qu'ils présentaient. La coloration, la consistance, le degré de vascularisation de la muqueuse intestinale, n'ont pas été indiqués, bien qu'il s'agisse d'un choléra infantile. Il est question des indications qui ont fait penser à l'emploi du tartre stibié; il fallait énumérer ces indications, et cela était d'autant plus nécessaire que cette médication n'est pas acceptée par tous les praticiens, et que quelques-uns, en cette circonstance, la regarderaient comme un peu trop hardie.

M. Fritz. J'aurais désiré qu'on examinât au microscope les muscles volontaires et qu'on recherchât les altérations récemment signalées par le docteur Zenker dans la fièvre typhoïde.

M. Béhier. Il importe, en effet, de contrôler les assertions qui nous arrivent chaque jour de l'étranger, et il appartient en particulier aux membres de la Société, placés pour la plupart aux sources

mêmes de l'observation, de n'en laisser échapper aucune occasion. *En avant* est la devise naturelle des internes des hôpitaux.

M. TOPINARD. Il est ici question de symptômes cholériformes dans le cours d'une fièvre typhoïde. Je soigne en ce moment l'inverse : un cas de constipation opiniâtre pendant toute la durée d'une fièvre typhoïde. Je me souviens d'autres cas analogues, et je me demande, le génie épidémique de cette maladie allant en se modifiant, s'il ne faudrait pas ôter à la diarrhée l'importance qu'on lui accordait il y a quelques années.

M. BÉHIER. La constipation effectivement se rencontre quelquefois à la première période de la fièvre typhoïde, mais une discussion ne saurait s'engager sur ce point. Nous ne devons raisonner que sur des faits complets et non d'après des souvenirs.

M. LABORDE lit une observation de *maladie du cervelet.*

M. BEAUMETZ. Il n'a été rien dit des antécédents de famille. L'état de la force musculaire n'a pas été recherché, omission d'autant plus regrettable qu'indépendamment de la lésion cérébelleuse prévue, on a trouvé un ramollissement étendu de l'un des hémisphères cérébraux. La moelle, les couches optiques, les corps striés, les nerfs optiques, n'ont pas été examinés. Ce malade a-t-il eu la syphilis, a-t-il eu des pertes de connaissance, avait-il des érections?

M. CORNIL ajoute que la lésion cérébrale n'a pas été suffisamment décrite. Quelles étaient les circonvolutions atteintes? celles qui président à l'articulation des sons l'étaient-elles?

M. LABORDE. J'ai volontairement omis, je dois le dire, bon nombre de détails; je n'entendais pas faire une biographie, mais seulement mettre en relief les phénomènes qui concouraient au but que je me proposais. C'est à regret cependant que j'ai laissé les antécédents, l'état intellectuel du sujet s'opposait à mes recherches. Quant à l'autopsie, je ne l'ai pas faite moi-même. D'après la note qui m'en a été remise, le ramollissement cérébral était superficiel, de peu d'étendue et semblait intéresser les circonvolutions antérieures; mais non droites; cette lésion expliquait bien l'état intellectuel, mais ne pouvait produire une hémiplégie.

M. VOISIN. Laissant de côté les symptômes dans leurs rapports avec les lésions, bien que l'interprétation de M. Laborde soit discutable, je me borne à demander si le sujet présentait des hallucinations partielles de la vue ou des hallucinations de la sensibilité générale. Ces dernières sont si rares que je répugne à les supposer ici; je n'en connais, pour ma part, que deux cas avérés.

M. LABORDE. Des hallucinations peuvent survenir chez un amaurotique double; cependant je n'y crois pas dans ce cas, non plus qu'à des hallucinations de la sensibilité générale, et j'admets plutôt qu'elles étaient d'origine psychique.

M. HAYEM a vu à Bicêtre des hallucinations multiples, portant sur presque tous les sens chez un sujet atteint de la moelle, appelée ataxie locomotrice progressive.

M. OLLIVIER a vu à la Charité un hystérique qui avait des hallucinations du sens du tact. Il demande sur quels indices s'est basé M. Laborde, pour diagnostiquer une affection du cervelet.

M. LABORDE. Sur la désharmonie des mouvements, la crainte de tomber, l'amaurose, la paralysie de la paupière supérieure, les envies de vomir, etc.

M. OLLIVIER. A mon avis, l'ensemble des symptômes était insuffisant pour assurer le diagnostic, et il était permis d'incliner autant pour une affection du cerveau que du cervelet. L'autopsie, précisément, a montré l'existence des lésions dans ces deux organes.

M. BÉHIER s'élève contre la funeste doctrine qu'a rappelée M. Laborde et que professent encore quelques auteurs au grand préjudice de la science. Elle ne tend à rien moins qu'à la ruine de la saine et vigoureuse méthode d'observation, et c'est précisément pour réagir contre elle que notre Société a été instituée en 1832.

Évidemment une observation n'est pas une biographie, et nous ne sommes aujourd'hui, aucun de nous, partisans de ces détails puérils qui allongent le récit des faits sans aucun profit et font oublier l'objet principal. Non. Mais, entre la description longue et diffuse et la description insuffisante, il est un juste milieu qu'il faut savoir saisir. Une observation complète doit donner tous les renseignements, décrire tous les phénomènes susceptibles d'éclairer les divers problèmes scientifiques et pratiques qu'elle soulève. La personnalité de l'auteur doit y disparaître entièrement. Eh bien! celle qui vient de nous être lue ne me paraît pas remplir suffisamment ces conditions. Elle semble avoir été recueillie avec une idée préconçue dans un but qui se trahit; il y manque de nombreux renseignements inhérents au sujet même. Plusieurs de ces omissions ont été signalées. Je demanderai, en outre, pourquoi l'état du cœur, du pouls, des fonctions génitales, n'a pas été donné, pourquoi l'examen des urines n'a pas été fait. Il est également regrettable que les investigations n'aient pas porté sur l'état de la force musculaire, et la découverte inattendue d'une lésion importante du cerveau, tandis que la lésion du cervelet avait à peine le volume d'un pois, le prouve surabondamment.

Quant à moi, il ne m'est pas démontré que les phénomènes observés dussent être rapportés au cervelet. Les conceptions délirantes entre autres n'appartiennent guère à cet organe. L'amaurose ne pouvait-elle tenir à une altération des nerfs optiques ou des tubercules quadrijumaux? Sur ces points et sur d'autres, l'autopsie écourtée nous laisse dans l'incertitude, et si l'estimable praticien, qui en a remis la description à M. Laborde, s'était conformé aux principes que la Société défend, il nous eût certainement mis en mesure de nous faire une conviction. Cette autopsie donc est la condamnation même de cette déplorable doctrine de l'omission volontaire dans une observation de ceux des faits qui n'intéressent pas immédiatement son auteur.

M. LABORDE admet que les symptômes psychiques ne résultaient pas directement de l'affection cérébelleuse, et qu'il eut pu donner plus de développement aux phénomènes qui intéressaient le système nerveux. Quant à l'examen des urines, ajoute-t-il, elle était indifférente à mon but.

M. BÉHIER. Cependant, s'il s'y était rencontré du sucre, il eut fallu se demander si les troubles nerveux ne se rattachaient pas à la glycosurie. D'ailleurs cette observation n'est pas réservée à la seule instruction de M. Laborde; la preuve, c'est qu'il a bien voulu nous la communiquer. Il est donc nécessaire qu'elle renferme les éclaircissements dont nous avons besoin pour la discuter et pour l'interpréter. Plus tard, elle servira à d'autres, et il ne faut pas que le travailleur, qui la consultera dans nos bulletins, la rejette comme ne renfermant pas le renseignement qu'il était en droit d'y chercher.

La séance est levée à dix heures et demie.

Le secrétaire, PAUL TOPINARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets en date du 16 et du 17 novembre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Catteloup, Loyer, Jubiot, médecins principaux de 2e classe; Vergé, Lespiault, médecins-majors de 1re classe; Bonduelle, médecin-major de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Leplat, médecin-major de 2e classe; Hurst, Guisard, médecins aides-majors de 1re classe; Utz, médecin aide-major de 2e classe; Commail, pharmacien aide-major de 1re classe.

— L'École supérieure de pharmacie de Paris a fait sa rentrée en séance solennelle le mercredi, 15 novembre, sous la présidence de M. Bussy, directeur de cette École. M. Mourier, vice-recteur de l'Académie de Paris, honorait cette solennité de sa présence.

M. Guibourt a lu des observations sur les poids médicinaux européens comparés au poids métrique.

M. Marais, au nom de la Société de pharmacie, a lu un rapport sur le concours relatif au prix des thèses.

La séance a été terminée par le rapport sur les prix de l'École qui ont été décernés dans l'ordre suivant :

1re année. — Prix : M. Duménil.
Mention honorable : M. Delemère.
2e année. — Prix partagé : MM. Pouillet et Mette.
3e année. — Prix : M. Blanquinque.
Mention honorable : M. Guelliot.

Prix des thèses de la Société de pharmacie : M. Andouard.

Prix Ménier : M. Thénot.

Voici le sujet de la dissertation pour le prix Ménier de 1866 :

Faire l'histoire des Zoophytes, en s'attachant spécialement à l'étude des espèces et des produits employés en pharmacie.

Exposer les opinions qui ont été émises sur la nature de la coralline blanche et de la mousse de Corse.

La Dissertation écrite devra être remise au secrétariat de l'École au plus tard le 31 juillet 1866.

— Le maire de la commune de Hamon (Nord) demande un docteur en médecine.

Les administrations communales et charitables assurent un fixe de 1,200 fr. Population, 3,600 habitants.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi 24 novembre.

Ordre du jour :

1° Observation de rhumatisme suraigu avec chorée, endocardite et pleurésie double; autopsie, par M. Hayem;

2° Observation de rhumatisme viscéral, par M. Hemey;

3° Observation de syphilis tertiaire; symptômes du côté du poumon et de l'estomac; hématémèse; traitement par l'iodure de potassium; guérison, par M. Beaumetz.

— M. le Dr Sichel commencera un nouveau cours de clinique des maladies des yeux le jeudi 23 novembre, à 2 heures de l'après-midi, à son Dispensaire, rue du Jardinet, n° 3, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur E. Verrier commencera un cours public et pratique d'opérations obstétricales le samedi 2 décembre 1865, à deux heures, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants à la même heure.

Un cours particulier d'accouchements recommencera le 11 décembre. S'adresser à M. Verrier, 72 *bis*, rue Bonaparte, de midi à une heure.

Réflexions sur un cas rare de transposition générale des viscères avec conservation de la direction normale du cœur, par le docteur A. SABATIER, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 br. in-8° avec planche. Prix : 1 fr. 50. Paris, 1865, Savy, libraire, rue Hautefeuille, 24.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 138. — SAMEDI 25 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 25 NOVEMBRE 1865. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Situation des hôpitaux et de la ville.

L'épidémie continue à décroître, mais elle présente, dans sa période de décroissance, comme dans ses périodes d'augment et d'état, des oscillations. On en jugera par la petite statistique suivante qui comprend le chiffre des décès dans les hôpitaux et en ville pour la dernière semaine, du 16 au 22 du courant :

	Hôpitaux.	En ville.	Total.
Le 16 novembre,	13	21	34
17 »	10	25	35
18 »	17	23	40
19 »	14	30	44
20 »	10	29	39
21 »	9	20	29
22 »	17	?	?

Voici quel a été le mouvement général pour les hôpitaux pendant la dernière quinzaine, du 7 au 21 novembre :

Admissions.	Cas déclarés à l'intérieur.	Total.	Décès.
322	89	411	197

Le chiffre des décès dans les hôpitaux militaires, pour la même période, est de 11.

La mortalité cholérique de la ville, pour la même période, est de 581.

Voici, à la date du 21 novembre, quel était le chiffre total des décès :

Pour Paris (ville).	5245
Communes rurales.	517
Total.	5762

De la méthode de traitement par l'application du froid et de la chaleur le long de la colonne vertébrale (méthode du docteur Chapman).

Nous avons été témoins, pendant le cours de l'épidémie actuelle, de quelques essais d'une méthode particulière de traitement du choléra importée en France par un médecin de Londres, M. le docteur Chapman. Ces essais ont été trop peu nombreux et ils ont été faits dans des conditions trop peu favorables pour qu'il ait été possible d'en apprécier les résultats. Mais ils nous ont fourni l'occasion d'entendre de la bouche de M. le docteur Chapman, quelques explications sur cette méthode, qui nous ont paru mériter d'être mises sous les yeux de nos lecteurs.

Cette méthode destinée à agir par l'intermédiaire du système nerveux, consiste ainsi que nous venons de le dire, dans l'application du froid et de la chaleur le long de la colonne vertébrale. Elle est basée sur un ensemble de faits physiologiques établi par les expériences de MM. Claude Bernard, Brown-Séquard et Augustin Waller; savoir : que les artères, dans tous les points du corps, sont soumises à l'influence excitatrice de ce nombreux assemblage de petits centres nerveux désigné sous le nom de grand sympathique; que les petits faisceaux musculaires entourant chaque artère et formant sa tunique musculeuse, se contractent lorsqu'ils sont excités par les nerfs que leur envoient les ganglions sympathiques; qu'ils se dilatent dans une mesure proportionnelle au degré d'affaiblissement du stimulus ou à sa cessation; que les parties alimentées par ces artères reçoivent moins de sang, jouissent d'une vitalité moindre, produisent moins de chaleur lorsque les artères se contractent; et que le contraire est observé lorsqu'elles se dilatent. Considérant le grand nombre de maladies que l'on sait aujourd'hui consister en un excès ou un défaut de sang dans la partie affectée, M. Chapman a pensé que si l'on avait le moyen de diminuer ou d'accroître le stimulus transmis aux artères par les ganglions sympathiques, on pourrait exercer sur les maladies une action beaucoup plus énergique que celle qu'on a pu produire jusqu'à présent.

Partant de ces données, M. le docteur Chapman s'est livré à des tentatives pour arriver à ce but; et il croit avoir trouvé un moyen d'influencer très-efficacement, non-seulement le grand sympathique, mais aussi la moelle épinière. Ce moyen n'est autre que le froid et la chaleur appliqués le long de la région spinale au moyen d'un sac en caoutchouc très-ingénieusement construit, et renfermant de la glace, ou de l'eau à divers degrés de température. La chaleur augmente l'affluence du sang dans les centres nerveux, et détermine ainsi la contraction des artères qu'ils animent en exaltant leurs fonctions; tandis que le froid, en dominant l'afflux du sang dans ces centres, amène la dilatation des artères qu'ils tiennent sous leur dépendance. En outre, la moelle épinière ainsi influencée a de la même façon ses pouvoirs moteurs et sensitifs exaltés ou déprimés.

M. le docteur Chapman a constaté en outre que, lorsque par des moyens naturels ou artificiels les centres nerveux sont remplis d'un excès de sang, la peau sécrète de la sueur, et les muqueuses du mucus en quantité très-grande; et que dans le cas contraire, il y a diminution de ces sécrétions. Ce fait peut éclairer la nature intime de plusieurs maladies dont la cause prochaine était restée inconnue. Arrivant alors aux conséquences thérapeutiques de ses découvertes, il a montré que la distinction entre ce qu'on appelle ordinairement les maladies du système nerveux, et les autres affections devrait être abandonnée, car les maladies des poumons et des viscères des cavités pelvienne et abdominale ne sont, comme il croit l'avoir prouvé, que des désordres des centres nerveux, désordres consistant en un excès ou un défaut d'afflux du sang. Il pense enfin que ces maladies, de même que l'épilepsie, la paralysie peuvent être traitées avec le plus de succès en modifiant la température de parties déterminées de la région spinale, et il assure avoir obtenu la guérison de nombreuses maladies par cette méthode.

Il traite les congestions et les inflammations des diverses parties du corps en appliquant la chaleur à des parties du rachis déterminées, et en rapport avec le siége de ces désordres; il combat l'anémie et la nutrition insuffisante de ces mêmes parties (ainsi, par exemple, une distribution trop faible du sang au cerveau), par l'application du froid faite de la même manière. C'est aussi d'après les mêmes principes généraux qu'il traite les fièvres de toute sorte, y compris le choléra, qu'il regarde comme une fièvre dans laquelle le stade de froid est extrêmement prolongé, c'est-à-dire par l'application du froid dans le premier stade, et par celle de la chaleur dans le second. Il dit que la glace amènera la résolution des spasmes des vaisseaux sanguins, spasmes qui causent le refroidissement, et il prétend que la *fièvre* algide fréquente sur les bords de la Méditerranée, pourra probablement être guérie, au moyen de la glace. La période de chaleur des fièvres cède, dit-il d'une manière remarquable à l'application de la chaleur le long du rachis. La peau se refroidit et se couvre de sueur; les artères cérébrales se contractent après l'énorme dilatation que leur fait éprouver la réaction, le pouls tombe et la fièvre est domptée. Cependant, ajoute-t-il, lorsque la fièvre est due à un poison zymotique, son traitement ne peut détruire la cause; mais on peut en maîtriser l'action d'une manière très-efficace, et en éviter les dangereux résultats. Cette remarque s'applique aux fièvres exanthémateuses de même qu'à celles de forme typhoïde.

Le docteur Chapman traite le groupe entier des affections convulsives par l'application de la glace le long du rachis. Il a aussi guéri, dit-il, plusieurs cas d'épilepsie, obtenu une grande amélioration dans un grand nombre de cas. Il n'y a pas, suivant lui, de cas de laryngite striduleuse (faux-croup) qui ne puisse être guéri par ce traitement. Il n'a pas trouvé que les convulsions des enfants y résistassent davantage, et le docteur Wilson, qui a complétement adopté la méthode du docteur Chapman, lui a fait savoir qu'il l'avait trouvée d'une remarquable efficacité dans ces maladies, ainsi que dans le *cholera infantum*.

Le docteur Chapman a cité deux cas d'apoplexie par la chaleur et le froid appliqués isolément ou simultanément, selon les symptômes, sur des régions déterminées du rachis. Ces deux faits ont été publiés dans le *Medical Times and Gazette*.

Le docteur Chapman a observé que cette forme de paralysie, qui est accompagnée de la contraction des muscles affectés, a été généralement améliorée par l'emploi de la glace. Il a obtenu le retour des muscles à leur état naturel, même dans un cas très-défavorable de paralysie progressive; et il prétend que si la paralysie infantile était traitée par la glace dès qu'elle se produit, elle serait presque toujours guérie. Il rapporte un cas remarquable de cécité due à une amaurose cérébrale qui a été traitée avec succès; les artères de la rétine qui se trouvaient dans un état de contraction spasmodique ayant été dilatées, la circulation a été rétablie et la vue rendue par l'emploi de la glace. Il mentionne aussi un cas d'amaurose intermittente due à la congestion des vaisseaux sanguins de la rétine, lequel a été guéri au moyen de la chaleur, et il pense que désormais il sera possible de rétablir la vue dans plusieurs cas regardés jusqu'à présent comme incurables, et dans lesquels la cécité est due à des désordres dans la circulation de la rétine. Ayant maintes fois vérifié l'efficacité de son moyen d'accroître ou de diminuer la circulation cérébrale, il est convaincu qu'il sera maintenant possible d'agir avec beaucoup plus de puissance que par le passé dans les affections céraébrales, y compris les diverses formes de la folie.

Dans l'ordre des affections de poitrine, il dit avoir trouvé la pleurésie extrêmement facile à maîtriser par l'application de la chaleur entre les épaules. Si l'on traite par le même moyen la bronchite à sa première période, on arrête promptement sa marche, et l'abondante sécrétion de mucus qui se produit dans la seconde période est arrêtée par l'application du froid.

L'hémorrhagie pulmonaire et le crachement de sang peuvent être, d'après lui, très-promptement et très-efficacement arrêtés au moyen de la chaleur; ses observations à cet égard ont été confirmées par le professeur Bencke de Marburg qui rapporte, dans les *Archives für Wissenschaftliche Heilkunde*, qu'en adoptant la méthode du docteur Chapman, il a très-promptement enrayé une hémorrhagie pulmonaire dans un cas fort ancien où tous les remèdes habituellement employés étaient demeurés impuissants.

Quant aux affections de l'estomac, le mal de mer, ainsi que les vomissements de la grossesse, ils seraient curables, d'après ce médecin, à l'aide de la glace, et toutes les formes de vomissements symptomatiques pourraient être maîtrisés par ce même moyen. M. Chapman signale enfin, parmi les maladies curables ou guéries par cette méthode, les affections des intestins, plusieurs cas de paralysie partielle de la vessie, un cas d'hémorrhagie intestinale datant de plusieurs années et qui avait résisté à tous les traitements, enfin les maladies fonctionnelles des organes de la reproduction tant chez l'homme que chez la femme.

Nous exposerons, dans un deuxième article, les applications de cette méthode au traitement du choléra.

A propos de l'épidémie cholérique à Provins.

Le chiffre des cas et des décès dans la population civile, nous écrit M. le docteur Guy, médecin aide-major au 10e chasseurs, a été relevé sur un grand tableau établi jour par jour d'après les notes des médecins.

Voici ce tableau :

DATES.	PROFESSION ET AGE.	CONSTITUTION.	GUÉRISON.	DÉCÈS.
20 octobre.	Maçon, 48 ans.	Épuisée.	»	21 octobre.
20 »	Maçon, 26 ans.	Bonne.	»	26 »
21 »	Maçon, 53 ans.	Id.	»	22 »
22 »	Maire de la ville, 66 ans.	Id.	»	24 »
23 »	Meunier, 36 ans.	Id.	5 novembre.	»
24 »	Jardinière, 36 ans.	Faible.	»	29 »
24 »	Fruitier, 49 ans.	Bonne.	»	29 »
25 »	Manouvrière, 29 ans.	»	»	28 »
25 »	Fruitière, 52 ans.	»	»	28 »
28 »	Sans profession, 33 ans.	Bonne.	2 novembre.	»
28 »	Scieur de long, 47 ans.	Id.	»	31 »
30 »	15 mois.	Id.	»	30 »
30 »	2 ans.	»	»	1er novembre.
31 »	Jardinier, 41 ans.	»	11 novembre.	»
31 »	3 semaines.	»	»	1er novembre.
1er novembre.	9 mois.	Débile.	»	2 »
3 »	18 mois.	Faible.	»	»
3 »	Menuisier, 47 ans.	Bonne.	11 novembre.	»
3 »	Scieur de long, 18 ans.	Id.	Id.	»
3 »	Journalière, 30 ans.	Assez bonne.	»	»
4 »	8 ans.	Débile.	»	»
4 »	6 ans.	Id.	»	»
4 »	2 ans.	Faible.	»	8 novembre.
7 »	12 ans.	Bonne.	»	»
9 »	Manouvrier, 65 ans.	Usée.	»	10 novembre.

Tous ces malades ont présenté sans exception la diarrhée prémonitoire.

Avant de faire ressortir ce qui découle du tableau précédent, nous croyons utile de donner, correspondant aux jours d'invasion, un tableau indicatif de la température, de la pression atmosphérique, du temps et de la direction des vents.

Dates.	Thermomètre.	Baromètre.	État du ciel.	Direction des vents.
20 octobre.	14° centigrades.	74°8′	Sec.	Sud-est.
21 »	14° »	74°6′	Variable.	Sud.
22 »	15° »	74°	Grande pluie.	Sud.
23 »	14° »	74°2′	Pluie.	Nord.
24 »	14° »	75°	Variable.	Sud.
25 »	16° »	74°6′	Pluie.	Ouest.
28 »	13° »	74°4′	Pluie.	Sud-est.

Dates.		Thermomètre.		Baromètre.	État du ciel.	Direct. des vents
30	»	13°	»	74°4′	Pluie.	Sud.
31	»	12°	»	74°6′	Pluie.	Sud-ouest.
1er novembre,		11°	»	74°7′	Variable.	Nord-ouest.
3	»	11°	»	74°8′	Variable.	Nord-ouest.
4	»	10°	»	75°8′	Variable.	Sud-ouest.
7	»	9°	»	75°6′	Variable.	Sud.
9	»	10°	»	74°6′	Pluie.	Est.

Voici comment ont été prises les observations :

Observation barométrique à une heure sur un baromètre à cadran réglé sur le baromètre Fortin.

Deux observations thermométriques par jour sur un thermomètre à alcool.

Nous ferons remarquer :

1° Que ce dernier tableau ne donne qu'un jour sec correspondant aux jours d'invasion;

2° Que les vents qui ont soufflé le plus souvent sont les vents du sud, sud-est, sud-ouest;

3° Que la diminution des invasions coïncide avec l'abaissement de la température et avec l'augmentation de la pression barométrique; ceci résulte, indépendamment des chiffres donnés dans le tableau ci-dessus, de nos notes où les observations sont enregistrées jour par jour.

De notre premier tableau, il résulte que sur 15 cas observés du 20 octobre au 1er novembre, il y a eu 13 décès, 2 guérisons.

Du 1er au 9 novembre, sur 10 cas 2 décès, quoique les enfants nous aient fourni à cette date le plus grand nombre d'invasions.

Dans 7 invasions, nous avons trouvé la note constitution faible, débile ou usée.

La classe ouvrière a fourni presque seule les cas observés.

Les femmes donnent le chiffre 5 seulement.

Les enfants, le chiffre 9.

Les hommes âgés de 47 à 66 ans, le chiffre 9.

Dans le plus grand nombre de cas, l'invasion a eu comme symptômes prodromiques la diarrhée.

Sur 8 malades traités à l'Hôtel-Dieu, 2 seulement sont morts.

Il résulte en outre, comme impression d'ensemble, que l'épidémie est à son déclin, quoiqu'on nous ait encore signalé une invasion le 16.

Nous avons observé avec MM. les docteurs Chevalier et Rafaël 6 malades, 3 à l'hôpital, 3 en ville. Dans ces 6 cas, la période algide a cédé facilement; deux sont morts dans la période de réaction, sous l'oppression du coma : dans presque tous ces cas nous avons noté que la langue était fortement saburrale.

Pour ce qui concerne le 10e régiment de chasseurs, les malades, traités à l'infirmerie, un tout petit nombre à la chambre pour éviter l'encombrement, atteignent aujourd'hui, depuis le 15 octobre, le chiffre 75; ils se décomposent en :

Embarras gastrique. . . . 40 }
Diarrhée. . . . . 32 } 11 sont entrés à l'hôpital.
Cholérines. . . . . . 3 }

Aucun décès n'a été noté.

Les symptômes typhoïdes observés au début disparaissent complétement.

Nous dirons un mot de ces symptômes, que nous avons incomplétement décrits dans nos premiers renseignements.

Dans les cas légers, c'était de la céphalalgie, sensation de courbature, face rouge, un peu d'indifférence.

Dans les cas plus graves qui ont été surtout fournis par les hommes venant de la partie du casernement la moins salubre, qui ont souvent à côté de leurs noms la note : Libations excessives, nous avons observé :

Céphalalgie vive, telle que les malades éprouvaient de la difficulté à soulever leurs paupières, face vultueuse, quelquefois pâle, altérée, courbature vive; rachialgie; tendance au refroidissement; langue saburrale, quelquefois sèche et un peu rouge à la pointe; sensations douloureuses dans les muscles, se traduisant par des mouvements continuels; rêvasseries la nuit.

Indépendamment du nombre bien amoindri des malades qui se présentent à la visite, nous observons des symptômes particuliers qui se rapportent aux causes : miasmes paludéens, humidité.

Notre petit aperçu sur les conditions d'insalubrité de Provins, que nous avons retiré en partie de l'article *Endémie rémittente intermittente de la place de Provins*, par M. Astée, médecin-major de 1re classe, chef de l'hôpital militaire, publié dans le recueil des *Annales de médecine et de chirurgie*, année 1865, est confirmatif de ce que nous avançons.

Ainsi, dans les embarras gastriques, nous saisissons depuis quelques jours une légère rémittence qui exige l'association du sulfate de quinine à l'ipéca. Nous observons des bronchites, des pleurodynies, des pleurésies, un rhumatisme articulaire aigu.

Voici en détail le traitement que nous avons employé :

Dans les embarras gastriques, ou toutes les fois que la langue était saburrale, 2 grammes d'ipéca à prendre en une fois, puis de la tisane de petite centaurée. Le lendemain ou le surlendemain, si le malade sentait encore du malaise, 40 grammes de sulfate de soude, nous réservant de revenir encore soit à l'ipéca, soit au sulfate de soude.

Dans les diarrhées, le malade prenait immédiatement devant nous 40 ou 50 grammes de sulfate de soude; lorsqu'il y avait tendance au refroidissement, une potion à l'ammoniaque ou une potion éthérée était ajoutée, plus du thé alcoolisé.

Le lendemain, nous donnions la rhubarbe et la centaurée, plus une pilule d'opium en deux demi-pilules, pour revenir le surlendemain au sulfate de soude à la dose de 30 grammes.

Dans les cholérines, l'ipéca à la dose de 2 grammes, plus tard les stimulants diffusibles. Une de nos cholérines peut s'intituler cholérine à l'apogée.

Appelé dans la nuit du 13, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant : vomissements, diarrhée, selles riziformes, nez froid, oreilles froides et cyanosées, face altérée, ongles violacés, extrémités chaudes, pouls petit, crampes généralisées. L'urine n'était point supprimée. Sous l'influence de l'ipéca, le malade entrait dans un état d'amendement considérable avant son admission à l'hôpital.

L'action des évacuants, envisagée au point de vue substitutif, est rationnel par le coup de fouet donné au système nerveux et au grand sympathique. Indépendamment des matières séreuses du sang que l'action exosmotique des purgatifs salins fait sortir en abondance, on peut se demander si le purgatif lui-même n'a pas une action secondaire tonique, styptique, sur les membranes des vaisseaux; la constipation, que tous les purgatifs amènent, viendrait à l'appui de cette assertion.

Si on assimile le choléra à un empoisonnement, la médication ordinaire dans les empoisonnements (dyssenterie, fièvre typhoïde, fièvre palustre, etc.) n'est-elle point des plus rationnelles?

En somme, il nous paraît que la médication évacuante (et dans celle-ci surtout l'ipécacuanha et les salins) est autorisée à prendre place à l'article thérapeutique des affections prodromiques du choléra à côté des médications les mieux autorisées.

NOTE SUR L'EMPLOI DES AFFUSIONS FROIDES

dans le choléra typhoïde.

Monsieur le rédacteur,

Vous m'avez obligeamment invité à vous remettre une note sur l'emploi des *affusions froides* dans la période typhique du choléra, méthode de traitement dont j'ai fait un fréquent usage à l'hôpital Lariboisière. Je réponds à votre appel. Je vous dirai le plus succinctement possible ce que j'ai vu, ce que j'ai observé à ce sujet. Si vous le permettez, je mettrai encore à profit l'hospitalité que vous m'offrez pour appeler l'attention de vos lecteurs sur l'une des formes de cet état typhoïde consécutif si redoutable, que j'ai eu l'occasion de rencontrer sur bon nombre de nos malades.

L'un des caractères les plus saillants de l'épidémie cholérique actuelle est à coup sûr la prédominance de l'état typhoïde dans la période de réaction. Pour ma part, je puis affirmer qu'à des degrés divers et sous des formes d'ailleurs assez variées les phénomènes typhiques se sont montrés sur la très-grande majorité des malades soumis à mon observation.

Ces phénomènes rentraient le plus habituellement dans le cadre classique du choléra typhoïde : affaissement, adynamie, stupeur, hébétude, somnolence, face congestionnée, langue sèche, noirâtre et râpeuse, état fuligineux des lèvres et des dents, subdélirium, rêvasseries, faiblesse du pouls, évacuations involontaires, rétention de l'urine, etc., puis finalement état comateux où le malade succombait sans secousses et sans agonie. D'autres fois, l'ensemble pathologique était moins complet, ou bien quelque symptôme modifiait un peu le tableau par sa prédominance excessive : c'était chez l'un le délire, délire le plus souvent calme, véritable typhomanie, quelquefois cependant loquace et agité; chez tel autre, c'était une stupeur singulière, une sorte d'anéantissement des facultés intellectuelles; bien plus souvent, c'était une somnolence continue, premier degré d'un *sommeil* impérieux, irrésistible, auquel succédaient bientôt et sans transition le coma et la mort. Cette dernière forme est celle que nous avons observée le plus fréquemment; c'est aussi celle dont nous avons essayé de conjurer les terribles effets par l'emploi des affusions froides. Permettez-moi donc de la caractériser en quelques mots.

Aux phénomènes de la période algide venait de succéder la réaction, réaction tantôt franche et régulière, tantôt languissante et pénible, d'autres fois encore incomplète, en ce sens que, la chaleur étant rétablie à peu près sur tous les points, certaines parties du corps, telles que le nez, la langue ou les extrémités supérieures restaient le siége d'un refroidissement notable. A ce moment, le malade qui d'ailleurs se trouvait mieux et accusait même souvent un certain sentiment de bien-être, était pris d'un besoin irrésistible de sommeil. Il s'endormait. Ce sommeil était paisible, calme, naturel, à ce point que pour ne pas le croire favorable et réparateur, il fallait en avoir observé plusieurs fois les suites désastreuses. Venait-on dans ces conditions à exciter le malade, il se réveillait lentement, ouvrait les yeux avec peine, regardait avec étonnement, puis s'assoupissait aussitôt. Cherchait-on à le maintenir éveillé en lui adressant la parole, en le pinçant, en l'asseyant de force sur son lit, on voyait presque immédiatement ses paupières appesanties se fermer et sa tête s'incliner de côté, sous l'empire d'un invincible sommeil. Si l'on insistait alors pour le forcer à parler, il répondait lentement, avec ennui et comme à regret, presque toujours par monosyllabes; ou bien, si l'on obtenait de lui quelques mots à grand'peine, ses réponses — d'ailleurs justes et sensées — restaient le plus souvent incomplètes et inachevées; il s'était endormi tout en parlant. — Puis, d'instant en instant, cette torpeur singulière allait croissant, et il devenait de plus en plus difficile de réveiller le malade. Ce n'était d'abord que de la somnolence; c'était plus tard un sommeil profond; plus tard encore, c'était un coma véritable auquel succédait la mort sans agonie.

Nous connûmes bientôt le danger de cette forme si spéciale de la réaction cholérique. Plusieurs de nos malades étaient sortis assez heureusement de la période algide, et ne présentaient aucun symptôme alarmant; ils devinrent somnolents, s'endormirent et furent rapidement emportés. Ces exemples se multiplièrent, et, comme l'expérience se fait vite avec le choléra, nous en arrivâmes après quelques jours à redouter le sommeil plus que tout autre symptôme dans la période de réaction. Tous les malades en effet qui, au sortir de l'algidité, étaient pris de somnolence, succombaient presque infailliblement. Ce fut là bientôt un fait notoire dans le service, appréciable même pour les plus inexpérimentés.

Cette somnolence, nous avions d'autant plus lieu de la redouter que nous avions vu échouer devant elle toutes nos ressources thérapeutiques. Vainement pour la combattre avions-nous eu recours aux méthodes les plus diverses, excitants internes, café, ammoniaque, etc., stimulations extérieures, vésicatoires multipliés, frictions, brossage, sinapisation continue à force d'être répétée, ventouses sèches, ventouses scarifiées à la nuque, glace sur la tête, sangsues aux oreilles, bains sinapisés, voire même applications multiples du marteau Mayor, etc. Tout cela restait sans effet, et en dépit de nos efforts, nous voyions presque invariablement les malades succomber, passant pour ainsi dire sans transition du sommeil à la mort.

C'est dans ces conditions que nous songeâmes à l'emploi des affusions froides, méthode déjà expérimentée, mais tombée, je ne sais pourquoi, dans un discrédit immérité. Quels résultats nous fournit ce mode de traitement, c'est ce qu'il me reste à vous dire.

Comme application, rien de plus simple. Voici comment nous procédions. Le malade était placé nu dans une baignoire vide; on lui versait sur tout le corps deux ou trois arrosoirs d'eau froide, en l'arrosant en avant des pieds à la tête et en arrière spécialement au niveau du rachis. Puis aussitôt il était rapidement essuyé, replacé dans son lit et entouré de linge chaud, de boules chaudes, etc.

Les effets immédiats de cette sorte de douche étaient saisissants dans la presque totalité des cas. Tout d'abord un frisson très-accusé, suivi bientôt du retour de la chaleur et d'une réaction assez franche (Notez qu'il ne s'agit ici que de malades sortis de la période algide). Puis, fait le plus important, modification immédiate du facies; au lieu de l'habitude de la somnolence, œil ouvert et brillant, regard animé, réveil de l'intelligence et des sens. Tel malade profondément endormi il n'y a qu'un instant, répondait aux questions et parlait même parfois spontanément. Les plus somnolents sortaient, pour quelques instants du moins, de leur état de torpeur et semblaient revenir à la vie. C'était un véritable changement à vue, *tant la* modification était subite et radicale.

Malheureusement, hélas, ces phénomènes d'excitation n'étaient que momentanés. Même dans les cas les plus heureux, ils s'atténuaient rapidement; trop souvent, ce n'était qu'un éclair disparaissant sans laisser de traces.

De là, l'indication de répéter ces douches pour soutenir l'effet de la médication. Nous avons été amenés ainsi à les renouveler trois, quatre, cinq, huit fois et plus dans les vingt-quatre heures. Nous en obtenions toujours des phénomènes immédiats du même ordre, si ce n'est à une période plus avancée de la maladie où l'excitation se produisait de plus en plus difficilement, restait incomplète et finissait par devenir presque nulle.

Quant aux résultats définitifs de cette médication, les voici en peu de mots.

Ou bien, pour commencer par les cas heureux, il se produisait d'emblée, sous l'influence de la première douche, une modification notable dans l'état du malade; puis cette amélioration s'accentuait de plus en plus à chaque douche nouvelle; la somnolence se dissipait, la stupeur faisait place au retour de l'intelligence, bref la guérison était acquise; — ou bien le bénéfice de la médication n'était que temporaire; il ne se produisait qu'une stimulation momentanée qui s'éteignait bientôt; les phénomènes comateux, un instant dissipés, reprenaient le dessus après un temps variable, sans que ces éclairs d'excitation, ces courts rappels à la vie, conjurassent en rien le terme fatal des accidents.

J'ai le regret de le dire, ces deux ordres de terminaison étaient loin d'avoir un égal degré de fréquence. Les revers étaient nombreux et les succès relativement *rares*. Mais je dois ajouter qu'en certains cas les douches nous ont fourni des résultats éclatants, inattendus; que des succès ont été obtenus dans des conditions où l'on était en droit de croire les malades perdus sans ressource. C'est là, monsieur le Rédacteur, la raison qui m'a engagé à vous adresser cette note. Le cas suivant est un exemple de ces guérisons inespérées.

Le 7 octobre dernier, dans l'après-midi, un homme sans connaissance était apporté à l'hôpital Lariboisière. Cet individu, disait-on, avait été pris du choléra deux jours auparavant; il avait eu beaucoup de diarrhée, de vomissements et de crampes; depuis hier, ajoutait-on, il était devenu « bleu et froid. »

A la visite du soir, nous le trouvâmes dans l'état suivant : couché sur le dos et dans une résolution complète, cet individu semble profondément endormi. Depuis son entrée à l'hôpital, il est dans cet état; il n'a fait aucun mouvement; la religieuse du service n'a pu ni le faire

boire ni obtenir de lui aucune réponse. Son visage est fortement congestionné; les joues sont plaquées, les lèvres bleuâtres. La chaleur est rétablie presque partout, sauf aux extrémités supérieures et au nez qui sont encore un peu refroidis. Le pouls est sensible, mais petit et mou, assez fréquent. Sur la surface du corps, traces de lividités comme ecchymotiques.

Nous excitons le malade de diverses manières, en lui parlant à haute voix, en le secouant, en le pinçant, etc. Nous n'obtenons absolument rien de lui; pas un mot, pas un signe de connaissance. Respiration normale, battements du cœur un peu faibles à l'auscultation. Selles involontaires; pas de vomissements depuis l'entrée à l'hôpital.

Évidemment nous étions en présence d'un choléra à la période de réaction et sous l'une des formes typhoïdes les plus graves. Pour ma part, je jugeai la position désespérée, et je crois encore aujourd'hui qu'il eût été difficile de formuler un autre pronostic.

Je prescrivis une affusion froide, et je l'administrai moi-même séance tenante.

Pendant quelques instants, le malade resta immobile sous la douche; puis, à notre grande surprise, nous le vîmes ouvrir les yeux; il jeta un cri, se démena, s'agita, et besoin fut de le retenir par force dans la baignoire. On le replaça dans son lit, entouré de boules chaudes. Tout aussitôt nous constatâmes une modification saisissante dans son état; profondément endormi il n'y a qu'un moment, ce malade avait maintenant les yeux ouverts; il parlait, il répondait à nos questions. La face était moins congestionnée; bien qu'empreinte encore de la plus grande stupeur, elle avait repris l'expression de la vie. Des mouvements volontaires s'exécutaient. En un mot, le coma avait disparu comme par enchantement.

Prescription : Café noir, sinapismes répétés, affusion froide; conditionnellement applications du marteau Mayor.

Une demi-heure environ après la douche, le malade est retombé dans la somnolence, mais son sommeil est moins profond; on peut l'éveiller et obtenir de lui quelques paroles. La nuit se passe sans accidents.

Le 8, au matin, nous trouvons le malade dans un état meilleur. Il est encore somnolent, mais une excitation légère suffit à l'éveiller; il répond aux questions d'une façon lente et traînante. Hébétude excessive du visage. Face moins congestionnée. Langue encore un peu froide, très-saburrale. Pouls faible, bien qu'un peu relevé. Pas de vomissements ni de selles depuis hier soir.

Même prescription. Affusion froide toutes les quatre ou cinq heures.

Pendant la journée, tendance continue à la somnolence. Chaque affusion éveille le malade; mais, après un intervalle qui varie entre quinze à trente ou quarante minutes, le sommeil reprend le dessus. On remarque toutefois d'une façon non douteuse qu'après chaque affusion ce sommeil est moins profond et plus facile à interrompre. Le soir, l'amélioration est évidente.

Le 9, somnolence moindre, mais hébétude encore très-marquée. Pas de diarrhée, pas de vomissement. Langue un peu moins froide. Pour la première fois, le malade a uriné ce matin.

Même prescription; de plus, bouillon et vin.

Le 10, la somnolence a beaucoup diminué. Moins d'hébétude. La langue reste toujours un peu froide. Un peu d'appétit. Le malade demande et prend un potage.

Bref, les jours suivants la somnolence disparaît complétement, l'hébétude s'efface, l'amélioration se soutient. Le malade entre en convalescence et quitte l'hôpital le 16 octobre.

Cette guérison, je le répète, fut pour moi aussi inattendue, aussi surprenante que possible. Aujourd'hui encore, en me rappelant l'état où je trouvai ce malade, je persiste à croire qu'il était dans une situation désespérée, et je ne puis attribuer son rétablissement qu'à l'emploi répété des douches froides.

Si je ne craignais de surcharger vos colonnes, je vous relaterais encore un autre fait non pas semblable (le malade était moins gravement atteint que celui dont vous venez d'entendre l'histoire), mais presque analogue. Laissez-moi du moins vous en donner le résumé en quelques mots :

Choléra algide des plus graves. Réaction. A ce moment, accidents typhoïdes : face congestionnée, joues plaquées, etc., et surtout somnolence continue, profonde. Des affusions froides répétées de quatre à six fois dans les vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours, nous fournirent encore un bel exemple de guérison.

Ces deux cas, il n'est que trop vrai, sont les seuls où nous ayons obtenu de tels résultats.

En poursuivant l'analyse de mes observations, j'en rencontre encore quelques-unes relatives à des cas moins graves dans lesquelles les affusions froides nous ont semblé modifier d'une façon très-favorable les phénomènes de stupeur et de somnolence de la réaction cholérique. Mais je trouve aussi d'autres faits, et en plus grand nombre (13 contre 6), où cette médication a complétement échoué; la somnolence a continué sans la moindre modification, et, malgré des affusions aussi fréquemment répétées que possible (six, sept, huit dans les vingt-quatre heures), les malades ont succombé à la persistance des accidents comateux.

Aussi ne voudrais-je pas exagérer la vertu de ces affusions. Je ne vous donne cette méthode que pour ce qu'elle vaut, et ce qu'elle vaut, le voici d'après mon expérience personnelle :

Deux fois les affusions froides, employées à la période de réaction typhoïde contre des phénomènes de somnolence voisine du coma, nous ont fourni des succès remarquables, je dirai presque inespérés.

En plusieurs autres cas du même ordre, mais moins graves, elles nous ont paru modifier avantageusement les phénomènes de stupeur, d'hébétude, de somnolence, et concourir puissamment à la guérison des malades.

Bien plus souvent, elles ont été complétement impuissantes à modifier les accidents comateux et à en conjurer la terminaison fatale.

Néanmoins, malgré ces échecs nombreux, je n'hésite pas à les considérer comme l'une des médications les plus rationnelles et les plus actives, relativement, contre les phénomènes de stupeur et de somnolence du choléra typhoïde.

Veuillez agréer mes salutations les plus dévouées.

Alfred Fournier.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Doigts surnuméraires.

A l'occasion du procès-verbal :

M. Marjolin met sous les yeux de la société, deux plâtres représentant deux mains qui présentent des doigts surnuméraires. Il a trouvé ces moules chez un marchand de plâtres. L'un reproduit une main composée de sept doigts, l'autre de six. Dans la première, il semble y avoir aussi un métacarpien surnuméraire.

M. Giraldès. Ces faits ne sont pas rares. On en trouve des exemples très-beaux représentés dans le *Traité des maladies congéniales* d'Ammon. J'ai eu moi-même l'occasion de voir, dans mon service, un exemple de deux mains entières supportées par un seul avant-bras. M. Guersant a vu ce même individu.

M. Lefort. Je ferai remarquer que les doigts représentés par les plâtres de M. Marjolin, sont légèrement palmés.

M. Trélat. Depuis la dernière séance, j'ai fait quelques recherches sur la fréquence de ces anomalies. Or tous les livres sont d'accord pour dire qu'elles sont communes. Malheureusement je n'ai trouvé nulle part de statistique à opposer à celle de M. Blot.

M. Lefort. J'ai ici le dernier compte rendu décennal du service d'accouchement de Guy's hospital à Londres, et celui de Gebär-und Findelhaus à Vienne pour 1862. Or ces tableaux donneraient raison à M. Blot relativement au degré de fréquence de ces vices de conformation, car sur un total de quatorze mille enfants nouveau-nés on n'a pas observé un seul cas de doigts surnuméraires. On ne peut pas croire que ce soit là le résultat d'un oubli, car toutes les autres anomalies y sont notées avec soin.

M. Trélat rappelle combien il est commun de voir cette difformité se transmettre héréditairement chez un grand nombre de membres d'une même famille.

M. Blot. Notre collègue, M. Trélat, vient de nous donner le résultat de ses recherches bibliographiques. Mais je lui rappellerai, ce qu'il sait tout aussi bien que moi, c'est que souvent les livres se font avec les livres, qu'on copie plus ou moins sans vérifier les assertions qui y sont émises. De ce que les anatomistes ou les anatomo-pathologistes voient un grand nombre d'une même altération de forme ou de nombre dans un organe quelconque, il ne s'ensuit pas que cette déviation du type normal soit commune; en effet, l'eau va à la rivière; on leur adresse de tous côtés des pièces rencontrées souvent sur des milliers, peut-être même des millions d'individus. D'ailleurs notre collègue n'a pas pu nous donner des chiffres. M. Lefort, au contraire, qui a pu en réunir de très-importants, trouve que sur un total de quatorze mille enfants, on n'a pas rencontré un seul exemple de doigt surnuméraire, ces résultats rapprochés de ceux fournis par M. Danyau et par moi me semblent péremptoires. Ce qui ne m'empêchera pas de modifier mon opinion le jour où on aura produit des statistiques venant appuyer celle de M. Trélat.

Déclaration de vacance.

M. le président annonce que, sur l'avis unanime des membres du bureau, une place de membre titulaire est déclarée vacante.

Dans un mois une commission sera nommée pour examiner les titres des candidats qui auront fait une demande écrite.

ÉLECTION.

Un scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de noms dans laquelle la Société aura à choisir un associé étranger pour remplir la place devenue vacante par la mort récente de Valentin Mott.

Cette commission se trouve composée de MM. Velpeau, Follin, Giraldès et Verneuil.

COMMUNICATION.

Des luxations anciennes.

M. Verneuil. L'hôpital Lariboisière est un théâtre riche en cas traumatiques; on y observe entre autres les luxations en abondance. Parmi celles que j'ai été appelé à traiter, je signalerai sommairement quelques cas qui ont plus particulièrement attiré mon attention.

1° Un petit homme brun, maigre, chétif en apparence, se présenta récemment pour se faire réduire une luxation de l'épaule droite récente, mais qui en était à sa dixième récidive. Le malade m'annonça que, sauf dans deux circonstances, il avait toujours fallu recourir au chloroforme pour obtenir la réduction. J'avais peine à croire que des muscles si faibles pussent opposer une si grande résistance, mais dans la tentative que je fis, je pus m'assurer que la contractilité musculaire était d'une intensité peu commune. J'employai donc l'anesthésie qui permit la rentrée de la tête au moindre effort. La luxation était sous-coracoïdienne;

2° et 3°. Il y a huit jours environ, je trouvai le même matin, et à quelques lits de distance, deux luxations récentes. L'une chez un homme de cinquante-cinq ans, peu musclé et très-pusillanime. Le bras faisait avec le tronc un angle droit. La tête était si loin de l'omoplate que les dénominations usuelles sous-coracoïdienne, intra-coracoïdienne sous-glénoïdienne, etc., ne convenaient guère, et que le nom de luxation *intercostale* aurait mieux convenu avec cette restriction, que les côtes n'étaient point brisées comme dans le cas qui a donné naissance à cette appellation.

Un déplacement aussi étendu de la tête implique une déchirure presque totale de la capsule, et des délabrements considérables. Le chloroforme me sembla superflu. Je fis donc faire sur le bras une traction lente pendant que j'attirai directement en dehors et en haut l'extrémité supérieure de l'humérus. Au bout de quelques minutes, et sans grande douleur, la tête se replaça *sans bruit*. A la vérité, la crainte plus que la souffrance provoqua une syncope presque complète, qui favorisa beaucoup les manœuvres et mit les muscles en résolution complète comme l'atteste l'absence du choc caractéristique. Au reste, quelques semaines auparavant, j'avais observé déjà cette syncope chez un homme de quarante ans, très-vigoureux, atteint de luxation sous-coracoïdienne datant de deux jours. Il était assis sur une chaise, et j'essayais les procédés de douceur. Les muscles tenaient bon, et j'aurais échoué, lorsque je vis la face pâlir et se couvrir de sueur. Quelques instants après la tête chancela et les yeux se fermèrent. Une traction très-médiocre et l'application de mon avant-bras, sous l'aisselle, effectuèrent la réduction aussitôt.

J'ai été frappé de la production si facile de la syncope dans deux cas où les manœuvres, très-doucement conduites, n'excitaient réellement que des douleurs médiocres. N'y aurait-il pas une prédisposition semblable chez les malheureux qui ont succombé au chloroforme dans des cas de luxation simple de l'épaule?

Le second malade, très-robuste, et dans la force de l'âge, présentait une luxation plus rare. La tête était déplacée en arrière. Sa position était intermédiaire à celles qu'on observe dans la luxation sous-épineuse et dans la luxation sous-acromiale. Un choc direct exercé sur le coude, le bras étant fléchi et élevé à angle droit, avait poussé la tête à travers la partie postérieure de la capsule, la réduction fut facile à l'aide du chloroforme. Cette observation sera publiée dans ses détails.

4° et 5°. Deux fois, j'ai eu affaire à des luxations un peu anciennes. Un homme, des environs de Fontainebleau, avait eu l'épaule démise dans une chute, un rebouteur avait déclaré qu'il n'y avait rien. Au quinzième jour, un médecin fut consulté et reconnut la lésion. Il fit sans succès une tentative de réduction. Le malade entra à l'hôpital, et nous opérâmes à notre tour le dix-huitième jour. J'employai d'emblée le chloroforme et les mouffles qui me paraissent plus sûres et plus faciles à graduer que la force des aides. La réduction fut obtenue sans qu'il fût besoin d'atteindre cent kilogrammes.

Je ne fus pas aussi heureux dans le second cas. Un homme des environs de Beauvais, robuste, de haute taille, âgé de quarante ans environ fit, le 7 juillet, une chute sur la partie postérieure et externe de l'épaule. Un gonflement énorme survenu en quelques heures empêcha, paraît-il, de reconnaître le déplacement. Les mouvements s'exécutaient avec douleur, mais cependant dans une certaine étendue. Le malade affirme qu'ils s'accompagnaient de craquements forts et continus.

Au bout de quinze jours de tentatives de réduction, l'épaule reprend à peu près sa forme. On appliqué un coussin dans l'aisselle et un bandage, et tout paraît en bon état. On supprime trop tôt la contention et la difformité se reproduit. Le 11 septembre, nouvelle tentative avec des mouffles, mais sans chloroforme, le malade n'ayant pas voulu l'accepter.

Entré à Lariboisière le 15, le 17 je me mets en devoir de réduire la luxation qui me parut intra-coracoïdienne.

Chloroforme jusqu'à résolution complète, usage des mouffles, traction jusqu'à 150 kilos, insuccès. La tête, sous l'influence des tractions, paraît reprendre *à peu près* sa position, mais l'effort cessant elle retombe; nouvel essai le surlendemain. Je pousse jusqu'à près de 200 kilos, mais je m'arrête devant les mêmes résultats.

J'ignore quelles causes ont empêché la réussite. Mais le déplacement si facile de la tête, ces quasi réductions instables, la crépitation si manifeste du début, m'ont fait croire qu'il s'agissait peut-être d'une fracture concomitante de la cavité glénoïde. Dans tous les cas, comme les douleurs étaient inouïes, qu'il s'agissait du bras gauche, et que la mobilité du membre s'effectuait d'ailleurs dans une assez grande étendue, je crus prudent de m'en tenir là.

Deux luxations doubles du maxillaire inférieur survenues dans le bâillement, chez deux femmes, âgées de quarante ans environ. Le diagnostic n'offrait aucune difficulté. On sentait très-distinctement sous la peau la saillie des apophyses coronoïdes; dans les deux cas, l'accident datait de quelques heures, et les douleurs étaient assez modérées. Des tentatives de réduction avaient été faites, mais sans résultats. Je réussis sans la moindre difficulté par le procédé suivant : mes deux pouces garnis de linge furent introduits dans la bouche aussi profondément que possible, de manière à atteindre la commissure intermaxillaire. Les autres doigts de chaque main étreignaient les branches horizontales.

Je cherchai dès lors à faire basculer la mâchoire en pressant directement en bas avec la pulpe des pouces et en relevant la symphyse avec les doigts annulaires et auriculaires. La manœuvre réussit à l'instant : dans le premier cas les deux condyles rentrèrent en même temps; dans le second, on entendit deux chocs distincts, à deux ou trois secondes d'intervalle.

La réduction fut donc très-aisée et ne provoqua véritablement point de douleur. La pression des pouces fut seulement un peu pénible chez une malade dont les dents cariées et branlantes étaient douloureuses au moindre attouchement; pour que la manœuvre réussisse, il faut que les pouces soient très-profondément situés. Il est bon aussi de faire croire aux malades qu'on veut seulement les examiner et non pas tenter la réduction. Ils ouvrent alors la bouche de leur mieux et n'opposent aucune résistance instinctive. Il est probable qu'on rencontrerait plus de difficultés si les luxations dataient de plusieurs jours.

Si, dans le plus grand nombre des cas, j'ai obtenu des succès faciles (je passe sous silence les réductions de plusieurs autres luxations de l'épaule, du coude, etc.), en revanche, j'ai eu tout récemment un revers bien fâcheux. L'observation complète sera publiée en raison de l'intérêt réel qui s'attache à la forme du déplacement, à l'âge du malade, etc. Je n'en dirai donc que quelques mots.

Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingt-un ans, qui, roulé par une voiture, fut contusionné en plusieurs endroits. A son entrée à l'hôpital, M. Farabeuf, interne du service, reconnut avec sagacité une luxation sus-pubienne. Je tentai la réduction le lendemain de l'accident, et j'employai la flexion combinée avec la rotation en dedans avec l'aide du chloroforme. Plusieurs tentatives restèrent infructueuses. J'en fis une dernière à *moi seul*, le bassin étant seulement fixé par des aides, et j'eus la douleur d'entendre un craquement sec qui m'annonça que je venais de fracturer le col du fémur. Le malade est actuellement dans la gouttière de Bonnet. Aucune complication n'est survenue jusqu'à ce jour; mais je m'engage à entretenir la société des suites de cet accident qui a été observé déjà par Astley Cooper, et Lisfranc.

M. LARREY. Je ne sais pas jusqu'à quel point M. Verneuil est bien véritablement l'auteur de la fracture; je suis porté à croire que, chez son malade, il existait déjà au moment des tentatives de réduction, une fracture incomplète compliquant la luxation.

M. HERVEZ. Pour rassurer un peu M. Verneuil sur le pronostic de l'accident qui lui est arrivé, je lui rappellerai que j'ai, il y a déjà quelque temps, communiqué à la Société l'observation d'une dame âgée, chez laquelle M. Nélaton et moi, avions pu constater les signes d'une luxation coxo-fémorale compliquée de fracture. Nous n'avons rien fait et aujourd'hui, la malade va si bien, qu'elle monte et descend les escaliers.

M. DOLBEAU. Je crains que le procédé de réduction auquel a eu recours M. Verneuil n'ait pas été tout à fait étranger au résultat obtenu. En effet, si personne ne peut nier l'utilité de la rotation pour la réduction des luxations iliaques, je crois qu'il n'en est plus de même pour les luxations sus-pubiennes. En employant ce procédé dans ces dernières on s'expose presque sûrement à produire une fracture, à cause de la longueur considérable du bras de levier qu'on emploie pour agir sur la tête fémorale. Au contraire, je ne vois aucun inconvénient inhérent à la traction en bas, autrement dit, l'extension. A l'appui de cette opinion, M. Verneuil peut se rappeler le fait que nous avons observé ensemble à l'hôpital Saint-Louis.

M. VELPEAU. Je ne sais pas si dans le cas particulier de M. Verneuil il faut s'arrêter à l'explication de M. Larrey, mais évidemment les choses se passent souvent ainsi. La séparation des fragments qui n'avait pas eu lieu d'abord se fait quelques jours plus tard. Dans ces cas, les fragments étaient restés comme engrenés.

Je me souviens d'avoir vu quelque chose d'analogue chez un parent de M. Becquerel. Nous avions trouvé comme signe de fracture, la rotation de la pointe du pied en dehors, un très-léger raccourcissement, mais rien autre chose. Malgré nos recommandations, le malade voulut se lever le 5e jour; or il faillit tomber à terre par suite de l'achèvement de la fracture d'abord incomplète. Ce qui m'empêcherait d'admettre cette explication d'une fracture préalable, dans le fait de M. Verneuil, c'est que les efforts de réduction ont été répétés plusieurs fois et que les premières tentatives n'ont pas produit de fracture. C'est une chose à revoir.

M. CHASSAIGNAC. Les signes énoncés par M. Verneuil sont trop positifs pour que je veuille révoquer en doute chez son malade, l'existence d'une luxation sus-pubienne; cependant je ne puis m'empêcher d'exprimer l'étonnement que me cause ce fait, attendu que j'ai toujours lu et entendu dire, qu'après 70 ans on ne se luxait plus la cuisse, mais qu'on se fracturait le col du fémur. Pour ma part, je n'ai jamais vu d'exemple de cette luxation chez des sujets aussi âgés. En terminant, je dirai que j'ai eu l'occasion de réduire avec succès, par le procédé dit *du talon*, un certain nombre de luxations de l'épaule déjà anciennes; l'emploi du chloroforme, dans ces cas, m'a fait voir que les obstacles autres que la contraction musculaire étaient imaginaires. Grâce au chloroforme, je n'ai jamais rencontré de difficultés insurmontables.

M. VERNEUIL. Le col était-il fêlé quand je commençai mes tentatives de réduction? je n'en sais rien; mais je crois être sûr d'avoir produit la fracture, et cela précisément pour les motifs qu'a fait valoir M. Velpeau.

Le fait cité par M. Hervez de Chégoin me fait un très-grand plaisir, puisqu'il me permet d'espérer la guérison complète de mon pauvre malade, je ne sais trop par quel mécanisme, mais enfin l'essentiel serait évidemment qu'il guérît.

J'admets avec M. Dolbeau les reproches qu'on peut adresser au procédé de réduction par rotation, et, à la prochaine occasion, je serais tout disposé à recourir plutôt à l'extension.

M. VELPEAU. Tout ce qui vient d'être dit, tant par M. Verneuil que par M. Hervez, me semble digne d'une très-grande attention. En effet, dans le cas de M. Hervez, on voit, chez une femme de 79 ans, une luxation coxo-fémorale compliquée de fracture du col, abandonnée sans aucune tentative de réduction, guérir d'une manière assez complète pour que la malade ait pu retrouver les fonctions de son membre. Or il y a 30 ans au moins que j'ai été frappé du peu d'inconvénients qui résultait de l'abandon d'une luxation de l'épaule; par exemple, j'avais vu déjà à cette époque des faits de ce genre dans lesquels la plupart des fonctions du membre s'étaient rétablies.

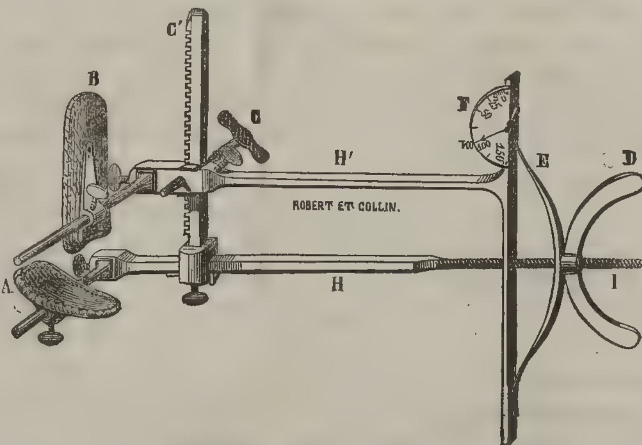
C'est ce qui s'est passé, par exemple, chez une femme qui s'était luxé l'épaule en tombant sur les marches de Saint-Sulpice. Quinze ans après l'accident, les fonctions du membre étaient presque complètes et intactes. Pour cette raison, je me demande si, dans les cas où il y a des dangers à faire courir par les tentatives de réduction, à cause de l'âge du sujet, des complications ou de l'ancienneté de l'accident, je me demande s'il ne vaudrait pas mieux ne pas toucher au membre luxé. Ce qui ne veut pas dire que je n'aie jamais tenté des réductions dans ces conditions défavorables; j'ai même réussi quelquefois.

D'ailleurs, les autopsies nous montrent que dans ces cas de luxations anciennes non réduites, la nature fait de nouvelles surfaces articulaires. Je me rappelle, entre autres, un exemple de luxation de l'épaule dans lequel il existait deux cavités glénoïdes, l'une qui correspondait à la cavité primitive et normale, l'autre qui s'était formée depuis le déplacement de la tête humérale. De telle sorte que, je le répète, je suis très-disposé à ne pas toucher aux luxations anciennes pour peu que les tentatives de réduction me semblent présenter quelque danger pour le malade.

(La suite au prochain numéro.)

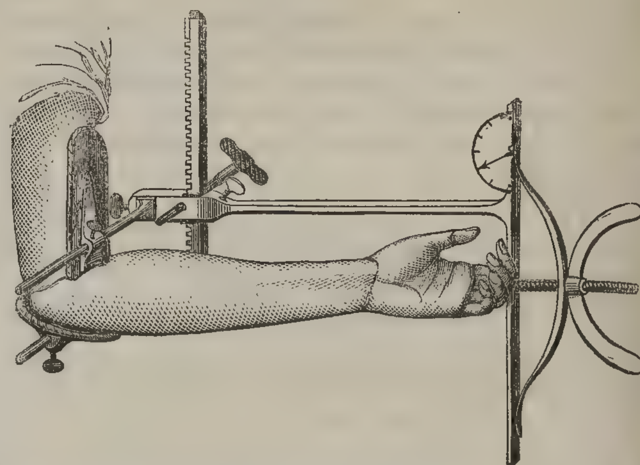
Présentation d'appareil pour la réduction des luxations du coude.

M. DOLBEAU présente un appareil destiné à réduire certaines luxations du coude. Il l'a employé une fois à la Clinique avec succès



dans un cas de luxation datant de soixante jours. M. Maisonneuve l'a également utilisé dans une luxation de cinq semaines. En voici la description et la figure données par MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, qui en sont les inventeurs.

Il est constitué par deux plaques rembourrées, dont l'une A s'applique sur l'olécrane dans les luxations du coude, et l'autre B, sur la partie antérieure et inférieure de l'humérus.



Ces plaques mobiles auxquelles on imprime une direction déterminée sont articulées sur deux forts montants qui forment angle droit avec la partie active de l'appareil. Cette dernière partie est constituée par deux branches solides H et H' parallèlement assemblées, qui se mobilisent l'une sur l'autre au moyen d'un système de vis I C et de crémaillère, de manière que le mouvement communiqué ramène en contact les parties osseuses déplacées.

Un dynamomètre E F placé sur l'instrument indique la force déployée, de manière à ne pas dépasser les bornes de la prudence.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le Secrétaire annuel, Hyp. BLOT.

Par décret en date du 6 novembre 1865, M. le docteur Durruty, ancien aide-major de 1re classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Fano a commencé des conférences sur l'ophthalmologie et la chirurgie le jeudi 16 novembre, à midi, à sa clinique, rue Séguier, 14, et les continue tous les jours suivants à la même heure.

Traité complet iconographique et pratique des maladies contagieuses des organes génito-urinaires, par le docteur BONNIÈRE, ouvrage illustré d'un grand nombre de figures dans le texte. Deuxième fascicule. Prix : 1 fr. 25, *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Nouveaux moyens de prophylaxie infaillibles très-simples et inoffensifs applicables chez la femme au moyen d'un nouvel instrument, contre les maladies vénériennes et contre la syphilis, et explication théorique des formes et des phénomènes de la syphilis par un seul virus agissant comme les ferments, par le docteur PLAÏTE. 1 vol. in-8° de 174 pages. Prix : 2 fr. 50, *franco*. Paris, 1865, Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 139. — MARDI 28 NOVEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 28 NOVEMBRE 1865. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. HERVIEUX.

Quelques nouveaux cas de mort subite dans l'état puerpéral.

J'ai déjà rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* plusieurs exemples de mort subite chez les femmes en couche. Les causes qui avaient amené la terminaison funeste paraissaient être, dans un cas, le développement d'une grande quantité de gaz dans le système circulatoire; dans un autre cas, une thrombose de l'artère pulmonaire; dans un troisième, une syncope liée à l'existence d'une phlébite purulente utérine.

Les faits dont il va être question appartiennent à un autre ordre de causes d'autant plus intéressantes à connaître qu'elles paraissent plus rares.

Dans le premier cas, il s'agit d'adhérences péricardiques anciennes tellement intimes et tellement considérables qu'on aurait pu croire à une absence congéniale du péricarde.

Les observations de mort subite par affection du cœur chez les femmes en couche sont assez nombreuses dans les annales de l'art.

Rhamsbothaw, Mac-Clintock, Despaux-Ader, ont publié des cas de mort subite dans l'état puerpéral par hypertrophie du cœur avec ou sans lésion valvulaire.

L'une des malades de Rhamsbothaw était affectée de rétrécissement mitral, celle de Mac-Clintock présenta à l'autopsie un rétrécissement aortique. Quant à la femme observée par M. Despaux-Ader, elle n'a pas été autopsiée, mais elle avait offert pendant la vie tous les signes d'une dilatation considérable du cœur.

Dionis a cité le cas d'une dame qui, à la suite d'un accouchement heureux, mourut subitement, et chez laquelle on trouva le ventricule droit du cœur, *rempli par un de ces corps étrangers nommés polypes, si gros qu'il empêchait le sang d'y entrer*. Ce corps étranger n'était évidemment qu'une concrétion sanguine volumineuse.

M. Depaul a vu trois jours après l'accouchement la mort subite déterminée chez une jeune femme d'ailleurs fraîche et bien portante par la rupture d'un kyste hydatique logé dans la cloison interventriculaire.

La mort subite par affection du péricarde semble moins fréquente que par lésion cardiaque proprement dite chez les femmes en couche.

Cependant Rhamsbothaw, dans ses observations médico-chirurgicales, mentionne un cas d'épanchement péricardique considérable constaté à l'autopsie d'une femme de quarante ans, morte subitement pendant le travail de l'accouchement.

D'une autre part, M. Danyau aurait trouvé sur le cadavre d'une jeune dame, frappée de mort subite au vingtième jour de ses couches, une légère vascularisation du péricarde, une cuillerée de sérosité limpide dans cette cavité et le cœur un peu graisseux.

Dans l'observation que nous allons rapporter, il s'agit, non plus d'une péricardite récente avec épanchement plus ou moins considérable, mais d'une péricardite ancienne ayant déterminé la réunion du cœur et de la séreuse péricardique au point d'effacer complétement la cavité de celle-ci.

OBS. I. — *Mort subite par adhérences péricardiques. — Double épanchement pleural. — Abcès du ligament large du côté droit.*

Une femme de quarante ans, couturière, enceinte de son second enfant, n'ayant jamais fait de maladies graves antérieures, accouche à la Maternité le 5 août 1865.

Elle présente le même jour une légère accélération du pouls et quelques douleurs dans la région hypogastrique.

Les jours suivants, l'état fébrile persiste. Il y a de l'agitation pendant la nuit et des sueurs abondantes.

Le 9 août, deux frissons avec claquement de dents.

Le 11, deux autres frissons non moins intenses.

Le 12, douleur à la jambe droite, à l'épaule et au coude gauches.

Le 13, encore deux frissons; persistance des douleurs et de l'état fébrile; langue sale, rouge à la pointe et sur ses bords.

Le 15, œdème des membres inférieurs.

Le 16, nouveau frisson. Altération des traits, dyspnée, anorexie, soif intense, ballonnement du ventre. Bruit de frottement à la base des deux poumons.

Le 19, amélioration de l'état général, expression faciale meilleure, teint moins jaunâtre, peau moite; pouls à 70; ventre souple et médiocrement douloureux à la pression; l'œdème occupe les membres inférieurs jusqu'aux genoux. Par l'examen du thorax, on constate à la base des deux poumons un affaiblissement du murmure respiratoire, une matité très-étendue et un retentissement spécial de la voix dans la fosse sous-épineuse.

Le 20, même état, sauf une dyspnée assez prononcée. Quatre garde-robes en diarrhée. Pouls à 66.

Le 21, le pouls est tombé à 46. Toux avec expectoration abondante, blanchâtre et spumeuse; la respiration s'entend dans les deux côtés de la poitrine, mais affaiblie; bruits de frottement. Rien à l'auscultation du cœur.

Le 23, pouls large, bondissant, à 62; pâleur de la face, altération des traits; moins de toux et d'expectoration que les jours précédents; céphalalgie, insomnie; toujours de l'œdème aux membres inférieurs; ventre encore un peu tendu, légèrement sensible à la pression; deux garde-robes en diarrhée.

Une heure après la visite, sans qu'aucun autre symptôme ait pu faire pressentir sa fin prochaine, la malade meurt subitement.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, nous trouvons les deux feuillets du péricarde presque partout unis par des adhérences si intimes que la cavité de cette séreuse paraît au premier abord entièrement effacée. Cependant on découvre au voisinage des gros vaisseaux de petits espaces au niveau desquels les deux feuillets sont libres d'adhérences. C'est dans la partie ventriculaire et surtout vers la pointe que le péricarde semble manquer. Pas de gaz ni de concrétions sanguines dans le cœur.

Épanchement assez abondant de sérosité limpide dans la plèvre droite, louche dans la gauche.

Quelques adhérences entre les lobes de chaque poumon. Ces organes sont infiltrés d'une sérosité spumeuse, mais sains et crépitants. Un petit caillot allongé dans la branche droite de l'artère pulmonaire, mais n'oblitérant pas, à beaucoup près, le calibre de ce vaisseau.

Foie volumineux, violacé, gorgé de sang et pesant 3 kilos.

L'examen microscopique a fait reconnaître une ectasie ou augmentation de volume des veines sus-hépatiques à leur origine, augmentation qui donne lieu à la compression des cellules centrales; on aperçoit des points rouges entourés d'un cercle jaunâtre.

Rate volumineuse; un abcès du volume d'une pomme d'api sur la partie la plus interne de sa périphérie.

Reins très-volumineux; leur tissu dense, comme lardacé, criant sous le scalpel, offre sur quelques points de la substance corticale une teinte blanchâtre. A l'examen microscopique on constate une altération des canalicules urinipares, altération consistant dans une infiltration granuleuse de ces cellules.

L'utérus présente le volume d'une tête de fœtus à terme. Son tissu violacé, mou, friable, est évidemment altéré par l'inflammation. Pas de pus dans les veines et les sinus utérins. En avant et en arrière de l'insertion du ligament large du côté droit se voient deux abcès, chacun du volume d'une petite pomme, tout prêts à s'ouvrir, tant ils sont superficiels. Il a été impossible de détacher l'utérus de ses connexions sans rompre la mince couche de tissu qui s'opposait à l'épanchement de ces abcès dans la cavité péritonéale. Le reste du ligament large avait acquis une épaisseur considérable, ainsi du reste que celui du côté gauche et le pourtour de l'insertion du vagin sur le col de l'utérus. Toutes ces parties, développées outre mesure par l'inflammation, n'étaient plus pour ainsi dire reconnaissables. L'ovaire droit était très-volumineux, mais sans trace de pus. Intégrité des veines caves, iliaques, crurales, etc.

L' S iliaque du colon adhère légèrement à l'utérus et au ligament large du côté droit. A l'exception de ces traces d'une péritonite toute locale et par propagation, la séreuse péritonéale paraît saine dans l'abdomen comme dans le bassin. Pas d'épanchement liquide, séreux ou purulent, pas de fausses membranes. Toutefois il faut ajouter que les annexes du côté droit adhéraient un peu à la paroi correspondante du petit bassin.

Rien dans la cavité crânienne, qu'un peu de sérosité infiltrée sous l'arachnoïde viscérale.

Pourquoi, en présence de lésions aussi variées et aussi multiples, métrite, abcès du ligament large, abcès métastatique de la rate, congestion chronique et hypertrophie du foie, infiltration granuleuse des canalicules urinipares, double épanchement pleurétique, adhérences péricardiques anciennes, pourquoi, dis-je, avons-nous de préférence attribué la mort subite à cette dernière lésion? Cette préférence est motivée par plusieurs raisons que nous allons faire connaître.

1° Un grand nombre de ces lésions se déduisent de l'existence de la péricardite ancienne. L'hypertrophie du foie, l'infiltration granuleuse des reins, l'œdème des membres inférieurs, l'œdème du poumon et probablement aussi le double épanchement pleurétique reconnaissent pour cause l'affection péricardique. Le double épanchement pleural qu'on pourrait tout d'abord soupçonner d'avoir causé subitement la mort doit être innocenté de cette catastrophe. Car quelques jours avant la terminaison funeste, il avait commencé à décroître; le niveau de la matité thoracique était descendu, le murmure respiratoire était devenu plus perceptible, l'égophonie moins prononcée.

FEUILLETON.

THÉOPHRASTE.

Aulu-Gelle raconte qu'Aristote, déjà avancé en âge et d'une santé affaiblie, pressé un jour par ses disciples de désigner celui d'entre eux qui devrait lui succéder dans la direction du Lycée, employa un ingénieux artifice de langage, qui est bien en harmonie avec les façons et les tours philosophiques de l'antiquité. Les deux hommes de son école sur lesquels son choix pouvait tomber étaient Ménédème, natif de Rhodes, et Théophraste, né dans l'île de Lesbos. Voici comment Aristote fit connaître son choix, pour ménager l'amour-propre de celui qu'il voulait exclure. Il demanda qu'on lui procurât quelques bons vins capables de réconforter son estomac affaibli, et il indiqua en même temps, sans paraître exclure les autres vins, celui de Rhodes et celui de Lesbos. On lui apporta d'abord du premier. Il en apprécia la séve et le bouquet. Ayant ensuite reçu et dégusté le second, il se prononça en ces termes :

« Ils sont excellents tous deux, mais je trouve quelque chose de plus doux dans le lesbos. »

Tous les disciples comprirent que leur maître, ne voulant blesser aucun amour-propre, avait usé d'un agréable détour pour leur recommander, comme son futur successeur, Théophraste, de Lesbos, alors âgé de quarante-huit ans.

C'est à Érèse, l'une des villes principales de cette île de Lesbos, si ingénieusement désignée par Aristote, que Théophraste, ou plutôt *Tyrtame*, car tel fut le nom qu'il reçut de sa famille, naquit à une époque qu'il serait impossible de préciser rigoureusement. Les anciens, en effet, ne s'accordaient pas eux-mêmes sur la date de sa naissance. Les uns le font naître dans la deuxième année de la cent deuxième olympiade (371 ans av. J. C.), les autres dans la quatre-vingt-dixième olympiade (332 ans av. J. C.).

Théophraste était le fils d'un certain Mélante, simple *foulon* (1), c'est-à-dire ouvrier employé à l'apprêtage des laines pour la fabrication des draps. Il fit ses premières études à Érèse, sous un maître nommé Leucippe, qui n'était point le célèbre philosophe disciple de Zénon, mais sans doute un simple instituteur du pays. Il fut ensuite envoyé à Athènes, et entra presque aussitôt dans l'école de Platon.

Son admission à l'Académie fait supposer que le jeune *Tyrtame* avait déjà acquis toute l'instruction élémentaire qu'il fallait avoir pour être admis à suivre les cours de l'Académie, et qu'au moins, conformément à la règle de l'école, il était instruit en géométrie.

De l'école de Platon, il passa dans celle d'Aristote. Il fut émerveillé de l'étendue et de la profondeur de la science qu'exposait, avec une admirable clarté, le fondateur du Lycée.

De son côté, Aristote ne tarda pas à distinguer Théophraste, et à le compter parmi ceux d'entre ses disciples qui paraissaient le plus capables de soutenir avec éclat la réputation de son école.

Ce n'était pas seulement par sa rare facilité de conception que Théophraste charmait son maître, c'était aussi par la beauté d'une élocution où le meilleur choix des termes et la douceur du débit se conciliaient avec une précision toujours élégante et correcte. Ce fut pour cette raison qu'Aristote changea d'abord son nom de *Tyrtame* en celui d'*Euphraste*, ou *beau parleur*. Jugeant dans la suite que ce nom d'*Euphraste* ne répondait pas suffisamment encore à la haute estime qu'il avait pour les divers talents de son disciple bien-aimé, Aristote changea le nom d'*Euphraste* en celui de *Théophraste*, c'est-à-dire *parleur divin*.

Cette distinction trop marquée aurait excité dans les autres disciples un sentiment de jalousie, peut-être même d'aversion, si Théophraste, naturellement doux et obligeant, ne se fût appliqué à gagner ou à conserver par sa conduite leur estime et leur amitié. Il ne parlait jamais qu'avec une extrême bienveillance de ceux qui auraient pu le dénigrer. Il prenait la défense de ceux que l'on attaquait devant lui; il insistait sur leur mérite, et se faisait ainsi pardonner ses talents et ses vertus.

Aristote était déjà avancé en âge, lorsqu'une accusation d'impiété fut portée contre lui par un prêtre de Cérès. On a vu dans la *Vie d'Aristote* que, pour se soustraire à cette persécution menaçante, le Stagirite se décida à quitter volontairement Athènes. En partant, il mit Théophraste à la tête du Lycée, lui confia tous ses écrits, avec la recommandation expresse de les tenir secrets; puis il se retira à Chalcis, où il devait mourir.

(1) Cette étude est extraite de la *Vie des Savants illustres*, que vient de publier M. Figuier, à la librairie internationale, boulevard Montmartre, 15. Un vol. gr. in-8; prix, 10 fr.

(1) Diogène Laërce : *les Vies des plus illustres philosophes de l'antiquité*, traduites du grec en français, in-18. Amsterdam, 1761, t. I, p. 302. (Théophraste.)

Or, ce n'est pas dans la période de déclin, mais bien dans celle de progrès et de progrès rapide que les épanchements pleurétiques font périr subitement.

Les abcès du ligament large et de la rate pourraient être invoqués avec plus d'apparence de raison comme causes de la mort soudaine. Mais on remarquera que pendant la vie le développement de ces abcès n'avait pas troublé notablement les grandes fonctions, et que, jusqu'au dernier jour, la malade n'avait pas présenté cet ensemble de symptômes graves qui caractérisent l'infection purulente.

2° La circonstance capitale qui me paraît militer en faveur de la péricardite ancienne comme cause de la mort subite, c'est dans les derniers jours de la vie la chute rapide du pouls. Remarquez ce fait considérable que le pouls qui, le 20 août, était à 66, tombe le 21 à 46, c'est-à-dire, à la limite la plus basse qu'on observe habituellement dans l'espèce humaine ,et qu'il ne remonte à 62 que le 23 août, une heure avant la mort. Les adhérences qui bridaient le centre circulatoire me semblent de nature à expliquer cette chute énorme du pouls, et par suite la mort possible dans une syncope.

La seconde observation dont il va être question a pour objet un cas de mort subite par hémorrhagie méningée.

Les Annales de la science contiennent bon nombre de faits relatifs à la mort subite chez les femmes en couche par apoplexie cérébrale. Mais dans aucune de ces observations il n'est question de l'hémorrhagie méningée proprement dite. Ce sont des cas dans lesquels on trouva à l'autopsie un épanchement sanguin ayant pour siége habituel les couches optiques, les corps striés et les ventricules cérébraux.

Tel est le cas cité dans les *Mémoires* de Mme Lachapelle, cas relatif à une femme de vingt-deux à vingt-cinq ans qui périt subitement pendant le travail de l'accouchement, et chez laquelle on trouva à l'autopsie un caillot de sang noir remplissant les cavités ventriculaires et pénétrant dans le corps strié droit.

Tel est encore le fait de Schedel qui nous montre une femme de trente-cinq ans, multipare, mourant douze heures après l'accouchement au milieu de convulsions à la fois toniques et cloniques, et présentant à l'autopsie un épanchement de sang noir dans les ventricules latéraux, le septum médian, le corps strié gauche, les deux couches optiques et aux environs de ce vaste foyer un grand nombre de petits épanchements sanguins dans la substance cérébrale.

Une autre observation citée par M. Maynier dans son mémoire sur la mort subite chez les femmes enceintes ou récemment accouchées se rapporte à une femme de trente ans, recueillie sur la voie publique, apportée sans connaissance à la Maternité, accouchée par le forceps au milieu de l'état apoplectique qu'elle présentait et morte quelques heures après la délivrance. L'ouverture du cadavre fit voir un épanchement considérable de sang dans l'un des ventricules latéraux.

Un quatrième fait est dû au docteur Leloutre. Il y est fait mention d'une femme de trente-cinq ans, primipare, morte subitement quatre heures après l'accouchement, et à l'autopsie de laquelle on trouva le septum médian détruit, les ventricules latéraux largement distendus par une grande quantité de sang en partie coagulé, et la couche optique gauche profondément déchirée.

Dans la thèse inaugurale du docteur Garland, il était question d'une femme morte pendant l'accouchement à la suite d'un violent effort qui donna lieu à un épanchement de sang dans l'un des ventricules latéraux.

Ainsi, dans toutes les observ ations que nous venons de mentionner, ce sont toujours les cavités ventriculaires de l'encéphale où la substance encéphalique elle-même qui sont le siége de l'hémorrhagie. Dans l'observation que nous allons rapporter, l'épanchement sanguin a eu lieu dans la cavité de l'arachnoïde.

Obs. II. — *Hémorrhagie méningée dans l'état puerpéral. — Mort au bout de quelques heures.* — (Observation recueillie par M. Perruchot, interne du service.)

La nommée Poulain, âgée de quarante-quatre ans, entre le 13 septembre 1865 à la Maternité. —Elle accouche naturellement le 16 septembre. Les suites de couches ne présentent rien de particulier, si ce n'est une tendance à la constipation, dont triomphent plusieurs purgatifs.

Le 24 septembre, à neuf heures du matin, aussitôt après la visite, cette femme est prise tout à coup, et sans phénomènes précurseurs d'accidents alarmants qui, au dire des malades voisines ont commencé par une rougeur subite et excessive du visage. Dix minutes après ces premières manifestations on constate l'état suivant :

La face est vivement congestionnée. La face est renversée sur le côté droit par suite de la contracture des muscles de la partie latérale du cou et du tronc. La bouche est légèrement déviée du même côté. Les deux pupilles sont de dimension égale et médiocrement dilatées. Pas de réponses aux questions toutefois, l'intelligence ne paraît pas entièrement abolie. Les membres supérieurs sont contracturés, celui de droite beaucoup plus que celui de gauche. Les membres inférieurs le sont aussi, mais à un moindre degré. Respiration stertoreuse. Pouls dur et fréquent à 120.

A onze heures du matin, la contracture fait place à la résolution. La pupille gauche est dilatée, les mâchoires sont desserrées; la malade avale quelques gorgées de liquide. Toujours du stertor; pouls inégal, irrégulier, variant de 100 à 120.

Mort le même jour à trois heures de l'après-midi, sans convulsions, par suite du trouble profond de la respiration.

A l'autopsie, on trouve de 500 à 600 grammes de sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde à la base du cerveau. Dans l'espace sous-arachnoïdien moyen au-dessous de l'arachnoïde existe un caillot gros comme une fève. Une certaine quantité de sang noir s'observe sous l'arachnoïde autour des pédoncules cérébraux. Le ventricule latéral gauche est rempli de caillots mous et noirâtres. Le corps strié du même côté est détruit à sa surface; son tissu est fortement congestionné et paraît le siége d'une apoplexie capillaire. Le septum lucidum n'existe plus. Le ventricule latéral droit contient quelques caillots, mais moins volumineux et en moins grande quantité que le gauche. Le quatrième ventricule est également distendu par du sang coagulé et noirâtre. Un noyau hémorrhagique se rencontre dans la partie latérale gauche de la protubérance. Les artères cérébrales paraissent atteintes de dégénérescence athéromateuse.

Les poumons sont congestionnés. Une sérosité spumeuse remplit les bronches et s'échappe à la surface de section du tissu pulmonaire, mêlée à un sang noirâtre.

Le ventricule droit a des parois minces et qui semblent être le siége d'une dégénérescence graisseuse. Le foie est sain. Les autres organes n'offrent rien de particulier.

S'il est vrai de dire que chez la malade qui fait le sujet de cette observation, le cerveau a été en même temps que les méninges frappé d'apoplexie, il faut remarquer que l'épanchement sanguin dont l'arachnoïde était le siége, atteignait des proportions considérables, puisque la quantité de liquide accumulé dans cette cavité atteignait le chiffre de 500 à 600 grammes.

Une remarque plus importante est celle qui doit être faite relativement à la mort subite par hémorrhagie cérébrale ou méningée. Dans le cas qui nous est propre, comme dans ceux qu'ont relatés les divers auteurs, la mort n'a pas été instantanée. Elle a eu lieu au bout d'un certain nombre d'heures et non plus soudainement, comme je l'ai vu dans la thrombose de l'artère pulmonaire, le développement de gaz dans le système circulatoire, la syncope, etc. C'est là une particularité très-intéressante au point de vue thérapeutique, puisqu'il y a place encore pour quelques efforts de l'art contre la maladie.

A côté de ces causes de mort, sinon subite, du moins très-rapide chez les femmes en couche, il faut citer le choléra épidémique. J'ai observé plusieurs fois, cette année, dans mon service, la forme dite foudroyante. Je citerai, comme exemple, et très-succinctement le cas suivant. Il s'agit d'une femme qui, après avoir présenté à la suite de l'accouchement quelques symptômes typhoïdes, succomba en moins de vingt-quatre heures à une attaque de choléra.

La nommée Tramer, primipare, entre à la Maternité le 10 septembre 1865, enceinte de huit mois.

Le 17 septembre, Légère bronchite, état général, bon.

Le 11 octobre. Accouchement naturel. Quelques éraillures à la vulve.

Le 12. Sentiment de froid, fièvre le soir, puis douleurs abdominales. La fièvre persiste les jours suivants, et le 17 on trouve la peau chaude et moite, le pouls à 132; de la céphalalgie, des coliques intestinales, de la douleur à la pression dans l'une des fosses iliaques. Quelques râles sibilants dans la poitrine. Escarres vulvaires, lochies fétides.

La fièvre et les accidents abdominaux continuent jusqu'au 23 octobre. Ce jour-là, pouls à 96, peau chaude; langue sale, anorexie, céphalalgie, ventre indolent, vomissements jaunes, six garde-robes en diarrhée, miction facile; seins remplis et douloureux; lochies peu abondantes, mais fétides.

Le 24. Les accidents cholériques se déclarent : cyanose, refroidissement des extrémités, sueur froide et visqueuse, diarrhée et vomissements incoercibles, crampes. Mort quelques heures après la visite.

Ce n'est pas là peut-être la mort subite, telle qu'on l'entend habituellement, c'est-à-dire la mort survenant en quelques instants et dans la plénitude de la santé. Mais c'est au moins un genre de mort assez rapide, pour que la cause qui la détermine mérite d'être signalée, à côté de celles que nous avons eu occasion d'observer.

DANS QUELLES CIRCONSTANCES

LA VERSION EST-ELLE PRÉFÉRABLE AU FORCEPS?

Par M. Jounia Raymond.

Lorsqu'on se livre à l'étude de l'art des accouchements, cette question paraît difficile à résoudre; j'espère démontrer, dans le courant de cet article, que le choix entre les deux opérations est indépendant de l'accident, qu'il dépend toujours de la partie qui se présente et de l'engagement ou du non-engagement de cette partie. Raisonner ainsi, c'est faire bon marché de la version céphalique et d'un certain nombre de manœuvres, je crois pourtant que c'est simplifier l'art des accouchements; les arguments auxquels j'ai recours appartiennent surtout à Mme Lachapelle et à M. Simpson; la pratique ordinaire paraît, en outre, avoir vidé la question dans le sens que je vais indiquer. J'examinerai quel est le mode d'intervention qui me paraît préférable, dans chaque présentation, lorsque cette intervention devient nécessaire.

1° C'est le siége qui se présente. Si la présentation est reconnue avant le travail, Lecorché-Colombe a conseillé la version céphalique par manœuvres externes; ce diagnostic est difficile, le sommet peut être pris pour le siége. Admettant que cette manœuvre n'offre aucun danger, les circonstances favorables pour son exécution se rencontreront rarement. « Parois abdominales peu épaisses, souples, indolores, peu d'eau dans l'utérus, etc. » Ce mode de version réussit-il? comment maintenir le fœtus dans sa position nouvelle? L'expérience apprend que tous les moyens employés dans ce but échouent, sauf un seul, la rupture des membranes après la conversion. S'il n'y a pas un commencement de travail, c'est donc un accouchement prématuré artificiel que l'on pratique, peut-être par le plus mauvais procédé; ce commencement de travail étant donc indispensable, combien rarement toutes ces circonstances se trouveront réunies. La version céphalique est inutile lorsque le siége se présente dans un bassin normal; est-elle mieux indiquée dans le cas de viciation du bassin? Mettant de côté les difficultés de la manœuvre sur lesquelles je vais revenir, il resterait à démontrer l'utilité de la substitution du sommet au siége, question que j'aborderai en terminant. La version céphalique (Flamant, M. Velpeau), alors que les membranes sont rompues ou que l'on agit à travers elles avec un ou plusieurs doigts, ne compte que peu de partisans; j'en dirai quelques mots à propos de la présentation du tronc.

Mme Lachapelle l'avait appréciée à sa juste valeur, ainsi que Mauriceau, qui disait un peu crûment que cette manœuvre n'était bonne qu'à crever la mère et l'enfant. En somme, dans les présentations du siége, toute manœuvre, tendant à substituer une autre présentation à celle-ci, est inutile.

2° Le tronc se présente, le bassin est normal, il faut faire la version pelvienne; mais, si le bassin est vicié, faut-il recourir à la version céphalique? Ce que l'on redoute, lorsque les pieds s'engagent les premiers, c'est la compression du cordon, c'est la déflexion de la tête au moment de son engagement. Or, de ces deux accidents, le premier n'est pas toujours funeste; le second n'est certainement pas la règle, comme nous le verrons plus bas. J'ai cité l'opinion de Mme Lachapelle et de Mauriceau, sur la version céphalique; voici sur quoi elle est basée. C'est une opération difficile, mal réglée; le choix de la

---

La succession d'Aristote était en bonnes mains. La renommée du maître devint immense. Toute la Grèce et tous les pays environnants fournissaient des élèves à cette école, qui devint si florissante qu'elle compta un moment jusqu'à deux mille disciples.

Théophraste savait allier des mœurs austères aux formes les plus séduisantes. Il joignait à l'érudition la plus vaste cette finesse de tact et d'observation qui est nécessaire dans l'étude des sciences, surtout dans les parties des sciences philosophiques et morales qui ont pour objet la peinture des sentiments et des passions du cœur humain. Mais son éloquence eût été moins entraînante, son enseignement moins instructif et moins recherché, si sa tête n'eût été qu'un immense magasin d'idées et de faits entassés pêle-mêle et au hasard. Théophraste excellait par la méthode, c'est-à-dire par un ordre et une distribution dont la clarté tient essentiellement à la filiation des faits et à l'enchaînement des idées. Il était sous ce rapport le digne élève d'Aristote.

Mais déjà la décadence de la civilisation grecque commençait à se manifester d'une manière sensible par l'abaissement des caractères. Athènes était gouvernée despotiquement par un groupe d'ambitieux qui s'étaient emparés du pouvoir. Les assemblées, le théâtre, les jeux étaient abandonnés. Les lettres et la philosophie, devenues suspectes, commençaient à être l'objet de persécutions ouvertes. Théophraste, qui n'avait pas cessé d'attirer autour de lui l'affluence des auditeurs dans les salles du Lycée, osa s'élever contre les tyrans, et flétrir les persécuteurs et les délateurs. Dénoncé à l'archonte-roi, il fut traduit devant l'Aréopage comme coupable d'impiété.

Théophraste plaida lui-même sa cause. Il exposa sa doctrine, ses principes de morale, le but élevé de son enseignement. L'Aréopage prononça une sentence d'absolution. Bien plus, son adversaire, convaincu de calomnie, allait être mis lui-même en accusation, et il aurait été condamné si Théophraste, qui aimait à mettre ses maximes en pratique, n'avait eu la générosité de prendre la parole pour le défendre.

Ce premier avertissement fut perdu pour Théophraste. Le chef du Lycée continua ses attaques contre les puissants du jour. Aussi décida-t-on qu'il fallait le perdre à tout prix.

L'estime et la considération générales dont Théophraste jouissait dans Athènes ne permettaient guère de l'atteindre individuellement. On imagina un autre moyen. On attaqua en masse tous les philosophes. L'archonte, qui se trouvait investi pour un an du pouvoir suprême, rendit un décret en vertu duquel on fit fermer les écoles publiques, et interdire tout enseignement donné à plusieurs élèves réunis. Sous le coup de cet arrêt, tous les philosophes s'éloignèrent d'Athènes. Il n'y resta d'autres personnes instruites que des rhéteurs et des sophistes, la plupart vendus d'avance aux volontés du tyran. Pendant une année entière, les écoles publiques demeurèrent fermées.

Cependant cet acte de violence avait excité la réprobation générale. Aussi, à l'expiration de l'année, le décret fut-il rapporté. L'archonte qui l'avait rendu, appelé à rendre compte d'un pouvoir dont il avait abusé, fut condamné à une amende énorme.

Théophraste reprit donc sa place au Lycée, où ses éloquentes leçons attirèrent, avec plus d'empressement que jamais, la foule des auditeurs.

A l'exemple d'Aristote et des chefs de l'école de Pythagore, Théophraste exposait sa doctrine dans deux cours distincts. L'un avait pour objet la doctrine appelée *ésotérique*, ou secrète; l'autre ne comprenait que la partie élémentaire, ou préparatoire, de l'enseignement : c'était la doctrine *exotérique*, destinée aux commençants ou au public. Par la première, on se proposait de former des caractères et des esprits d'élite supérieurs à tous les préjugés, et capables d'instruire et de gouverner les autres hommes. Par la seconde, il s'agissait de diriger les déterminations instinctives; — de régler les penchants et les qualités morales; — de faire prévaloir par-dessus tout dans l'homme l'amour du juste et du vrai; — de le rendre supérieur à toutes les passions qui dégradent l'humanité, — et de faire naître en lui l'instinct des grandes et généreuses actions.

Les principes et le but de l'éducation publique étaient beaucoup mieux compris dans l'antiquité qu'ils ne le sont dans la société moderne, particulièrement en France. Les Grecs s'appliquaient à développer avec harmonie toutes les facultés humaines, à former des hommes complets au triple point de vue physique, intellectuel et moral. Aujourd'hui on se borne dans nos lycées à former sous le nom de *spécialités* des fractions d'intelligence, en négligeant beaucoup le développement physique de la jeunesse, et totalement la culture de son âme. Sur les trois éléments de notre nature : l'organe, l'âme, l'intelligence, on en néglige deux, pour ne s'occuper que du dernier, c'est-à-dire de l'intelligence, comme si nous n'étions que de purs esprits, des instruments propres seulement à la pensée! Le célèbre anatomiste Bichat a pourtant établi d'une façon péremptoire que si l'on développe au delà d'une certaine mesure un organe aux dépens d'un autre, on détruit souvent dans l'économie vivante les proportions et les conditions d'équilibre physiologique, et l'on compromet la vie.

Ce qui prouve d'une manière incontestable la supériorité de l'édu-

main, suivant la position de l'épaule qui se présente, est encore à trouver. Comment faire rétrograder l'épaule, moulée sur le détroit supérieur, avec l'extrémité d'un ou de deux doigts agissant à travers les membranes (M. Velpeau); comment engager la tête par ce procédé? Par celui de Flamant, toute la main doit franchir le col en refoulant l'épaule pour aller saisir l'occiput; ce refoulement peut amener une rupture de l'utérus, d'où l'opinion de Mauriceau; en outre, l'occiput est glissant, difficile à entraîner; on renouvelle plusieurs tentatives après lesquelles, généralement, on n'a pas entraîné l'occiput; mais, en revanche, on a fait écouler les secondes eaux, on a amené une procidence du cordon, et d'un ou de deux membres, l'utérus irrité s'est contracté violemment et directement sur le fœtus; on se hâte alors de faire la version pelvienne, si elle est encore possible. N'aurait-il pas mieux valu commencer par elle? En somme, toutes les fois que le tronc se présente, il faut faire la version.

3° La présentation de la face peut se terminer spontanément, quelle que soit la direction primitive du menton, au début du travail, dans un bassin normal; on doit donc abandonner l'accouchement à la nature, c'est la conduite tracée par MM. Nœgelé, P. Dubois, nul ne songe à suivre la méthode de Baudelocque. Il n'en est pas de même dans un bassin vicié, et, dans ce cas, le redressement de la tête est encore conseillé. Il suffit d'ouvrir le traité de M. H. Chailly, à l'article présentation de la face, pour se convaincre que les manœuvres faites, dans ce but, resteront sans résultat. Cet auteur avoue avoir réussi quelquefois à transformer une présentation de la face en présentation du sommet au début du travail, mais jamais ce redressement ne s'est maintenu. Cette manœuvre, qui semble si simple, n'est pas une petite affaire; ainsi que le disait un ancien auteur, elle ne mène à rien. Voici comment on pourrait expliquer ce fait : lorsqu'une partie s'engage dans le détroit supérieur, elle se moule sur lui, poussée par la contraction utérine; le retour du sang est supprimé dans les parties molles de l'excavation, il doit se former, par suite, un bourrelet œdémateux aux dépens des parties molles situées au-dessous de la partie qui se présente. On pourra bien abaisser l'occiput ou relever le menton; mais, dès qu'on n'agit plus sur eux, ils reprennent leur position primitive par suite de l'élasticité du bourrelet qui les encadre. L'inutilité de ces manœuvres a été reconnue par les plus célèbres accoucheurs, ainsi que l'on peut s'en convaincre par les citations que M. Chailly tire de ces auteurs. Le redressement n'est pas une manœuvre innocente, elle expose aux mêmes dangers que la version céphalique. Le but du redressement, lorsque la face se présente à un détroit supérieur rétréci, est d'éviter l'application du forceps dans cette présentation; la partie est élevée, on rencontrera le plus souvent une M. J. D. P., d'où une application irrégulière, des tractions énergiques et la strangulation possible du fœtus par l'extrémité des cuillers. Il faut, en M. J. D. P., deux applications successives de forceps pour dégager le menton sous le pubis, d'où la possibilité de la torsion du cou de l'enfant, presque inévitable avec un détroit mal conformé. Lorsqu'on a le choix entre les deux opérations, il me semble que les accidents, résultant de la déflexion de la tête à la suite de la version, peuvent à peine être comparés à ceux auxquels expose l'application du forceps dans les présentations de la face. Ajoutons que, si la présentation est inclinée, on ne peut éviter de placer une branche sur le cou de l'enfant. En résumé, la face se présente, s'il faut intervenir, la règle sera : face non engagée, version... engagée, forceps.

4° Il me reste à examiner quel doit être le mode d'intervention dans la présentation du sommet; c'est celle qui a donné lieu aux plus graves discussions. Dans un bassin normal la mobilité ou l'engagement du sommet détermine le choix entre la version et le forceps, je pense qu'il doit en être de même dans un bassin vicié. Lorsque la version est suivie d'accidents, rien ne prouve que l'on aurait été plus heureux avec le forceps; la théorie et la pratique de Mme Lachapelle démontrent que la version peut extraire des enfants vivants alors que l'on ne pourrait obtenir ce résultat avec le forceps. En pratique, c'est bien l'engagement ou la mobilité du sommet qui détermine le choix entre l'une ou l'autre opération. Je suppose deux cas : 1° le sommet n'est pas engagé, on pense que l'arrêt tient à toute autre cause qu'un rétrécissement qui est méconnu, la version est préférée, c'est la règle. Combien d'accouchements ont dû être terminés de cette manière, heureusement pour la mère et l'enfant, avec des rétrécissements allant même jusqu'à 8 centimètres; ce sont des faits qui ne pourront jamais faire partie des statistiques; 2° le rétrécissement est connu, le bassin n'a que 8 centimètres d'avant en arrière au détroit supérieur, la version serait encore possible, mais on préfère avoir recours au forceps. Au détroit supérieur, cet instrument ne peut être placé que dans un sens pour que sa courbure soit parallèle à la courbure générale du bassin, ce qui prouve, par parenthèse, que cet instrument n'a pas atteint son apogée. Le rétrécissement étant antéro-postérieur, variété de beaucoup la plus commune, les grands diamètres de la tête s'accommoderont à ceux du bassin vicié; elle sera donc le plus souvent transversale; le diamètre bipariétal, qui a 9 centimètres et demi, répondra à l'antéro-postérieur rétréci, en sorte que le vertex sera nécessairement aplati sur le détroit supérieur. Les tractions devront être énergiques; comment tirer sans comprimer quand on craint à chaque instant de voir l'instrument glisser, lors même que les branches ont été placées d'après le procédé Hatin; la compression et les tractions se joindront pour augmenter le diamètre bipariétal. Ces arguments, ainsi que la plupart des suivants, empruntés à M. Simpson, me semblent de toute évidence. L'application du forceps doit être souvent stérile dans ces cas, surtout entre des mains à bon droit timides; la tête franchit-elle le détroit, un craquement l'indique, le crâne a cédé, l'une des bosses pariétales s'est enfoncée. Ainsi donc, contusion des parties intra-pelviennes de la mère, application du forceps mauvaise, glissement de la tête souvent mal saisie, d'où désordres du côté des organes maternels, souvent ridicule pour l'accoucheur qui tombe à la renverse, compression du cerveau de l'enfant, compression du crâne allant jusqu'à l'exophthalmie, éclatement des os du crâne... La mort de l'enfant doit être commune après de semblables applications, l'expérience en fournit la preuve; celle de la mère n'est pas rare non plus. Le sommet pouvant être incliné sur l'un ou l'autre pariétal, coïncidence qui doit se rencontrer avec un bassin vicié; cette inclinaison ne peut avoir lieu sans que le menton ne s'éloigne de la poitrine; dès lors la strangulation du fœtus par les extrémités des cuillers devient possible, nouvelle cause de mort pour le fœtus. Supposons que l'on ait fait la version dans le même cas, c'est-à-dire dans un bassin offrant 8 centimètres au diamètre antéro-postérieur. Les difficultés ne se présenteront qu'au moment du passage de la tête à travers le détroit supérieur, or Mme Lachapelle donne, pour les éviter, un conseil excellent, c'est de bien guider le tronc du fœtus en le faisant évoluer. Dans un bassin mal conformé, il me paraît de toute nécessité que le dégagement se fasse en lombo-antérieur; l'extraction de la tête en O. P., lorsque le tronc est dehors, n'est pas difficile dans un bassin normal, mais il n'en est plus de même dans un bassin vicié. Lorsque, faisant la version, on tient un ou deux pieds dans la paume de la main, on connaît la direction du calcanéum, l'évolution pourra donc être conduite de façon à ramener les lombes en avant. Si des tractions sont nécessaires, elles ne seront faites qu'au moment de la contraction; il y aura bien arrêt de la tête, il est vrai, mais elle demeure coiffée par la matrice et le menton fléchi sur la poitrine aura franchi le détroit supérieur; dès lors on aura une excellente prise dans la bouche de l'enfant pour dégager la partie arrêtée qui est peu considérable. Le diamètre bipariétal doit s'engager avec bien plus de facilité que lorsqu'on emploie le forceps, car rien ne presse les extrémités du diamètre O. F.; il y a tout lieu d'espérer que l'enfant naîtra sans fractures du crâne; la compression, les tractions violentes sont supprimées par la version; aussi Mme Lachapelle affirmait-elle qu'il naît plus d'enfants vivants par l'extraction manuelle que par le forceps. L'enfant peut, à la vérité, naître sans fractures crâniennes au moyen de l'instrument, la tête offrant une très-grande réductibilité, mais alors la version n'offrirait aucune difficulté, les circonstances favorables étant les mêmes pour les deux opérations. Ajoutons que la version pelvienne permet, dans certains bassins, d'engager l'occiput du côté le plus large, anomalie que l'introduction de la main fait le plus souvent reconnaître et qui se rencontre dans beaucoup de bassins qui ne sont pas obliques ovalaires proprement dits. On peut donc espérer, par toutes ces raisons, avoir un enfant vivant plutôt par la version que par le forceps, lorsque le bassin n'a que 8 centimètres et que la tête reste fléchie. Si la tête ne se défléchit pas, les manœuvres termineront l'accouchement avant que la compression du cordon ne détermine l'asphyxie du fœtus. La déflexion tient rarement au degré du rétrécissement, elle est plus souvent due à la résistance du col de l'utérus; ne pas décompléter la présentation, ne pas dégager le siége, éviter les tractions en un mot, telle est la conduite indiquée pour l'éviter. Cette déflexion peut néanmoins se produire; admettons qu'elle entraîne dans tous les cas la mort du fœtus, qu'il faille allonger le cou soit pour arriver à la bouche, soit pour appliquer le forceps. J'ai indiqué plus haut comment cet accident pouvait être évité et comment, par suite, il ne pouvait être regardé comme la conséquence inévitable d'une version pratiquée dans un bassin vicié. Si, dans un bassin de 8 centimètres, la version entraînait la mort de l'enfant, le forceps aurait-il pu donner un meilleur résultat et devrait-on regretter de ne pas l'avoir employé? je ne le pense pas, il est d'ailleurs facile de retourner l'argument. On fait, dans le même cas, une première application de forceps qui n'aboutit à rien, puis deux, puis trois...; l'enfant est alors regardé comme mort ou mourant et l'on termine l'accouchement par l'embryotomie; la version aurait peut-être amené un enfant vivant; il n'est pas rare de la voir réussir après que le forceps a échoué. En comparant d'une manière générale la valeur absolue des deux opérations, la supériorité me paraît devoir être accordée à la version. C'est la main seule qui agit, la main qui sent, on pourrait presque dire la main qui voit; elle suffit aussi bien dans toutes les présentations et positions; la version est acceptée facilement par les familles et par la malade que la vue du forceps épouvante; on a donné le conseil de le montrer! L'application du forceps au détroit supérieur et surtout au-dessus est tellement défectueuse, que l'on pourrait presque nier l'utilité de cette courbure de Levret et Smellie si vantée, bien entendu quand on a le choix entre les deux opérations, car lorsque la version est impossible, la tête est assez basse pour que les inconvénients du forceps disparaissent en partie. J'examinerai en terminant si l'extraction du fœtus mort est toujours plus facile lorsque le fœtus se présente par le sommet, proposition qui me semble discutable. Les procédés qui consistent à agir directement sur le sommet sont d'une barbarie qui peuvent ne pas répugner à l'accoucheur, mais qui effrayent singulièrement la malade et les personnes qui l'entourent. On ne peut cacher le cadavre de l'enfant, il faut donc le présenter avec la tête trouée ou broyée!... Ce sang, cette cervelle qui inondent le parquet proviennent-ils de la mère ou de l'enfant? telle est la question que se pose l'assistance effrayée; quelle épithète donne-t-elle tout bas à l'accoucheur? Il est certain que la déflexion de la tête, à la suite de la version, expose quelquefois à recourir à ces moyens d'extraction, c'est alors l'exception, ils sont la règle dans la présentation du sommet. A la suite de la déflexion, l'allongement du cou permet d'arriver à la bouche ou d'appliquer le forceps, et l'enfant est extrait sans meurtrissures extérieures; le volume de la tête doit-il être diminué, il est facile de vider le crâne à travers la voûte palatine (procédé Chailly) et la blessure demeure encore cachée. La céphalotripsie s'emploiera bien rarement, mais elle doit être la règle quand il faut choisir entre elle et la détroncation; cette dernière me paraît une faute (Chailly, *Traité d'accouchements*; Briant et Chaudé, *Médecine légale; affaire Lepilleur*), elle peut toujours être évitée lorsque le tronc est dehors. Ceci dit, il devient inutile d'examiner la conduite à tenir dans les cas de rétrécissement moindre que 8 centimètres, la limite de la version sera celle du forceps. A 7 centimètres on tente le forceps, mais sans résultat; il faudra diminuer le volume du fœtus, le mutiler, la version est encore préférable, car elle peut faire éviter cette mutilation; mais à 7 centimètres on a pu dans quelques cas obtenir des enfants vivants par le forceps, on aurait tout aussi bien réussi par la version.

Je me résume et je crois pouvoir formuler ainsi la règle de conduite à suivre chaque fois que l'intervention de l'accoucheur devient nécessaire :

1° L'enfant se présente par le siége; ne rien changer à la présentation dans aucun cas;

2° L'enfant se présente par le tronc : faire la version pelvienne dans tous les cas;

3° L'enfant se présente par la face : elle n'est pas engagée, version; elle est engagée, forceps;

4° L'enfant se présente par le sommet : non engagé, version; engagé, forceps dans tous les cas.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Des applications topiques de teinture d'iode sur le col de l'utérus.

De nombreux agents thérapeutiques ont été appliqués directement sur le col de l'utérus, pour les diverses affections dont cet organe peut être le siége. Mais si les résultats n'ont pas toujours été heureux, cela venait le plus souvent de ce qu'on ne déterminait pas suffisamment les cas spéciaux où tel médicament doit être employé. La teinture d'iode, par exemple, est utile dans certain cas où le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure sont inefficaces; c'est surtout contre les ulcérations utérines fongueuses, saignant au moindre contact, et occupant toute la surface du col utérin.

M. Gallard vient de rapporter plusieurs observations où les applications iodées donnèrent d'excellents résultats. Ces applications furent faites en promenant, à plusieurs reprises, sur la surface de l'ulcération, un pinceau de charpie imbibé de teinture d'iode.

---

cation grecque sur la nôtre, c'est que, durant une assez longue période, il se produisit fréquemment chez les Grecs des hommes dans lesquels la force et l'élévation du caractère se trouvaient unies à un génie véritable. On voit souvent dans l'histoire de l'antiquité le même homme remplir successivement, et avec une aptitude égale, les fonctions les plus diverses. Tantôt, général habile, il commande une armée; tantôt, grand orateur, il tient l'auditoire suspendu au charme de sa parole; tantôt, homme d'État, il traite tour à tour les questions de finance, de commerce, d'économie sociale et de diplomatie; tantôt enfin, parvenu à un âge avancé, après avoir renoncé à la vie active, il compose pour l'instruction de ses concitoyens d'admirables traités de science, d'histoire ou de philosophie. Si l'on ne peut citer rien de semblable parmi nous, cela ne tient qu'au mauvais système d'éducation publique qui est encore en vigueur dans la plus grande partie de l'Europe, c'est-à-dire dans les pays qui se vantent le plus de leur civilisation.

Après cette digression, qui tient pourtant au fond même du sujet que nous traitons, revenons à Théophraste.

Le nombre des ouvrages grands ou petits qu'on lui attribue est prodigieux. On porte ce nombre à deux cent vingt-sept. Les seuls titres des livres de ce philosophe, dans le catalogue qu'en a donné Diogène Laërce, comprennent plusieurs pages. Les matières extrêmement variées que Théophraste a traitées rentraient sans doute dans les diverses branches de l'enseignement qu'il faisait au Lycée. Cet enseignement, si l'on en juge par les traités de Théophraste, devait embrasser bien des choses. On y trouvait, en effet, la grammaire, la poésie, la musique, la logique, la rhétorique, la morale, l'économie politique, la législation, la philosophie, les sciences naturelles, les mathématiques, les rudiments de chimie qui existaient alors (*Traités des différents sels de nitre et d'alun, de la pétrification, des qualités des pierres*); la physique (*Traités de la chaleur et du froid, de la météorologie, des vents, du mouvement*), enfin la médecine (*Traités des humeurs, du teint et des chairs, du mal caduc, des vertiges, de l'éblouissement, de la sueur, de la défaillance, des maladies contagieuses, de la paralysie, de la suffocation, de la démence*, etc.). Théophraste connaissait certainement les ouvrages d'Hippocrate; il pouvait donc avoir en médecine des idées très-justes.

Le nombre considérable et la singulière diversité des matières qui font l'objet des 227 ouvrages composés par Théophraste causeront, nous le savons, l'étonnement de bien des lecteurs. Ceci, en effet, va à l'encontre de l'un des préjugés les plus enracinés de notre temps. Tous ceux qui ont l'habitude de raisonner *in verba magistri*, et de prendre leurs idées toutes faites dans le courant des opinions communes, ont un jugement bien formé à l'égard de tout esprit encyclopédique. Il leur paraît souverainement impossible qu'un homme, quel que soit son génie, puisse composer des ouvrages, même médiocres, lorsqu'il partage ses études sur toutes sortes de matières, dont une seule suffirait pour l'occuper pendant sa vie entière s'il voulait l'approfondir. C'est là, nous le répétons, un préjugé des plus regrettables. Interrogez l'histoire, et vous verrez que dans les temps modernes, comme dans les temps anciens et dans le moyen âge même, les écrivains et les savants d'un ordre supérieur ont presque tous été encyclopédistes. Presque tous l'étaient dans l'antiquité grecque, depuis Pythagore jusqu'à la fondation de l'école d'Alexandrie. Au moyen âge, Avicenne, Rhazès, Gebert, Albert le Grand, Roger Bacon, Vincent de Beauvais, etc., étaient encyclopédistes. Dans les temps modernes, Kepler, Descartes, Newton, Leibnitz, Voltaire même, l'étaient d'une certaine manière. Considérez une branche quelconque des connaissances humaines, par exemple les mathématiques, et cherchez dans l'histoire de cette science quels ont été en général les plus grands géomètres : vous n'y trouverez guère ce qu'on appelle en France des savants *spéciaux*. Platon était poëte et philosophe; cela ne l'empêcha pas de donner un des premiers la solution du problème de la *duplication du cube* et de la *trisection de l'angle*. Ses principaux disciples furent des géomètres très-habiles. Apollonius de Perge, l'auteur du *Traité des sections coniques*, était placé au premier rang des orateurs, des philosophes, des poëtes et des musiciens de son temps. Dans les temps modernes, Descartes et Leibnitz ne se sont occupés qu'assez tard, et pour ainsi dire en passant, de mathématiques; cependant Descartes découvrit la savante théorie de l'*application de l'algèbre à la géométrie*, son plus beau titre de gloire scientifique, et Leibnitz entra en concurrence avec Newton pour l'invention du *calcul différentiel*. Une spécialité pure ne peut amener que des découvertes de détail, par cette raison que les théories fécondes et les grandes découvertes exigent une connaissance de l'ensemble des sciences pour rapprocher des idées et des faits empruntés aux diverses branches du savoir humain.

Cela dit, nous pouvons passer à l'examen des ouvrages de Théophraste.

L. FIGUIER.

Étude sur la diathèse urique, par le docteur SANDRAS. Mémoire in-8° de 26 pages. Prix : 1 fr., *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

M. Gosselin avait déjà eu l'idée d'appliquer topiquement l'iodure de potassium au milieu d'un nouet de coton cardé introduit dans le vagin dans les cas de phlegmon péri-utérin ou de pelvi-péritonite. La pommade à l'iodure de plomb et la teinture d'iode avaient été aussi très-largement employées, et souvent avec avantage par divers médecins. M. Gallard a pensé que ce dernier médicament agirait plus efficacement encore, si, au lieu de se borner à des applications sur l'abdomen, on en faisait aussi dans le vagin, c'est-à-dire dans un point plus rapproché des produits qu'il s'agit de faire résoudre. Il conseille donc de porter un pinceau imbibé de teinture d'iode sur les parties du vagin qui correspondent à des tumeurs péri-utérines phlegmasiques, passées soit à l'état sub-aigu, soit à l'état chronique. Mais c'est là, comme le reconnaît lui-même l'auteur que nous venons de citer, un point de la thérapeutique des organes génitaux de la femme qui nécessite de nouvelles recherches. (*Bulletin de thérapeutique.*)

De l'emploi des inhalations d'iode dans le traitement du coryza.

M. Luc, médecin, aide-major de 1re classe, vient d'indiquer un nouveau mode de traitement du coryza, qui est aussi simple qu'inoffensif. Ce mode de traitement consiste à faire des inhalations de teinture d'iode; on place, à cet effet, sous le nez du malade, un flacon de teinture d'iode, que l'on tient à la main. L'iode sous l'influence de la chaleur de la main, se vaporise.

M. Luc expérimenta sur lui-même cette médication. Ressentant les premiers symptômes du coryza vers neuf heures du matin, il commença les inhalations iodées à trois heures de l'après-midi. Il les répéta pendant une minute, de trois en trois minutes, et cessa à quatre heures. A ce moment, la céphalalgie diminua graduellement ainsi que l'éternument et la sécrétion nasale. A six heures du soir, tout avait disparu. L'expérimentation fut renouvelée avec le même succès chez plusieurs officiers. (*Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1865.)

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 15 novembre 1865. — Présidence de M. Broca.

FIN DE LA DISCUSSION.

M. RICHET. C'est à propos de la luxation de l'humérus que je voudrais dire quelques mots. Il a semblé à M. Verneuil que la tête de l'os n'était pas rentrée dans sa cavité. Je le crois d'autant plus volontiers que, dans ces cas de luxations anciennes, la cavité disparaît. C'est au moins ce que j'ai vu chez un malade de l'hôpital Saint-Louis, chez lequel je suis parvenu à refaire une cavité glénoïde par une sorte de *taraudage*, au moyen de la tête humérale, grâce à des manœuvres répétées chaque jour.

Je ne partage pas l'opinion de M. Chassaignac, qui rapporte à l'action musculaire, les difficultés de réduction dans les luxations anciennes. Non, cela tient, le plus souvent, aux adhérences nombreuses et solides qui se sont produites, et l'action du chloroforme ne peut annihiler ces difficultés.

Un malade, qui s'est présenté dernièrement à la Pitié avec une luxation intra-coracoïdienne ancienne (quatre mois), m'en a encore fourni une nouvelle preuve. En effet, malgré le chloroforme et l'emploi, au moyen de mouffles, d'une force de 300 kilogrammes, il a été impossible d'opérer la réduction. Le bras est atrophié et privé de la plupart de ses fonctions.

Aussi, je ne saurais partager l'optimisme de mon illustre maître M. Velpeau, sur les conséquences des luxations non réduites. Au malade de la Pitié qui, depuis sept mois, ne peut plus du tout se servir de son membre, j'en ajouterai un autre qui est resté estropié parce qu'on a laissé passer inaperçue une luxation ischiatique qu'on avait prise pour une fracture et placé pendant six semaines dans un appareil. Ce malheureux a le membre dans un état de flexion qui ne lui permet plus de marcher qu'avec un béquillon.

Maintenant j'ajouterai que, pour les accidents dus aux tentatives de réduction, je n'en ai jamais eu à déplorer. Cela tient peut-être à ce que je n'emploie pas d'efforts trop grands.

M. VERNEUIL. Je pense que, dans le cas cité par moi, la cavité articulaire n'avait pu disparaître, car la luxation ne datait que de deux mois.

M. CHASSAIGNAC. Je voudrais surtout rétablir la question telle que l'a posée M. Velpeau dont je partage la manière de voir. Il n'a pas dit qu'on doit *toujours* renoncer aux tentatives de réduction dans *toutes* les luxations anciennes, mais seulement dans les cas où ces tentatives peuvent faire courir des dangers aux malades, à cause de leur âge, de l'ancienneté de l'accident ou des complications qui accompagnent la luxation.

Quant à l'idée de *tarauder* un os avec un autre os pour former dans le premier une cavité articulaire nouvelle, elle me paraît tellement en opposition avec les données de la physiologie que je ne saurais trop m'élever contre elle. Émise par Pravaz, cette idée de *taraudage* est complétement fausse. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent; on ne fabrique point ainsi de nouvelles cavités articulaires; il faut pour cela des années, ou tout au moins des mois; ces cavités articulaires nouvelles se font par l'ossification d'exsudats plastiques qui se déposent autour du point anormal occupé par la tête de l'os déplacé.

M. VELPEAU. Comme l'a remarqué M. Chassaignac, je n'ai dit que ceci : Quand tout indique qu'on a chance de produire des accidents par les tentatives de réduction, cela me fait mettre en question l'opportunité de ces manœuvres. Maintenant, je dois ajouter que par luxations anciennes, je ne veux parler que de celles qui datent au moins de quatre mois. Mais, je le répète, quand l'accident remonte à plus de quatre ou cinq mois, qu'il y a des raideurs plus ou moins considérables dues à des adhérences nombreuses et solides, quand aussi, comme nous le montre l'anatomie pathologique, la cavité articulaire a dû disparaître, comme après cinq, six ou sept mois, il est rarement prudent, et encore moins utile de faire des tentatives de réduction.

M. RICHET. Du moment où M. Velpeau précise, comme il vient de le faire, je suis entièrement de son avis. Je n'ai jamais essayé de réduire les luxations anciennes datant de plus de quatre ou cinq mois. Après ce temps les modifications organiques survenues dans les os déplacés, ou autour d'eux, rendent toute intervention chirurgicale illusoire ou impossible.

Quant à M. Chassaignac, qui me reproche d'avoir donné trop d'extension à ses paroles, je lui retournerai l'argument pour ce qu'il vient de dire du mot *tarauder*. Je n'ai pas voulu donner à ce mot d'autre sens que celui de mouvements de rotation imprimés à la tête articulaire déplacée pour refouler les obstacles qui s'opposent à sa rentrée dans la cavité glénoïde; je n'ai point eu la prétention de créer des cavités nouvelles. D'ailleurs je ne crois pas avoir exagéré le sens des paroles de M. Chassaignac. En effet, notre collègue réduit, par le procédé du talon, des luxations datant déjà de deux mois. Or il est évident qu'à cette époque et bien plus tôt, au bout de quinze à vingt jours, quelquefois, des adhérences se sont déjà produites, et ce sont bien elles, plus que les muscles, qui mettent obstacle à la réduction, à plus forte raison s'il s'agit de luxations de quatre à cinq mois. Aussi suis-je arrivé à cette pratique de n'employer que très-peu le chloroforme pour la réduction des luxations anciennes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A Bordeaux, la séance de rentrée des Facultés et de l'École de médecine a eu lieu sous la présidence du recteur, M. de Wailly. MM. les doyens Sabathier, Abria, Dabas et M. Gintrac père, directeur de l'École de médecine, ont successivement rendu compte des travaux de l'année scolaire 1864-1865.

Le nombre des élèves qui ont pris des inscriptions à l'École de médecine a été de 130.

La distribution des prix s'est faite dans l'ordre suivant :

Élèves en médecine. — 1re année, 1er prix : Girard; 2e prix, *ex æquo*, Lande et Pujo.

Accessit. — Poumeau-Delille, Cadilhon, Roy de Clot, Pallas.

2e année, 1er prix : Boscq; 2e prix : Gachet.

Accessit. — Labonotte.

3e année, mention honorable : Dessus, Girandier.

Pharmacie. — 1er prix : Dubranle.

2e prix, *ex æquo*, Poumeau-Delille, Bouc.

Accessit. — Campardon, Dufour.

— A la suite des concours qui ont eu lieu le mois dernier à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, ont été nommés :

M. Dudon, premier interne.

MM. Lacaze, Baudrimont, Labanotte, Peyraud, internes.

MM. Lande, Girard, Poumeau-Delille, Roy de Clot, Pujo, internes adjoints.

M. Espinousse, interne à l'hôpital des Enfants.

Le prix Delord a été décerné à M. Loignon, interne de 2e année.

— M. le docteur A. Laurent, après avoir été successivement médecin adjoint des asiles de Quatremarres et de Saint-Yon (Seine-Inférieure), vient d'être nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, en remplacement de M. le docteur Bulard, appelé comme médecin en chef de l'asile de Maréville (près de Nancy).

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Sur la séance de l'Académie de Médecine. — HOPITAL DE BICÊTRE. Hallucinations de la motilité dans une affection cérébelleuse. — Des agents résumés destructeurs du principe cholérigène. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Nouvelles. — FEUILLETON.

Séance de l'Académie de médecine.

PARIS, LE 29 NOVEMBRE 1865.

La séance toute entière a été occupée par la lecture du rapport général de M. Pidoux, sur le service des Eaux minérales pour l'année 1863. Ce rapport contient une première partie dogmatique empreinte de l'esprit philosophique et généralisateur du rapporteur, Sur la proposition de M. J. Guérin, appuyée par plusieurs membres, cette partie du rapport de M. Pidoux a été réservée pour une discussion dont l'époque sera fixée par l'ordre du jour des séances de l'Académie. Nous suspendrons toute appréciation jusqu'à cette époque.

Parmi les présentations faites après la lecture de la correspondance, nous signalerons un ouvrage de M. le docteur Foucher, le premier volume d'un *Traité de diagnostic des maladies chirurgicales* et le quatrième volume du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, édité par MM. Baillière.

Dr Brochin.

Il est question, dit-on, de créer à la Faculté de médecine une chaire de clinique ophthalmologique ou un service de maladies des yeux, et d'y placer un oculiste allemand, étranger à la Faculté et aux hôpitaux.

Tout en restant dans les limites des attributions de la presse scientifique, nous ne pouvons nous empêcher de dire que le corps médical français a toujours suffi aux nécessités de l'enseignement.

M. Desmarres a égalé les spécialistes étrangers sans qu'il fût besoin pour lui d'une chaire de professeur. La Faculté et les hôpitaux ont, en effet, toujours trouvé dans leur sein des hommes comme MM. Follin, Foucher et Cusco, pour enseigner les maladies des yeux avec autant d'autorité qu'eussent pu le faire MM. de Graeff, Donders et Jœger. Pouvons-nous d'ailleurs l'oublier : les étrangers qui viennent chercher fortune chez nous, ne sont-ils pas généralement ceux qui ne peuvent obtenir chez eux ni la première, ni même la seconde place?

Dr Armand Desprès.

HOPITAL DE BICÊTRE. — M. LÉGER.

Hallucinations portant sur la motilité dans une affection cérébelleuse.

Grâce aux recherches cliniques et expérimentales de quelques auteurs, dont les noms sont trop dans votre esprit pour que j'aie même besoin de les rappeler, le diagnostic des affections du cervelet a acquis un degré de précision et de certitude tel qu'il ne semble pas pouvoir être poussé plus loin.

Toutefois, s'il est vrai (et on ne saurait le contester) que nous soyons en possession d'un ensemble de signes suffisants et suffisamment caractériques pour qu'il ne soit plus possible de méconnaître dans la plupart des cas l'existence d'une affection cérébelleuse, est-ce à dire que l'on n'ignore aucune des manifestations par lesquelles peut se traduire et se révéler ce siége organique des maladies? Ce serait, en général, se montrer peu au courant des surprises que la clinique réserve incessamment à l'observateur même le plus scrupuleux que d'avoir cette croyance.

Mais, dans l'espèce, voici un fait qui nous paraît de nature à apporter son contingent de solution à la question :

Le 8 mai 1860 était apporté à l'infirmerie générale de Bicêtre, et couché au n° 20 de la salle Saint-André, le nommé L... (Alphonse), âgé de soixante-trois ans, ayant exercé la profession de bonnetier.

C'est un homme de moyenne taille, bien constitué, et en apparence moins âgé qu'en réalité.

Tout d'abord, on est frappé par l'expression de sa physionomie, qui a quelque chose d'hébété; il cherche des mains celui qui lui parle, montrant immédiatement par là qu'il ne voit pas; il est atteint, en effet, d'une amaurose double et presque complète. Quand on lui demande ce qu'il éprouve et où il souffre, il ne répond guère que par ce mot : « Je suis *derne*. » Puis il porte obstinément les mains à la tête vers la région occipitale.

Longtemps nous avons cherché le sens de cette expression bizarre : Je suis *derne*, et nous sommes parvenu à découvrir que, dans l'idiome du pays du malade, elle signifiait : « Je suis drôle... je suis bête ou plutôt hébété; » elle rend bien son état, dont il paraît avoir conscience.

Ce mot revient à tout instant, quand on l'interroge, et il constitue tellement sa réponse habituelle qu'il finit par devenir pour les personnes du service la qualification et la désignation du malade lui-même.

La parole est, du reste, sensiblement embarrassée; les mots sont rebelles et leur prononciation en est paresseuse; ce n'est qu'en pressant beaucoup le malade qu'on parvient à obtenir de lui quelques renseignements sur ce qu'il ressent.

Il indique, avons-nous dit, obstinément sa tête comme étant le siége essentiel de ses souffrances, et plus particulièrement la région occipitale. De plus, nous apprenons (et ce renseignement a une grande valeur) qu'il a été tourmenté ces jours derniers par de fréquentes envies de vomir; les vomissements se sont-ils réalisés? C'est ce qu'il nous a été impossible de savoir; toujours est-il que l'interne de garde, voyant une indication dans cet état des fonctions gastriques, a cru devoir administrer un vomitif au malade la veille de son entrée dans le service.

Dans ces conditions, il n'était guère possible, on le conçoit, de remonter avec quelque certitude aux antécédents du malade et aux débuts de la maladie : force a été de recourir exclusivement pour s'éclairer à l'examen direct et aux signes fournis par l'observation actuelle des manifestations symptomatiques.

Le malade ayant dû être transporté à l'infirmerie, il y avait dans cette circonstance, et en l'absence de tout état fébrile, un motif de porter notre attention vers l'état de la motilité, d'autant plus que l'existence déjà constatée d'une double amblyopie amaurotique, d'une céphalalgie opiniâtre ayant son siége fixe et constant à la région occipitale, et d'un état nauséeux persistant suivi de vomissements réels, autorisait déjà un commencement de présomption touchant la possibilité d'une affection cérébelleuse.

Or, en découvrant le malade pour interroger l'état de la motilité, nous ne fûmes pas peu surpris de le voir se cramponner avec force à son lit à l'aide de ses deux mains, alors même que nous n'avions pas encore cherché à provoquer chez lui le moindre mouvement, et qu'il n'avait pas abandonné un seul instant le décubitus horizontal.

Interrogé sur le motif de cette situation, il nous déclare qu'il est toujours sur le point de tomber, et qu'il tomberait infailliblement, même quand il est étendu dans son lit, s'il ne prenait cette précaution constante de se tenir accroché des deux mains à son lit.

Il faut une longue insistance pour le décider à s'asseoir; la certitude que plusieurs personnes sont près de lui et le maintiennent ne lui suffit pas; ses appréhensions redoublent au fur et à mesure que le tronc se soulève, et il saisit convulsivement les objets ou les personnes qui sont à sa portée pour se préserver de la chute tant appréhendée.

L'énergie qu'il déploie dans les mouvements instinctifs d'astriction témoigne de la conservation à peu près complète de la force musculaire, et des mouvements assez étendus peuvent également être imprimés volontairement dans le lit aux membres inférieurs. Mais ces mouvements, il est facile de le voir, sont comme incohérents et déréglés; ils s'accomplissent, pour nous servir d'une expression vulgaire, mais qui traduit bien le phénomène, ils s'accomplissent avec une *gaucherie* dont le malade lui-même a conscience, car il ne cesse de s'en étonner et de s'en plaindre à la faveur de son mot patois obligé : « Je suis *derne*. »

On pressent les obstacles que nous avons dû rencontrer pour le mettre à terre et lui faire faire l'essai de la locomotion : jamais il n'a pu se résoudre à tenter un pas en avant; tous ses efforts à cet égard n'ont abouti qu'à quelques tâtonnements bornés sur place avec ses pieds comme avec ses mains; il faut évidemment dans l'appréciation de ces phénomènes tenir compte de l'état amaurotique.

Il n'est pas non plus indifférent de noter que, sans être abolie, la sensibilité tactile et douloureuse est manifestement atténuée; le malade ne réagit qu'à un pincement énergique de la peau.

Mais les préoccupations de notre malade ne devaient point s'arrêter à la limite de ce simple état d'appréhension, quelque exagéré et enraciné qu'il fût.

Le 10 mai, c'est-à-dire deux jours après son entrée dans le service, il nous raconte et nous affirme que dans la nuit il est réellement tombé du haut de son lit, et que peu s'en faut qu'il ne se soit tué; la conviction et l'insistance avec lesquelles il fait cette déclaration pourraient certainement en imposer, d'autant mieux que dans l'état du malade rien n'est plus possible qu'une chute semblable. Mais il nous était difficile d'y croire, nous qui connaissions ses craintes permanentes à ce sujet, et le soin et la vigilance qu'il mettait, même la nuit, à leur service. D'ailleurs, s'il était tombé, il lui eût été assurément impossible de se relever et surtout de remonter seul dans son lit : or l'infirmier de service n'a pas eu à intervenir. C'est donc là une pure imagination, une croyance complétement illusoire, en un mot une hallucination.

Chez L..., cette conviction devient maintenant permanente; il n'est plus menacé de chute, mais celle-ci se réalise presque tous les jours. Les mains sont si fortement accrochées à son lit pour se préserver autant que possible de la chute qui va fatalement s'accomplir qu'il est presque impossible de les en détacher.

Le 12 mai, il déclare s'être décidément tué en tombant, et il en est tellement certain qu'il n'admet pas la contradiction flagrante qu'il y a entre cette assertion et le fait qu'elle vient de lui, ce qui prouve bien qu'il existe.

Ces phénomènes singuliers ont persisté, sans atténuation notable,

---

THÉOPHRASTE.

II.

Cet examen sera court d'ailleurs. La main du temps, qui a emporté l'œuvre presque tout entière du célèbre encyclopédiste de Lesbos, de l'éminent successeur d'Aristote, abrégera malheureusement notre tâche.

De tous les ouvrages de morale, de philosophie ou d'histoire composés par Théophraste, il ne reste guère que des lambeaux. Tels sont ces fragments écourtés, bien peu capables de donner l'idée de ses écrits, qui sont depuis des siècles admirés, traduits et commentés sous le titre de *Caractères*.

Des nombreux ouvrages scientifiques de Théophraste, il ne reste non plus que des fragments. De l'*Histoire des plantes* qu'il avait composée, nous n'avons que neuf livres et une partie du dixième. Il nous reste encore les six premiers livres du *Traité des causes de la végétation*, qui en comprenait huit, enfin quelques fragments sur les sciences physiques.

Le livre des *Caractères*, tout incomplet qu'il soit, puisque nous ne possédons que quelques chapitres de l'ouvrage entier, est assez connu pour que nous puissions nous dispenser de l'apprécier longuement. Personne ne pouvait mieux le juger et à plus de titres que La Bruyère. Voici en quels termes cet immortel écrivain apprécie, dans son *Discours sur Théophraste*, le philosophe moraliste qui lui a ouvert la carrière :

« Théophraste, dit La Bruyère, a puisé le traité des *Caractères* dans les *Éthiques* et dans les *Grandes morales* d'Aristote, dont il fut le disciple. Les excellentes définitions que l'on lit au commencement de chaque chapitre sont établies sur les idées et sur les principes de ce grand philosophe, et le fond des caractères qui y sont décrits est pris de la même source. Il est vrai qu'il se les rend propres par l'étendue qu'il leur donne, et par la satire ingénieuse qu'il en tire contre les vices des Grecs, et surtout des Athéniens.

« Ce livre ne peut guère passer que pour le commencement d'un plus long ouvrage que Théophraste avait entrepris. Le projet de ce philosophe, comme vous le remarquerez dans sa préface, était de traiter de toutes les vertus et de tous les vices...

« Ainsi, cet ouvrage n'est peut-être même qu'un simple fragment, mais cependant un reste précieux de l'antiquité, et un monument de la vivacité de l'esprit et du jugement ferme et solide de ce philosophe dans un âge si avancé. En effet, il a toujours été lu comme un chef-d'œuvre dans son genre : il ne se voit rien où le goût attique se fasse mieux remarquer, et où l'élégance grecque éclate davantage, on l'a appelé un livre d'or. Les savants, faisant attention à la diversité des mœurs qui y sont traitées, et à la manière naïve dont tous les caractères y sont exprimés, et la comparant d'ailleurs avec celle du poëte Ménandre, disciple de Théophraste, et qui servit ensuite de modèle à Térence, qu'on a dans nos jours si heureusement imité, ne peuvent s'empêcher de reconnaître dans ce petit ouvrage la première source de tout le comique : je dis de celui qui est épuré des pointes, des obscénités, des équivoques, qui est pris dans la nature qui fait rire les sages et les vertueux. »

Arrivons aux fragments des ouvrages scientifiques du même auteur.

Le système de physiologie végétale et la doctrine botanique de Théophraste ont été exposés dans un travail qui fait partie des *Mémoires de la Société linnéenne de Paris* (1), et dans un ouvrage de M. Cap, qui a pour titre : *Histoire de la pharmacie et de la matière médicale* (2).

L'expérience et l'observation en botanique constituent un art dont Théophraste posa les règles, et il fit par là une véritable révolution dans cette branche importante de nos connaissances. Pour fonder la classification moderne, on lui a fait, sans le nommer, de nombreux emprunts. De même qu'Aristote, Théophraste trouve dans les caractères essentiels et généraux des plantes des rapports directs avec le système qui régit la vie dans les animaux. Il établit que, relativement à l'organisation, au développement, à la nutrition, à la reproduction des plantes et des animaux, la nature a suivi un plan général, et soumis les deux règnes vivants aux mêmes lois. Selon Théophraste, c'est la force vitale qui détermine dans les plantes tous les phénomènes de l'existence. Il entre dans de nombreux détails relativement à la reproduction des végétaux. Il expose l'antique système des sexes chez les plantes avec tous les développements que pouvait comporter ce système dans un temps où le microscope était inconnu.

Théophraste ne parle que de cinq cents espèces végétales. C'était peu sans doute en comparaison de celles que l'on connaît de nos jours. Il n'avait voyagé que dans la Grèce et dans l'Asie-Mineure. Il décrit avec assez de soin les plantes des contrées qu'il avait parcourues et qu'il avait pu observer lui-même. Mais il ne parle pas avec la

(1) Tome I.

(2) Anvers, 1850, in-8°.

usqu'à la fin du mois de juin 1860 : c'est à peine si, à la suite de quelques applications de ventouses scarifiées à la nuque et de l'emploi réitéré de purgatifs drastiques indiqué par une tendance à la constipation, il s'est opéré une légère rémission dans l'intensité de la céphalalgie occipitale, tandis qu'il survenait d'un autre côté une chute sensible de la paupière supérieure gauche, une obtusion plus marquée de la sensibilité générale, et un abaissement progressif de l'intelligence.

C'est dans cet état que nous avons dû laisser le malade à notre départ de Bicêtre en 1860.

M. Gentilhomme, aujourd'hui professeur à l'école de Reims, qui nous y succéda, a bien voulu nous remettre la suite et la fin de l'histoire de ce malade, que nous reproduisons ici textuellement :

« Les symptômes, rapportés plus haut, dit M. Gentilhomme, persistent jusqu'à la mort sans modification sensible.

« Le malade s'affaiblit peu à peu ; il tousse, maigrit, perd l'appétit, etc. En juin 1861, il meurt avec les signes d'une stase sanguine dans les poumons, et d'une asphyxie par écume bronchique.

« A l'autopsie, dont nous ne relaterons ici que les particularités relatives à l'état de l'encéphale, et qui nous intéressent spécialement, on constate un ramollissement circonscrit de l'hémisphère cérébral droit ; en enlevant la faux du cerveau lorsque la dure-mère a été séparée des deux côtés, on emporte une portion de substance cérébrale du volume d'une petite noix, adhérente à la faux.

« Toute la portion ramollie est à peu près du volume d'un œuf de pigeon. La lésion est située à la face interne de l'hémisphère et à son bord supérieur, un peu en arrière de la partie moyenne du cerveau ; elle occupe un peu également sa face convexe, et s'étend de là vers le centre de l'hémisphère. La consistance du cerveau, vers la surface de l'organe, est très-molle ; elle augmente peu à peu à mesure qu'on s'éloigne de la périphérie pour aller vers le centre des circonvolutions.

« La coupe de la portion altérée, présente une coloration grise semée de taches jaunes, rouges ou noires, formées évidemment par de petits foyers sanguins de différents âges. Vers le centre du foyer, la coloration est blanche. Au niveau du ramollissement, les méninges sont épaisses, blanchâtres, opaques et adhèrent à la substance cérébrale.

« Le cerveau est sain dans le reste de son étendue aussi bien dans les parties périphériques que centrales.

« A la face inférieure du cervelet, on rencontre une altération qui présente une grande analogie avec celle du cerveau.

« La portion altérée offre le volume d'un gros pois ; elle occupe la partie interne de la face inférieure du *lobe droit* du cervelet, elle est située en arrière du lobule du pneumogastrique ; en dehors du bulbe la substance cérébelleuse ambiante est ramollie, et présente une coloration légèrement *jaunâtre*. Au niveau du ramollissement, les membranes sont épaisses, opaques et adhérentes. »

Peut-être, et je suis le premier à le regretter, la détermination exacte des altérations révélées par l'autopsie, laisse-t-elle un peu à désirer dans le récit qui précède. Mais leur siége est parfaitement indiqué, et c'est là surtout ce qui importe : il s'agit, en somme, d'une affection cérébelleuse dans laquelle les manifestations symptomatiques relatives aux troubles si constants et si caractéristique de la motilité, sont représentés par *un état psychique* portant sur ces troubles..., en d'autres termes la réalisation, la mise en jeu des troubles moteurs se transforment, chez notre malade, en une conception délirante systématisée...

Tel est le fait dominant qui, en ce cas, sollicite surtout l'attention. Sans doute, cette observation pourrait donner matière à bien d'autres commentaires..., et par exemple, il y aurait à rechercher la part qu'il convient de faire, dans la détermination et l'alimentation en quelque sorte du délire singulier dont il s'agit, à la lésion cérébrale concomitante, à l'état amaurotique double, et aux altérations de la sensibilité générale... Puis des données intéressantes pourraient être fournies par l'interprétation du délire lui-même... Il y aurait lieu de se demander si l'affection cérébelleuse n'a pas joué, en ce cas, le rôle d'une sensation morbide engendrant et entretenant un délire...

Mais, je me suis proposé uniquement de vous présenter un fait, en ne lui laissant dire que ce qu'il exprime...

Dr Laborde.

DES AGENTS PHYSIQUES ET CHIMIQUES

réputés destructeurs du principe cholérigène.

J'ai fait dernièrement, pour les lecteurs de la *Gazette*, et sans autre intention, un résumé à peu près complet de ce qui se dit aujourd'hui de plus important sur les causes du choléra et sur les moyens de l'anéantir. Des opinions et des faits, tantôt concordants, tantôt disparates, voilà tout ce qu'ont mis au jour, jusqu'à présent, l'ambition des découvertes, le désir de la gloire et d'autres amorces encore. C'est ainsi qu'il en est, du reste, pour la plupart des questions scientifiques dont il est difficile d'éclairer soi-même les sinuosités et les profondeurs.

Nous désirons tous que l'incertitude dure le moins possible, en médecine ; mais qui nous en fera sortir, à propos du choléra ? Si la lumière est faisable, c'est des Académies, des Commissions d'hygiène, de l'administration de l'Assistance publique, pourvues de renseignements et de données innombrables qu'elle doit nous venir.

L'investigation privée, si active et persévérante qu'on la suppose, me semble destinée à n'être plus désormais qu'un travail aride et borné, borné à de simples aperçus. Or, l'aperçu, cette chose légère, risque d'être étouffée sous le document.

En attendant les discussions et les révélations qui nous sont promises, je retiens, pour l'étudier de nouveau, une question de prophylaxie très-intéressante, celle de la destruction ou, pour le moins, de la neutralisation du principe cholérigène.

Pendant l'épidémie de 1853-54, M. Nonat a réussi, au delà de toute prévision, à empêcher le choléra de se développer dans les salles de la Pitié où étaient réunis des malades de toutes provenances. M. Nonat, n'a jamais fait mystère de son préservatif, qui n'est autre que le chlore gazeux. « Quelle que soit la manière dont on interprète ce résultat, dit-il, on ne peut manquer de reconnaître que les fumigations chlorées ont pu être utiles en détruisant les miasmes que les cholériques répandent autour d'eux, et en maintenant l'air dans un état de pureté nécessaire dans tous les temps, et plus spécialement dans les temps d'épidémies. Ces fumigations me paraissent avoir eu une action évidente sur la cause locale, infectieuse du choléra, mais elles n'ont nullement agi sur la cause générale, dont les effets se sont produits, malgré la présence du chlore. »

Est-ce à dire, ajoute M. Nonat, qu'il faille supprimer la ventilation ? Non, assurément. La ventilation et les fumigations chlorées doivent être employées simultanément et se prêter un concours mutuel.

Le médecin aurait bien peu de plaisir, en ce monde, s'il ne se flattait quelquefois d'avoir *trouvé*.

Si j'ai bien saisi ce que notre honorable confrère entend par cause *locale* et par cause *générale* du choléra, le chlore serait l'ennemi mortel du miasme cholérique qui travaille en chambre, et non de celui qui opère en plein air. Il y a dans cette distinction plus de sens et de bien jugé qu'une expression un peu humoristique ne semble lui en accorder. D'une manière générale, il est parfaitement exact, en effet, que le chlore peut atteindre et détruire certains miasmes flottants dans une atmosphère confinée, mais que ces miasmes échappent en très-grande partie, à l'action spoliatrice de ce modificateur chimique, quand ils se trouvent à l'état de diffusion dans l'atmosphère générale. Telles sont, je crois, les vues dont s'inspire M. Nonat, pour recommander, comme agents prophylactiques, l'air pur et les fumigations chlorées, en temps d'épidémies cholériques.

Rien n'est plus rationnel que la déduction pratique tirée des données scientifiques qui précèdent : il ne reste plus qu'à vérifier la valeur du précepte, les conditions et la mesure de son efficacité.

On donne le nom vulgaire de *miasme* à l'un des produits de la fermentation putride. Cette fermentation a pour excitant initial, l'oxygène, et pour moteurs continus, des infusoires microphytes ou microzoaires. Son résultat immédiat est le dédoublement, ou catalyse, des matières organiques, avec dégagement de gaz inodores ou fétides. Quand ces ferments *vivants* pénètrent et se multiplient dans l'organisme humain, ils y engendrent des maladies dites *zymotiques*.

La catalyse, par fermentation, des substances organiques ternaires s'accomplit habituellement sans émission de gaz odorants : la catalyse des substances organiques quaternaires produit toujours de l'ammoniaque. Quand ces deux ordres de matières renferment du phosphore ou du soufre, leur fermentation met de plus en liberté, du gaz hydrophosphorique et du gaz sulfhydrique qui s'unit à l'ammoniaque dérivé de l'azote moléculaires.

Quand la putréfaction s'empare de la vase des marais, elle fournit des effluves composés d'acide carbonique et de carbure d'hydrogène, des traces d'ammoniaque, d'hydrogènes phosphoré et sulfuré, de vapeur d'eau, et enfin d'une matière végéto-animale odorante, visqueuse, très-putrescible, et qui est bien réellement le principe générateur des affections palustres. Il est démontré, en effet, que les gaz qui accompagnent cette matière non encore définie chimiquement, sont par leur nature et leurs minimes proportions entièrement inoffensifs.

La putréfaction des substances animales ne crée pas seulement des gaz toxiques (acide sulfhydrique, sulfhydrate d'ammoniaque), elle fournit aussi un miasme spécial, réputé septique, agissant jusqu'à un certain point, à la façon des venins, c'est-à-dire, sur le sang et sur les centres nerveux tout à la fois.

Le miasme putride d'origine exclusivement animale comporte lui-même des subdivisions ; en voici une surtout qui me paraît très-digne d'attention.

Si l'on condense, par un procédé quelconque, les produits de l'exhalation pulmonaire et cutanée, on obtient un liquide trouble, un peu visqueux et d'abord peu odorant. Ce liquide placé dans des conditions de température convenable, entre bientôt en fermentation ; des gaz et un miasme s'en séparent. Que l'on surveille l'action de ce miasme dans les camps, les hôpitaux, les prisons, partout enfin où il y a encombrement, et l'on sera disposé à lui reconnaître des propriétés particulières, puisqu'il détermine un état pathologique qui lui est propre ; le typhus.

Les émanations stercorales sont de nature complexe. Leur odeur est variable ; elle est due principalement, en cas de digestion normale, à un principe volatil sécrété par l'intestin ; en cas de maladie, à un commencement de putréfaction des humeurs éliminées par l'organisme.

Les excréments élaborés par un individu sain, n'émettent, au moment de leur sortie, que des traces d'acide carbonique, d'hydrogène carboné, d'ammoniaque et d'acide sulfhydrique. Ces gaz se développent, au contraire, dans de fortes proportions chez les individus atteints de diarrhée, de dyssenterie, de fièvre typhoïde, etc. Tous ces produits gazeux ne constituent guère, par leur diffusion, un danger réel ; ils n'intéressent que l'odorat. Mais il peut se trouver dans les déjections alvines des émanations véritablement redoutables, c'est-à-dire, des émanations morbifiques, infectieuses. La transmissibilité de la dyssenterie, du choléra, par l'intermédiaire des excrétions intestinales, n'est plus, je crois, une cause à plaider. Pour moi, j'ai l'expérience et la conviction que la propagation de ces deux maladies s'effectue fréquemment par cette voie.

Une dernière cause du méphitisme épidémique, la plus grave de toutes, c'est le pouvoir dont jouissent les sujets malades d'émettre des principes infectieux capables de se régénérer dans un organisme sain. Ici il n'est plus question de miasmes *morts* ou putrides, mais de miasmes *vivants*, germes, ferments, etc. ; peu importe la forme sous laquelle l'imagination nous représente ces êtres restés mystérieux, car, jusqu'à présent, il nous a été impossible de les saisir et de les analyser.

J'ai tenu à faire en quelque sorte un abrégé de l'histoire naturelle du miasme et à en rappeler les principales variétés. Il m'a paru convenable de prendre ce détour pour en venir à déterminer méthodiquement les effets que l'on peut espérer de l'emploi des moyens de destruction dirigés contre l'élément génésique et régénérateur du choléra.

En principe, quand des émanations pestilentielles viennent à souiller une masse d'air confiné, il faut, pour le salut de ceux qui y vivent, que ce milieu soit, ou renouvelé ou purifié ; c'est-à-dire, qu'il faut recourir ou à la ventilation ou à la désinfection.

La ventilation ayant pour objet de remplacer par de l'air pur celui qui est contaminé, constitue une manœuvre généralement efficace ; il ne lui manque que de n'être pas toujours sûre de ses résultats. Qu'il s'agisse, en effet, d'une habitation ou même d'une localité environnée d'une atmosphère rendue stagnante par la hauteur des édifices, la sinuosité des rues ou la configuration du sol, je ne vois pas trop comment l'on pourrait s'approvisionner d'air pur, dans le sens hygiénique du mot, puisque cette atmosphère est tout entière viciée. Le bienfait de la ventilation n'est donc pas absolu.

Les brises, les vents périodiques ou accidentels sont les véritables agents de l'aération, en ce qu'ils emportent et disséminent au loin toutes les collections d'émanations insalubres. Ils ont suffi bien souvent à garantir un corps de troupes, par exemple, du dangereux voisinage d'un marais, d'une voirie, d'un cimetière ou d'un champ de bataille. Mais il n'est nullement prouvé, jusqu'ici, que les ébranlements atmosphériques aient modifié la marche ou atténué la violence des endémies cholériques.

Toutefois, lorsque les courants d'air naturels font défaut, il est possible de les provoquer et de les entretenir, au moyen de grands

même exactitude de celles de l'Égypte, de l'Éthiopie, de l'Inde, d'ailleurs en petit nombre, qu'il n'avait pu étudier vivantes, ou dont les descriptions lui étaient venues par des voyageurs et des marchands qui avaient suivi l'expédition d'Alexandre. Il ne décrit pas, dit M. Cap, toutes les plantes qu'il nomme. Quant à celles dont il parle avec détail, il les présente sous les divers rapports de leur génération, de leur taille, de leur consistance, de leurs propriétés, et la description qu'il en donne est complète.

Théophraste groupe les plantes en deux classes :

1° Les plantes formées de fibres *ligneuses*, d'une structure solide et dont la vie peut durer plus d'un siècle ;

2° Les plantes *herbacées*, d'une texture lâche, d'une consistance médiocre, qui vivent à peine deux ans ou seulement un an, ou dont la durée, plus courte encore, ne se compte que par jours.

Il subdivise les végétaux herbacés, ou ceux de la seconde classe, en plantes potagères, en céréales, succulentes ou oléagineuses.

Assurément cette classification n'est pas heureuse. Mais elle a au moins l'avantage d'être une classification. C'était déjà beaucoup à cette époque de rapprocher des faits pour les examiner, d'apprendre à déterminer leurs rapports, et de présenter ainsi un enchaînement propre à faire naître des idées justes, à provoquer des comparaisons, à donner par là des notions exactes, étendues, et en définitive à créer la véritable science des végétaux.

On reproche à Théophraste de s'être montré parfois trop crédule relativement aux propriétés médicinales des plantes. Mais, comme le fait remarquer M. Cap, il écrivait en botaniste bien plus qu'en médecin, et il n'attachait probablement qu'une importance tout à fait secondaire à ces propriétés médicinales, qu'il se borne à signaler en passant. Dans son neuvième livre de l'*Histoire des plantes*, Théophraste traite pourtant des sucs, des résines, des larmes, des baumes, des parfums, de quelques médicaments très-actifs et de certains poisons végétaux.

« L'*Histoire des plantes*, dit M. Cap, est surtout remarquable par le nombre et la variété des notions qu'elle renferme ; c'est le premier monument et le plus étendu que nous ait légué l'antiquité sur l'étude du règne végétal (1). »

Il serait pourtant bien présumable que les Chinois, dont le vaste empire s'étend sous tant de climats divers, avaient pu porter la connaissance des plantes bien au delà du point où les Grecs étaient parvenus. Les Chinois ont sur l'histoire naturelle des encyclopédies immenses, dont nos savants missionnaires ont fait plusieurs fois mention dans leurs correspondances et dans leurs *Mémoires*. Il serait important que nos orientalistes modernes voulussent bien diriger un peu de ce côté leurs investigations.

Les descriptions que Théophraste nous a laissées des cinq cents plantes, ou espèces végétales, mentionnées dans son livre, ne sont pas tellement claires qu'il soit toujours facile de les rapporter à celles que nous connaissons. Kurt Sprengel, dans le premier volume de son *Historia rei herbariæ*, a donné le catalogue des plantes décrites par Théophraste, avec le nom des espèces auxquelles elles correspondent d'après nos connaissances actuelles.

Ce même travail de reconstitution avait été tenté avant Sprengel, mais avec moins de bonheur. Scaliger et Bode de Stapel avaient publié en 1644 une traduction latine de l'*Histoire des plantes* de Théophraste, accompagnée du texte grec (2). Dans un long commentaire, accompagné de figures sur bois représentant les plantes, Bode de Stapel justifie les déterminations qu'il propose. Mais, nous le répétons, ses jugements n'ont pas toujours été ratifiés par Sprengel.

Le traité *des Causes de la végétation (de Causis plantarum)*, dont nous n'avons que les six premiers livres, était un véritable traité de physiologie végétale. Ce n'est pas assurément le seul qui ait existé dans l'antiquité, mais c'est le seul dont la plus grande partie soit parvenue jusqu'à nous. C'est dans cet ouvrage surtout que Théophraste a fait preuve de son incontestable habileté dans l'art d'interroger la nature par l'expérience et l'observation. Tout ce qu'on peut découvrir sans le secours de nos instruments actuels, il le signale dans l'organisme végétal. L'exactitude avec laquelle il expose ses découvertes est telle que, de l'aveu des hommes les plus compétents, la botanique moderne, après un intervalle de plus de vingt siècles, n'a fait dans certaines parties que confirmer par des expériences et des observations nouvelles les principes de physiologie végétale enseignés dans le lycée d'Athènes.

Théophraste distingue ses propres observations de celles qui ont été faites par d'autres botanistes. Il cite ordinairement les sources où

(1) *Histoire de la pharmacie*, p. 78.

(2) Theophrasti Eresii de Historia plantarum libri decem, græce et latine, in quibus textum græcum variis lectionibus, emendationibus, hiulcorum supplementis, latinam Gazæ versionem nova interpretatione, ad margines totum opus absolutissimè cum notis tum commentariis, item rariorum plantarum iconibus illustravit, Joannes Bodæus a Stapel, medicus Amstelodamensis. Accesserunt Julii Cæsaris Scaligeri, in eosdem libros animadversiones et Roberti Constantini annotationes, cum indice locupletissimo, in-4. Amstelodami, 1644.

feux disposés suivant la direction que l'on veut imprimer au déplacement des couches atmosphériques. Ces feux ne sont pas simplement des moteurs de l'air ambiant, dans un sens vertical ou horizontal, ils sont aussi d'énergiques agents de purification. On en a parlé un peu légèrement, à propos de l'épidémie actuelle; mais avant d'affirmer ou de donner simplement à entendre que la flamme est impuissante à dévorer le germe du choléra, il eût été de logique élémentaire de prouver que les foyers allumés, dans les rues de Marseille, ont été suffisamment multipliés et entretenus. On a dit aussi que ce moyen de préservation devient quelquefois fort onéreux et d'une exécution très-difficile; cela peut être vrai, mais cela ne diminue en rien sa valeur intrinsèque.

La désinfection par l'intermédiaire du feu, appliquée à d'autres genres de méphitisme que celui qui naît du choléra, a pour elle des témoignages d'efficacité irrécusables. Je n'en citerai qu'un.

En 1854, l'immense caserne de Rami-Tchiftlik fut convertie en hôpital destiné à recevoir les malades évacués de la Crimée. Au moment où je pris la direction du service médical de cet établissement, je m'aperçus que les fosses d'aisances qui n'avaient pas été vidées depuis vingt-deux ans, rejetaient, par cent deux lunettes, des flots de matière fécale semi-liquide, se répandant dans les cours et dans les corridors du rez-de-chaussée. Le curage de ces fosses, prescrit d'urgence, fut entrepris par des Arnautes, des Kurdes et des Albanais recrutés à Constantinople. L'opération se fit avec cette nonchalance familière aux ouvriers d'Orient. Les matières puisées à travers des bouches ouvertes en dehors des murs, étaient projetées, à longueur de bras, sur le sol où elles formèrent bientôt des nappes épaisses, exhalant une odeur repoussante perçue à des distances considérables. Une atmosphère miasmatique nous environnait de toutes parts; ses effets furent presque immédiats. La diarrhée envahit toutes nos salles et atteignit tous nos hommes.

Fort inquiet des dangers de cette situation, je fis allumer de grands feux, de manière à entourer, jour et nuit, les bâtiments d'un vaste cercle de flammes et de fumée. Comme il était naturel de s'y attendre, la diarrhée fut aussitôt réprimée. Toutefois, pour nous maintenir en sûreté, je fis entretenir ces feux jusqu'après l'entière dessiccation des matières qui formaient autour de nous un rempart dégoûtant.

Il y a trois choses à noter dans la putréfaction : les infusoires ou ferments, les gaz et les miasmes.

Les infusoires, cause première de toute fermentation putride, sont détruits par des corps que l'on nomme *antiseptiques*. Ces corps sont, les acides puissants, l'alcool, les éthers, le chloroforme, les essences, les produits pyrogénés, etc. On oppose habituellement aux miasmes et aux gaz fétides, la *substitution* (des parfums); l'*absorption* (par le noir animal, le charbon de bois, la vase et la tourbe calcinées, etc.); la *décomposition* (par les acides, les sels métalliques, le chlore, les chlorures, etc.). De ces diverses méthodes de désinfection, une seule se recommande par la puissance et la sûreté de son action, c'est la méthode des décompositions.

Les gaz volatils et odorants, inséparables de la putréfaction, sont toujours des dérivés de l'azote, du soufre et du phosphore. Mis en présence de ces gaz, les sels métalliques font un double échange; l'acide s'empare de l'ammoniaque libre ou combiné et en fait un sel fixe; tandis que le soufre de l'acide sulfhydrique s'unit au métal pour former un sulfure inodore et insoluble.

Le chlore exerce sur les produits volatils de la putréfaction une action plus rapide et plus énergique encore; il les foudroie en quelque sorte et les détruit en les dépouillant de leur hydrogène basique.

L'on n'a point tout fait pour la salubrité quand on a réussi à rendre inodore un milieu fétide; il faut encore dégager celui-ci des miasmes dont il peut être souillé. Or, il arrive par une faveur de la nature, que les agents chimiques de désinfection sont aussi des agents de purification : on obtient du même coup deux résultats parallèles.

Tous les miasmes, proprement dits, étant d'origne organique, il suffit de porter atteinte à leur constitution chimique, de les mutiler pour ainsi dire, par voie de décomposition, pour les rendre désormais impuissants.

L'acide sulfureux et l'acide nitreux sont deux gaz qui manifestent une grande affinité pour l'oxygène qu'ils s'approprient partout où ils le rencontrent. C'est en vertu de cette qualité qu'ils neutralisent les émanations miasmatiques. Si la déflagration de la poudre à canon, pratique vulgaire, usitée autrefois en temps d'épidémie, a pour effet de désinfecter les lieux méphitisés, cela tient évidemment à ce que la combustion du nitre et du soufre qui entrent dans sa composition fournit une certaine quantité d'acide nitreux et d'acide sulfureux.

Par une action spoliatrice analogue, mais avec des résultats inverses, le chlore attaque les miasmes en les dépouillant de leur hydrogène; il les détruit d'emblée.

Étant connue, la manière d'agir des corps réputés antiseptiques ou désinfectants, lequel de ces corps devra-t-on préférer, s'il s'agit de détruire le principe cholérigène ou de prévenir sa propagation? Ce choix sera naturellement subordonné à l'idée que l'on se fait de l'essence et du mode de transmissibilité de la maladie.

Les antiseptiques, c'est-à-dire les agents doués de propriétés toxiques pour les infusoires ou ferments, seraient d'une utilité spéciale et devraient devenir d'un emploi exclusif si le choléra appartenait réellement à la classe des maladies zymotiques. Mais, tandis qu'à l'aide d'une simple loupe on voit distinctement l'acarus endormi ou travaillant sous l'épiderme, tandis qu'au microscope on aperçoit chez l'homme, dans certains états morbides, des trichines, des bactéries, des vibrions, etc., on ne découvre chez les cholériques ni microphytes ni microzoaires suspects. Il suit de là que les flacons d'essences, d'éther phénique et autres, que les inspirations de vinaigre, les cigarettes de camphre, etc., sont des moyens de défense à peu près ridicules, puisqu'ils sont dirigés contre un ennemi imaginaire.

Le chlore attaque et détruit les émanations odorantes et susceptibles de condensation : jusqu'ici l'expérimentation ne lui reconnaît point d'autre pouvoir que celui-là.

Bien qu'il appartienne à la catégorie des miasmes infectants, l'élément régénérateur du choléra, qu'il s'échappe avec l'halitus pulmonaire ou avec les exsudations cutanées volatilisables, est sans odeur, et il est si subtil ou d'une nature tellement exceptionnelle qu'on n'a pu encore le condenser ou le saisir par un procédé quelconque. Comment croire dès lors que le chlore le désorganise, quand aucun phénomène physique ne vient, à titre de réactif, affirmer cette décomposition?

Invoquera-t-on ici la vérification clinique comme pierre de touche? Soit; mais que nous apprend-elle? Je le ferai remarquer, sans aucune passion secrète pour la contradiction, les succès obtenus par M. Nonat sont mis en doute, non sans raison, par M. Chauffard, et moi-même, en 1832, j'ai constaté à l'hôpital militaire de Lille, la parfaite inutilité des fumigations chlorées comme agents de préservation. Sur ce point encore nous sommes circonvenus par l'incertitude.

Dans un travail récent et fort remarqué, M. Jules Worms a rappelé des faits et des recherches qui semblent démontrer que les désinfectants, en opérant sur les déjections alvines, détruisent l'intermédiaire principal, sinon unique, de la transmission du choléra. La prépondérance du rôle ainsi dévolu aux émanations intestinales n'est qu'une conjecture sans doute, mais elle en vaut bien d'autres conçues à aussi peu de frais. Au milieu du remous d'opinions dans lequel nous flottons, il est bien permis après tout de supposer que l'intestin d'un cholérique émet des miasmes plus élaborés, plus mûrs, plus aptes, en un mot, à régénérer la maladie que les miasmes fournis par les autres voies d'excrétion.

En résumé, et ce n'est point une nouvelle que j'annonce au monde médical, tout est mystère pour nous dans le choléra; et, à en juger par les orgies pharmaceutiques dont nous sommes témoins, son traitement lui-même ne serait pas la partie la plus éclairée de son histoire.

Partout où il se montre, partout où il est combattu, le choléra élude les moyens employés par nous pour le vaincre; son remède n'est pas encore trouvé, pas plus que son préservatif, et la récompense promise est toujours disponible.

On s'est demandé si M. Bréant fut bien réellement un philanthrope; pour moi, je me le figure, en son vivant, lorgnant d'un œil narquois la médecine et les médecins. CHAMPOUILLON.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 novembre 1865. — Présidence de M. BOUCHARDAT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Chalot, médecin cantonal à Norhange, sur une épidémie de varioloïde qui a régné dans les communes de Bertring, Entroff et Racrange (Moselle).

2° Un rapport final de M. Estre, médecin cantonal à Remilly (Moselle), sur une épidémie de variole qui a régné à Vatimont en 1865. (Commission des épidémies.)

3° Divers Mémoires de M. le docteur Marmisse (de Bordeaux), qui intéressent particulièrement l'hygiène publique de cette ville.

4° Un rapport de M. le docteur Jobert (de Guyonville) sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en 1865. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Castel (de Nancy) accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Observations critiques sur les expériences faites à Lyon à l'effet de s'assurer si les virus vaccin et variolique sont un seul et même virus.* (Commission de vaccine.)

2° Une lettre de M. de Gaunas (de Villemomble) contenant les conclusions d'un Mémoire sur les causes et le traitement du choléra.

3° Un Mémoire de M. F. Dingé, médecin à Livré (Ille-et-Vilaine), sur le choléra et son identité avec les fièvres intermittentes, la fièvre typhoïde, etc.

4° Une lettre de M. le docteur Gréquy, médecin de la Compagnie du gaz et du chemin de fer de l'Est, sur les cas de choléra qu'il a observés à l'usine à gaz de la Villette depuis le 25 septembre jusqu'au 1er novembre. (Commission du choléra.)

5° M. Charrière adresse une note avec la description de deux modèles d'aiguilles destinées à simplifier les sutures métalliques dans les diverses opérations chirurgicales.

6° M. Fée, membre de l'Académie, informe ses collègues que M. le docteur L'herminier père lui écrit, à la date du 8 de ce mois, que le choléra vient d'éclater à la Guadeloupe avec une grande intensité.

Voici un extrait de la lettre de M. L'herminier :

« Depuis le 22 octobre, nous sommes la proie du choléra sans savoir d'où il nous vient. Point de navires suspects, point de caravane de la Mecque, point de chemin de fer pour nous l'apporter. Il est né dans nos marais, et en seize jours nous avons perdu 150 personnes dont les quatre cinquièmes nègres, le reste métis ou de couleur, plus quatre blancs créoles, trois femmes et un homme, dans de détestables conditions d'hygiène et de santé habituelles. Les symptômes sont : vomissement et diarrhées rizacées, algidité des plus prononcées, crampes et cyanose rares, mort en quatre, six, huit, douze ou dix-huit heures.

« Dans les cas seuls de diarrhée prémonitoire ou de fièvre nous avons des succès à peu près assurés; les vieillards sont surtout emportés; dix enfants de trois à douze ans ont succombé.

« Voilà une introduction sans introducteur et une spontanéité parfaitement prouvée; localisée d'abord, la maladie s'est étendue sur la ville (Pointe-à-Pitre), qui se trouve dans les meilleures conditions possibles de salubrité. »

— M. BÉCLARD dépose sur le bureau, au nom des éditeurs, le tome IV du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

— M. VELPEAU fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur E. Foucher, du tome Ier d'un ouvrage intitulé : *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales.*

— M. LARREY, présente au nom de M. le docteur Didiot, médecin principal, la relation médico-chirurgicale de l'expédition de Cochinchine en 1861-1862.

RAPPORT.

M. PIDOUX, au nom de la Commission des Eaux minérales, donne lecture du Rapport général officiel sur le service des Eaux minérales en France pour l'année 1863. Ce Rapport se compose de deux parties, l'un dogmatique, sur la différence fondamentale qui existe entre les maladies aiguës et les maladies chroniques et sur l'action des Eaux minérales en général dans les maladies de ce dernier ordre; la seconde, qui est la partie administrative ou officielle, consiste dans le compte rendu et l'analyse des rapports partiels et des travaux spéciaux envoyés à l'Académie par les médecins inspecteurs.

Après la lecture de ce rapport, sur une proposition de M. J. Guérin appuyée par M. Dubois (d'Amiens), et M. Larrey, et à la suite d'une courte discussion, l'Académie décide que la partie dogmatique de ce rapport sera distraite de l'ensemble du travail du rapporteur et réservée pour une discussion ultérieure, après publication dans le *Bulletin*.

A quatre heures trois quats, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des propositions des récompenses qui forment les conclusions de ce rapport.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 novembre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Note su r quelques faits nouveaux de greffe animale. — M. P. BERT. Cette seconde Note sur les greffes animales (voir les *Comptes rendus*,

---

il a puisé, et il nomme ceux d'entre ses prédécesseurs qui se sont le plus distingués dans l'étude des plantes.

Voici un court aperçu de ses observations de physiologie végétale :

Il entre dans divers détails sur l'organisation sexuelle des végétaux, et sur la fécondation. C'est, dit-il, par l'intermédiaire des vents, des insectes, ou des eaux pour les plantes aquatiques, que se propagent les semences végétales, et que s'opère la fécondation. Les fleurs, dans chaque espèce de plantes, paraissent à des époques à peu près fixes de l'année. Aux fleurs succèdent les fruits. On connaît des procédés soit pour rendre les fruits plus gros, soit pour hâter leur maturation. La graine représente l'œuf végétal. C'est dans la graine que les éléments de la végétation se trouvent renfermés; c'est dans la graine que se nourrit le germe, et que se forment la tige et la racine de la plante future.

La racine d'une plante sert à puiser d'abord dans le sein de la terre les sucs élémentaires, ensuite à les élaborer pour les approprier à la nutrition de la plante. La forme des racines varie à l'infini. Il y a des plantes qui lèvent avec deux feuilles séminales, d'autres ne lèvent qu'avec une seule. Il est des tiges ascendantes et des tiges rampantes. Les feuilles ont deux faces; la face supérieure est toujours d'un vert plus foncé. Chaque face est formée de fibres et de vaisseaux disposés en un réseau particulier et sans communication d'une face à l'autre. Les plantes puisent dans l'atmosphère par les feuilles certains matériaux propres à leur nutrition. Elles se débarrassent par une sorte de transpiration des éléments qui leur sont inutiles.

Les racines et l'écorce sont pour la plante ce que l'estomac et la peau sont pour l'animal. Il y a deux sortes d'écorce : l'une est l'*épiderme*, qui dans les plantes herbacées recouvre un tissu mou, succulent et plus ou moins épais; l'autre, qui est l'*écorce* proprement dite, enveloppe les végétaux ligneux. Elle sert à l'élaboration des sucs nutritifs, et contribue puissamment à la régénération des arbres; cependant quelques arbres, tels que le liége, peuvent sans inconvénient être dépouillés de leur écorce. Celle de la vigne se compose de fibres sans *parenchyme* (substance pulpeuse ou tissu cellulaire). L'écorce du cerisier se régénère assez rapidement. Celles du pommier et du platane se détachent tous les ans par plaques.

Dans l'organisation générale de la plante, Théophraste signale des tubes capillaires, fibreux, destinés à l'absorption des sucs nutritifs. La distribution de ces tubes est telle, qu'ils peuvent fonctionner sans se confondre les uns avec les autres. Les fibres végétales, dans le pin et le sapin, ont une direction longitudinale et parallèle; dans le liége, elles se croisent dans tous les sens. On retrouve ces mêmes fibres jusque dans les fruits et les fleurs.

Il existe dans les plantes des vaisseaux plus volumineux : c'est là que circulent la sève et les sucs destinés à la nutrition. Ces vaisseaux plus volumineux répondent dans le règne végétal aux vaisseaux sanguins dans le règne animal. Le parenchyme se trouve placé entre les fibres et les vaisseaux qui charrient la sève. Abondant dans les organes charnus et dans les fruits, il est répandu dans toutes les parties de la plante.

Le bois formé dans les montagnes très-élevées est, dit Théophraste, plus compacte, plus dur et de meilleure qualité que celui qui croît dans les terrains marécageux. La partie du bois qui touche à la moelle est la plus solide. La moelle, formée de parenchyme et d'eau, est l'organe essentiel de la vie végétale. La moelle des graminées et des roseaux diffère de celle des arbres.

Théophraste s'est encore occupé des maladies des plantes. Il dit que les principales causes des maladies propres aux végétaux sont l'intempérie des saisons, les attaques des insectes, l'action des agents extérieurs, enfin le temps, qui use et détruit les organes de la vie.

« Théophraste a porté la lumière, dit M. Cap, à qui nous avons emprunté les principaux traits de l'exposé qui précède, dans l'organisation des végétaux, dans leurs fonctions essentielles, et il a jeté les fondements d'une science que les physiologistes modernes n'ont eu qu'à étendre et à compléter. »

Si le temps n'avait détruit l'*Histoire naturelle des animaux* de Théophraste, on dirait peut-être, relativement à la physiologie animale, ce que M. Cap se croit fondé à dire relativement à la physiologie végétale. C'est que « la vraie lumière, comme dit Bailly, a commencé à luire dans les arts et dans les sciences bien plus tôt qu'on ne croit. »

L'auteur de l'*Histoire de la pharmacie* croit que le dessein de Théophraste était de compléter la grande pensée d'Aristote, en fondant tout enseignement scientifique sur l'histoire des corps naturels dans les trois règnes. Le traité *des Pierres*, qui n'est, à la vérité, qu'une ébauche, peut être néanmoins regardé comme un des plus anciens monuments que nous possédions sur les espèces minérales.

Les grands talents et la vaste érudition de Théophraste étaient admirés non-seulement dans toute la Grèce, mais aussi dans les pays étrangers. Au nombre de ses amis, Théophraste comptait Cassandre, roi de Macédoine, et Ptolémée, roi d'Égypte. Il correspondait avec eux. Plusieurs fois Ptolémée l'invita, mais en vain, à venir se délasser à sa cour. L. FIGUIER.

t. LXI, p. 587) a pour but de porter à la connaissance de l'Académie quelques faits nouveaux qui m'ont paru mériter de fixer son attention. Mais avant d'en donner le détail, il me semble utile d'indiquer à quels caractères on peut reconnaître qu'une partie transplantée a continué de vivre, qu'une greffe animale a réussi.

Lorsque cette partie provient d'un animal jeune encore, et n'a pas atteint tout son développement, la preuve la plus manifeste de la réussite de sa greffe est, à coup sûr, de la voir grandir jusqu'à acquérir ses dimensions d'adulte. Mais j'ai fait voir, dans ma précédente Note, que, sous certaines conditions, l'organe transplanté subit des modifications pathologiques dont j'ai décrit les plus importantes. La constatation de ses modifications, et particulièrement de celles que présente la moelle des os dont l'étude est facile, est une preuve de vie tout aussi irrécusable que l'accroissement des dimensions. Elle est même préférable, car on conçoit qu'il peut arriver que les éléments anatomiques soient devenus incapables d'évoluer dans le sens normal et ne puissent plus manifester leur activité vitale que par leurs altérations. C'est là probablement ce qui arrive dans le cas où les organes transplantés se résorbent et disparaissent; on en trouvera, du reste, un exemple remarquable dans la suite de cette Note. Enfin, la pénétration, dans les vaisseaux sanguins d'un organe transplanté, d'une injection poussée par le cœur de l'animal qui le portait, me paraît encore une preuve suffisante de la vie de la greffe. On ne comprend guère en effet comment il serait possible d'admettre un abouchement vasculaire et une circulation qui ait duré des mois entiers dans des canaux privés de vie. Il a fallu nécessairement que des capillaires nouveaux s'organisassent, et leur union avec les capillaires anciens n'a pu évidemment avoir lieu que dans les conditions qui constituent la vie.

C'est à l'un ou à l'autre de ces critériums, quelquefois à tous les trois ensemble, que j'ai reconnu la réussite de la greffe, dans les cas où je l'ai précédemment annoncée et dans ceux dont je vais parler maintenant.

I. La queue d'un rat adulte a été séparée du corps, puis renfermée dans un petit tube de verre bien bouché, et maintenue pendant soixante-douze heures à une température constante de + 7 à + 8 degrés centigrades. Je la dépouille ensuite de sa peau, et j'introduis les quatre centimètres de l'extrémité dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un autre rat adulte. Trois mois après, je tue l'animal et pousse par son aorte une injection colorée qui pénètre jusque dans la moelle des vertèbres greffées; cette moelle est adipeuse comme une moelle normale. La queue est réduite à 3c,5, par suite de la résorption de quelques vertèbres terminales.

II. La queue d'un rat adulte, trois quarts d'heure après avoir été coupée, est suspendue à côté d'un thermomètre dans un petit vase de verre fermé et au quart rempli d'eau tiède. Ce vase est graduellement chauffé au bain-marie, de sorte que le thermomètre monte graduellement en quatre minutes de 35 à 53 degrés, et oscille pendant cinq autres minutes entre 53 et 57 degrés; il redescend en une minute à 50 degrés, et, le vase étant ouvert, le membre coupé prend rapidement la température ambiante qui est de 20 degrés. Je le dépouille alors de sa peau et le greffe à un rat adulte. Aucun accident ne survient.

Après cinq semaines, je tue l'animal et l'injecte. L'injection pénètre dans tous les vaisseaux de la queue transplantée dont les dimensions n'ont pas changé. La moelle vertébrale est partout transformée en tissu fibreux.

III. La queue d'un rat adulte, coupée depuis cinq minutes, est placée à côté d'un thermomètre dans un tube de verre bien bouché qui plonge entièrement dans un mélange réfrigérant. Ce mélange met quinze minutes à descendre à la température de — 5 degrés et s'y maintient pendant dix minutes; je le remplace alors par un nouveau mélange qui, de —5 degrés, passe en treize minutes à —16 degrés, s'y maintient vingt minutes, reste encore à — 15 degrés pendant quinze minutes, remonte ensuite en dix minutes à — 9 degrés, en cinq minutes encore à — 5 degrés, et atteint enfin, quinze minutes après, la température ambiante, qui est de + 12 degrés.

La queue est ensuite écorchée et greffée sous la peau d'un rat adulte, sur une longueur de 4 centimètres; il survient des accidents inflammatoires avec élimination d'une vertèbre nécrosée; puis la résorption s'empare de l'organe transplanté, dont les dimensions diminuent rapidement.

Au bout de quatre mois, je tue l'animal et l'injecte. La queue parasitaire est réduite à 2 centimètres environ, et l'injection y a pénétré; la moelle des vertèbres a perdu ses cellules adipeuses.

IV. Deux queues de rats adultes, coupées sur une longueur de 5 centimètres, puis écorchées, sont suspendues en présence d'acide sulfurique concentré dans une cloche pneumatique, où pendant vingt-quatre heures un vide très-imparfait (de 4 à 15 centimètres) est maintenu. Après ce temps, je les place pendant trois heures dans l'étuve de Gay-Lussac, où j'entretiens une température qui monte de 35 à 50 degrés. Enfin, l'une d'elles est greffée sous la peau d'un rat adulte. Aucun accident ne survient.

Cinq mois après je sacrifie l'animal et l'injecte par l'aorte. L'injection, quoique médiocre, a pénétré dans tous les vaisseaux de la queue greffée, dont les dimensions n'ont pas changé. La moelle vertébrale, d'adipeuse qu'elle était avant la greffe, est complétement transformée en tissu fibreux contenant de nombreux corps fibro-plastiques.

L'autre queue est laissée dans l'étuve, dont la température s'élève à 100 degrés et s'y maintient pendant deux heures. Greffée alors, après refroidissement, elle n'excite aucune inflammation, conserve pendant deux mois et demi ses dimensions, et, après ce temps, se laisse pénétrer par l'injection poussée dans les vaisseaux du rat qui la portait. Un accident m'a empêché d'examiner l'état de la moelle osseuse.

J'ai voulu savoir si les queues de très-jeunes animaux, soumises au même traitement, continueraient à grandir, si, en d'autres termes, leurs éléments anatomiques conserveraient la propriété de donner naissance à d'autres éléments. J'ai donc fait dessécher dans le vide plusieurs queues de rats âgés d'une vingtaine de jours; la moitié d'entre elles ont ensuite été chauffées dans l'étuve à 100 degrés, puis je les ai transplantées comme à l'ordinaire.

Je n'ai eu d'inflammation dans aucun cas; toutes se sont mises en communication vasculaire avec les rats sous la peau desquels je les avais greffées; chez toutes la moelle vertébrale a subi la transformation fibreuse, et il en est résulté une lente résorption qui fera sans doute complétement disparaître les exemplaires vivants que je possède encore. Ainsi les propriétés vitales de nutrition ont été conservées, mais non pas celles d'où résultent l'accroissement de volume et l'acquisition des dimensions adultes.

En résumé, la greffe a réussi, ou mieux certains éléments anatomiques (notamment ceux de la moelle des os et les vaisseaux capillaires) vivaient encore : 1° après l'action de l'air confiné prolongée pendant soixante-douze heures à la température de + 7 à + 8 degrés; 2° après l'exposition à la température humide de + 57 degrés; 3° après l'exposition à la température de — 16 degrés; 4° après la dessiccation complète; 5° après la dessiccation complète et l'exposition consécutive à la température sèche de + 100 degrés.

La nouvelle Note de M. Bert, qui se rattache à celle qu'il avait précédemment présentée, est renvoyée, comme l'avait été celle-ci, à la Commission du prix de Physiologie expérimentale.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de l'auteur M. Raimbert, médecin à Châteaudun (Eure-et-Loir), une note sur le choléra qui, en octobre 1845, a frappé le bourg de Conie, sur son mode de production et la durée de son incubation.

— **M. BOURGOGNE** adresse de Condé (Nord) un mémoire « sur les différentes formes et le traitement du choléra asiatique considéré comme une fièvre paludéenne très-pernicieuse de l'Inde. »

Ces deux mémoires sont renvoyés à la commission du prix Bréant, ainsi que d'autres communications également relatives au choléra-morbus, au traitement ou à la prophylaxie de cette affection, adressées par **MM. BURY, LACHAUME, MAILLE, JARDIN.**

— **M. ROBIN** (Charles) prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place aujourd'hui vacante dans la section d'anatomie et de zoologie.

M. Robin adresse en même temps une notice contenant l'énoncé des titres sur lesquels il appuie sa candidature. La lettre et la notice sont renvoyées à l'examen de la section d'anatomie et de zoologie.

— **M. GUILLON**, auteur d'une note sur la lithotritie présentée le 30 octobre dernier au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, prie l'Académie de vouloir bien le maintenir sur la liste des concurrents pour 1865, alléguant que cette note est seulement un résumé de deux mémoires antérieurement présentés et réservés pour le concours de la présente année.

L'Académie n'a point à intervenir ici. En décidant, comme elle l'a fait, et annoncé dans le *Compte rendu* de la séance publique annuelle du 6 février dernier, que le concours serait clos au 1er juin de chaque année, elle a voulu surtout que les commissions des prix eussent le temps nécessaire pour préparer leurs rapports, qui doivent être prêts pour le mois de novembre. Elle laisse à ces commissions le soin d'examiner si les pièces présentées plus tard peuvent être admises à un autre titre que celui de simple renseignement.

M. Guillon remarque que, dans le *Compte rendu* de la séance du 30 octobre, son nom avait été écrit incorrectement. Cette erreur, reconnue quand le tirage était déjà fait, a été rectifiée aussitôt que possible, comme M. Guillon pourra le voir en recourant au numéro suivant, 6 novembre, p. 842.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 25 novembre 1865, ont été nommés ou promus dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Japhet, médecin principal de la marine et médecin sanitaire à Smyrne. Chevalier depuis 1854.

Au grade de chevalier : MM. Horteloup, médecin attaché à la mission envoyée en Égypte;

Verguin, médecin sanitaire embarqué à bord des paquebots des Messageries impériales;

Géry, médecin à Solliès-Pont (Var);

Gayal, étudiant en médecine de la Faculté de Montpellier, envoyé en mission à Toulon (Var) et à la Grand'Combe (Gard). Services rendus pendant l'épidémie cholérique.

— M. le docteur Jules Falret commencera son cours public sur les maladies mentales, dans l'amphithéâtre n° 4 de l'École pratique, le mardi 5 décembre 1865, à quatre heures, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Les tomes I, II, III et IV sont en vente. — Les principaux articles du tome IV sont : Atrophie, par Ch. Sarrazin; Atrophie musculaire progressive, par Jules Simon; Auscultation, par Luton; Autopsie, par A. Tardieu; Avant-bras, par Demarquay; Avortement, par Devilliers; Avortement (médecine légale), par A. Tardieu; Axillaires (vaisseaux), par Bœckel; Bains, par Ore; Balanite, Balano-posthite, par A. Fournier; Bandages, par Ch. Sarrazin; Bassin, par Bailly; Bec-de-lièvre, par Demarquay; Belladone, par Marchand et Hirtz. — Prix de chaque volume, 10 fr.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Le choléra de Paris pendant le mois de novembre.

En attendant que nous puissions faire paraître le relevé des décès cholériques pendant le mois d'octobre, nous allons placer sous les yeux de nos lecteurs le tableau des entrées et des décès cholériques pendant la période du 1er au 29 novembre.

Au 1er novembre, sur 2,616 entrées dans les hôpitaux, il y avait eu 1,343 décès.

Dates.	Entrées.	Décès dans les hôpitaux.	Décès en ville.
1 nov.	54	35	93
2	56	22	83
3	53	25	81
4	38	22	94
5	23	12	81
6	34	19	58
7	37	18	55
8	44	21	64
9	39	18	55
10	25	15	57
11	28	7	49
12	22	12	18
13	28	15	46
14	24	14	36
15	33	12	40
16	29	13	32
17	25	10	33
18	33	17	33
19	30	14	43
20	34	10	23
21	29	9	21
22	17	17	22
23	13	14	21
24	15	6	23
25	15	6	10
26	12	2	12
27	20	7	14
28	21	9	13
29	17	7	7
Totaux.	846	399	1217

Le choléra en Angleterre. — Quelques considérations sur la physiologie, la pathologie et le traitement du choléra, par M. le docteur M'Leod.

Bien que le fléau (the plague) comme on l'appelle en Angleterre, n'ait pas fait son apparition dans la grande métropole, les journaux de médecine et les journaux politiques de Londres ont donné l'analyse de vues nouvelles récemment émises par nos confrères anglais. M. le docteur Ch. Bernadet, ancien interne des hôpitaux de Paris, pensant avec raison qu'il ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs de savoir comment on envisage le choléra au delà de la Manche, et quels remèdes les médecins lui opposent, nous transmet la note suivante, que nous nous empressons de mettre sous leurs yeux.

Le docteur M'Leod qui a pratiqué vingt ans dans les Indes, et qui a eu de nombreuses occasions d'étudier le choléra, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Aucune mesure sanitaire ne peut arrêter sa marche qui semble obéir fatalement à des lois immuables.

Les premiers cas sont généralement les plus graves. Ils frappent mortellement. L'intensité diminue peu à peu pour les suivants, et c'est ainsi que le fléau s'éteint.

2° Les mesures sanitaires qui tendraient à élever le niveau de la santé publique, sont les seules propres à limiter ses ravages, et à diminuer le nombre des victimes.

3° Dans l'état actuel de la science, un traitement rationnel est parfaitement substituable à un traitement empirique.

« Dans cette maladie, dit-il, les fonctions du foie, des reins, des glandes salivaires, et probablement du pancréas sont tout à coup suspendues. Si l'on me demandait de définir le choléra de la façon la plus succincte possible, je répondrais : Il consiste dans une suspension totale de quelques sécrétions, compensées par l'excès plus que proportionné des autres. »

Cette vue de physiologie pathologique conduit ce médecin à considérer cette élimination exagérée comme l'expression des efforts auxquels se livre la nature pour se débarrasser d'un poison morbide. C'est en agissant d'après cette hypothèse et d'après les indications de la clinique qui nous montre l'inertie fatale où sont tombées les sécrétions hépatique et rénale, qu'il supprime de sa thérapeutique l'opium et les astringents.

Son raisonnement est celui-ci : Si cette torpeur du foie et des reins se présente comme cause immédiate de la maladie; si d'un autre côté les évacuations abondantes montrent l'effort curateur désespéré que tente la nature, il est clair que la meilleure manière d'augmenter le mal en paralysant ces efforts salutaires serait de prescrire un médicament tel que l'opium. La thérapeutique, suivant le docteur M'Leod, doit donc s'attacher à faire renaître les fonctions supprimées; et comme le calomel se recommande depuis longtemps dans les affections hépatiques, aucun médicament ne lui paraît plus propre à remplir ce rôle, pourvu toutefois qu'on ne l'associe point à l'opium.

Le traitement peut donc se résumer dans les deux médications suivantes :

1° Rétablir les fonctions hépatique et rénale;

2° Aider et ne pas contrarier la nature dans cette voie d'élimination par les intestins, épuisante, il est vrai, mais nécessaire à la guérison.

A ces deux principes de thérapeutique, se rattache, comme corollaires, l'emploi des moyens suivants :

Première indication : 1° calomel 10 grains (1) (=0,60 centig.), dose qu'on répétera de demi-heure en demi-heure ou de quart d'heure en quart d'heure suivant la gravité de l'attaque; 2° large vésicatoire sur la région rénale.

Deuxième indication : Stimulants diffusibles réglés sur l'état du pouls; boissons froides d'eau de source ad libitum; bouteilles d'eau chaude aux pieds; frictions rapides sur la région épigastrique et aux extrémités.

Pour ne laisser aucune équivoque sur ce traitement, voici comment le docteur M'Leod indique la façon d'en faire usage.

Quand j'ai été appelé assez tôt, dit-il, voici la thérapeutique que j'ai invariablement suivie :

1° 10 grains de calomel dans une boisson stimulante ainsi composée :

Sel volatil.	4	grammes.
Eau camphrée simple. . . .	12	—
Eau de menthe poivrée. . .	12	—

A prendre avec le calomel dans un petit verre d'eau-de-vie. On répétera l'emploi du calomel aussi souvent qu'il paraîtra nécessaire.

2° Trois aides frictionneront l'abdomen et les extrémités avec de « l'huile de cajeput, » dont l'odeur est fort agréable aux malades. Ces frictions dissipent les crampes très-rapidement. Sous leur influence les forces vitales se relèvent. Aucune embrocation ne leur est comparable. Les frictions effectuées, on recouvre l'abdomen d'un morceau de spongiopiline (1) imbibé de cette huile.

La soif se calme au moyen d'eau fraîche de source.

Enfin la marche de la maladie et les oscillations qu'elle présente pendant la durée sont liées à la réapparition des fonctions suspendues, parmi lesquelles la fonction rénale est toujours la plus tardive à renaître.

M. Bernadet expose ensuite dans sa note la théorie de M. Chapman que nous avons exposée dans la dernière revue et dont suivent les applications.

Applications de la méthode du Dr Chapman (le froid et la chaleur) au traitement du choléra.

Les hypothèses proposées jusqu'ici, pour rendre compte de la nature du choléra, bien qu'expliquant en apparence quelques-uns des symptômes de la maladie, ont été visiblement impuissantes à donner une explication intelligible et raisonnée.

M. le docteur Chapman croit être en mesure de rendre compte, par la doctrine que nous avons exposée, de la nature du choléra et d'expliquer, non-seulement chacun des symptômes de la maladie pendant ses diverses périodes, mais encore ce qui s'observe après la mort.

Il n'y a pas, dit-il, dans le choléra un phénomène assez invariablement constant ni assez uniforme dans ses manifestations pour qu'on puisse sans hésitation le reconnaître comme un signe distinctif et caractéristique de la maladie. Tous bien interprétés expriment, chacun dans le langage qui lui est propre, une seule et même vérité, et comparés les uns aux autres ils ont, par conséquent, la même valeur. Aussi ne donne-t-il la prééminence à aucun d'eux, mais il les groupe et en discute l'ensemble suivant l'ordre qui suit.

(1) Le grain anglais vaut 0,06 centigrammes.

(1) Sorte de tissu anglais, qu'on pourrait appeler coton-flanelle.

FEUILLETON.

THÉOPHRASTE.

III.

Théophraste aimait passionnément l'étude. Il travaillait sans cesse. Athènes était un centre où se traitaient en grand des affaires de tout genre. On y comptait beaucoup de libraires, et les livres y formaient une branche de commerce qui avait son importance. Bien que l'imprimerie n'existât point, les livres n'étaient pas rares chez les Grecs, parce que, la profession de copiste étant devenue lucrative, l'art de copier vite et correctement dut bientôt se perfectionner.

Théophraste était d'une constitution robuste. Il avait le front large, des traits réguliers et pleins de douceur, quoique un peu austères. Tout révélait en lui une âme indépendante, une volonté forte et une noble franchise de caractère. Seul il osa faire l'éloge de Calisthène dans un temps où, par la crainte qu'inspirait Alexandre, personne, pas même Aristote, n'osait élever la voix en sa faveur. Nous avons dit précédemment que dans Athènes ni les délateurs, ni les persécuteurs, ni les tyrans, n'avaient pu parvenir à l'intimider. Partisan de toute liberté compatible avec la dignité humaine et le maintien de la société, il n'hésita pas à contribuer, par son éloquence et par sa fortune, au renversement des ambitieux qui, après s'être emparés du gouvernement, opprimaient Lesbos, sa patrie.

Il était recherché dans sa mise, sans toutefois tomber à cet égard dans l'excès que Platon reprochait à Aristote. Son amour pour l'ordre se manifestait dans ses écrits et dans toutes ses habitudes domestiques. Selon Plutarque, l'emploi qu'il faisait de ses talents, de sa fortune, de son crédit, était la meilleure réponse qu'on pût faire à ceux qui l'accusaient d'être faible contre la douleur, de laisser aux vicissitudes de la vie trop d'influence sur le bonheur privé, et d'avoir hasardé sur la volupté des maximes peu dignes de ses mœurs austères.

Le regret de n'avoir pu épouser la fille d'Aristote lui fit prendre la résolution de vivre dans le célibat.

Hermippus de Smyrne dit que Théophraste avait un grand fonds de gaieté; qu'il saisissait les ridicules avec une admirable finesse d'esprit, mais qu'il les attaquait sans amertume. Il était d'ailleurs, dit Diogène Laërce, bienveillant, serviable et officieux. C'est à la prodigieuse variété de ses connaissances acquises, à son génie profond et presque universel, qu'il faut attribuer en grande partie cette élocution brillante et facile qui le fit tant admirer de ses contemporains, et qui plus tard le fit appeler par Cicéron le plus élégant et le plus savant de tous les philosophes (*elegantissimus omnium philosophorum et eruditissimus*) (1).

« Théophraste, dit Savérien, était chéri de tous les Athéniens, qui le voyaient toujours avec plaisir. Il était même obligé de leur procurer ce plaisir; et, lorsque parvenu à une extrême vieillesse il ne put plus marcher, il se faisait promener par la ville dans une litière (2). »

Théophraste, dans un âge déjà très-avancé, sentit que ses forces étaient épuisées, et que le moment de renoncer au travail pour se préparer à mourir était enfin arrivé. Ses disciples, le voyant, en effet, parvenu au dernier terme de sa carrière, ne s'éloignaient plus un seul instant de lui. Ils lui demandèrent s'il n'avait rien à leur ordonner.

« Non, répondit-il, mais retenez bien ceci ! La vie nous séduit; elle nous promet de grands plaisirs dans la possession de la gloire; mais à peine commence-t-on à vivre qu'il faut mourir. Il n'y a souvent rien de plus stérile que l'amour de la réputation. Tâchez néanmoins de vivre heureusement. Ou ne vous appliquez pas du tout à la science, parce qu'elle demande beaucoup de travail, ou, si votre ferme résolution est de vous y appliquer, il faut que ce soit de toutes vos forces, parce qu'alors la gloire qui vous en reviendra sera très-grande. La vie présente un vide qui l'emporte sur les avantages qu'elle procure. Beaucoup de choses sont inutiles, et il en est peu qui mènent à une fin dont on ait lieu d'être satisfait. Il n'est plus temps pour moi de conseiller ce qu'on doit faire, mais c'est à vous d'y songer. »

(1) *Tusculani*, lib. V, cap. IX.

(2) *Histoire des philosophes anciens*, t. III, Théophraste, p. 199.

Le premier de ces groupes renferme les *changements dans la couleur, la température et la sécrétion de la peau et l'aspect ridé qu'elle revêt généralement.* Ces symptômes dénotent une diminution rapide ou un arrêt dans la distribution du sang à la surface du corps, ainsi que dans la nutrition et la vie locale. Cette diminution ou cette suspension dans la distribution du sang ne peut être produite, avec la soudaineté qu'elle présente, que par des contractions spasmodiques de la tunique musculaire des artères terminales qui conduisent le sang à la surface du corps. Lorsque ces artères sont ainsi contractées, tout le sang artériel est chassé de la surface du corps, et par suite ne peut plus lui communiquer sa coloration habituelle et sa teinte normale ; et en même temps le sang artériel cessant de passer à travers les capillaires pour se rendre dans les veines, et de transmettre son impulsion au sang des radicules veineuses, il se produit une congestion dans ces dernières. En outre, chaque atome d'oxygène que les globules du sang n'ont pas abandonné pendant leur passage à travers les capillaires, leur est maintenant enlevé par les tissus adjacents, et par suite le sang veineux congestionné devenant encore plus veineux, s'il est permis de s'exprimer ainsi, communique à la peau cette remarquable coloration d'un bleu sombre qu'elle présente chez les cholériques. L'œil est la seule partie du corps humain dans laquelle ce processus morbide, ou du moins un processus qui lui ressemble extrêmement, puisse être actuellement observé. Dans les cas d'amaurose idiopathique, lorsque la rétine et le nerf optique ont été lésés, la distribution du sang n'a plus lieu ; les artères de la rétine sont réduites au diamètre d'un cheveu ou deviennent invisibles ; mais le sang des veines, qui sont constamment turgides, demeure stationnaire. Cet état des vaisseaux sanguins de l'œil et la cécité qui en est la suite, sont causés, suivant M. Chapman, par des spasmes prolongés des artères, reconnaissant la même cause que ceux qui envahissent tout le corps dans le choléra, et pouvant être guéris par les mêmes moyens que ces derniers.

Comme la production de la chaleur animale est le résultat des réactions chimiques de la nutrition, comme elle ne se produit qu'autant que celles-ci s'opèrent, leur cessation a nécessairement pour conséquence cet abaissement rapide de la température qui s'observe dans le choléra. D'un autre côté, le sang artériel n'arrivant plus aux petites artères est principalement confiné dans les plus grosses, mais le tissu si vasculaire de l'axe cérébro-spinal et des ganglions sympathiques continue plus longtemps que tous les autres à en recevoir. C'est pour cela qu'une chaleur modérée, ou même qui semble brûlante, comparée à la température du reste du corps, se rencontre encore à la région du cœur, dans celle des grands vaisseaux sanguins, et au front.

La sueur froide du choléra est un phénomène qui ne peut pas s'expliquer complétement. Le processus par lequel la peau, lorsque la quantité de sang qui circule en elle est réduite à son minimum, sécrète son maximum de sueur demeure inconnu, et le fait est si paradoxal en apparence, qu'un des hommes les plus distingués parmi ceux qui ont écrit sur le choléra, le docteur W. B. Richardson, refuse absolument d'admettre qu'il s'agisse là d'une sécrétion. Il explique la présence de cette prétendue sueur froide, en disant que la vapeur de l'air se condense, comme la rosée, sur le corps refroidi du malade ! La vérité est que ce n'est pas un caractère nécessaire et essentiel de la sueur, qu'elle soit froide dans ces cas. La sueur se produit lorsque la peau est anémiée par la contraction de ses vaisseaux sanguins, quelle que soit d'ailleurs sa température. Dans les cas de fièvre avec peau sèche, le docteur Chapman a déterminé la production de la sueur en déterminant la contraction des artères cutanées, et comme les tissus sous-jacents demeuraient à la température élevée de la fièvre, la peau continua d'être chaude, ainsi que la perspiration qui la couvrait. Il a observé que la condition immédiate d'où dépend la production de la sueur est, si ce qu'on vient de dire est vrai, précisément la même que celle qui produit la coloration livide et la basse température déjà signalée. Comme le sang ne circule plus dans les artères de la peau et des tissus sous-jacents, et comme il se produit habituellement une sécrétion cutanée abondante, la surface du corps est nécessairement moins distendue et moins remplie de liquide qu'auparavant, et par suite la peau, surtout aux extrémités, s'affaisse et se ride ; et de plus, par suite de l'action de cette sueur froide, elle devient humide et comme macérée.

Cette explication lui paraît donner la clef de plusieurs faits intéressants. D'abord les phénomènes énumérés supposent, suivant lui, une congestion des centres nerveux sympathiques, et il pense que la moelle épinière est l'agent essentiel dans la production de la sueur. La contraction des vaisseaux sanguins est due à des excitations provenant des centres nerveux sympathiques, qui ont agi de cette manière anormale, parce qu'ils étaient dans un état d'hyperhémie. L'abaissement de la température résulte de l'arrêt des processus chimiques qui ont pour but la nutrition des tissus, et qui ne se produisent plus parce qu'il y a suppression de la circulation sanguine. Ces deux changements sont dus à la congestion des centres nerveux sympathiques.

Enfin, M. Chapman pense que ces deux points, à savoir : que ces phénomènes sont déterminés par des spasmes, et que ces spasmes le sont par les centres nerveux, sont pleinement prouvés par les faits suivants : 1° lorsque la mort met fin à ces spasmes des vaisseaux, la température du corps s'élève. Le sang n'ayant pu auparavant passer à travers les capillaires et dans les veines, il en reste une très-grande quantité dans les gros vaisseaux, et aussitôt que les spasmes cessent et que les artères se dilatent, le sang s'y précipite immédiatement, et se trouvant chargé d'une quantité considérable d'oxygène, lorsqu'il arrive au contact des tissus avec lesquels il opérait des échanges, cet échange a lieu et il y a par conséquent production de chaleur. Dans un cas où le refroidissement de la surface du corps pendant la vie était extrêmement marqué, le thermomètre marqua 102.12 deux heures après la mort; dans un autre cas, dix minutes avant la mort, la température dans l'aisselle était de 103.1, et cinq minutes après la mort elle s'éleva à 104. Dans un troisième cas, la température du corps non couvert était, vingt-cinq minutes après la mort, de 89 ; puis elle fut de 90 au bout de quarante-cinq minutes; et enfin, au bout de cinquante, elle s'éleva à 91. La seconde preuve repose sur ce fait que des phénomènes semblables aux symptômes en question peuvent être produits, si l'on cause l'hyperhémie des centres nerveux. En appliquant la chaleur au rachis, le docteur Chapman dit avoir produit un refroidissement si sensible que l'abaissement de la température pouvait être mesuré à l'aide du thermomètre. Enfin, comme troisième preuve, il invoque ce fait, que tous ces symptômes peuvent être dissipés, si l'on produit l'anémie de ces centres nerveux au moyen de la glace.

Les symptômes que le docteur Chapman considère comme formant le second groupe sont : *la faiblesse musculaire, une prostration soudaine et générale des forces*, et *la diminution du pouls, qui devient imperceptible.* Partant de cette présomption qu'il existe un excès de sang dans les centres nerveux du grand sympathique, il pense que les fonctions nécessairement exaltées du grand sympathique doivent produire la contraction spasmodique des artères terminales de tout le corps, ainsi que cela a été déjà dit, pour ce qui regarde la peau. Les muscles ayant par suite leur quantité habituelle de nourriture supprimée, perdent toute puissance d'action, et de là résulte la prostration soudaine et générale des forces. De plus, le pouls devient d'une faiblesse ou d'une imperceptibilité proportionnelle à l'intensité des spasmes artériels.

Le troisième groupe de symptômes comprend : *l'anxiété*, le *vertige*, l'*abattement*, l'*apathie*, quelquefois la *céphalalgie*, et la *torpeur de l'intelligence* qui s'observent *durant la période algide*. Ils sont tous produits, suivant M. Chapman, par la contraction des artères cérébrales. Toute activité chimique se trouvant par suite suspendue dans le cerveau, la tête se refroidit à un degré extraordinaire. Aussi longtemps que persistent les fonctions cérébrales, l'intelligence est nette, bien que faible, parce que l'état normal du cerveau ne consiste pas en une congestion, mais en une anémie.

Le quatrième groupe de symptômes consiste en *une agitation extrême, des soubresauts, des tressaillements, des spasmes des muscles soumis à l'action de la volonté, parfois des convulsions, et un faciès particulièrement pâle et effrayant.* La plus grande partie de ces phénomènes est due principalement à l'état d'hyperhémie de la moelle épinière, dont le pouvoir fonctionnel, et surtout l'énergie motrice sont par suite exaltés d'une manière anormale. Dans un des cas traités par M. Chapman, à Southampton, les muscles, et particulièrement ceux des extrémités étaient rigides et rendus par des spasmes toniques presque aussi durs que du bois; cinq minutes après la première application de la glace le long de l'épine dorsale, ils étaient tombés dans un état de flaccidité complète. Comme en général les muscles sont relativement exsangues, ils ont moins de vigueur qu'à l'état de santé, et par suite il résistent moins aux excitations motrices de la moelle, dont l'activité est d'ailleurs exaltée; tandis que d'un autre côté le cerveau, étant extrêmement affaibli n'est plus désormais capable de maîtriser et de coordonner, comme à l'état normal, les actions automatiques de la moelle. L'extrême pâleur du visage est produite par la congestion du grand sympathique qui intercepte tout le sang destiné non-seulement à la peau de la face, mais aux muscles et autres tissus sous-jacents. De là le profond abattement du regard, l'aplatissement de la cornée, et l'extrême langueur de toute la physionomie, rendue encore plus effrayante par la contraction spasmodique des muscles faciaux.

Le cinquième groupe de symptômes comprend : *la diminution et la difficulté de la respiration, l'altération et quelquefois l'extinction de la voix, l'excrétion d'humeur bronchique, et le refroidissement de l'haleine.* Le premier de ces symptômes est un résultat inévitable de la contraction générale et spasmodique des vaisseaux pulmonaires, jointe à une altération de la consistance du sang, produite par les abondantes évacuations de sa partie aqueuse. L'affaiblissement considérable de la vitalité pulmonaire qui en est la suite détermine nécessairement une diminution proportionnelle dans la phonation. L'excrétion du mucus bronchique résulte de la congestion des centres nerveux. Le refroidissement de l'haleine est dû à l'absence de réactions chimiques qui se passent dans les poumons.

Le sixième groupe de symptômes comprend : *les vomissements, la diarrhée, les évacuations semblables à l'eau de riz, et la soif inextinguible.* L'excessive sécrétion de la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins est présentée par le docteur Chapman comme une preuve des plus convaincantes de la loi générale qu'il a formulée relativement à l'action des membranes muqueuses lorsque les centres nerveux sont congestionnés. Leur congestion anémie le canal alimentaire tout entier, et par suite sa tunique musculaire est affaiblie, et devient par cela même beaucoup plus excitable qu'à l'état normal. En outre elle est provoquée par le système nerveux, dont l'activité est accrue, à produire ces mouvements péristaltiques violents et continus qui caractérisent la maladie. Enfin la soif inextinguible est simplement une conséquence des pertes abondantes que les vomissements et la diarrhée font subir au sang.

Le septième et dernier symptôme est *la suppression de l'urine.* M. Chapman le présente comme la conséquence du spasme des artères rénales qui empêche le sang d'aborder aux reins, et qui par là en arrête les fonctions. Mais il croit qu'elle est aussi due en partie à l'énorme contraction de la vessie, dont on trouve quelquefois la cavité extrêmement réduite.

Quant aux phénomènes nécropsiques, ils lui paraissent tous également explicables par cette hypothèse.

Le traitement du choléra préconisé par M. Chapman, est la conséquence logique de l'idée qu'il s'est faite de sa nature. Pendant la période algide, il applique la glace le long du rachis, et aide à son action, qui est de faire cesser les spasmes des vaisseaux de toute l'économie, en réchauffant les extrémités et quelques autres parties du corps qui sont froides. En outre il a le plus grand soin de donner au malade autant de bouillon qu'il en peut garder dans l'estomac ou le rectum, et de le lui donner le plus souvent possible. Lorsque la réaction

---

Il regretta de mourir dans un temps où il ne faisait, dit-il, que commencer à être sage.

On a dit qu'il s'était plaint, en mourant, de ce que la nature accorde aux cerfs et aux corneilles une vie longue et inutile, tandis que les hommes, pour lesquels il serait si important de vivre un très-grand nombre d'années, n'ont qu'une vie très-courte.

Théophraste mourut à l'âge de quatre-vingt-cinq ans, selon Diogène Laërce; à l'âge de cent sept ans, selon saint Jérôme. Il fut universellement regretté dans la Grèce. Toute la population d'Athènes honora ses funérailles.

Le testament de Théophraste nous a été conservé par Diogène Laërce.

Nous en citons les dispositions principales :

« J'espère une bonne santé. Néanmoins, en cas d'accident, je dispose ainsi de ce qui m'appartient :

« Mélante et Pancréon, fils de Léonte, hériteront de tout ce qui se trouve dans ma maison.

« Quant aux choses que j'ai confiées à Hipparque, voici ce que j'ordonne :

« On terminera le lieu que j'ai consacré aux Muses et les statues des déesses, et on fera tout ce qu'on pourra pour les embellir. Ensuite on replacera dans la chapelle l'image d'Aristote et toutes les offrandes qui s'y trouvaient auparavant. Près de ce lieu dédié aux Muses, on élèvera un petit portique aussi beau que celui qu'on y avait déjà vu. On mettra les mappemondes dans le portique inférieur, et on élèvera un autel convenable et très-bien fait. Je veux qu'on achève la statue de Nicomaque; Praxitèle, qui en a fait l'ébauche, fera toutes les autres dépenses qu'elle exige. Les exécuteurs de mes volontés désigneront l'endroit où cette statue doit être placée..., etc.

« Je donne à Callinus ma métairie de Stagire; à Nélée tous mes livres; à ceux de mes amis que je vais nommer, mon jardin avec le lieu qui sert de promenade, et tous les logements qui tiennent au jardin, lesquels seront possédés en commun, sans pouvoir être ni vendus ni aliénés, etc., etc. Je serai enterré dans le lieu du jardin qu'on jugera le plus convenable, sans aucune dépense superflue ni pour mon cercueil ni pour mes funérailles... Je nomme exécuteurs de mes volontés : Hipparque, Nélée, Straton, Callinus, Démosthène, Callisthène, Ctésarque. »

Théophraste eut pour successeur dans la direction du Lycée Straton de Lampsaque.

Nous avons raconté dans la *Vie d'Aristote* les étranges péripéties que subirent les ouvrages d'Aristote et ceux de Théophraste à la mort de Nélée, exécuteur testamentaire de ce dernier. Nous ne reviendrons pas sur cette singulière histoire.

Nous ferons seulement remarquer qu'il existe un bien curieuse similitude entre la destinée réservée, après la mort de ces philosophes, aux ouvrages d'Aristote et de Théophraste, et celle qui attendait au moyen âge les œuvres d'un savant illustre et malheureux ! Nous voulons parler de Roger Bacon. Entre la haine implacable des prêtres de Cérès, qui poursuit jusqu'au delà de la tombe les livres du Stagirite, comme ceux du *parleur divin*, et la guerre farouche que les moines franciscains du treizième siècle déclarent, après la mort de l'auteur, aux livres de Roger Bacon, à l'*Opus majus* et à l'*Opus minus*, il y a une surprenante analogie. C'est que les hommes passent, les générations se succèdent, les mœurs se transforment, mais le fond de l'humanité se conserve, malgré le temps et les lieux, avec ses mêmes vices, ses mêmes faiblesses et ses mêmes imperfections.

L. FIGUIER

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Traité d'anatomie descriptive, par le docteur SAPPEY, chef des travaux anatomiques, directeur des musées, professeur agrégé de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, etc. 2e édition, entièrement refondue; tom. Ier, 1re partie, *Ostéologie*; 1 vol. in-8° de 470 pages et 171 figures intercalées dans le texte. Prix du tom. Ier complet : 12 fr., *franco*. La 2e partie du tom. Ier paraîtra prochainement et sera envoyée gratis. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

s'est franchement établie, il se met à l'abri de toutes les conséquences fâcheuses qui pourraient résulter de sa trop grande intensité au moyen de la chaleur qu'il applique de chaque côté du rachis, et de cette façon les congestions cérébrales et autres complications de cette période sont évitées, sans qu'il soit besoin de recourir à la saignée ni à aucun médicament.

Le choléra dans le quartier de Batignolles.

On sait que Batignolles a été particulièrement frappé par l'épidémie, et le quartier des Épinettes plus que tous les autres. M. le docteur Cresten, qui habite ce quartier depuis dix ans, a eu l'occasion de soigner un nombre considérable de cholériques. Il a traité pour sa part quatre-vingt-huit cas de choléra bien confirmé.

Voici les renseignements que notre confrère a bien voulu nous transmettre :

J'ai soigné, nous dit-il, 42 hommes et 46 femmes. Dans ce nombre se trouvaient 16 enfants au-dessous de 12 ans, 56 adultes de 15 à 50 ans, et 16 personnes de 50 à 70 ans. C'est de 30 à 40 ans que j'ai observé le plus de cas.

Parmi tous ces malades, 46 avaient précédemment une santé bonne; les 42 autres avaient une santé plus ou moins fatiguée.

Ce qui m'a le plus frappé, c'est le début. A ma grande surprise, je me suis trouvé en contradiction avec l'opinion le plus généralement admise. Sur mes 88 cas, 57 ont été *brusques* dans leur début, 31 cas seulement avaient été précédés de la *diarrhée prémonitoire*. Et, parmi ces 57 débuts brusques, je trouve 27 malades jouissant antérieurement d'une bonne santé; 30 seulement étaient d'une santé médiocre ou mauvaise. Ce résultat m'a beaucoup surpris et je le signale à votre attention.

La terminaison a été heureuse pour 32 malades; les 56 autres sont morts. Parmi ces décès, j'en trouve 39 survenus dans les vingt-quatre heures; dans les autres cas, la maladie a duré de 1 à 6 jours.

L'épidémie a frappé presque exclusivement sur les malheureux et sur la classe ouvrière. J'ai vu 3 ou 4 cas seulement chez des personnes de conditions plus relevées et vivant dans d'excellentes habitudes hygiéniques. Les ouvriers sobres, laborieux et honnêtes étaient rarement pris, et la plupart de ceux-là ont échappé à la mort, même après des accès violents. En revanche, je n'ai pas vu guérir un de ceux qui faisaient des excès habituels.

En fait de traitement, j'ai suivi les idées généralement admises, et m'en suis bien trouvé. Seulement, au lieu de conseiller dans la période algide les infusions chaudes, aromatiques, stimulantes, j'ai essayé dès le début de l'épidémie la glace, uniquement la glace, et je m'en suis trouvé à merveille. Presque jamais les infusions chaudes n'étaient tolérées, elles augmentaient même les vomissements, et j'ai toujours été obligé d'y renoncer pour prescrire la glace et quelquefois l'eau de Seltz pure. Ce moyen m'a paru arrêter les vomissements, et contribuer en même temps à produire la réaction tant désirée. De plus, il plaît beaucoup aux malades, et tous le réclament avec insistance. Jamais je ne l'ai vu provoquer le moindre accident. La glace a été un véritable bienfait pour tous mes malades, et je la crois d'une très-grande efficacité dans le traitement du choléra.

L'épidémie a duré cinquante jours environ dans le quartier des Épinettes; c'est peut-être le quartier qui a été le plus éprouvé de tous. J'ai calculé que, pendant trois semaines au moins, toute proportion gardée dans le chiffre des populations, la mortalité avait été deux fois supérieure à celle de Toulon, et trois fois plus forte qu'à Marseille.

Depuis le 6 novembre, je n'ai plus vu un seul cas.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de l'iodure de potassium pour combattre les affections saturnines mercurielles, et les accidents consécutifs de la syphilis.

La médication par l'iodure de potassium repose sur la propriété que ce corps possède de rendre solubles les composés métalliques que l'économie peut garder et d'en faciliter l'excrétion à l'état d'iodures doubles, qui s'éliminent avec la plus grande facilité par les urines.

En 1845, MM. Natalis-Guillot et Melsens étudièrent ensemble l'action thérapeutique de l'iodure de potassium dans les maladies chroniques, provoquées par des composés métalliques vénéneux.

En 1849, M. Melsens publia un nouveau mémoire sur le même sujet dans les annales de physique et de chimie (3e série, t. XXVI). Il montra que tous les composés de mercure qui peuvent se rencontrer dans l'économie, sont solubles dans l'iodure de potassium, que le mercure métallique lui-même s'y dissout malgré la présence des matières organiques de l'économie. Il démontra par l'expérience l'innocuité de ce sel, lorsqu'il est administré même à haute dose à une personne non-préalablement soumise à une intoxication métallique. Il indiqua, par contre, le danger que son administration peut offrir, si ce médicament, inoffensif par lui-même, rencontrait dans l'économie des composés métalliques, inertes, peu actifs, insolubles ou fixés dans les tissus. En effet, l'iodure de potassium peut provoquer des symptômes d'empoisonnement, en attaquant ces composés et en les rendant aussi solubles ou actifs.

Les principes qui ont guidé M. Melsens différaient donc essentiellement de ce que l'on s'était proposé jusqu'alors. Au lieu de chercher à rendre les poisons insolubles, il chercha à les dissoudre d'abord et à les éliminer ensuite, en les associant à un corps que l'économie expulse facilement par les urines.

Voici le résumé, au point de vue thérapeutique seulement, d'un récent travail de M. Melsens sur cet important sujet.

L'emploi de l'iodure de potassium à haute dose, pendant plusieurs mois, ne semble pas être de nature à porter atteinte à la constitution générale des individus qui se soumettent à cette médication.

Ce n'est pas seulement dans les cas d'empoisonnement mercuriel ou saturnin que l'iodure de potassium produit ses meilleurs effets. Les accidents d'intoxication lente par des aliments ou boissons, ayant séjourné dans des ustensiles de zinc, peuvent aussi être modifiés heureusement par l'emploi de l'iodure de potassium.

M. Melsens fait donner aux malades, comme adjuvant, un léger excès de sel marin, d'abord parce que, suivant lui, le chlorure de sodium est un succédané de l'iodure de potassium, ensuite parce que, provoquant la soif, il active une diurèse qui favorise l'élimination.

En général, la cure par l'iodure de potassium dure plusieurs mois. Il est utile d'interrompre, de temps à autre, l'administration du médicament pendant quelques jours. Après chaque interruption, on recommence par des doses modérées qu'on élève graduellement de nouveau. Autant que possible il faut éviter de modifier la médication, l'iodure de potassium suffit avec un bon régime.

Enfin, M. Melsens recommande, dans les cas de syphilis, de toujours terminer un traitement mercuriel, en donnant de l'iodure de potassium. En ne le faisant pas, on expose les malades aux accidents ultérieurs d'un empoisonnement lent et chronique, dont les suites sont au moins aussi graves que la maladie dont on avait cherché à les guérir.

(*Mémoires couronnés et autres mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. XVII.)

Bains de vapeurs térébenthinés chez soi.

Non content d'avoir doté la thérapeutique d'une médication de haut rang, le bain de vapeurs térébenthinées, M. le docteur Chevandier (de Die) s'était posé, dès les premiers jours, le problème de faire entrer ce moyen dans la pratique ordinaire. Ce problème, il l'a résolu de la façon la plus heureuse par l'invention d'un appareil portatif, dont la simplicité surprend, et dont les effets sûrs et puissants peuvent être gradués à volonté. Ce bain de vapeurs résineuses est là tout entier, avec sa température susceptible d'être élevée de 45 à 60°, et son atmosphère saturée des douces vapeurs particulières au pin mugho.

Nous voici donc en mesure de faire profiter nos malades d'une médication qui a reçu les plus hauts patronages, et retenue jusqu'à ce jour dans les établissements spéciaux, et condamnée à l'inaction pendant l'hiver si redouté des rhumatisants et des catarrheux. Le rhumatisme sous toutes ses formes, les catarrhes invétérés, les névralgies, la goutte, suivant la clinique de M. le docteur Benoit; les éruptions squammeuses, suivant les inductions de M. Gibert, telles sont les maladies contre lesquelles le bain de vapeurs térébenthinées doit être dirigé.

Si on ajoute aux services éminents, qu'il rend en pareils cas, ceux qu'en ont su tirer MM. Rey de Grenoble, Macario de Lyon, Andrieux de Brioude, etc., en l'associant à l'hydrothérapie, on arrive à comprendre à quel haut sentiment de justice distributive a obéi M. Gibert, lorsque, dans son rapport à l'Académie de médecine, ce savant a affirmé, après avoir expérimenté lui-« même, qu'en dotant la thérapeutique d'un nouveau mode d'ad-« ministration des bains de vapeurs térébenthinées d'une espèce « particulière de pin, le *pinus mugho* du mont Glandaz, M. le « docteur Chevandier a rendu service à la pratique. » Avec le même appareil on peut développer dans les appartements des personnes atteintes de maladies graves des organes respiratoires, des vapeurs résineuses, et obtenir par ces inhalations diurnes ou nocturnes des résultats qui n'étonneraient ni M. Sales-Girons, ni Berkley, ni MM. Trousseau et Pidoux, ni Laënnec lui-même. Tous n'ont-ils pas recommandé les balsamiques en pareil cas? Il appartenait au promoteur de cette médication de mettre chacun à même d'en contrôler la puissance en en multipliant les cures.

D'un nouveau perfectionnement apporté à la préparation du papier chimique.

Il est peu de préparations qui jouissent auprès de la foule d'une plus grande popularité que le papier chimique. Sans lui reconnaître les merveilleuses propriétés que chacun lui accorde, il faut bien avouer que souvent le malade en tire bénéfice, et que le médecin est souvent obligé de le recommander.

Le papier chimique est une variété d'emplâtre d'un usage commode, et qu'on emploie heureusement dans certains rhumes et certains lumbagos. On lui faisait le reproche d'être roide, de se déchirer facilement. Un honorable pharmacien de Paris, M. Hébert, a eu l'idée de lui substituer un léger tissu de soie souple, solide, qu'il fait fabriquer spécialement et qu'on substituerait avec avantage au papier.

Cette *soie chimique* peut être employée dans tous les cas où l'on ordonne le papier chimique; elle présente, sur le sparadrap et le taffetas d'Angleterre, des qualités supérieures au point de vue de la souplesse, et constitue un excellent agglutinatif.

Pour s'en servir, il suffit de chauffer légèrement un morceau de *soie chimique*, on l'applique, et une simple pression la fait adhérer. Lorsqu'on veut détacher le pansement, il suffit de frotter avec un peu d'huile; si la soie se trouvait collée, il suffirait de la chauffer légèrement pour la décoller.

Comme on le voit, la modification apportée par M. Hébert à la préparation du papier chimique, répond parfaitement au désir si souvent exprimé d'avoir une préparation emplastique plus commode que le papier chimique, et se moulant sur les parties avec plus de facilité que le taffetas d'Angleterre ou les divers sparadraps.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 22 novembre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

M. DOLBEAU met sous les yeux de la Société un appareil avec lequel il a réduit, à l'Hôtel-Dieu, une luxation de l'épaule datant de vingt-quatre jours, et cela sans employer le chloroforme. Cet instrument imaginé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, est basé sur le même principe que celui de la pince à réduire les luxations des doigts qu'il a soumis à l'examen de l'Académie de médecine le 11 janvier 1864. Construit sur une plus grande échelle, il donne, au moyen d'un mécanisme à roue d'engrenage, une force d'extension et de contre-extension progressive, constante et sans secousses.

Un dynamomètre, placé sur la manivelle, indique la force de traction par kilo. Une fois fixé sur le membre, l'opérateur le fait manœuvrer sans le secours d'aucun aide. Cet instrument est construit sur le même principe que celui de Jarvis.

M. Dolbeau a soin de faire observer, en terminant, qu'il ne voudrait pas qu'on le crût partisan quand même des appareils pour la réduction des luxations. Suivant lui, les mains suffisent et sont même préférables le plus ordinairement. Mais il est pourtant des cas, surtout dans les luxations anciennes, où les appareils peuvent rendre de très-grands services.

LECTURE.

Anévrisme du tronc brachio-céphalique avec rupture dans la région latérale du cou.

M. GAUJOT agrégé à l'École impériale du Val-de-Grâce, lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, un travail sur ce sujet.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Lefort, Perrin et Verneuil.

COMMUNICATION.

M. LÉON LABBÉ. Je demande la parole pour entretenir la Société d'un malade que j'ai eu l'honneur de mettre sous ses yeux, il y a deux mois environ. Il s'agit d'un individu, atteint d'un anévrisme faux consécutif du pli du coude. La tumeur était très-volumineuse, et lorsque je soumis le malade à l'examen de la Société, j'émis cette opinion que l'on serait peut-être amené à pratiquer l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts de l'artère. M. Broca pensa qu'il serait sage de continuer pendant quelque temps l'emploi de la glace appliquée sur la tumeur. Ce moyen fut mis en usage pendant trois semaines environ, sans amener aucune modification. M. Velpeau, que je remplaçais à la Charité, reprit alors son service; il tenta sans résultat la compression digitale, puis pratiqua deux ou trois injections avec le perchlorure de fer, sans obtenir la solidification de la tumeur. Puis bientôt la tumeur augmenta de volume assez subitement; la poche devint rouge, enflammée, et cet état fit prendre à M. Velpeau un parti définitif. Il pratiqua l'ouverture du sac et la ligature des deux bouts de l'artère. L'opération a été pratiquée il y a trois semaines environ, et aujourd'hui il ne reste plus qu'une plaie petite et assez superficielle.

M. VELPEAU. J'ajouterai quelques détails pour compléter la communication de M. Labbé. Quand je repris mon service, j'examinai avec grand soin le malade en question. Or, les deux signes principaux des anévrismes manquaient dans la tumeur; d'abord il n'y existait pas de battement, de plus, le bruit du souffle caractéristique y était tellement faible, qu'on ne pouvait le percevoir qu'avec la plus grande difficulté et dans un seul point, sur le côté radial. En sorte que je me demandais si l'on n'était pas en droit d'espérer un commencement de guérison spontanée.

Pendant une douzaine de jours les choses restèrent dans cet état. Mais dans l'espace d'une nuit, le volume de la tumeur augmenta notablement, le bruissement devint beaucoup plus intense. Alors je tentai l'injection d'un peu de perchlorure de fer dans quelques bosselures qui s'étaient développées çà et là. Une première injection, faite dans l'une de ces bosselures, resta à peu près sans aucun autre effet qu'un léger durcissement. Une deuxième injection dans une autre bosselure eut le même résultat.

J'oubliais de dire que pendant quelques jours on avait essayé, sans succès, de la compression digitale et indirecte. Les choses en étaient-là, quand, tout à coup, une nuit, à la suite de mouvements intempestifs, la tumeur doubla de volume, et du sang s'infiltra dans les régions voisines. Le lendemain un peu de mieux se manifesta, et je temporisai quelques jours encore. Alors, l'inflammation s'empara de la tumeur. Je me décidai alors à recourir au traitement ancien. J'ouvris largement le sac par une incision curviligne, afin de me ménager une large ouverture. Les parois étaient épaisses, un énorme caillot remplissait complétement le sac qui ne contenait pas du tout de sang liquide. Il fallait trouver l'artère. Or, ce ne fut pas chose facile. On ne voyait aucune ouverture vasculaire bien nette sur ces parois épaissies et à surface anfractueuse. Enfin, à force de recherches, nous parvînmes à trouver l'artère blessée : c'était la radiale, au niveau du pli du bras.

Aucun accident ne survint après l'opération. Aujourd'ui la plaie est simple, régulière et bourgeonnante; il ne me semble pas douteux que le malade ne guérisse.

Or, ce qu'il y a de curieux dans cet anévrisme, c'est la distance

assez considérable qui séparait la tumeur de la blessure artérielle, laquelle était séparée de la poche anévrismale par toute l'épaisseur de la masse musculaire supérieure et externe de l'avant-bras. Cette disposition qui, je crois, n'a pas encore été décrite, me paraît expliquer, d'une manière satisfaisante, l'absence des deux signes principaux des anévrismes, les battements et le souffle.

M. CHASSAIGNAC. Ce fait me paraît excessivement curieux et intéressant, tant à cause des particularités symptomatiques de la maladie qu'à cause de la marche qu'elle a suivie. Cet anévrisme semblait se guérir de lui-même à cause des rapports particuliers du sac avec la blessure de l'artère. Je demanderai à M. Velpeau si, dans ce cas, il n'y avait pas quelque anomalie artérielle.

M. VELPEAU. Il n'y avait pas d'anomalie artérielle. Je ferai de plus remarquer à M. Chassaignac qu'il n'y avait pas la moindre tendance à la guérison spontanée. Seulement il existait une sorte de barrage entre la blessure artérielle et le point où le sac anévrismal s'était développé, Le sang s'était frayé un chemin à travers les muscles pour s'accumuler ensuite à une certaine distance au-dessous de la blessure du vaisseau; en sorte qu'il n'est pas exact de dire que l'anévrisme se traitait, pour ainsi dire, lui-même par la compression, car celle-ci ne s'exerçait pas sur la partie de la radiale supérieure à la tumeur, mais bien sur la portion sous-jacente.

M. BROCA. Je ne connais pas non plus d'anévrisme *traumatique* analogue à celui dont vient de parler M. Velpeau et qui constitue une sorte d'*anévrisme par congestion*, mais Donald Mouro a rapporté un exemple d'anévrisme *spontané* qui offrait cette disposition; c'était un anévrisme de l'artère humérale. A travers un petit pertuis, le sang s'était frayé un passage et était allé former une espèce de boudin herniaire jusqu'au milieu du bras, très-loin au-dessous de la rupture artérielle.

M. LABBÉ rappelle que quand le malade a été présenté à la Société de chirurgie, la tumeur n'offrait pas de battement, mais qu'on y trouvait un bruit de souffle évident sur le côté radial, comme ont pu le constater MM. Dolbeau et Verneuil.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hip. BLOT.

CORRESPONDANCE.

Ce n'est pas sans un profond regret que nous nous trouvons dans la nécessité de faire connaître à nos lecteurs la protestation qui suit :

Monsieur le Rédacteur,

Le 6 novembre 1865, monsieur le Maire de Marseille demandait à son conseil municipal s'il ne croyait pas devoir, conformément à la tradition établie par les précédents conseils, distribuer des médailles aux personnes qui s'étaient dévouées pendant l'épidémie du choléra. Un membre jugea, en ce moment, que l'épidémie n'avait pas eu de gravité; un autre demanda si quelqu'un s'était dévoué, puis le Conseil, passant au vote, décida qu'il ne donnerait pas de médailles.

Cette décision, prise dans de pareilles circonstances, parut à tout le monde la négation formelle des services rendus et du dévouement déployé par le corps médical. Aussi, le lendemain même du jour où elle fut connue, le bureau de la Société impériale de médecine, par l'organe de son Président, envoya-t-il à l'hôtel de ville une lettre de protestation. Dans la séance du 25 novembre, cette lettre a été lue à la Société, qui, après l'avoir complétement adoptée, en a voté *à l'unanimité* l'insertion dans son Bulletin et l'envoi à tous les journaux de Marseille.

La Société a, de plus, exprimé le désir que sa protestation fût publiée par quelques journaux de médecine de la capitale. C'est pourquoi j'ai l'honneur de vous l'adresser, avec prière de l'insérer dans votre prochain numéro.

Agréez, monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération et de mes sentiments confraternels.

Le secrétaire général.
Dr A. FABRE.

Le Président de la Société impériale de médecine à M. le Maire de Marseille,

Monsieur le Maire,

Le Président et le bureau de la Société impériale de médecine vous prient de faire connaître au Conseil municipal l'étonnement douloureux que la décision qu'il a prise de ne pas distribuer de médailles aux personnes qui se sont dévouées pendant le choléra, produit dans le corps médical.

L'épidémie de 1865 a été aussi meurtrière, plus meurtrière même que les autres, exception faite pour celle de 1835 et celle de 1854. Jamais les foyers d'infection n'avaient été aussi multiples et aussi intenses; jamais, par conséquent, ceux qui se dévouent à soigner les cholériques n'avaient été plus exposés. Jamais le corps médical n'avait montré plus de zèle et d'héroïque abnégation.

Vous, qui avez visité les hôpitaux et les hospices, vous, qui vous êtes longuement arrêté dans ces salles des cholériques, devenues insuffisantes pour les contenir tous, vous avez pu voir avec quelle sollicitude intelligente et infatigable les chefs de service, dignement secondés par leurs élèves, ont accompli leur sublime et dangereuse mission.

Quand vous avez jugé opportun d'établir des bureaux de secours, les médecins de la ville, bien qu'ils ne fussent rien moins que flattés qu'on ait semblé vouloir les encourager par l'appât d'une rétribution minime et presque dérisoire, ont répondu en grand nombre à votre appel. Avec quel empressement n'ont-ils pas couru auprès des pauvres, au milieu des ténèbres de la nuit, quelquefois malgré le vent et la pluie, s'approchant des malades, se souillant de leurs ordures, réchauffant leurs membres glacés, ranimant leur courage et les disputant à la mort. Bien que leur service ne fût que nocturne, plusieurs l'ont continué pendant le jour, sachant que les cholériques pauvres avaient besoin d'eux nuit et jour. Combien d'autres encore qui n'étaient attachés à aucun bureau de secours, ont donné gratuitement leurs soins aux indigents, et, non contents de répondre à leur appel, allaient à leur recherche.

Monsieur le maire, voilà la vérité. Vous la connaissez, vous qui avez vu les choses de près. Vous devez donc comprendre combien il nous a été douloureux, au moment où l'épidémie est à peine terminée, de voir le zèle et l'abnégation de nos confrères complétement méconnus et jugés indignes de modestes médailles.

Les médecins sont accoutumés à l'ingratitude. Mais, quand au lendemain d'une épidémie, un conseil municipal se permet de méconnaître, par une décision publique, l'importance des services rendus par nos confrères, nous qui avons mission de représenter le corps médical de notre ville, nous obéissons à un impérieux devoir, en protestant hautement.

Veuillez, agréer, Monsieur le Maire, l'expression de nos sentiments respectueux.

Le Président.
Signé : JUBIOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le maire de la commune de la Jarne, à 7 kilomètres de la Rochelle, demande un jeune docteur.

Cette localité, environnée de beaucoup de communes voisines privées de médecin, offre une position avantageuse.

— Le second volume des *Singularités physiologiques*, publiées par M. Assézat, vient de paraître. C'est l'*Homme machine*, de La Mettrie, avec l'*Éloge* de l'auteur, par Frédéric le Grand. Une *Introduction* étendue explique la véritable portée de l'œuvre et rattache l'auteur à ceux des physiologistes de notre temps, dont il a été le précurseur. Ce volume, comme le précédent, tiré à petit nombre, sur beau papier vergé, avec titre rouge et noir, se trouve à la librairie de Frédéric Henry, galerie d'Orléans, 12, au prix de 4 francs.

— M. le docteur Fort commencera un cours public de physiologie le mardi 5 décembre 1865, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre, n° 3, de l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le 15 décembre 1865, à trois heures, M. Fort commencera à son domicile, 51, boulevard Saint-Michel, un cours complet de pathologie interne et externe, et le continuera tous les jours à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. DECQ, et chez MAYOLEZ; — à Genève, chez JULLIEN frères; — pour toute la Plata, chez ECHEPAREBORDA, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des conditions pathogéniques de la phthisie au point de vue de son traitement par les eaux minérales, par le docteur DUMOULIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin inspecteur des eaux de Salins, etc. In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr., *franco*. Paris, 1865, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur.

Contributions à l'histoire du développement histologique des tumeurs épithéliales (squirrhe, encéphaloïde, etc.), par M. le docteur V. CORNIL (extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*). Br. gr. in-8° avec 4 planches. Prix 4 fr.

Études critiques et expérimentales sur l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires, par E. ONIMUS. Br. in-18 de 60 pages. Prix : 1 fr. 25.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Traité iconographique des maladies chirurgicales, par M. ANGER, précédée d'une introduction par M. VELPEAU, 4e livraison, composée de 8 planches coloriées et d'un texte explicatif dans lequel sont intercalées des figures sur bois. Prix 12 fr.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 142. — MARDI 5 DÉCEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 5 DÉCEMBRE 1865. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Paul TOPINARD.

Vomissements incoercibles. — Traitement antisyphilitique et alimentation par le rectum. — Guérison et développement simultané d'un eczéma généralisé.

Le sieur B..., âgé de cinquante ans, n'a pas eu de dartres avant l'année 1864, ni de rhumatisme, de migraine ou d'hémorrhoïdes.

Tous ses antécédents morbides se rattachent aux fonctions stomacales. Depuis l'âge de seize ans, et surtout de quarante-deux ans, il est sujet à des régurgitations aqueuses et à un sentiment de pression au creux de l'estomac qui le pousse à faire de temps à autre une profonde inspiration. De 1852 à 1860, c'est-à-dire, depuis que ces troubles digestifs existent, il a exercé le métier de marchand de vin, et avoue s'être adonné au vin blanc, à l'absinthe, à la bière, etc. Il s'est ensuite établi cafetier et prétend ne plus avoir abusé des boissons alcooliques. Il ne croit pas avoir été atteint de tremblement, bien que sa parole soit aujourd'hui hésitante et difficile. Mais sa gastrorrhée s'était manifestement accrue lorsque survinrent les accidents dont nous allons nous occuper.

J'ai dit que jusqu'en 1864, il n'a pas eu de dartres. Cette année là, en octobre, il en vit une apparaître au menton, qu'il attribua à l'action du rasoir. Il n'a su me dire si elle était sèche ou humide. Elle démangeait. De ce point, et pendant plusieurs mois, elle s'étendit de proche en proche aux favoris et aux côtés du cou ; elle n'a jamais entièrement disparu depuis.

Le mois suivant, en novembre, apparut à la verge, un chancre, profond et d'un blanc grisâtre, qui fut cautérisé deux fois par un pharmacien, et qui guérit promptement. Nous en avons retrouvé les vestiges à la face dorsale du gland sous forme d'une cicatrice violacée, *gaufrée*, irrégulièrement arrondie et superficielle. Les ganglions inguinaux n'étaient plus ou pas indurés.

Le mois d'après, B... ne remarqua sur la peau rien qui ressemblât à la roséole et ne ressentit aucun mal à la gorge ou à l'anus, ses cheveux ne tombèrent pas. Mais, en janvier, une éruption apparut sur le ventre et la partie interne des cuisses, puis sur les bras et le cuir chevelu.

C'était des papules dures, arrondies, larges, couleur chair de jambon fumé qui démangeaient un peu; quelques-unes étaient surmontées de squames minces. En plusieurs endroits, notamment au cuir chevelu, elles devinrent confluentes et formèrent des plaques. La plupart disparurent au bout d'une dizaine de jours, laissant des taches cuivrées.

Le 11 janvier, un médecin fut appelé et prescrivit le traitement suivant : tisane de chicorée, fumeterre et douce-amère édulcorée avec sirop de salsepareille; sirop de Cuisinier additionné d'arseniate de soude. Une purgation et un bain d'amidon et sublimé par semaine. Évidemment son diagnostic était : affection herpétique. Dix jours après, il supprimait l'arseniate de soude et le remplaçait par de l'iodure de potassium 1 gramme par jour. Son opinion se modifiait donc en faveur d'une syphilide.

Le 1er février, deux nouveaux symptômes survinrent, une céphalée frontale violente et des vomissements sur lesquels nous aurons à revenir.

Le 9, M. Bazin fut consulté. Il constata l'existence de ganglions multiples et indurés sur les côtés de la nuque et au voisinage des oreilles. « Sans qu'il me fût nécessaire de rechercher les antécédents, m'a-t-il dit, je reconnus immédiatement une syphilide du cuir chevelu des mieux caractérisées. » Il ordonna le sirop de Boutigny deux cuillerées à café par jour, un verre d'eau de Pullna tous les matins et la pommade au coalthar saponifié étendue.

Le 17, l'éruption avait presque entièrement disparu sur le tronc et les membres, et s'était très-améliorée sur le cuir chevelu. Mais la céphalalgie et les vomissements s'étaient accrus. M. Bazin remplaça l'eau de Pullna par des lavements purgatifs, ordonna de la glace contre les vomissements, et insista pour que le sirop spécifique fût pris quand même.

Le 19, je vois B... pour la première fois, et voici ce que je constate :

Il n'a pas de fièvre, sa langue est rouge, humide, de forme normale. Des vomissements surviennent dès qu'il ingère une substance solide ou liquide quelconque, environ dix à vingt minutes après. Ces vomissements se sont substitués peu à peu vers le 1er février, aux régurgitations aqueuses auxquelles il était sujet depuis de longues années. Revenant une fois, puis deux fois par jour, après les principaux repas, ils se produisent aujourd'hui en moyenne de cinq à six fois et sans efforts. Selon le contenu de l'estomac ils sont alimentaires, muqueux ou bilieux, jamais noirs. Ce sont les derniers aliments et non ceux des repas de la veille ou de l'avant-veille qui sont rendus. D'ailleurs l'appétit est nul, et la répugnance pour la nourriture telle, qu'il lui suffit de prendre à la main une tasse de bouillon ou de voir un peu de viande dans une assiette pour éprouver de violentes nausées. On peut donc regarder comme nul pour l'alimentation ce qu'il a ingéré depuis quinze jours. Aussi sa maigreur était-elle extrême. La région épigastrique, notamment, est si déprimée, qu'il est facile de s'assurer qu'il n'y existe aucune tumeur. La palpation de cette partie ne réveille aucune douleur, mais provoque un sentiment de défaillance et des nausées. La paroi abdominale est appliquée en arrière contre la colonne vertébrale et les fosses iliaques, la percussion ne révèle de gaz nulle part, et l'on ne sent aucune matière dure dans l'estomac. Inutile d'ajouter que le malade ne va pas du tout à la selle.

B... rapporte ses troubles digestifs, aux violents maux de tête dont il a été atteint simultanément. Cette céphalalgie est continue; elle le prive de tout sommeil, et occupe le front au niveau des régions sus-sourcillières où elle est comme inscrite par le plissement transversal des téguments et le rapprochement forcé des sourcils. La pression sur les trous sus-orbitaires ne l'exaspère pas. La présence de cette céphalée appelait naturellement nos investigations sur l'état des fonctions cérébro-spinales.

L'intelligence est nette, bien que la mémoire soit un peu diminuée au dire du sujet et ainsi que nous nous en sommes assurés. Il n'existe aucun trouble de la vision ou de l'ouïe. L'hésitation de la parole déjà notée est antérieure à la maladie actuelle. La déglutition et les fonctions du palais sont normales. La sensibilité générale et tactile des téguments, est normale. La miction est régulière. Le malade n'éprouve aucun fourmillement, aucun élancement, aucune contracture dans les extrémités.

La démarche a fixé un instant notre attention, mais ce qu'elle a de particulier dépend de l'extrême affaiblissement des forces. Lorsqu'il marche, en effet, il oscille à droite et à gauche et trébuche; il écarte les jambes, les jette irrégulièrement de côté, et coordonne très-mal ses mouvements, surtout les yeux fermés. Toutefois le pied n'est pas projeté, la pointe en l'air, et lancé par un mouvement spasmodique, et il n'offre pas non plus d'entraînement latéral par moments.

Les restes de l'éruption se réduisent à peu de choses. Ce sont d'abord, sur le membre et le tronc, quelques taches brunes et de larges papules arrondies, à peine saillantes et recouvertes de squames minces, argentées, adhérentes à leur pourtour, et plus ou moins détachées au centre. Puis, dans la barbe et les cheveux, de grandes taches ou plaques confluentes non recouvertes de squames. L'aspect de cette éruption modifiée par la pommade au coalthar, sa couleur cuivrée rappelle aussi bien le posriasis que la syphilide. Ajoutons qu'elle ne démange pas actuellement et que les genoux, les coudes et la paume des mains en sont exempts.

Rien à la gorge ou à l'anus. Rien à la surface des clavicules et le long des tibias. Pas de douleurs ostéocopes. En revanche on sent immédiatement derrière les oreilles et s'appuyant sur le crâne deux ou trois petits ganglions gros et durs.

Le cœur, les poumons, le foie, les urines, examinés ne présentent rien d'anormal à noter.

Traitement : une pilule de protoiodure de mercure de 5 centigr., additionné de 5 milligr. de sulfate de morphine. Iodure de potassium, 75 centigr., additionné de 5 milligr. de sulfate de morphine. Eau de quassia amara.

Le 20 février. La pilule a été gardée et la solution vomie. La morphine de celle-ci est portée à 1 centigr. Vésicatoire volant à la nuque, dans la pensée que les vomissements dépendent de la même lésion que la céphalalgie.

Le 23. La pilule et la potion ont été également vomies, ainsi que les aliments et les boissons, quelle que soit la petite quantité qu'on ait administrée à la fois. Sulfate de morphine, 3 centigr. en dix pilules à prendre d'heure en heure. Quarts de lavements de bouillon, cinq par jour, additionnés de 50 centigr. de pepsine chaque. Eau de Seltz par cuillerées, glace par fragments.

Le 25. Aucun résultat. Le traitement spécifique et la morphine sont supprimés et remplacés par de la teinture de noix vomique, deux gouttes répétées deux fois dans la journée.

Le 26. Dix gouttes de teinture en cinq fois.

Le 1er mars. Le malade vomit autant. Je renonce à administrer quoi que ce soit par l'estomac. Quarts de lavements *ut supra* de bouillon, de jus de viande, de vin et d'œufs battus. Bichlorure de mercure, 1 centigramme, également en lavement. Glace pour tromper la soif.

Le 2 et le 3, 2 centigr. de bichlorure; le 4 et le 5, 3 centigr. en un seul lavement qui heureusement est gardé indéfiniment.

Le 6. Les vomissements de six ou sept fois sont descendus à trois ou quatre par jour, mais s'opèrent spontanément. La faiblesse est arrivée au point qu'il ne peut se tenir debout un instant. Au moindre mouvement dans le lit il est pris d'étourdissements, de défaillances et de nausées. Hier, il a eu une syncope prolongée et il redoute considérablement d'en avoir d'autres. L'amaigrissement a atteint un degré inexprimable. Les téguments sont pâles, secs et froids, le pouls petit et fuyant sous le doigt, le nez effilé, les orbites excavées, la voix un peu voilée. La peau semble collée aux tempes, le tissu adipeux paraît absent partout, les muscles sont mous et comme atrophiés, et la saillie même des adducteurs fémoraux est inappréciable. Les veines du dos de la main sont aplaties et exsangues. — Je crois devoir prévenir la famille que la mort est à craindre par syncope.

Le 9. Il y a du mieux. L'éruption s'efface davantage. Les vomisse-

BIBLIOGRAPHIE.

Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1),

par M. Claude BERNARD.

La médecine est-elle une science? et, si elle ne l'est pas encore, est-on en droit d'espérer qu'elle le deviendra quelque jour? Telle est, aujourd'hui surtout, la question qui se pose sans cesse devant le médecin et s'impose à son esprit; question si difficile à résoudre qu'elle épouvante ceux-là mêmes dont la réflexion constante est tournée de cet unique côté; problème si obscur encore et si compliqué qu'il décourage presque l'observateur assez hardi pour en entreprendre la solution. Sûr d'avance d'être peu écouté, bien plus sûr encore de n'être pas suivi par la foule, certain d'un autre côté qu'il ne peut pas à lui seul mener son œuvre à bonne fin, et qu'il trouvera difficilement un continuateur intelligent et laborieux, il peut redouter, et avec raison, de se lancer dans une voie au bout de laquelle il ne trouvera pour toute récompense que ce jugement : *C'était un utopiste.*

Un utopiste, celui qui, mû par un grand amour de la science et de l'humanité, cherche à être utile à l'une et à l'autre! Un utopiste, celui qui voudrait faire rentrer dans des lois précises et certaines une science imparfaite qui marche au hasard! Un utopiste, celui qui, au lieu d'abandonner la vie de ses semblables aux inspirations plus ou moins heureuses d'un artiste habile ou ignorant, épuise sa vie à chercher les lois réelles de la maladie, pour en faire sortir, par un traitement rationnel, le retour à la santé! Un utopiste, eh bien! soit. L'utopie est au moins noble et généreuse, tandis que la réalité contraire pourrait bien être tout simplement impuissance et paresse.

L'auteur du livre que nous analysons ici, M. Claude Bernard, est donc un utopiste et un rêveur; il ne s'en doutait peut-être pas, mais il faut bien qu'il passe condamnation sur ce point. Nos lecteurs ne seront sans doute pas fâchés de connaître ce rêve intitulé : *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale,* et nous pouvons leur certifier d'avance qu'ils auront rarement lu un livre aussi fortement conçu, aussi élevé, aussi clair, et portant avec lui plus d'instructions utiles et d'enseignements pratiques.

Il ne s'adresse pas seulement aux médecins, bien qu'il soit spécialement écrit pour eux; tout homme désireux de bien connaître les voies de la science en général, le lira avec le plus grand fruit, et il apprendra tout d'abord quelles sont les conditions qui font le vrai savant. Il y a quelques années, on donnait à de tels livres le titre un peu trop prétentieux et fort mal appliqué de *Philosophie* de telle ou telle science. Beaucoup d'auteurs n'auraient peut-être pas hésité à appeler celui-ci *Philosophie de la médecine expérimentale;* mais M. Claude Bernard n'est pas de ces hommes qui se payent de mots; il va droit au fond des choses, désireux par-dessus tout de ne pas édifier un système, et ne cherchant que la vérité et la méthode qui peut la faire découvrir.

M. Bernard croit que la médecine deviendra une véritable science, avec ses imperfections sans doute et ses *desiderata,* comme toutes les autres sciences; mais il ne veut plus qu'elle soit abandonnée à l'empirisme et que le médecin ne soit qu'un artiste. Les lecteurs se souviennent peut-être que nous avons nous-même développé ici des idées analogues dans notre étude sur le *vitalisme* et l'*organicisme.* M. Bernard n'accepte pas davantage, comme instrument scientifique, ce que beaucoup de médecins, plus vaniteux qu'instruits, désignent sous le nom de *tact médical.*

« A côté de ces médecins, dit-il, qui nient la science médicale en admettant qu'on ne peut rien savoir de positif, il en est d'autres qui la nient par un procédé contraire, en admettant qu'on apprend la médecine sans savoir comment, et qu'on la possède par sorte de science infuse qu'ils appellent le *tact médical.* Sans doute, je ne nie pas qu'il puisse exister en médecine, comme dans les autres sciences pratiques, ce qu'on appelle le *tact* ou le *coup d'œil.* Tout le monde sait que l'habitude peut donner une sorte de connaissance empirique des choses capable de guider le praticien, quoiqu'il ne s'en rende pas toujours exactement compte au premier abord. Mais ce que je blâme, c'est de rester volontairement dans cet état d'empirisme et de ne pas chercher à en sortir. Par l'observation attentive et par l'étude, on peut toujours arriver à se rendre compte de ce que l'on fait, et parvenir par suite à transmettre aux autres ce que l'on sait. »

Quant au vitalisme, notre auteur ne professe pas pour lui beaucoup plus d'estime que nous-même, et il le classe parmi ces illusions qui ne peuvent qu'enrayer la marche de la science et conduire à une véritable superstition médicale. Le vitaliste se paye d'un mot qui ne sert uniquement qu'à voiler son ignorance et à encourager notre paresse.

Il est également absurde d'admettre les maladies dites essentielles ou sans lésion, car c'est tout simplement admettre un effet sans cause. Quant aux *faits exceptionnels* qui forment le bagage scientifique de tant de médecins du plus grand renom, M. Bernard les repousse d'une façon absolue :

« Je dis que le mot *exception* est antiscientifique; en effet, dès que les lois sont connues, il ne saurait y avoir d'exception, et cette expression, comme tant d'autres, ne sert qu'à nous permettre de

(1) Un vol. in-8°, chez J. B. Baillière.

ments proprement dits sont plus rares et consistent plutôt en régurgitation aqueuse. Un peu de vin d'Alicante et d'eau de Seltz ont été supportés. La céphalée n'a pas varié. Le bichlorure n'ayant déterminé ni coliques, ni insalivation jusqu'à ce jour, est porté à 5 centigr. Vésicatoire volant à l'épigastre.

Le 10. Pour la première fois depuis quarante jours il n'a pas eu de vomissements, quoiqu'il ait avalé dix bols de viande crue mélangée de pepsine. Les régurgitations aqueuses en revanche sont plus fréquentes. Le lavement au bichlorure ayant été rendu après quelques coliques, je le remplace par des frictions à l'onguent napolitain dans les aines et les aisselles; 6 grammes par jour.

Le 11. Un vomissement. Frictions mercurielles, plus 50 centigr. d'iodure de potassium en lavement.

Le 12. Pas de vomissement. La viande crue lui répugne, et il y renonce. Quarts de lavements alimentaires *ut supra*. L'iodure est élevé à 1 gramme.

Le 13. Un vomissement, parce qu'il a voulu manger des haricots verts. L'éruption ancienne a entièrement disparu sur les membres et le tronc, et est presque effacée au cuir chevelu. La céphalalgie est moins continue. Iodure de potassium, 1 gr. 50.

Le 20. Il a pris quelques œufs crus battus.

Le 24. Plus de vomissements depuis cinq jours. Eau de Saint-Galmier, vin de Bordeaux, côtelettes. Néanmoins on continue les lavements alimentaires et à l'iodure de potassium, qui progessivement a été porté jusqu'à 4 grammes aujourd'hui : mouches de Milan aux tempes contre la céphalée.

Le 29. Depuis trois jours l'appétit est considérable et les régurgitations aqueuses se sont seules produites. Hier et aujourd'hui, selles copieuses et naturelles, les premières depuis six semaines. Les lavements alimentaires sont supprimés.

Le 3 avril. Les digestions se font passablement. Il mange à sa guise, c'est-à-dire énormément et de tout ce qui lui plaît. Les forces renaissent, il se lève. Mais un nouveau symptôme apparaît. Ce sont, çà et là sur les membres, des vésicules isolées et opalines, des papules petites et rosées, entremêlées et quelques-unes surmontées de vésicules et de taches érythémateuses qui démangent beaucoup.

Le 5. B... s'est promené vingt minutes sur le devant de sa porte.

Le 8. Il a fait une lieue environ à pied. Le défaut de coordination remarqué dans les actes de locomotion a disparu, il marche droit, avec sûreté et précision, les yeux ouverts ou fermés. La céphalée a presque disparu. La gastrorrhée également. Les digestions sont laborieuses, parce que B... est insatiable et mange de tout et à l'excès. La graisse reparaît; le ventre a repris sa forme arrondie; les veines de la main, exsangues il y a un mois, sont gonflées et bleues; la constipation remplace les selles quotidiennes de ces jours derniers.

En compensation de cette amélioration confirmée, l'éruption récente a fait des progrès, notamment à la face. C'est, en quelques endroits, la forme sèche de l'eczéma qu'on a appelé eczéma fendillé. En d'autres endroits, la surface est d'un rouge plus ou moins vif et donne plus ou moins de sérosité opaline ou louche. Le démangeaison est partout considérable, spécialement vers le soir. Traitement : les frictions mercurielles et les lavements, l'iodure de potassium sont remplacés par le sirop de Boutigny modifié de façon que le sujet prenne par jour environ 1 gramme d'iodure de potassium, moins d'un centigramme de biodure de mercure et 4 milligrammes d'arséniate de soude.

Le 28, il n'est plus question d'aucun des symptômes pour lesquels je fus appelé. Les fonctions digestives s'exécutent mieux qu'à aucune époque depuis dix ans. L'affection dartreuse appelle seule l'attention. Disséminée sur toute l'étendue du corps et principalement au cou et à l'un des bras, elle consiste en plaques diffuses ou circonscrites d'eczéma simple, de lichen ou des deux mélangés. Au côté droit de la face, l'eczéma revêt le caractère impétigineux, c'est-à-dire que la sérosité exalée est un peu purulente et que les croûtes y sont sales, jaunâtres et humides. — Le sirop de Boutigny modifié est supprimé. Bains d'amidon. Cataplasmes de fécule de pommes de terre sur les parties enflammées. Poudre d'amidon sur les parties simplement humides.

Le 6 mai, l'eczéma s'étend à des parties de la face et du cuir chevelu jusqu'ici respectées. Eau de Vichy des Célestins tous les soirs et aux repas. Eau de Birmenstorff, un verre tous les matins.

Le 10, la santé générale demeure excellente, mais l'eczéma généralisé persiste.

Cette observation est intéressante à deux titres principalement : l'un thérapeutique, l'autre lié à des questions de doctrine. Relativement au premier, nous voyons un individu être atteint de chancre dont la cicatrice gaufrée est encore visible trois mois après. Une éruption papuleuse généralisée, couleur chair de jambon d'York se produit au deuxième mois. M. Bazin reconnaît immédiatement une syphilide des mieux caractérisées et sur laquelle, nous a-t-il dit, aucun doute n'est possible. Effectivement cette syphilide et de plus une céphalée et des vomissements qui se sont montrés peu après disparaissent dès que l'on parvient à faire passer dans l'organisme les médicaments dits spécifiques. Mais la difficulté fut de les y introduire, et là est l'intérêt principal de cette observation.

Aliments solides, boissons, médicaments, tout était rejeté depuis trois semaines. A la seule pensée d'un aliment, au moindre mouvement, au moindre attouchement de l'épigastre, les vomissements revenaient. Le sujet arrivé au dernier degré de faiblesse et de marasme allait périr d'inanition. C'est alors que, renonçant entièrement à l'estomac, j'eus recours au rectum. Pendant trente jours, l'alimentation se borna à cinq ou six lavements quotidiennement, de bouillon, de jus de viande, de vin, d'œufs battus additionnés de pepsine. Pendant trenteneuf jours, le bichlorure de mercure à des doses que l'estomac n'eût sans doute pas supportées en l'état de santé, et l'iodure de potassium à doses également élevées, furent administrés en lavements. Le dixième jour seulement et à la dose de 5 centigrammes, le bichlorure détermina des coliques et fut expulsé; on le remplaça par des frictions mercurielles dans les plis articulaires. Bref, les symptômes diminuèrent à mesure que la dose des spécifiques fut élevée et finalement disparurent.

Ce résumé n'a pas besoin de commentaires. La rapidité de la guérison est la confirmation du diagnostic posé par l'une de nos autorités en matière de syphilis. Le procédé d'alimentation et de médication suivi n'est pas nouveau, mais je ne sache pas qu'il ait été appliqué aussi complétement et avec un aussi plein succès.

Remarquons en passant l'addition que j'ai faite de pepsine aux lavements alimentaires dans le but de favoriser la transformation et l'absorption des matières albuminoïdes; et les doses élevées de bichlorure absorbées par le rectum sans la moindre menace d'insalivation. Le praticien y verra, sans doute, un encouragement à recourir, même dans des cas ordinaires, à ce procédé pour administrer le sublimé et l'iodure de potassium, qui, le premier passé 2 centigr. et le second vers 4 grammes, sont parfois si préjudiciables aux fonctions stomacales.

L'autre point sur lequel je dois m'arrêter est l'apparition d'un eczéma au fur et à mesure de la disparition des symptômes digestifs et cérébraux.

Le sujet, de constitution herpétique ainsi que sa fille, avait une dartre au menton depuis un mois lorsque survint son chancre. La vérole donc n'a pas été la cause initiale de l'éclosion de la diathèse. Cette dartre cependant demeurait sans importance, lorsque deux mois après, coïncidant avec la guérison radicale des accidents secondaires, on vit survenir partout le corps une éruption d'eczéma et de lichen mélangés. La vérole donc, sinon la médication employée, a agi comme cause déterminante de cette manifestation nouvelle.

On ne saurait invoquer la métastase : personne n'admettra que la syphilis puisse disparaître des viscères pour se jeter à la peau sous forme d'une dartre proprement dite.

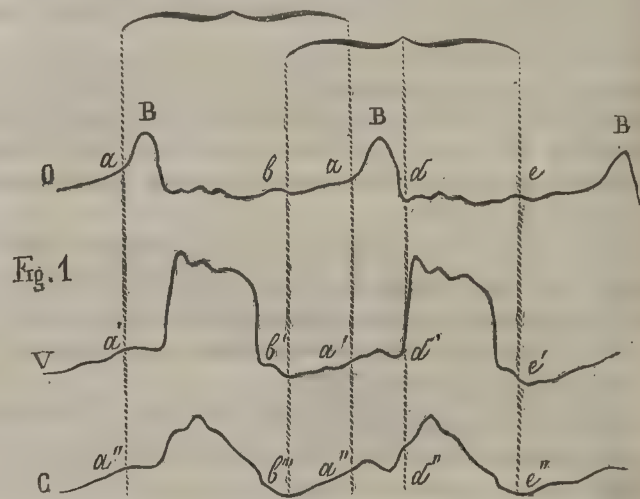
Bornons-nous pour le présent à constater le fait, savoir : le développement rapide et imprévu d'un eczéma généralisé au fur et à mesure de la disparition de vomissements incoercibles et d'une céphalée tenace traités par les antisyphilitiques. Quelle que soit l'interprétation personnelle de chacun des membres de la Société, le phénomène n'en reste pas moins curieux et exceptionnel. Il montre l'association de deux diathèses, la syphilis et l'herpétisme, et fait comprendre comment l'arsenic, entre les mains des praticiens, a pu aider à la guérison de syphilides rebelles.

RECHERCHES SUR LA CIRCULATION CARDIAQUE chez le cheval,

Par M. le Dr Judée.

MM. Chauveau et Marey, au moyen de leur sphygmographe, ont obtenu trois courbes. Pour ce qui est des deux premières, je n'ai aucune observation à faire sur elles; je les regarde comme l'expression exacte des différentes pressions auxquelles sont soumises les ampoules placées soit dans les oreillettes, soit dans les ventricules; tout à l'heure, je me servirai même de leur tracé pour expliquer comment j'entends la circulation du sang dans le cœur du cheval; quant à la troisième, je me permettrai, jusqu'à preuve du contraire, d'élever quelques doutes sur sa complète exactitude. Il est vrai que, jusqu'à présent, je n'ai pas eu à ma disposition des chevaux pour répéter les expériences de ces messieurs, mais j'ai été à même d'observer comment les choses sont disposées chez les lapins et surtout chez les bœufs, dont je suis allé étudier la disposition anatomique générale dans les abattoirs, et il m'est difficile d'admettre qu'une ampoule, placée entre les parois thoraciques et celles du cœur, puisse être convenablement impressionnée de façon à donner des résultats bien positifs. Du reste, je n'affirme rien, je pose seulement au sujet de la valeur de cette dernière courbe un simple point d'interrogation.

Ces faits étant bien établis, je vais essayer de faire comprendre comment j'entends la circulation du sang dans le cœur du cheval, ainsi qu'on le verra; quoique me servant des données fournies par MM. Chauveau et Marey, ma façon de voir s'éloignera assez de celle de ces deux habiles physiologistes. Mes expériences sur les grenouilles ont mis, selon moi, hors de doute ce fait : que la révolution cardiaque que l'on fait ordinairement commencer par la systole ventriculaire débutait par sa diastole; de sorte qu'au lieu de la faire commencer sur le tracé de MM. Chauveau et Marey en a et a' (Fig. 1), je les



fais commencer en b et b'; il en résulte que le temps employé par la contraction de l'oreillette et la dilatation du ventricule, se trouve représenté, dans ces conditions, par l'espace compris entre b et d, b' et d'; pendant ce temps, il est facile de voir, d'après ce même tracé que l'oreillette et le ventricule se remplissent tout naturellement, sans qu'aucun phénomène se produise d'abord; seulement, au moment où le ventricule est plein, l'oreillette, afin de pouvoir pousser une nouvelle quantité de sang dans le ventricule, se contracte, ce qui détermine l'ascension de la première courbe en B. Immédiatement après cette contraction, qui termine pour moi le premier temps, survient la contraction du ventricule, contraction brusque et forte, ainsi que le démontre l'ascension directe et considérable de la courbe ventriculaire, et durant, comme sa dila-

---

parler de choses dont nous ignorons le *déterminisme*. On entend tous les jours les médecins employer les mots : *le plus ordinairement, le plus souvent, généralement*;.. j'ai entendu de vieux praticiens dire que les mots *toujours* et *jamais* doivent être rayés de la médecine... Mais certains médecins semblent raisonner comme si les exceptions étaient nécessaires; ils paraissent croire qu'il existe une force vitale qui peut arbitrairement empêcher que les choses se passent toujours identiquement; de sorte que les exceptions seraient des conséquences de l'action même de cette force vitale mystérieuse. Or il ne saurait en être ainsi; ce qu'on appelle actuellement exception est simplement un phénomène dont une ou plusieurs conditions sont inconnues; et si les conditions des phénomènes dont on parle étaient connues et déterminées, il n'y aurait plus d'exceptions, pas plus en médecine qu'en toute autre science. » Nous ne saurions trop recommander ces paroles si profondes et si sensées aux méditations de certains professeurs de pathologie, s'ils sont capables de méditer encore.

La préoccupation constante de M. Bernard est justement celle-ci : A quelles conditions et par quelle voie la médecine peut-elle devenir une science certaine et fixe? Selon lui, la vraie base de la médecine, c'est la physiologie expérimentale; c'est par l'expérience seulement qu'on peut et qu'on doit arriver à constituer la science médicale. Le seul *criterium* des sciences, en général, c'est l'expérimentation; il ne peut pas y en avoir un autre en médecine. Chez les êtres vivants, comme dans les corps bruts, les conditions de tout phénomène pouvant être déterminées, c'est à chercher ce *déterminisme* que le vrai médecin doit consacrer toutes ses forces et tout son talent. Aussi M. Bernard ne veut-il pas qu'on se laisse arrêter par cette banalité si souvent invoquée : *ceci est un fait, et on ne peut aller contre les faits*. Au contraire, « si un phénomène se présentait dans une expérience avec une apparence tellement contradictoire qu'il ne se rattachât pas d'une manière nécessaire à des conditions d'existence déterminées, la raison devrait *repousser le fait* comme un fait non scientifique. Il faudrait attendre ou chercher par des expériences directes quelle est la cause d'erreur qui a pu se glisser dans l'observation. Il faut, en effet, qu'il y ait eu erreur ou insuffisance dans l'observation; car l'admission d'un fait sans cause, c'est-à-dire indéterminable dans ses conditions d'existence, n'est ni plus ni moins que la négation de la science. De sorte qu'en présence d'un tel fait, un savant ne doit jamais hésiter; il doit croire à la science et douter de ses moyens d'investigation. »

Et maintenant, quelles sont les qualités de l'expérimentateur, et par quels moyens peut-il arriver à son but. M. Bernard s'étend très-longuement sur ces deux points; ne pouvant analyser complétement un tel livre, si serré qu'il se prête difficilement à une analyse, nous allons nous contenter de résumer quelques-unes des idées fondamentales, engageant très-vivement le lecteur à lire et à méditer l'ouvrage du savant professeur.

L'expérience, en médecine comme partout, se complète par une comparaison, par un jugement. Il y a donc deux choses à considérer dans la méthode expérimentale : 1° l'art d'observer des faits exacts au moyen d'une investigation rigoureuse; 2° l'art de les mettre en œuvre au moyen d'un raisonnement expérimental afin d'en faire ressortir la connaissance de la loi des phénomènes. La médecine est tout à la fois une science d'observation et d'expérimentation, mais elle ne sera jamais complète tant qu'elle ne se basera sur l'observation seulement. L'expérimentateur doit être libre de toute idée préconçue devant laquelle il ferait plier les faits; ceux-ci doivent être non pas le point de départ, mais la démonstration de la théorie.

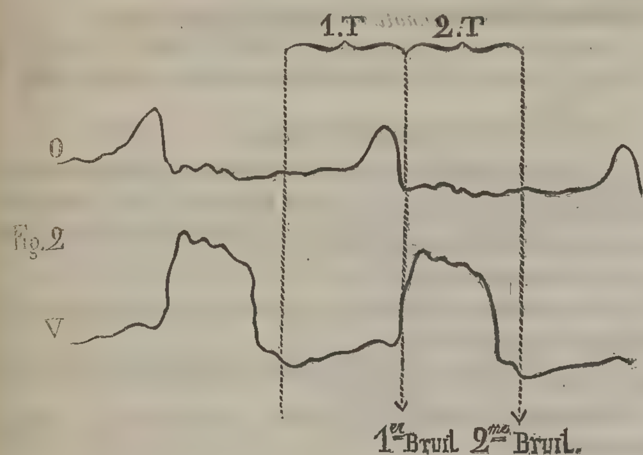
Le point de départ d'une découverte, c'est l'idée scientifique; elle ne saurait s'enseigner, mais ce qui s'enseigne, c'est la méthode qui féconde l'idée et permet à l'expérimentateur de ne pas s'égarer. L'expérimentateur doit douter et fuir les idées *à priori*; si le scepticisme est impuissant et malsain, le doute philosophique laisse à l'esprit sa liberté et son initiative. « Il ne faut croire à nos observations, à nos théories que sous bénéfice d'inventaire expérimental. » Toutes les théories, actuellement vraies dans l'état de la science, sont toujours plus ou moins fausses, puisqu'elles se modifient et se transforment au fur et à mesure des nouveaux progrès de la science. « L'expérimentateur veut arriver au *déterminisme*, c'est-à-dire qu'il cherche à rattacher à l'aide du raisonnement et de l'expérience, les phénomènes naturels à leurs conditions d'existence, à leurs causes prochaines. Il arrive par ce moyen à la loi qui lui permet de se rendre maître du phénomène. Toute la philosophie se résume en cela : *Connaître la loi des phénomènes*. Tout le problème expérimental se réduit à ceci : *Prévoir et diriger les phénomènes*. »

M. Bernard traite ensuite presque exclusivement des principes et des moyens spéciaux d'expérimentation sur les êtres vivants. Il établit qu'à l'encontre de ce que disent beaucoup de médecins, la spontanéité des corps vivants ne s'oppose nullement à l'expérimentation. La force vitale, disent les vitalistes, domine et dirige la vie et est en opposition constante avec les lois physico-chimiques. Cela est inexact et il est facile de s'en assurer chez les animaux inférieurs. En établissant que les phénomènes physiologiques des organismes supérieurs se passent dans des milieux organiques intérieurs et qu'ils en sont en quelque sorte la résultante, M. Bernard a beaucoup simplifié le problème et l'a presque élucidé. Malheureusement nous ne pouvons qu'indiquer ici cette idée vraiment capitale, et renvoyer à ce que dit l'auteur sur le *milieu intérieur*, le *milieu extérieur* des animaux supérieurs, et l'action de celui-ci sur celui-là.

Nous sommes obligé de nous arrêter sans pouvoir analyser comme

tation, un certain temps. Cette durée, à peu près égale à celle du premier temps est représentée dans la fig. 1 par l'espace compris entre *d* et *e*, *d'* et *e'* et constitue le *second temps*. Les points *d'* et *e'* marquent de plus les instants où se produit le jeu des valvules et, par conséquent, celui où ont lieu les bruits que l'on observe dans le cœur; d'après cela, on voit que ces bruits ne se produisent pas, comme on le croit généralement, ni pendant le premier temps ni pendant le second, mais bien entre chacun de ces deux temps, ce qui n'est pas la même chose; on pourrait dire encore que le premier bruit précède le deuxième temps, tandis que le second termine ce même temps.

Quant à l'origine de ces bruits, je n'en dirai que quelques mots, ne la regardant pas comme entrant d'une façon absolue dans la question que j'ai entrepris de résoudre. Je crois qu'ils sont dus à trois causes principales : 1° au redressement instantané des valvules; 2° au passage brusque du sang d'une cavité dans une autre plus rétrécie; 3° enfin, au choc en retour de ce même liquide contre les parois des valvules sigmoïdes.



De tout ce qui précède, il résulte (Fig. 2) que, si l'on compare les bruits que l'on entend dans le cœur du cheval, en appliquant son oreille sur la poitrine, à une mesure à trois temps; pour moi, ce que l'on est convenu d'appeler *grand silence* représenterait le premier temps de la mesure, c'est-à-dire le temps pendant lequel le ventricule se remplit et à la fin duquel l'oreillette se contracte; le deuxième temps serait représenté par le jeu des valvules, déterminant à sa manière le premier bruit; le troisième par le même jeu des valvules et le choc du sang contre leurs parois donnant lieu au deuxième bruit du cœur. Entre le premier et le second bruit, je placerai le *petit silence* constituant en grande partie le temps nécessaire au ventricule pour chasser le sang, soit dans l'aorte, soit dans l'artère pulmonaire, temps pendant lequel il ne se produirait aucun bruit à l'état normal.

Pour en finir avec la circulation du sang dans le cœur du cheval, il ne me reste plus qu'à parler de la troisième courbe obtenue par MM. Chauveau et Marey. En commençant, je me suis permis de lever quelques doutes sur sa complète exactitude, malgré cela, pour le moment, j'ai accepté en partie les conséquences, et, contrairement à ce que j'ai observé chez les grenouilles, je place comme ces physiologistes, le battement du cœur dans le second temps; seulement, au lieu de me borner à reconnaître qu'il se produit pendant ce temps, je précise et je dis qu'il a lieu pendant le premier bruit, au moment où le premier temps finit, et où le second commence. Et ce que je tiens à noter, c'est que la troisième courbe de ces messieurs, semble indiquer elle-même ce fait; car, c'est au point correspondant au début de la contraction ventriculaire (Fig. 1) qu'elle s'élève davantage pour s'abaisser ensuite de plus en plus, à mesure qu'elle s'éloigne de ce point de départ.

Du reste, je m'empresse de le reconnaître, c'est le seul point dans la circulation cardiaque chez le cheval sur lequel je n'ai point encore l'idée bien arrêtée. Tout cela tient, je le répète, à l'incertitude qui règne encore dans mon esprit sur la valeur que l'on doit attacher à cette troisième courbe; peut-être que si j'avais été à même d'assister aux expériences de MM. Chauveau et Marey, il n'en serait pas ainsi, mais, jamais ce cas ne s'est présenté encore, bien que je déclare avoir plusieurs fois essayé de le faire naître.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi à l'intérieur de l'acide chlorhydrique dilué dans les formes chroniques de la goutte.

Le docteur Duncan, après avoir inutilement expérimenté tous les médicaments qui ont été préconisés dans le traitement de la goutte, eut recours à l'acide chlorhydrique.

Voici les raisons qui le conduisirent à cet essai thérapeutique :

L'acide chlorhydrique, étant un élément important du suc gastrique, favorise l'assimilation des aliments; de plus, il empêche la formation en excès de l'acide urique.

Le traitement proposé par le docteur Duncan consiste à prendre 30 grammes de la mixture suivante, toutes les trois heures :

Acide chlorhydrique dilué	8	grammes.
Teinture composée de cardamome.	8	—
Infusion amère	250	—

Prévenir la production exagérée de l'acide urique par une bonne assimilation, tel est l'objet de ce traitement. On sait que les alcalins n'agissent, au contraire, dans la même maladie qu'en neutralisant l'acide urique et en favorisant son élimination par les urines.

Le docteur Duncan a employé ce traitement chez plusieurs malades, et il prétend en avoir retiré de grands avantages.

(*Dublin quarterly journal of medical science.*)

Du rhumatisme articulaire et de son traitement par les vésicatoires.

Jusqu'ici le vésicatoire n'a guère été appliqué dans le rhumatisme articulaire aigu, que vers la fin de la maladie, lorsque les phénomènes généraux ayant cessé et la fluxion inflammatoire paraissant éteinte, il reste dans quelques articulations des troubles (douleurs sourdes, un peu d'hydarthroses), qui tardent à disparaître complétement.

En 1850, M. Dechilly, médecin, à Vaucouleurs, préconisa le premier l'application de larges vésicatoires, sur toute l'étendue des articulations pendant la période la plus aiguë de l'affection rhumatismale. C'est ainsi qu'il plaça jusqu'à treize vésicatoires mis en six fois, soit sur des articulations, soit sur des gaines tendineuses; quatorze observations furent rapportées par l'auteur à l'appui de sa méthode.

Dans un rapport favorable présenté sur le Mémoire de M. Dechilly (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 665), Martin Solon cita trois faits où il avait employé ce traitement et obtenu des résultats favorables.

Cependant la méthode fut laissée de côté, et récemment en Angleterre on put considérer la médication dont nous parlons comme nouvelle. Herbert Davies, et avec lui plusieurs autres médecins, proposèrent de traiter le rhumatisme aigu par des vésicatoires appliqués dans le voisinage des jointures malades.

Il est un point sur lequel les auteurs anglais ont insisté, et qui n'avait pas été signalé par M. Dechilly, c'est que le traitement par les vésicatoires aurait le privilége d'empêcher l'apparition ou d'arrêter le développement des complications cardiaques, et cela, parce que l'affection articulaire guérit rapidement.

Le docteur Davies emploie uniquement le traitement local. Les vésicatoires sont appliqués non pas sur la jointure malade, mais auprès d'elle.

On pourrait croire que les douleurs sont excessives; mais il n'en est rien. Les malades demandent eux-mêmes qu'on applique de nouveaux vésicatoires lorsque les premiers n'ont pas suffi.

Suivant le docteur Davies, le sang n'est pas chargé de la matière morbifique rhumatismale; mais elle est déposée dans certains tissus qui ont temporairement de l'affinité pour elle. Dès lors, au lieu de donner les alcalins pour neutraliser le poison *acide*, cet auteur pense qu'il vaut mieux chercher à l'éliminer par des vésicatoires appliqués près des points où il est accumulé.

La méthode du docteur Davies a été expérimentée à Paris, par M. Lasègue. M. le docteur Fernet vient de résumer ces divers travaux, et de faire connaître les résultats des expérimentations entreprises à l'hôpital Necker.

Voici comment M. Lasègue procède : « Il fait appliquer à quelques centimètres au-dessus et au-dessous de la jointure malade, et dès l'apparition de la douleur, une bande d'emplâtre vésicant d'une largeur de quatre à six centimètres, et assez longue pour contourner le membre comme un bracelet ou comme une jarretière. Lorsque, comme à l'épaule, il n'est pas possible d'enrouler ainsi le vésicatoire, on circonscrit l'articulation entre deux bandelettes, qui se rejoignent et forment une espèce de cercle irrégulier.

« Le vésicatoire est enlevé au bout de cinq à six heures, qu'il ait ou non soulevé l'épiderme. On le panse avec de la ouate, sans aucune substance topique, et le pansement définitif n'est pas renouvelé.

« Les expériences ont porté sur une série de rhumatismes qu'on peut décomposer en trois types :

« 1° Rhumatisme articulaire sub-aigu, avec douleurs moyennes, fièvre peu intense datant d'un petit nombre de jours;

« 2° Rhumatisme articulaire aigu, de date également récente, avec tout l'appareil fébrile des formes franchement aiguës.

« 3° Rhumatisme rebelle, se reproduisant par accès, avec des intervalles de rémission incomplète, les accès accompagnant d'une recrudescence marquée des phénomènes fébriles. »

Les résultats obtenus ont été assez heureux pour engager les médecins français à suivre l'exemple de M. Lasègue.

(*London medical times and Gazette, janv., fév. et avril*, 1865.— *Archives générales de médecine, novembre* 1865.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 novembre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

Lithotritie. — M. CIVIALE présente un travail sur le *morcellement des grosses pierres dans la cystotomie*. (Nous publierons ce travail.)

M. GOFFRES présente l'analyse d'un ouvrage dont il a précédemment fait hommage à l'Académie, et dont il demande aujourd'hui l'admission au concours pour les prix de Médecine et de Chirurgie.

Cet ouvrage, intitulé : *Précis iconographique des bandages, pansements et appareils*, est envoyé à la Commission des prix Montyon, qui jugera si à cette époque de l'année il peut encore être admis au concours de l'année 1865 ou réservé pour celui de 1866.

M. LAURÈS (Cam.) adresse un supplément à ses *expériences sur les phénomènes d'absorption par la peau pendant le bain*. (Renvoi à la Commission des prix de Médecine et de Chirurgie, déjà chargée de l'examen de la première partie de ce travail, présentée le 28 mars dernier.)

MADEMOISELLE DANIEL envoie, de Cette, plusieurs flacons renfermant un médicament composé que son frère, M. Joseph Daniel, ancien médecin des armées, avait appliqué, dit-elle, avec grand succès, dans l'épidémie de choléra qui sévit à Cette en 1835.

On fera savoir à Mlle Daniel que l'Académie ne peut prendre en considération des médicaments dont on ne lui fait pas connaître la composition, et que, même quand cette composition lui est communiquée, l'envoi du remède en nature est encore superflu.

Un Mémoire de **M. FAUCONNET** sur le choléra-morbus, adressé par

---

ils le mériteraient les chapitres les plus importants de ce remarquable ouvrage. Celui qui traite des *conditions expérimentales relatives aux êtres vivants*, renferme les considérations les plus originales et les plus élevées, et c'est là surtout que M. Claude Bernard a pu exposer comment il conçoit la véritable médecine. Le paragraphe sur l'*anatomie pathologique*, un des plus remarquables du livre, mériterait une mention spéciale, et nous aurions sur ce point particulier, à faire quelques réserves. Par contre nous ne saurions trop approuver ce qui a trait à la *statistique médicale*, qu'il est impossible de juger avec plus de sens et avec un esprit plus scientifique.

Nous ne pouvons pas davantage, et nous le regrettons, parler du chapitre suivant, où, sous le titre général d'*Application de la méthode expérimentale à l'étude des phénomènes de la vie*, M. Cl. Bernard fournit des exemples d'investigation expérimentale physiologique, de critique expérimentale physiologique, et traite enfin de l'investigation et de la critique appliquées à la médecine expérimentale. Ce qui diminue nos regrets, c'est que le livre que nous venons d'analyser n'est qu'une *introduction* qui doit être prochainement suivie d'un nouvel ouvrage : *les Principes de médecine expérimentale*. Il nous sera facile de revenir alors longuement sur les points que nous n'avons fait qu'indiquer aujourd'hui.

Nous avons été très-heureux de rencontrer, dans le livre de M. Bernard, plusieurs des idées que nous professons sur la médecine et que nous lui avions peut-être empruntées sans nous en douter. Suivre les errements du passé, c'est s'exposer à rester dans un immobilisme médical aussi stérile que fâcheux; puisque les anciennes voies ne mènent à rien, il faut nécessairement, forcément en chercher de nouvelles, qui nous conduisent au but ou nous en rapprochent le plus possible; car la médecine, pas plus que les autres sciences, ne peut arriver à la vérité absolue. La pensée, sur ce point, de M. Bernard et la mienne, se trouve parfaitement formulée dans les lignes suivantes :

« Le problème du médecin expérimentateur (je dis, moi, de tout médecin) consiste donc à trouver le *déterminisme simple* d'un dérangement organique, c'est-à-dire à saisir le phénomène initial qui amène tous les autres à sa suite par un *déterminisme complexe*, mais aussi nécessaire dans sa condition que l'a été le déterminisme spécial. Ce déterminisme spécial sera comme le fil d'Ariane qui dirigera l'expérimentateur dans le labyrinthe obscur des phénomènes physiologiques et pathologiques, et qui lui permettra d'en comprendre les mécanismes variés, mais toujours reliés par des déterminismes absolus. » L'avenir de la médecine est là tout entier.

Dr H. MONTANIER.

Leçons sur les propriétés des tissus vivants,

par M. CL. BERNARD (1).

Ce second ouvrage de M. le professeur Bernard méritait, autant que le précédent, une longue analyse; le défaut d'espace me force à n'en faire en quelque sorte qu'une annonce. Les matières traitées sont d'une importance capitale et jamais peut-être, dans aucun de ses précédents travaux, l'éminent physiologiste n'avait montré plus de sagacité dans ses expériences, plus de logique dans ses déductions, un plus grand talent d'exposition et une érudition plus vaste. M. Bernard ne se vante guère de son érudition, il n'en fait point parade, bien au contraire, ce qui n'empêche pas qu'elle ne soit très-vaste et très-complète.

Ces *leçons sur les propriétés des tissus vivants*, où l'auteur passe en revue tous les tissus de l'organisme, l'élément contractile et le système musculaire, l'élément nerveux, les sécrétions, etc., où l'histoire de l'anatomie générale est traitée de main de maître, qui renferme les considérations les plus importantes sur *l'irritabilité* et où la théorie des *milieux extérieurs* et *intérieurs* ou *organiques* est exposée à fond, cet ouvrage, dis-je, qui peut servir de clef à l'*introduction* que nous avons analysée ci-dessus, doit être lu avec la plus grande attention et profondément médité.

Nous y renvoyons le lecteur, comme nous le renvoyons volontiers à tous les travaux de l'éminent professeur du collége de France. Non-seulement ils sont de nature à développer les qualités du véritable médecin, mais ils forment un tout qui l'enchaîne et se lie admirablement et doivent former les assises de la nouvelle médecine expérimentale.

Dr H. M.

(1) Un vol. in-8°. Paris, 1865, chez Germer Baillière.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, les maladies des dents et des oreilles, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, et un formulaire spécial pour chaque maladie, par MM. E. BOUCHUT et A. DESPRÉS. Première partie, A-H, 64-764 pag. avec 280 figures intercalées dans le texte. (La seconde et dernière partie est sous presse.) Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 47.

erreur à l'Académie de Médecine et transmis par cette Académie, est renvoyé à la Commission du prix Bréant, ainsi que les suivantes : 1° une Note adressée par un auteur qui annonce son travail comme se rattachant à un Mémoire sur le rhumatisme présenté au commencement de cette année, et portant son nom sous pli cacheté; 2° une Note de **M. LAFARGUE** sur le traitement des dartres ; 3° une Note sous pli cacheté, adressée directement à la Commission du legs Bréant ; 4° une Lettre de **M. PONS**; 5° une Lettre en anglais de **M. W. JENKINS.**

Sur les cas de mort par la foudre, et leur répartition suivant les sexes et suivant les lieux (Extrait d'une Note de **M. BOUDIN**). — Dans le cours de l'année 1864, le nombre des personnes qui ont péri en France par l'action immédiate de la foudre a été de 87, dont 61 du sexe masculin, 26 du sexe féminin. En 1863, ce nombre avait été de 103; dans la période de 1835 à 1864, il s'est élevé à 2,311 pour les 86 anciens départements. En ajoutant 120 décès, à raison de 4 par an, pour les trois nouveaux départements, on obtient, pour la France actuelle, pendant la période de 30 ans, un total de 2,431 décès par fulguration.

Nous croyons avoir démontré par un grand nombre de faits que le nombre des personnes blessées par la foudre est au moins quatre fois plus élevé que celui des personnes tuées *roide*, seule catégorie qui soit recensée par l'administration. Il résulterait de là que, de 1835 à 1864, le nombre total des victimes (*tués* et *blessés*) a dû s'élever à environ 12,000, ce qui donne une moyenne de 400 victimes par an.

Pendant la période dont il s'agit, le nombre proportionnel des personnes tuées a varié d'une manière notable selon les départements. Les plus maltraités ont été la Lozère, la Haute-Loire, les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, la Haute-Savoie; les plus épargnés: la Manche, l'Orne, l'Eure, la Seine, le Calvados.

La proportion des individus tués a été *trente-trois* fois plus élevée dans la Lozère que dans la Manche.

Suit un tableau offrant pour 1864 la répartition des 87 décès par fulguration; le résultat le plus saillant est que ces 87 cas, très-inégalement répartis entre les deux sexes, offrent seulement 26 femmes foudroyées pour 61 hommes.

De 1854 à 1864 inclusivement, on a, poursuit M. Boudin, compté 967 personnes tuées, dont 698 du sexe masculin, et 269 du sexe féminin. Il résulte de là que le sexe féminin ne figure que pour la faible proportion de 28 sur 100 victimes des deux sexes. Cette proportion n'atteint pas même 22 pour 100 en Angleterre.

Cette immunité relative ne saurait être attribuée à une prétendue fréquence plus grande des hommes dans les champs; car elle existe même en faveur des enfants âgés de moins de quinze ans, parmi lesquels nous avons constaté une proportion plus faible encore en faveur du sexe féminin, c'est-à-dire 16,6 pour 100. Ajoutons que dans un grand nombre de cas dans lesquels la foudre est tombée sur des groupes d'individus des deux sexes, il y a eu une immunité relative très-prononcée en faveur du sexe féminin. La cause de cette différence est donc à chercher.

M. CHAUVEAU prie l'Académie de vouloir bien admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail qu'il adresse sur la vaccine et la variole. (Renvoi à la future commission pour 1866.)

M. GIORDANO LORENZO adresse un mémoire écrit en italien et relatif à l'heureux emploi qu'on peut faire, suivant l'auteur, de diverses plantes pour calmer la douleur et pour combattre diverses maladies.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 août 1865. — Présidence de M. ABEILLE, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Sur la proposition de M. Caron, de répondre à l'invitation de la commission du congrès scientifique de Bordeaux, qui convoque les membres de la Société à prendre part à ses travaux, il est décidé que MM. Coursserant et Mallez recevront la mission officielle de représenter la Société à ce congrès.

M. MALLEZ, dans un rapport intéressant sur un *cas de fragmentation spontanée et expulsion de calculs vésicaux par l'eau minérale de Vittel*, par M. le docteur Patézon, médecin inspecteur, jette un coup-d'œil rapide sur l'action des lithontriptiques, action qui résulte plutôt de la formation et de l'élimination des graviers par la provocation d'une grande quantité d'urine qui les entraîne avec elle, que de leur dissolution.

Ici le calcul aurait été reconnu dans ses débris comme composé de noyaux uriques creux et entourés de couches calcaires ou phosphatiques, ce qui a pu favoriser son éclat sous l'influence de l'action de l'eau de Vittel.

En général, les remèdes dits lithontriptiques agissent en déterminant la diurèse alcaline, la poudre de M[lle] Stewens, composée de coquilles d'œufs et d'huîtres et autres remèdes, ne sont que cela. Sur les conclusions du rapporteur, la Société vote des remercîments à M. le docteur Patézon.

M. CARON cite un cas où, sous l'influence des bains électriques, il a obtenu l'élimination de trente grammes de débris lithiques en dix jours.

M. COURSSERANT. — Des cataractes adhérentes. L'incision verticale de l'iris, en haut, dans la kératotomie supérieure, prolongeant la pupille jusqu'aux procès ciliaires, permet, le lambeau cornéen étant préalablement abaissé, d'inciser largement la capsule dans toute l'étendue du canal pupillo-iridien. D'un autre côté, si, ce premier temps de l'opération terminé, le chirurgien a soin, au moyen d'une pression très-légère sur le globe, de faire saillir légèrement la lentille entre les lèvres de la solution de continuité de l'iris, le cristallin est facilement accessible à la pointe du kystitome qui, le portant ou le poussant doucement en haut et au dehors, lui communique un mouvement de progression supérieur en force à la résistance des adhérences qui tendent à la maintenir en place : que si, pourtant, ces adhérences étaient trop fortes, une double incision de l'iris triompherait, même dans des cas très-difficiles, de tous les obstacles qui s'opposent à la sortie du cristallin ; enfin la cataracte adhérente se complique-t-elle d'une oblitération complète de la pupille?

Par une excision de l'iris préalablement faite, quelque temps avant l'opération définitive, tout cas difficile et compliqué se trouvera transformé en une opération de cataracte ordinaire, dans laquelle le chirurgien pourra, à l'aide du kystitome ou de ciseaux appropriés, inciser les membranes, rendre la liberté au cristallin et l'extraire en le portant en haut et au dehors absolument *comme dans une opération* qui se présenterait *dans des conditions* normales.

Qu'il me soit permis, en terminant ces courtes réflexions, de rappeler à la Société que mon *procédé d'incision* verticale de l'iris, applicable à l'extraction de la cataracte, se trouve déjà mentionné dans les colonnes de nos procès-verbaux.

Le secrétaire annuel, D[r] DUPUY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Maximilien Lallour, docteur en médecine et en chirurgie de la Faculté de Paris, ex-chirurgien de la marine impériale, vient d'être appelé à la direction de l'établissement hydrothérapique de Serin, à Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Foillard, ancien conseiller général, ancien membre du jury médical de Saône-et-Loire, ancien maire de Romanèche-Thorins, décédé dans sa 81[me] année.

—La prochaine séance de la Société de médecine pratique aura lieu le jeudi, 7 décembre, à la mairie de la rue Sainte-Croix de la Bretonnerie.

Ordre du jour :

1° Des demandes en séparation de corps ou en nullité de mariage, pour cause d'aliénation mentale, par M. Legrand du Saulle;

2° Communications diverses.

—La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu le vendredi, 8 décembre.

Ordre du jour:

1° Observation de *rhumatisme viscéral,* par M. Hemey;

2° Rapport sur une observation de paralysie générale précédée de troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs, par M. Hayem;

3° Élection de deux membres titulaires.

—La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance *mercredi, 6 décembre,* à huit heures précises, du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, n° 20, où sont transférés les Sociétés savantes qui siégeaient à l'Hôtel-de-Ville.

Voici son ordre du jour :

1° Des maladies régnantes; *du choléra* et de son traitement, par les membres de la Société ;

2° D'un mode simple, rationnel et efficace d'assistance pour les aliénés, par M. le docteur Delasiauve ;

3° Traitement du chancre à son début, par M. le docteur Edmond Langlebert;

4° Élections annuelles.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par AMBROISE TARDIEU, doyen et professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. 3e édition, revue, corrigée et augmentée; 1 vol. grand in-18 de 935 pages. Prix 7 francs. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Nouvelle médecine des familles, à la ville et à la campagne, à l'usage des familles, des maisons d'éducation, des curés, des sœurs hospitalières, des dames de charité, et de toutes les personnes bienfaisantes qui se dévouent au soulagement des malades. Comprenant : les remèdes sous la main, les premiers secours en attendant le médecin et le chirurgien, l'art de soigner les malades et les convalescents, par le docteur A. C. DE SAINT-VINCENT. Un vol. in-18 jésus de 400 pages avec 134 figures. Cartonné, prix 3 fr. 50. Paris 1865, chez J.-B. Ballière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 15 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 6 DÉCEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a terminé hier ses travaux officiels, préliminaires obligés de sa séance publique annuelle; elle a entendu la fin du rapport sur les épidémies et le rapport sur la vaccine pour l'exercice 1864. M. Depaul a consacré la plus grande partie de son rapport à l'étude de la question pleine d'actualité de la vaccination animale. On se rappelle que cette question soulevée à l'occasion des faits d'inoculation de la syphilis par les vaccinations de bras à bras, a vivement préoccupé déjà l'Académie l'année dernière. On n'a pas oublié les communications importantes de M. le docteur Lanoix sur ce sujet. Ce sont ces communications et les intéressantes expériences qui en étaient l'objet, qui ont fourni à M. Depaul le texte principal de son rapport. Aussi M. le rapporteur a-t-il terminé en signalant d'une manière spéciale à M. le Ministre les généreux efforts, les sacrifices de temps et d'argent que s'est imposés avec un désintéressement au-dessus de tout éloge M. le docteur Lanoix, pour propager en France la pratique de la vaccination animale.

Nous nous associons sans réserve aux justes éloges que M. Depaul a décernés publiquement au nom de l'Académie à notre jeune et distingué confrère.

Après ces travaux officiels, M. le docteur Villemin, agrégé au Val-de-Grâce, a eu la parole pour lire un court extrait d'un mémoire sur la cause et la nature de la tuberculose. D'après les expériences auxquelles s'est livré M. Villemin, la tuberculose serait une affection spécifique, inoculable, et il faudrait la classer désormais dans la catégorie des maladies virulentes. Il faudrait avoir lu avec un grand soin la relation de ces expériences, ce que nous n'avons pu faire encore, pour se permettre de porter un jugement sur la valeur de ces propositions. La commission chargée d'examiner ce travail a là une occasion d'une étude intéressante et d'un utile contrôle. Espérons qu'elle ne la laissera pas échapper.

M. le président a annoncé la séance publique annuelle pour mardi prochain, dans la salle ordinaire des séances et à l'heure habituelle, 3 heures précises. L'ordre des lectures est arrêté comme il suit :

1° Rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1865, par M. Frédéric Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel.

2° Prix proposés pour les années 1866 et 1867.

3° Éloge de M. Villermé, par M. J. Béclard, secrétaire annuel.

A mardi prochain. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Des dons manuels in articulo mortis. — Le médecin peut-il se charger de remettre à un tiers des objets qu'il aurait reçus d'un mourant?

Une question neuve et très-originale vient de nous être posée par un honorable confrère du midi de la France, à l'occasion de la dernière épidémie cholérique. Un fonctionnaire public, âgé de cinquante ans, célibataire, ayant toujours eu peur du choléra, se mit au lit le 1er octobre dernier, glacé d'épouvante et se sentant mortellement atteint par le fléau. Il donna aussitôt à sa vieille domestique une somme d'argent, en lui transmettant ses dernières instructions, puis il pria son médecin de vouloir bien remettre à une personne qu'il lui désigna, différents bijoux et un portefeuille contenant des lettres, des billets de banque et des valeurs assez importantes. Le médecin fut intimidé et, n'ayant en vue qu'une bonne action à accomplir, il promit de rendre le service qui lui était demandé. Le cholérique mourut le lendemain, et quelques jours après notre confrère remplissait fidèlement la mission de confiance que lui avait léguée un mourant.

Assez peu familiarisé avec le Code, notre honorable confrère nous demande un avis, soumet à notre contrôle la conduite qu'il a tenue, et nous prie de vouloir bien lui dire s'il est *resté dans les termes de la plus stricte légalité*. Nous ne voulons pas décliner l'honneur qui nous est fait, et comme les mêmes circonstances peuvent se présenter de nouveau, nous désirons que notre réponse soit publique. Seulement, avant de discuter le fait principal qui donne lieu à cette note, il faut au préalable que nous exposions ici ce que l'on doit entendre par *donation entre-vifs* et *don manuel*.

L'article 931 du Code Napoléon est ainsi conçu :

« Tous actes portant donation entre-vifs seront passés devant notaires, dans la forme ordinaire des contrats, et il en restera minute sous peine de nullité. »

Dans le droit français, il n'existe que trois espèces d'actes, pour lesquels la forme notariée soit une indispensable obligation : la donation entre-vifs, le contrat de mariage et le contrat d'hypothèque.

Il y a toutefois des libéralités qui ne sont pas précisément des donations dans le sens légal du mot; il y a même des donations qui se font et restent valides, sans qu'il soit dressé d'acte notarié. Les tribunaux, par exemple, admettent très-bien que sans aucun acte, ni authentique, ni sous-seing privé, l'on puisse donner valablement de la main à la main des choses mobilières et notamment de l'argent. L'article 931, en effet, exige que tout acte portant donation soit notarié, mais il ne dit pas que toute donation devra être faite par acte notarié.

Réfléchissons un peu : il n'est évidemment pas besoin, à propos d'un don manuel, d'écriture authentique ou privée, puisque les objets se transmettent par la simple tradition; puisque la possession de bonne foi confère la propriété de ces objets, et puisque c'est du fait même de la mise en possession immédiate que résultent les droits du donataire. Donc, des sommes d'argent, des billets de banque, des bijoux, des bons payables à vue, des traites, actions, obligations et valeurs diverses négociables au porteur, peuvent valablement s'acquérir par la tradition, de la main à la main. Non-seulement, cette opinion sur la validité des dons manuels est admise par les plus éminents jurisconsultes, et entre autres, par Marcadé, mais encore elle est sanctionnée par de très-nombreux arrêts. Si nous insistons sur ce point, c'est que la légalité de ces répartitions *in extremis* pouvait peut-être, au premier abord, être mise en doute par quelques-uns de nos lecteurs.

Maintenant, le don manuel que fait un moribond est-il valable, bien que la mort soit imminente? oui, si le donateur est sain d'esprit. Sans doute, à ce moment suprême, la cupidité veille et une chance dangereuse est ouverte aux tentatives spoliatrices, mais, sans vouloir tracer ici des règles fixes à l'endroit des phénomènes psychiques offerts par l'agonie, nous dirons que le délire est un phénomène tout à fait exceptionnel à la période terminale d'un groupe considérable de maladies, parmi lesquelles on peut principalement citer la phthisie pulmonaire, les affections cardiaques et hépatiques, le cancer de l'estomac et de l'intestin, les hémorrhagies et la très-grande majorité des lésions chirurgicales. Il y a plus, le délire ne s'observe à peu près jamais dans aucune des phases du rhumatisme articulaire aigu, de la pleurésie, de la péricardite, et, en général, des états morbides des membranes séreuses. Le malade, conservant l'apanage de sa raison jusqu'au dernier soupir, il reste libre et capable de délibérer.

S'agit-il d'une maladie qui intéresse secondairement le cerveau? Les facultés mentales sont exposées à péricliter et, au milieu des angoisses de la dernière heure, le mourant peut déférer automatiquement à une impulsion étrangère. Il y a là un péril.

S'agit-il enfin d'une lésion de l'encéphale? L'organe de la pensée est nécessairement frappé et le malade expire sans avoir conscience de sa situation.

Puisqu'il faut, aux termes de la loi, que le donateur soit sain d'esprit, on voit qu'il est jusqu'à un certain point possible au médecin traitant de mettre de son côté de sérieuses probabilités, de s'élever des données scientifiques à l'examen du fait particulier, et de doser en quelque sorte la somme d'intelligence qui reste au pouvoir de l'agonisant. Ce témoignage compétent de l'homme de l'art ne sera-t-il pas invoqué plus tard, en cas de procès?

En deuxième lieu, pour que le don manuel *in articulo mortis* soit valable, il faut que le moribond se désaisisse sans arrière-pensée et avec la formelle et irrévocable intention de gratifier le donataire, quoi qu'il arrive. S'il ne donne que *sub conditione mortis,* c'est-à-dire avec la pensée de rester possesseur des objets dans le cas où il reviendrait à la vie, le don est nul. L'acte testamentaire remplit effectivement le but que l'on désirerait atteindre par ces dons conditionnels, que nos textes législatifs ne reconnaissent pas et que les tribunaux infirment toujours.

Le don manuel est-il valable lorsque les objets sont remis au destinataire par l'entremise d'un tiers? Oui, mais il faut que ce tiers ait mission pour accepter, comme le père pour son fils, le tuteur pour l'interdit, ou qu'à défaut de ces qualités, il soit nanti de la part du donataire d'une procuration par acte authentique. Si ce tiers n'a pas mission pour recevoir, il faut qu'il remette les objets au destinataire avant la mort du donateur, ou que le donataire, dûment averti, déclare accepter alors que le disposant vit encore. Il faut, en un mot, le concours de deux volontés : l'une qui donne, l'autre qui accepte. Dans les trois cas que nous avons admis, les deux volontés existent : hors de ces conditions, vous ne les retrouverez plus.

Dans l'espèce, qu'est-il arrivé? Qu'un médecin a reçu des valeurs des mains d'un cholérique, avec prière de les remettre à une personne aimée. Ce médecin avait-il mission pour recevoir? non. A-t-il remis les objets en temps utile? non. Le malade est mort le lendemain et notre confrère n'a pu remplir ses engagements que quelques jours après. On le voit, la libéralité est nulle.

Que l'on comprenne bien ceci : le donateur étant mort avant que le donataire ait pris possession, le concours des deux volontés n'a point existé. La volonté d'accepter n'a commencé chez le donataire qu'alors que la volonté de donner était éteinte chez le donateur; donc ce cas de nullité que la loi romaine avait déjà prévu, est incontestablement avéré. La mort du donateur a d'ailleurs révoqué la mission confiée à la personne tierce et a fait cesser son mandat. L'article 2003 ne dit-il pas que « le mandat finit par la mort du mandant? »

En résumé, dans le cas particulier, notre honorable confrère s'est trouvé placé dans des conditions émouvantes et vraiment toutes spéciales; il a eu le vif désir d'obliger comme homme un malheureux malade qu'il ne devait pas sauver comme médecin, et, en cela, personne ne songera à le blâmer. C'est par le fait de circonstances absolument indépendantes de sa volonté qu'il n'a pu effectuer le dépôt avant la mort si rapidement survenue du donateur et il ne doit pas en être réputé responsable.

Quant à notre impression générale sur l'état de la question, c'est qu'un médecin doit s'immiscer le moins possible dans les affaires privées de ses malades : son rôle est nettement défini et nous ne voudrions pas que l'on y fît rentrer la mission de remettre à un tiers des objets reçus de la main d'un mourant. Pour étayer cette opinion, les motifs ne nous font point défaut!

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GALLARD.

Taches et éruptions de la fièvre typhoïde.

Dans notre dernière conférence, je vous ai parlé de deux malades atteints de fièvre typhoïde qui venaient d'entrer le jour même dans nos salles.

Je vous ai énuméré les symptômes de l'affection qu'ils présentent; je vous ai montré les difficultés souvent très-grandes qui accompagnent le diagnostic de cette maladie; aujourd'hui, je me propose d'attirer votre attention sur les diverses éruptions qui peuvent la caractériser et aider à la faire reconnaître.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde, vous ai-je dit, est toujours très-difficile au début; j'ajouterai même qu'il est souvent presque impossible dès les premiers jours, et que, dans nombre de cas, il vous faut donner à la maladie le temps de se développer pour pouvoir la reconnaître avec quelque certitude.

Chomel avait partagé les diverses phases de la fièvre typhoïde en trois périodes distinctes, d'une durée variable, mais qui, pour chacune d'elles, peut cependant être évaluée à un septénaire environ. Cette division, utile dans une description didactique, n'a en clinique qu'une importance secondaire, car la succession des phénomènes est telle qu'il serait souvent bien difficile d'indiquer la limite qui sépare une période de celle qui va la suivre.

La première seule est bien tranchée. Sa durée est de sept jours environ, et le moment où l'on passe de cette première période à la seconde est marqué par un phénomène aussi remarquable qu'important : l'apparition, à la surface de la peau, de ces taches particulières que l'on a désignées sous le nom de *taches rosées lenticulaires*. Elles se montrent vers la fin de la première période ou au commencement de la seconde, c'est-à-dire du septième au dixième jour, rarement elles se font attendre jusqu'au douzième jour. Quelquefois elles apparaissent un peu plus tôt, mais les circonstances où elles sont plus précoces sont très-rares, et le cinquième jour doit être considéré comme une limite extrême. Sur cinquante-quatre observations, Chomel dit

ne les avoir pas vues une seule fois avant le sixième jour. Il est aussi, en sens inverse, une limite qu'elles n'ont pas franchie; jamais on ne les a vues se montrer, pour la première fois, après le trente-cinquième jour de la maladie.

Ces taches se présentent sous l'aspect de petites papules arrondies, légèrement saillantes, de 1 à 3 millimètres de diamètre. Elles sont isolées et leur nombre est en général peu considérable, on en compte dix, douze, quinze, etc. Dans quelques cas exceptionnels, elles peuvent devenir très-nombreuses, très-confluentes, à tel point qu'elles peuvent simuler une éruption varioliforme; mais cette confluence n'est jamais telle qu'elles puissent se toucher comme le font les pustules de la variole. Leur siége habituel est la partie antérieure de l'abdomen, la partie supérieure et antérieure des cuisses, la poitrine et les flancs. On les rencontre aussi sur les fesses et dans le bas du dos. Elles commencent par un point rosé très-petit qui, après un jour ou deux, devient d'un rouge plus foncé, présentant une légère saillie à la peau, et disparaissant sous la pression du doigt pour reparaître bientôt après.

Les taches rosées ne se montrent pas toutes en même temps; leur apparition se fait successivement et les unes disparaissent à mesure que les autres entrent en évolution. La durée de leur éruption varie de trois à dix-sept jours, soit en moyenne de sept à huit jours; mais chacune des taches, envisagée isolément, n'a pas une durée aussi longue; elles disparaissent au bout de deux, trois ou quatre jours. Quelques-unes durent plus longtemps, mais je crois que M. Trousseau a exagéré ce maximum de leur durée en l'évaluant à quinze jours. — J'ai souvent suivi l'évolution des taches rosées lenticulaires en faisant auprès de chacune d'elles une marque avec le crayon de nitrate d'argent dès qu'elles apparaissaient, et jamais je ne les ai vues se prolonger au delà de sept, huit ou neuf jours au plus. Cette dernière durée a été atteinte chez une malade que vous vous rappelez encore avoir vue dans les premiers mois de cette année et qui était couchée au n° 18 de la salle Sainte-Marthe. — Elle nous présenta une éruption remarquable par son abondance autant que par sa durée, quoiqu'elle ne fût atteinte que d'une fièvre typhoïde fort légère.

L'importance des taches rosées lenticulaires, au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde, est capitale, non pas qu'on ne les rencontre jamais dans d'autres maladies, non pas qu'elles existent toujours et invariablement dans tous les cas de fièvre typhoïde; mais leur présence dans d'autres maladies, leur absence dans cette dernière constituent des faits tellement exceptionnels qu'ils deviennent des anomalies susceptibles d'exercer à bien d'autres titres la sagacité du praticien. Au surplus, si elles manquent quelquefois, si dans un certain nombre d'épidémies, observées dans les départements, on a constaté leur absence, si seize fois, sur soixante-dix observations, Chomel n'a pu les trouver, si sur cinquante-quatre cas M. Louis les a inutilement cherchées cinq fois, la vérité est que les cas dans lesquels on les a vues se développer dans le cours d'autres maladies sont beaucoup plus rares. D'où il résulte que leur importance diagnostique est beaucoup plus grande comme signe positif que comme signe négatif, de telle sorte que si leur absence ne suffit pas pour permettre de révoquer en doute l'existence d'une fièvre typhoïde reconnaissable à ses autres symptômes, leur apparition sera presque toujours un élément précieux pour aider à reconnaître cette maladie dans certains cas douteux.

Suivant un grand nombre d'observateurs parmi lesquels je citerai MM. Louis, Chomel, Valleix, Monneret et Grisolle, il n'existe aucune corrélation entre le plus ou moins d'abondance de l'éruption et la gravité de l'affection. Cependant d'après M. Trousseau, qui assimile la fièvre typhoïde à une fièvre éruptive, il n'en serait pas ainsi : l'intensité de l'éruption indiquerait une gravité plus grande, ou au moins une durée plus longue de la maladie. Ce savant professeur reconnaît néanmoins que l'abondance des taches et leur apparition successive n'impliquent pas, d'une manière absolue, la gravité de l'affection, mais, suivant lui, elles font présager certainement que sa durée sera plus longue. Cette dernière opinion est vraie, en ce qui a rapport aux éruptions successives, et sous ce point elle est pleinement confirmée par l'observation. Si, en effet, après une première éruption, on en voit une seconde lui succéder à un certain intervalle, on peut être assuré que la durée de la maladie sera prolongée, car ces éruptions successives, séparées par des intervalles de calme et de repos, constituent, en quelque sorte, non pas autant d'attaques distinctes ou de récidives de la fièvre typhoïde, mais autant de moments d'arrêt dans son évolution, et il est plus que probable que la lésion intestinale suit une marche analogue à celle de l'éruption cutanée. S'il en était ainsi, la lésion intestinale, au lieu de se produire simultanément sur une grande étendue du tube digestif, se ferait successivement sur autant de parties différentes, et l'on comprend que si les choses se passent de cette façon la maladie doit être moins grave, tout en ayant une durée plus longue. C'est ce que démontrent parfaitement les faits relatés par M. Trousseau, car ses malades ont très-bien guéri quoique la durée de la maladie ait été allongée, chez l'un par deux, et chez l'autre par trois éruptions successives de taches rosées lenticulaires.

Suivant MM. Barthez et Rilliet, non-seulement l'abondance des taches rosées n'implique pas l'idée de gravité, mais même elle devrait être considérée comme un signe de bénignité. « Nous avons recherché, disent ces auteurs, si l'abondance de « l'éruption était en rapport avec l'intensité de la maladie, et « nous sommes arrivés à cette conclusion qu'en général, dans « tous les cas graves, les taches étaient peu nombreuses, et « même qu'elles manquaient assez souvent, tandis que dans les « cas légers ou de moyenne intensité, l'éruption était plus « constante et plus abondante. » (Barthez et Rilliet, 2e édition, tome II, page 684.)

Nous pourrions corroborer cette opinion d'un exemple pris aujourd'hui même dans notre service. — Vous venez en effet, Messieurs, de voir au n° 42 de la salle Sainte-Marthe, une jeune fille de dix-neuf ans, qui est entrée à l'hôpital le 31 octobre. Elle accusait alors quelques symptômes généraux, plus de la douleur dans le flanc gauche et à la base de la poitrine du même côté; elle avait la respiration pénible, gênée; son pouls battait 96 pulsations. Les signes fournis par la percussion et l'auscultation étaient à peu près négatifs; une légère submatité et un peu de rudesse et de sécheresse du bruit respiratoire à la base du côté gauche. Hormis cela, il n'y avait rien pour éclairer le diagnostic : nous nous attendions à voir éclater une pleurésie. Le lendemain aucun symptôme ne s'était manifesté et nous restions dans l'expectation lorsque, deux jours après, le 6 novembre, nous pûmes enfin constater un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, avec une fièvre plus vive, un peu de stupeur et de pulvérulence des narines. Les symptômes d'une fièvre typhoïde se montraient enfin, et la maladie se confirma pleinement le lendemain, 7, car nous aperçûmes quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. Ces taches, peu nombreuses d'abord, suivirent leur évolution régulière, et les plus âgées avaient presque complétement disparu, lorsque, cinq jours plus tard, le 12 novembre, nous trouvâmes toute la partie antérieure du tronc couverte d'une éruption tellement confluente, que les papules n'étaient séparées que par des intervalles de quelques centimètres. Il y en avait jusque sur les seins. Leur abondance était assez considérable et elles faisaient une assez grande saillie, pour donner une idée d'une éruption de varioloïde; seulement en y regardant de très-près, nous ne trouvions pas au sommet les papules surmontées de la petite vésicule caractéristique. Le lendemain, l'éruption avait conservé le même caractère, et les taches rosées lenticulaires qui la constituaient ont duré près de sept jours (d'un dimanche au samedi suivant). Elles viennent de disparaître en laissant à leur place une tache un peu sombre quasi-cuivrée, qui s'est elle-même promptement dissipée et sur laquelle on pouvait hier encore apercevoir une espèce de petite desquammation furfuracée.

Aujourd'hui cependant, cette malade va très-bien; elle mange deux portions, et se propose de nous quitter dans quelques jours.

Vous voyez donc que l'abondance des taches rosées ne doit pas suffire pour vous faire porter un pronostic fâcheux, et sans vouloir aller jusqu'à prétendre qu'au contraire ce soit un signe pronostique favorable, je me crois suffisamment autorisé à vous dire que de l'abondance ou de la rareté de l'éruption, vous ne pouvez raisonnablement tirer aucune conclusion relativement à l'issue probable de la maladie.

Je vous en dirai autant d'une autre variété de taches que vous rencontrerez dans la maladie dont nous parlons, et que vous avez pu voir chez deux de nos malades de la salle Saint-Michel : ce sont les *taches bleues*. Elles ont été décrites d'abord par Forget, qui, sans bien insister sur leur importance, à ce point de vue, a dit que, d'une manière générale, elles ne paraissent pas devoir aggraver notablement le pronostic. Plus tard M. Davasse les a étudiées avec un soin tout particulier et en a fait un signe caractéristique de la fièvre synoque. Mais déjà, en 1847, Valleix signalait deux fois leur présence dans des cas non douteux de fièvre typhoïde.

Ces taches consistent en marbrures ovalaires allongées, larges de 1 à 2 centimètres au plus; elles ne font pas de saillie; leur coloration bleuâtre ou ardoisée est quelquefois plus foncée et devient presque brunâtre; elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Elles apparaissent ordinairement plus près du début que les taches rosées. Leur durée moyenne est de huit jours; elles disparaissent sans laisser de traces et sans changer de couleur. Elles sont en général peu nombreuses et siégent principalement sur la partie supérieure des cuisses ou le bas de l'abdomen.

Aucun observateur n'a songé, que je sache, à déterminer quelle est leur nature anatomique, et pourtant il me semble que cela serait facile. Il suffirait de soulever, par une application de vésicatoire, l'épiderme qui recouvre une de ces taches, et d'examiner avec soin tant cet épiderme lui-même que la sérosité épanchée et la surface dénudée du derme sous-jacent.

M. Gubler s'est beaucoup occupé de l'étude de ces taches bleues, mais il n'a pas publié le résultat de ses investigations; cependant il me disait récemment que, sans les considérer, à l'exemple de M. Davasse, comme caractérisant une espèce particulière de fièvre continue, et tout en les croyant susceptibles de se montrer dans la fièvre typhoïde la mieux caractérisée, il avait conservé de ses recherches cette impression qu'elles constituent un signe favorable, en ce sens qu'elles ne se seraient montrées à lui que dans les formes bénignes de la fièvre typhoïde.

M. Trousseau a émis dans sa clinique une opinion exactement semblable. Je ne saurais, Messieurs, en ce qui me concerne, partager l'avis de ces deux savants maîtres. Sans être aussi vaste que la leur, mon expérience m'a déjà permis de constater maintes fois l'apparition des taches bleues dans les formes plus graves de la fièvre typhoïde. Je viens de consulter à ce sujet des observations recueillies il y a dix ans, alors que j'étais interne dans cet hôpital, et sur trois cas où je vois signalée la présence des taches bleues, un seul a revêtu ce caractère de bénignité qu'elles sembleraient devoir faire présager. Dans les deux autres cas la maladie s'est promptement terminée par la mort, quoique les sujets fussent jeunes, vigoureux, bien constitués et d'une bonne santé antérieure.

Mais ce n'est pas seulement sur ces observations rétrospectives que je veux baser ce que j'ai à vous dire des taches bleues, envisagées au point de vue du pronostic. Nous avons actuellement dans la salle Saint-Michel deux malades chez lesquels vous avez pu étudier ces taches à l'état type en quelque sorte, et qui cependant sont atteints l'un et l'autre d'une fièvre typhoïde assez grave pour que leur vie soit sérieusement compromise. Celui qui est couché au n° 15 n'est entré que depuis peu de jours, et quoique la maladie soit parfaitement caractérisée chez lui, elle n'est pas encore assez avancée pour que nous puissions, dès à présent, formuler notre pronostic. Cependant tout fait prévoir qu'elle sera grave. Je dois ajouter qu'outre des taches bleues il y a des taches rosées lenticulaires, et que cette nuit même il vient d'être pris d'hémorrhagie intestinale.

L'autre malade est au n° 7 de la même salle. C'est un maçon de vingt-deux ans qui est entré à l'hôpital le 31 octobre. Il était déjà malade depuis huit jours, ayant eu de la diarrhée, de la céphalalgie, et même du délire, mais pas d'épistaxis. Depuis lors les symptômes se sont aggravés; il a eu non-seulement des épistaxis, mais aussi, comme son camarade, des hémorrhagies intestinales, et aujourd'hui son état présente une gravité très-grande. Chose remarquable! chez ces deux malades les taches rosées qui sont apparues après les taches bleues et ont existé en même temps, se sont montrées en nombre bien moins considérable que chez cette jeune femme du n° 42 dont je viens de vous rapporter l'histoire il n'y a qu'un instant, et chez eux la maladie est grave tandis que chez elle elle a été excessivement légère.

Le malade du n° 7, outre les taches bleues et les taches rosées présente encore des pétéchies, des ecchymoses et quelques pustules d'ecthyma. Je reviendrai dans un instant sur cette dernière variété d'éruption.

Les *pétéchies*, comme vous pouvez le constater en examinant la partie antérieure de l'abdomen et la base de la poitrine de ce malade, sont de petites taches arrondies, d'une teinte rougeâtre ou violacée et qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Elles sont souvent seules, mais elles sont aussi quelquefois, comme dans le cas actuel, accompagnées de véritables *ecchymoses* plus larges, plus irrégulières, d'une teinte plus livide. Au surplus, elles ne sont elles-mêmes que de véritables ecchymoses dues à l'extravasation d'une gouttelette de sang qui se retrouve dans l'épaisseur du derme à l'autopsie, et qui, dans les cas de guérison, disparaît en prenant les teintes par lesquelles passent les ecchymoses traumatiques qui se résorbent. On pourrait les confondre avec des piqûres de puce, mais on les distingue facilement à ce que ces dernières présentent toujours à leur centre un point plus rouge résultant de l'inflammation locale produite par l'application du suçoir, et que la rougeur de ce point enflammé disparaît sous la pression du doigt. Les pétéchies, dont la présence révèle toujours un état fort grave, et d'autant plus grave qu'elles sont plus nombreuses, se rencontrent principalement sur l'abdomen, la poitrine, les épaules, les cuisses; quelquefois on les trouve sur la face dorsale des mains, mais, en général, elles sont plus prononcées sur les parties déclives.

Chomel et M. Louis ne les ont pas vues dans la fièvre typhoïde. Ces taches, en effet, sont moins spéciales à cette dernière qu'au typhus où on les rencontre très-souvent. Faut-il, comme le pense Valleix, ne voir que de véritables pétéchies dans l'éruption un peu compliquée du typhus? Je ne saurais, en ce qui me concerne, avoir d'opinion bien arrêtée sur cette question n'ayant jamais eu, par moi-même, occasion d'observer un seul cas de typhus. Je me permettrai seulement de vous faire remarquer que l'éruption typhique, telle qu'elle est décrite par tous les auteurs, ne ressemble en rien aux éruptions de la fièvre typhoïde et qu'à ce seul signe on pourrait, sans la moindre hésitation, différencier ces deux maladies que certains auteurs considèrent comme identiques. En effet, dans le typhus, l'éruption est constituée d'abord par des taches irrégulières, assemblées par groupes, et qui passent successivement du rose sombre au rouge foncé, puis au violet. Elles ne sont pas saillantes; elles ne s'effacent pas ou très-peu sous la pression du doigt; elles se montrent surtout vers le dos et les lombes, paraissant ainsi affecter une prédilection spéciale pour les parties déclives.

Enfin, outre ces taches plus foncées et isolées, on en voit survenir de plus larges et de moins colorées qui s'étendent entre les premières et les réunissent sans pour cela qu'elles se confondent, à cause de la teinte moins foncée de cette dernière éruption, que Jenner a appelée *muricolore*.

Évidemment nous n'avons rien de semblable dans la fièvre typhoïde, et ce qui constitue un caractère différentiel également important, c'est que l'éruption, qui dans la fièvre typhoïde se fait toujours attendre jusqu'au sixième ou septième jour, apparaît dans le typhus dès les premiers jours de la maladie. Ainsi, M. Cazalas, qui défend avec un talent que de persistance la doctrine de l'identité, a étudié l'éruption sur cinq cent vingt-neuf malades dont les uns devaient nécessairement avoir le typhus, et les autres la fièvre typhoïde, puisqu'il n'admet pas de différence. Or l'éruption ne s'est montrée que dans trois cent quatre-ving-six cas, sur lesquels elle est apparue

deux cent quinze fois avant le septième jour, quatre-vingt-huit fois le septième, et les autres fois après le septième jour. Or il me paraît indubitable que les deux cent quinze faits dans lesquels l'éruption a précédé le septième jour étaient de véritables typhus et que, bien certainement, le plus grand nombre de ces faits, principalement les onze dans lesquels l'éruption a été constatée le premier jour de la maladie, ne sauraient être acceptés comme identiques aux exemples de fièvre typhoïde que nous observons tous les jours.

Certes, depuis 1829, que M. Louis a écrit ses remarquables recherches sur cette maladie, bien des milliers de cas en ont été observés dans les hôpitaux de Paris, et je ne sache pas que sur ce nombre il ait été vu onze cas d'éruptions de taches rosées ou de pétéchies constatées dès le premier jour de la maladie.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir aux pétéchies de la fièvre typhoïde, comme ce ne sont que des hémorrhagies sous-cutanées, indiquant par conséquent une profonde altération du sang, vous devez comprendre quel grave pronostic vous aurez à porter lorsque vous les verrez paraître.

Une autre éruption remarquable de la fièvre typhoïde est celle des *sudamina* qui se rencontrent chez environ les deux tiers des malades. Ils apparaissent du onzième au vingtième jour. Ce sont de petites vésicules transparentes, en forme de larmes très-petites, de un à deux millimètres de diamètre, souvent très-difficiles à voir et qu'on n'aperçoit bien qu'en regardant obliquement la surface de la peau. Leur siége principal est l'abdomen, le pli de l'aine, la région épigastrique et le cou. Suivant M. Trousseau, elles ne se montrent jamais à la face. Quelquefois elles couvrent une très-grande partie du corps et sont confluentes, comme vous pouvez le voir chez la jeune fille couchée au n° 14 de la salle de Sainte-Marthe. Elles donnent, sous le doigt, la sensation des petits grains de millet, et se rompent très-facilement par le frottement. Alors il s'en échappe un liquide incolore, transparent et que les expériences de M. Andral, confirmées par celles de M. Piédagnel, ont démontré être à réaction acide. — Vous venez en effet de voir passer au rouge le papier bleu de tournesol que nous avons mis en contact avec le liquide des *sudamina*.

M. Bouillaud regarde les sudamina comme n'ayant rien de spécifique ; il les considère comme la conséquence des sueurs abondantes éprouvées par le malade. M. Louis a constaté au contraire que souvent ils se développent en raison inverse de l'abondance des sueurs. Il en est ainsi dans le fait que vous avez sous les yeux, car notre jeune malade, qui est littéralement couverte de sudamina, n'a pas eu de transpiration notable depuis qu'elle est alitée.

Les sudamina se rencontrent dans d'autres maladies que la fièvre typhoïde. On les trouve dans la pneumonie, dans les rhumatismes articulaires aigus, dans les affections puerpérales, etc. Aussi leur importance, comme moyen de diagnostic dans l'affection que nous étudions, n'est pas extrême. Cependant lorsque cette éruption se présente, il ne faut pas la négliger ; unie à d'autres symptômes, elle forme un élément qui quelquefois peut être d'un grand intérêt.

Le malade du n° 7 de la salle Saint-Michel qui a eu des taches bleues, des taches rosées lenticulaires, et qui a maintenant des pétéchies, présente en outre, ai-je dit, une éruption de pustules d'ecthyma sur la partie postérieure du tronc. Ces éruptions ne sont pas excessivement rares. M. Andral et M. Trousseau en citent des exemples dans leurs cliniques, et nous devons nous demander quelle est leur signification. Ces pustules ne sont pas seulement blanchâtres, quelques-unes sont livides, colorées par du sang ; lorsqu'elles se crèvent, il ne se forme pas toujours une croûte, et le plus souvent on voit à leur place un ulcère dont la surface, plus large que celle de la pustule, creuse sous la peau environnante et la décolle, comme cela a lieu chez notre malade, ce qui vous explique comment M. Piorry a pu songer à les considérer comme une variété de pustules malignes. C'est bien là l'*ecthyma luridum* des auteurs, et pour mon compte je l'assimilerai très-volontiers à l'*ecthyma cachecticum*, que M. Devergie a fort judicieusement rapproché du rupia, lequel est aussi intimement lié au purpura et au scorbut. L'état du sang, dans la fièvre typhoïde, a, du reste, une très-grande analogie avec celui des scorbutiques ou des individus atteints du purpura ; il n'est donc pas étonnant que dans l'un et l'autre cas l'éruption se comporte de la même manière.

L'apparition de ces pustules d'ecthyma chez un individu atteint de maladie aiguë, indique en général un état très-grave. Cependant je dois vous rappeler qu'il y a quelques mois une femme atteinte d'une pneumonie grave, nous présenta une éruption analogue dont le développement a coïncidé avec une amélioration notable, et a très-franchement marqué le début de la convalescence.

Je ne veux pas terminer cette conférence sans vous indiquer un signe qui peut avoir quelquefois une certaine valeur, et qui a été décrit, pour la première fois, par M. Trousseau ; je veux parler de la *tache dite méningitique* ou *cérébrale*. Chez certains sujets, lorsqu'on frotte ou plutôt lorsqu'on racle légèrement la peau, soit avec le bout de l'ongle, soit avec tout autre corps dur, on voit au bout de quelques secondes, apparaître une rougeur assez vive formant une tache ou raie rouge, ayant quelquefois plus d'un centimètre de large, sur tous les points touchés par l'ongle. De ce phénomène, qu'il avait observé d'abord chez des sujets atteints de méningite, M. Trousseau avait cru pouvoir faire un signe distinctif de cette affection. Mais plus tard il reconnut que le même signe se retrouvait chez des malades affectés de fièvre typhoïde ; il le rencontra même une fois chez un individu présentant cet état pathologique complexe auquel on a donné le nom de goître exophthalmique, de maladie de Graves, de maladie de Basedow. Nous avons pu nous-même observer maintes fois la tache dite méningitique, chez des sujets atteints de toute autre chose que de méningite, et vous venez de nous la voir produire ce matin chez trois de nos malades affectés de fièvre typhoïde ; ce sont ceux des n°s 7 et 25 de la salle Saint-Michel, et 14 de la salle Sainte-Marthe. Elle n'a donc rien de caractéristique au point de vue de la méningite, mais elle n'est pas sans importance, car elle révèle une asthénie considérable des parois vasculaires, et par suite un état d'adynamie profonde de l'économie.

J'aurais encore, pour épuiser la série des taches et éruptions de la fièvre typhoïde à vous parler des *sugillations* produites par le décubitus prolongé du malade et qui, dépendant des mêmes causes que la tache méningitique, sont en quelque sorte les avant-coureurs des *escharres* et de la *gangrène*. Enfin de l'*érisypèle* qui peut se développer dans le cours de la maladie. Mais ce sont là des complications autant que des symptômes, et j'aurai occasion de vous en entretenir lorsque je vous parlerai de la marche de la fièvre typhoïde.

Quant à l'étude séméiologique à laquelle nous venons de nous livrer à propos des taches et éruptions qui peuvent se développer dans le cours de cette maladie, elle se résume dans les trois propositions suivantes :

1° Les taches rosées lenticulaires ont une importance capitale au point de vue du diagnostic de la fièvre typhoïde, mais leur signification pronostique est complétement nulle ;

2° Les pétéchies, au contraire, n'ont que peu de valeur lorsqu'il s'agit d'asseoir le diagnostic, mais elles en ont une très-grande au point de vue du pronostic ;

3° Les taches bleues, les sudamina, et les autres taches ou éruptions qui apparaissent dans le cours de la fièvre typhoïde sont des phénomènes d'un ordre secondaire, qui ne sauraient suffire par eux-mêmes pour permettre d'établir le diagnostic ou le pronostic, et qui n'ont de valeur que celle qu'ils empruntent aux autres symptômes concomitants.

HÉMIPLÉGIE FACIALE

Par M. le Dr Ch. Judée.

Chez une femme atteinte d'hémiplégie faciale, M. le professeur Remak fait passer sur le tronc nerveux un courant constant, et aucun phénomène de contraction ne se produit ; il agit alors de la même manière sur la portion cervicale du grand sympathique et il voit survenir dans les muscles paralysés des contractions évidentes.

De ce fait extrêmement curieux, il donne une explication sur laquelle mon intention n'est pas de revenir ici ; seulement, je demanderais la permission d'en proposer une autre qui s'éloigne assez de la sienne et à laquelle, cependant, le fait cité plus haut donne une grande importance ; la voici : pour moi, les muscles dont il parle, n'étaient pas, à proprement parler, paralysés, mais ils avaient perdu la faculté de pouvoir se contracter, parce que, pour une raison ou pour une autre, l'*influx* provenant du grand sympathique n'arrivait plus jusqu'à eux ; les *usages de ce système nerveux étant de rendre contractiles, ou, si on le veut, irritables, les différents tissus qui peuvent le devenir*.

Il en résulterait de là, qu'un certain nombre de paralysies regardées comme telles n'en seraient réellement pas, et dépendraient, non pas d'une altération du système cérébro-spinal, mais bien de celle du grand sympathique. Je ne veux aujourd'hui que mettre au jour cette idée qui me poursuit depuis longtemps, parce que tout me porte à croire que si je tarde davantage à la faire connaître, un autre le fera à ma place. Toutes les expériences, en effet, tentées dans ses derniers temps sur le grand sympathique et mes recherches personnelles y portent naturellement l'observateur, et je ne comprends même pas comment personne n'ait encore songé à l'émettre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 décembre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, transmet : 1° le rapport général de M. le docteur Vingtrinier, médecin en chef des épidémies du département de la Seine-Inférieure, sur une épidémie de variole, qui a régné en 1864 et 1865, dans ce département.

2° Des rapports d'épidémies de MM. les docteurs Feldmuller de Puttelange (Moselle), et Barth de Bouloy (Moselle) (Commission des épidémies.

3° Deux communications relatives au choléra, de MM. Brochard, de La Tremblade (Charente-Inférieure), et Veyrat, pharmacien à Gresy-sur-Isère. (Commission du choléra).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une note de M. Lemkes, pharmacien à Edam (Hollande), sur une nouvelle préparation de pepsine. (Commission des remèdes secrets.)

2° Une lettre de M. Joly, de La Rochelle, relative à la formule d'une préparation de crème d'huile de foie de morue.

— **M. Larrey** présente : 1° un travail manuscrit de M. le professeur Heyfelder, de Saint-Pétersbourg, intitulé : Observation d'ablation complète de l'os maxillaire inférieur.

2° Au nom de M. le docteur Daga, quatre opuscules sur : 1° la thrombose ; 2° sur le psoïtis ; 3° sur les abcès périnéphrétiques ; 4° sur la syphilis chez les arabes.

— **M. Huguier** dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Gallard, une brochure sur l'ulcération du col de l'utérus, et son traitement par la teinture d'iode.

— **M. J. Cloquet** fait hommage à l'Académie, pour sa bibliothèque des dix derniers numéros du *Bulletin de la Société d'acclimatation* et du *Bulletin de la Société protectrice des animaux*.

— **M. le Président** annonce que la séance publique annuelle aura lieu mardi prochain, à l'heure ordinaire, à trois heures précises.

RAPPORTS.

Épidémies. — **M. de Kergaradec** termine la lecture du Rapport général annuel sur les épidémies qui ont régné en France en 1864, rapport dont il avait lu la première partie dans l'une des précédentes séances. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

Vaccine. — **M. Depaul**, au nom de la commission de vaccine donne lecture de la partie scientifique du rapport général annuel sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en France en 1864. Les conclusions et la partie administrative de ce rapport ont été lues et adoptées en comité secret dans l'une des précédentes séances.

M. Blot, après la lecture de ce rapport présente quelques courtes considérations qui ont principalement pour objet de louer M. le Rapporteur du progrès qu'il a fait depuis l'année dernière à propos de ses idées relatives aux moyens de prévenir l'inoculation de la syphilis vaccinale, et de le féliciter d'être entré franchement dans la voie des essais de vaccination animale. M. Blot accorde en somme les plus grands éloges à l'excellent rapport que l'Académie vient d'entendre.

M. Larrey demande qu'un extrait de ce rapport renfermant les conclusions soit communiqué au Ministre de la guerre.

Cette proposition est adoptée.

LECTURES.

Cause et nature de la tuberculose. — **M. Villemin**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lit une note sur la cause et la nature de la tuberculose. L'auteur se propose, dans ce travail, de démontrer, d'après des expériences, l'inoculabilité de la tuberculose de l'homme aux animaux.

Des expériences rapportées dans sa note, M. Villemin déduit les conclusions suivantes :

La phthisie pulmonaire (comme les maladies tuberculeuses en général), est une affection spécifique.

La cause réside dans un agent inoculable.

L'inoculation se fait très-bien de l'homme aux lapins. La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes, et devra prendre place dans le cadre nosologique à côté de la syphilis, mais peut être plus près de la morve et du farcin. (Commissaires : MM. Louis, Grisolle, Bouley et Collin.)

A quatre heures trois quarts l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 10 novembre 1865. — Présidence de M. Béhier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La Correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Bucquoy qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire ;

2° Un numéro des Bulletins de la Société médicale de Nancy.

M. Paul Topinard lit une observation intitulée : *Vomissements incoercibles. Traitement anti-syphilitique et alimentation par le rectum. Guérison et développement simultané d'un eczéma généralisé.* (Voir notre dernier numéro.)

M. Martineau. Je ne comprends pas les motifs qui ont porté M. Topinard à ajouter de la pepsine aux bouillons variés qu'il a fait administrer en lavements. Ce médicament agit dans l'estomac en activant la sécrétion des acides lactique et chlohydrique, qui concourent au travail digestif et je ne vois pas qu'il puisse en être de même dans le rectum. D'autre part, je serais enclin à rapporter l'éruption qui a succédé aux vomissements à la médication employée. Le bichlorure et surtout le biiodure de mercure qui entre dans la composition du sirop de Boutigny, donnés à des doses assez élevées, peuvent bien avoir engendré l'espèce d eczéma dit mercuriel.

M. Paul Topinard. La première objection repose sur une théorie que je n'admets pas et que je ne crois pas être celle généralement admise. La pepsine, comme on le sait, est un principe que l'on extrait de la caillette des ruminants ; mélangée avec de la viande hachée, dans une fiole que l'on place sous l'aisselle, c'est-à-dire à la température du corps, elle détermine, en quelques heures, la digestion artificielle de cette viande, c'est-à-dire la transformation de l'albumine normale en albuminose. C'est cette opération que j'ai espéré renouveler dans le rectum. Une objection meilleure à l'emploi que j'ai fait de la pepsine serait que la poudre de ce nom, vendue par les pharmaciens, n'en renferme que des quantités très-minimes. Mais qui sait si cette faible quantité, se comportant à la manière d'un ferment, ne se borne pas à donner l'impulsion première à cette transformation moléculaire qu'on appelle la digestion ? Est-il donc définitivement démontré que la plupart des mucus du tube digestif, et, en particulier, le suc ou mucus intestinal ne jouit pas dans de certaines limites du pouvoir particulièrement accordé au suc gastrique ?

Quant à la production d'un eczéma mercuriel sous l'influence de la médication, l'idée en peut être soutenue. Cependant, je la rejette, par les raisons que le sujet était de constitution dartreuse, que bien avant tout traitement, il portait une dartre au menton, que si l'éruption a suivi l'emploi du bichlorure, elle a, du moins, précédé celui du biiodure, et enfin parce qu'elle n'en avait pas l'aspect.

M. Beaumetz. Il règne, dans cette observation, une certaine obscurité provenant de la répétition d'expressions peu précises, comme celle de dartre, et l'on se demande, après en avoir entendu la lecture, si l'on a réellement affaire à une syphilide ou à une éruption d'une autre nature. Ce défaut de clarté dans la relation en entraîne un autre dans les résultats thérapeutiques. Cet homme a-t-il bien été guéri par les médicaments anti-syphilitiques ou les vomissements n'ont-ils disparu que par le fait du développement des accidents cutanés ? Et ces vomissements, faut-il les attribuer à une altération de la muqueuse stomacale ou à une affection cérébrale ?

M. Bricheteau. L'auteur ne me paraît pas avoir songé à la possibilité d'un ulcère de l'estomac. Sur quoi se fonde-t-il pour dire que

les médicaments et aliments introduits par le rectum ont été absorbés? L'eczéma ne pouvait-il tenir aux frictions mercurielles pratiquées à un certain moment?

M. TOPINARD. Les mots ulcère et cancer n'ont pas été mentionnés, c'est vrai, mais les signes négatifs qui doivent faire rejeter ces maladies ont été recherchés et indiqués. Le sujet n'a pas rendu un seul lavement et n'a pas eu une seule selle pendant l'espace de plusieurs semaines; il est donc certain que les lavements administrés étaient absorbés en entier. L'eczéma ne tenait pas aux frictions, puisque les aines et les aisselles où elles ont été pratiquées n'en ont jamais présenté.

M. FRITZ. Le mot dartre a été employé à plusieurs reprises et dans des acceptions variées. Je serais d'avis qu'on le bannisse tout à fait du langage scientifique, ainsi que tous les autres termes adoptés du vulgaire dans un sens si arbitraire. Je ne vois pas l'utilité de mettre de la pepsine dans un bouillon, puisque celui-ci ne contient que des matières solubles; il est vrai que toutes les substances albuminoïdes, qui y sont contenues, ne sont pas de l'albuminose, c'est-à-dire la substance albuminoïde absorbable et assimilable par excellence. Enfin, je me refuse à cette idée, échappée sans doute à M. Topinard, que la plupart des mucus du tube digestif sont, dans de certaines limites, susceptibles de remplir le rôle de la diastase salivaire et du suc gastrique dans la métamorphose des substances albuminoïdes et amylacées.

M. CORNIL regrette que la cause médiate des vomissements n'ait pas été discutée, ainsi que le mode d'action des médicaments.

M. TOPINARD. Plusieurs de mes collègues me reprochent de ne pas avoir discuté le rapport de certains phénomènes entre eux, la valeur de certains symptômes ou l'action de tel et tel médicament.

J'ai volontairement agi ainsi. C'est une observation complète que j'ai voulu donner et non un travail, et je ne tiens à défendre ici que l'exactitude parfaite des faits. Certes, il est des objections à adresser au peu de réflexions que j'ai faites, et il est dans ma relation des points obscurs qui demandent à être éclaircis. Mais ce n'est que par le rapprochement de faits analogues que la lumière se fera. Mon malade a guéri et j'attribue la guérison à la médication employée, voilà mon opinion. Pour le reste, et surtout pour les questions de doctrine, je laisse chacun libre de les interpréter selon ses tendances personnelles. La réserve que j'ai mise dans mon titre est la preuve de ce que j'avance.

Un mot encore. — Toutes les fois que l'impartialité de la narration voulait que je ne donne pas d'opinion, je me suis servi de l'expression de dartre dans le sens que lui accorde le vulgaire, c'est-à-dire pour entendre une affection superficielle et étendue de la peau, sèche ou suintante; et je maintiens qu'il y a avantage à s'en servir dans ces conditions. Mais scientifiquement, je réserve ce mot, de dartre proprement dite, aux quatre formes rapprochées par M. Hardy: l'eczéma, le pytiriasis, le psoriasis et le lichen.

M. GOUGUENHEIM. Pourquoi, dans ses dernières lignes, M. Topinard admet-il l'existence parallèle de deux diathèses, la syphilis et l'herpétisme, lorsque l'une ou l'autre suffit pour expliquer les phénomènes. L'éruption papuleuse qu'a d'abord présentée son malade démangeait, ce qui n'existe guère pour une syphilide. D'autre part, ce qui est venu plus tard ne pourrait-il être de l'eczéma syphilitique? Les caractères de celui-ci ressemblent, sous tous les rapports, à ceux de l'eczéma herpétique, sauf par l'arrangement et la disposition des vésicules.

M. HEMEY relève un mot de M. Bricheteau. Le rectum absorbe les médicaments mieux que l'estomac, telle est la vérité.

M. DUGUET. Il est fâcheux que les symptômes primitifs et secondaires n'aient pas été plus longuement décrits, notamment les caractères du chancre.

M. TOPINARD. J'ai indiqué tous les renseignements que j'ai obtenus de mon malade. Il n'a su me dire si son chancre était induré, s'il avait eu de la roséole; je suis le premier à le regretter.

M. BÉHIER. Cette observation, et les quelques réflexions qui l'accompagnent, montre la nécessité de renoncer définitivement à l'expression vague de dartre. Biett, questionné sur ce qu'on entendait par ce mot, répondait: toutes les maladies de peau. Je vois des sujets lymphatiques et scrofuleux dont les téguments sont favorables au développement accidentel d'un eczéma ou d'un psoriasis. Mais je ne comprends pas qu'on fasse un sujet herpétique parce qu'il a eu du pytiriasis du cuir chevelu ou qu'il est asthmatique. Jamais à l'hôpital Saint-Louis, je n'ai vu disparaître un eczéma pour être remplacé par une pneumonie ou un érysipèle. Biett ne s'avisait pas non plus d'imaginer un virus dartreux. Qui l'a jamais constaté? Un virus n'est-il pas inoculable? L'arthritis vaut la dartre et tous deux au même titre doivent être bannis du langage qu'ils obscurcissent.

M. Topinard dit que la fille de son malade a eu des dartres; il valait mieux rechercher et dire si c'était de l'eczéma, du psoriasis. Je regrette qu'il n'ait pas examiné au microscope l'affection ancienne du menton. Le barbier de cet homme a eu sans doute aux mains quelques saletés qui déposées sur le menton ont donné naissance à un herpès sur lequel des champignons ont pu se développer consécutivement; c'est ce dont on devait s'assurer.

La dose d'arséniate de soude administrée au début des accidents n'a pas été indiquée; ne serait-ce pas à l'emploi de ce médicament qu'il faut rapporter les vomissements? Il a été constaté que la mémoire avait diminué; comment cette constatation a-t-elle été pratiquée?

Quant aux résultats thérapeutiques, il est difficile de s'y arrêter. On a fait trop de choses, ainsi que cela arrive souvent dans la pratique civile. Des vésicatoires ont été appliqués à la nuque, à l'estomac, des lavements de toutes sortes administrés; du bichlorure de mercure, de l'iodure de potassium, de la pepsine et de l'arsenic, donnés à la fois ou successivement. Pour l'iodure de potassium, 4 grammes ne sont pas une dose élevée, je l'ai porté jusqu'à 8 et 10 grammes; il n'est plus alors tout absorbé, mais l'économie en prend, du moins, tout ce qu'elle peut.

L'apparition de cet eczéma est un fait intéressant, mais je ne sais jusqu'à quel point le malade, en se frictionnant les aines, n'a pas transporté çà et là sa pommade, et donné lieu lui-même à cette affection en plusieurs endroits.

M. MAGNAN lit, à l'appui de sa candidature, une observation ayant pour titre: *Paralysie générale précédée de troubles de la motilité et de la sensibilité dans les membres inférieurs.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Béhier, Topinard et Hayem, rapporteur.

On procède à l'élection d'un archiviste en remplacement de M. Bucquoy, démissionnaire.

Au premier tour de scrutin, M. Pierreson est nommé.

La séance est levée à dix heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 8 novembre, M. le docteur Caret, médecin en chef de l'hôpital de Napoléonville, et maire de cette ville, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les cours complémentaires prennent de jour en jour un plus grand développement.

A la Faculté de médecine de Paris, on compte un cours sur les maladies de la peau, professé par M. Hardy, agrégé libre; — un cours sur les maladies des enfants, professé par M. Roger, agrégé libre; — un cours sur les maladies mentales et le système nerveux, professé par M. Lasègue, agrégé libre; — un cours d'ophthalmologie, professé par M. Foucher, agrégé libre.

Près le Collége de France, un cours d'histoire de la médecine, professé par M. le docteur Daremberg.

A la Faculté de médecine de Montpellier, un cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, confié à MM. Boyer et Benoît, professeurs; — un cours sur l'allaitement et les maladies abdominales, par M. Guinier, agrégé; — un cours de pathologie et de thérapeutique médicales, par M. Castan, agrégé.

A la Faculté de médecine de Strasbourg, un cours sur les maladies syphilitiques et cutanées, par M. Küss, professeur de physiologie; — un cours sur les maladies chroniques, par M. Coze, professeur de matière médicale et de pharmacie.

A l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg, un cours de botanique et de zoologie, par M. Cauve, agrégé.

A la Faculté des sciences de Lille, un cours complémentaire d'hygiène, par M. Houzé de l'Aulnoit, docteur en médecine.

— Le concours pour la place de chef-interne à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Sentex.

— M. Daremberg ouvrira son cours sur l'*Histoire de la médecine* au Collége de France, le mardi 12 décembre, à midi et demi, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

— La commune de Wignehies, arrondissement d'Avesnes (Nord), très-importante par sa population, demande un médecin. Traitement fixe. Écrire de suite à M. Demorgny, maire de ladite commune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent: à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez; — à Genève, chez Jullien frères; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine, de fin d'année et aux accouchements, 1[re] éd. 2 vol. Prix: 3 fr.; 2[me] et 5[me] éd. 1 vol. Prix: 1 fr. 50 c.; 3[me] éd. 2 vol. Prix, 3 fr. Accouchements, 2 vol. Prix: 3 fr. Paris, 1865, Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Du forceps et de la version dans les cas de rétrécissement du bassin, par le docteur Joulin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine.) Paris, 1865, in-8° de 115 pag. Prix: 2 fr. 50 c. F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 144. — SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 9 DÉCEMBRE 1865. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Traitement du choléra dans les hôpitaux de Paris (Lariboisière).

Le service spécial des cholériques à l'hôpital Lariboisière, confié successivement et à tour de rôle à chacun des médecins de cet établissement, était, en dernier lieu, entre les mains de M. Oulmont. Lors de la dernière visite que nous avons faite à cet hôpital, il y a une dizaine de jours environ, il ne restait plus, dans ce service, qu'un très-petit nombre de malades, les uns convalescents, d'autres se débattant encore contre les dernières crises de la maladie ; et depuis plusieurs jours il n'avait été admis aucun nouveau malade, ni de l'extérieur, ni de l'intérieur. Il est donc très-présumable que les faits de la pratique de M. Oulmont, que nous allons exposer, seront les derniers de ce genre que nous aurons à faire connaître, du moins pour cet hôpital, et peut-être bien aussi pour les autres.

Le traitement employé par M. Oulmont a varié suivant les périodes de la maladie. Quand les signes d'embarras gastrique étaient bien marqués et que les vomissements existaient dès le début, l'ipécacuanha était administré à la dose de 2 grammes dans 30 grammes de sirop d'ipécacuanha. Cette médication, sous l'influence de laquelle les vomissements étaient momentanément, augmentés avait pour effet assez prompt de changer la nature des matières rejetées. Celles-ci devenaient bilieuses, verdâtres et conservaient ce caractère, quand la maladie devait guérir. — Le traitement par les vomitifs, administrés au début, a paru assez bien réussir, dans les cas de choléra léger ou de cholérine même grave. M. Oulmont a vu deux ou trois cas où la maladie a été guérie avec une étonnante rapidité. Mais cette médication, même quand elle paraissait indiquée, n'a produit aucun effet dans les cas de choléra grave, algide ou asphyxique. Dans ces derniers cas, le traitement de M. Oulmont a été le traitement ordinaire, celui qui a été employé par la plupart des médecins des hôpitaux. A l'intérieur, boissons excitantes, thé additionné de rhum, d'élixir de la Grande-Chartreuse, etc. Quand ces boissons n'étaient pas tolérées, ce qui arrivait souvent, on donnait de la glace, etc. A l'extérieur, frictions plus ou moins énergiques avec la brosse, ou un liquide excitant comme l'alcoolat de Fioraventi, le massage. Les bains d'air chaud ont été assez fréquemment administrés. Ils réussissaient à réchauffer assez vite les malades, mais la peau qui se recouvrait rapidement d'une sueur froide et visqueuse, reprenait bientôt son algidité. Sauf un cas où le malade a guéri, ce mode de réchauffement n'a pas paru favorable. — L'enveloppement de tout le corps dans un immense sinapisme, comme l'a conseillé M. Brochin, a été aussi employé une fois, dans un cas de la plus haute gravité. Le réchauffement s'est fait avec une rapidité inespérée, il a persisté quelque temps, mais la malade est morte après quarante heures. — Dans les cas où dominait cette oppression et cette anxiété précordiale si pénibles pour les malades, M. Oulmont recourait à l'emploi répété de ventouses sèches appliquées en nombre très-considérable circulairement autour du corps, au niveau de la région épigastrique ; le plus ordinairement, il faisait scarifier quelques ventouses sur l'épigastre même. Ce moyen a amené constamment du soulagement même dans les cas les plus graves, et est devenu, pour M. Oulmont, une pratique usuelle dans la période algide et asphyxique du choléra. L'emploi des ventouses scarifiées a paru également utile encore à M. Oulmont, dans la période de réaction. Cette fois, l'application avait lieu à la nuque et dans le dos, et on en scarifiait quelques-unes à la nuque. Cette pratique a paru, dans quelques cas, modifier les phénomènes cérébraux et la tendance comateuse à laquelle succombaient si irrésistiblement les malades, et dans deux ou trois cas graves, M. Oulmont a pu croire que les ventouses répétées deux ou trois fois avaient amené la guérison.

Dans les cas si nombreux où les vomissements et la diarrhée persistaient dans la période de réaction, M. Oulmont les combattait encore par la glace, l'acétate d'ammoniaque en potion, la décoction de quinquina, les lavements astringents et narcotiques. — Les vomissements tenaces et persistants ont été, dans un grand nombre de cas, traités avec succès par la teinture alcoolique de noix vomique donnée à la dose de 20 à 25 gouttes dans une potion aromatique.

Choléra. — Différence de ses caractères suivant les lieux et les temps.

Nous avons insisté, dans plusieurs de nos articles, sur les différences symptomatiques qu'a présentées le choléra dans les mêmes lieux à des époques différentes. La même observation peut s'appliquer pour une même époque à la différence des lieux. Voici sur ce point de l'histoire du choléra, des documents intéressants, que vient de nous transmettre M. le docteur E. Rossy-Bey, du Caire (1).

« Il est incontestable, pour le médecin qui a pu suivre la marche et l'allure des épidémies cholériques apparues depuis 1831, que la maladie, depuis sa première apparition, subit une transformation incessante et successive.

« Déjà en 1832 même, les médecins russes et anglais, crurent pouvoir noter des traits de dissemblance entre le choléra tel qu'il se présente aux Indes et celui qui se présenta dans ces deux pays. Russell et Barry trouvèrent en Russie les évacuations moins abondantes, le passage de la période algide à la santé n'avait lieu qu'après avoir passé par une période de pyrexie : la fièvre consécutive était de nature typhique et non bilieuse, comme aux Indes, les cas de mort pendant la période algide étaient moins nombreux, et ils avaient acquis une contagiosité, que la maladie n'avait pas dans son pays originaire. Les médecins anglais qui observèrent à peu près les mêmes différences, allèrent jusqu'à refuser à la maladie son nom, pour lui donner celui de *fièvre épidémique cholérique*.

« En 1839 et 1840, j'ai eu occasion de l'observer au Kediaz, et là, plus près de sa source, j'ai trouvé qu'elle conservait presque tous les caractères qui se trouvent former la symptomatologie du choléra aux Indes.

« Dans la relation que j'ai publiée sur l'épidémie que j'avais observée au Caire en 1848, à une époque où je n'avais pas encore le soupçon d'une semblable transformation, je notais dans le cours de l'épidémie trois périodes distinctes. Dans la première période, la maladie offrait tous les caractères du choléra indien ; des cas de cette forme se présentèrent ensuite comme des exceptions dans les deux périodes suivantes et dans toutes les épidémies que j'ai eu à observer depuis. La deuxième période différait tellement de la première, qu'à cause de l'analogie qu'offrait cette transformation avec l'épidémie d'Angleterre de 1832, je l'appelai *fièvre cholérique du Sunderland*. Pour la troisième période, ce fut encore une nouvelle transformation, où les souffrances des centres nerveux prédominaient tellement, que les symptômes cholériques n'éveillaient qu'une attention tout à fait secondaire.

« En 1850, au Caire, ce n'était plus le choléra indien ni la fièvre du Sunderland, mais c'était la troisième forme observée en 1848, qui constitua la première période épidémique de cette année. Dans la deuxième période, c'était une véritable *fièvre pernicieuse cholérique*. Une transformation remarquable s'observa aussi dans la maladie en Europe, et fut enregistrée dans les Annales de la médecine, par le docteur Brochin.

« La maladie se présenta de nouveau au Caire en 1855. Dans cette épidémie, la première période offrit un vrai *choléra typhique* ; mais à la deuxième, qui dura plus de temps, la maladie montra ouvertement sa nature pernicieuse.

« En 1856, j'ai eu occasion d'en observer plusieurs cas au Soudan où la maladie fait de grands ravages ; les cas que j'ai observés, au commencement, présentaient tous les caractères du vrai choléra indien, mais vers la fin la nature typhique et pernicieuse prédomina.

« Pendant l'épidémie de cette année (1865), qui a pris les proportions d'une grande épidémie, ayant été chargé de la mission d'observer la maladie à Alexandrie avant qu'elle ne se déclarât au Caire, j'ai dû déclarer, dans mon rapport que la maladie qui ravageait Alexandrie *n'était point le vrai choléra indien*. Ce que c'était pour moi, on le jugera par mes prescriptions, qui consistaient essentiellement dans l'usage de la quinine. A Beyrout, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, et de cette observation j'ai pu déduire que l'épidémie qui affligeait la Syrie était de la même nature de celle qui ravageait l'Égypte. L'honorable docteur Koutoufâ, exerçant en Syrie, homme d'un dévouement rare et d'une expérience exceptionnelle en fait de choléra, m'avouait que la maladie n'offrait point les caractères du vrai choléra indien, mais qu'on pouvait avec plus de justesse le regarder comme un *choléra pernicieux*.

« A l'autorité de ce digne confrère, je me plais à ajouter l'opinion du docteur Maurin, écrivant que le choléra de Marseille agit à la manière d'une fièvre typhique... « On saisit quelque « chose de pernicieux, dit-il, dans la marche du mal, un mé-

(1) M. le docteur Rossi-Bey nous a adressé un travail très-étendu sur le choléra, dont nous aurons à extraire plusieurs parties importantes. Celle que nous en extrayons en ce moment sur les différences symptomatologiques du choléra aux diverses époques de son histoire, nous a paru particulièrement digne d'attention.

FEUILLETON.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉTAT MORAL DE LA SOCIÉTÉ SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Par M. le Dr DESCIEUX (1).

Un livre est comme un tableau ; pour apprécier l'un et l'autre à leur juste valeur, il faut non-seulement se bien pénétrer des idées exprimées par l'auteur, mais encore saisir la pensée intime, le sentiment qui a dicté cette expression, en le dégageant de tous les atours empruntés ici au style, là au coloris.

C'est dominé par cette conviction que j'ai étudié le livre que M. le docteur Descieux, de Montfort-l'Amaury, vous a adressé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Ce livre, dont vous m'avez fait l'honneur de me confier l'examen a pour titre : *Influence de l'état moral de la société sur la santé publique*.

Il m'a paru, je me plais à le reconnaître tout d'abord, écrit avec une remarquable bonne foi associée à des convictions dogmatiques que je respecte d'autant plus que je ne les partage pas ; cela tient peut-être à ce que n'étant plus assez jeune pour subir instinctivement l'entraînement de l'époque, je ne suis pas encore assez vieux pour en désespérer. Quoi qu'il en soit, je vais tâcher de vous édifier sur l'esprit et les tendances qui ont présidé à cette publication.

Appelé par sa position à être pendant de longues années le témoin journalier des misères humaines, à en suivre pas à pas les oscillations du haut en bas de l'échelle sociale, M. Descieux, sur le point de terminer sa carrière pratique, a cherché à être encore utile à ses semblables en les initiant aux résultats de son expérience ; c'est là une louable pensée, un honorable exemple que devrait suivre plus souvent le médecin si intimement initié aux vicissitudes physiques et intellectuelles de la vie.

J'ai vu, dit M. Descieux, la constitution humaine subir une modification notable, et cette modification consiste dans la prédominance du système nerveux et l'amoindrissement du système sanguin.

Ce changement, on ne saurait en rendre responsable l'influence des climats et des saisons ; on ne saurait davantage en demander l'explication aux progrès scientifiques.

C'est aux habitudes et aux mœurs qu'il faut l'imputer.

A cette vie calme et immobilisée de nos aïeux, qui s'écoulait paisiblement au lieu qui les avait vu naître, en perpétuant les mêmes errements de père en fils, a succédé cette vie agitée par les passions politiques, surexcitées par les intérêts industriels dont l'émancipation de 89 a été le point de départ. De ces passions comme de ces intérêts est résulté une activité intellectuelle qui progresse sans cesse et qui, rencontrant dans la morale plus souvent un obstacle qu'un guide, la néglige, l'oublie et arrive dans sa course vagabonde à des aberrations et à des erreurs qui conduisent les classes aisées de la société à un libertinage doré, les classes pauvres à l'ivrognerie et à la débauche, détruisant ainsi la validité de la santé humaine pour le riche comme pour le pauvre.

Telle est la véritable cause de l'extension des maladies nerveuses, de l'entraînement des individualités vers ces actions que réprouve la morale, source intarissable d'ambitions, de haines et de jalousies compromettantes pour la famille, compromettantes pour la société et dont le but plus ou moins éloigné est la révolution politique ou sociale.

Aussi brièvement résumé, ce tableau peut vous paraître assez sombre pour vous donner à penser que M. Descieux est un de ces misanthropes fâcheux contempteurs de leur siècle, il n'en est rien et on doit lui rendre la justice qu'il se plaît à reconnaître qu'à côté du mal le bien existe encore ; c'est l'homme de bien inquiété par l'immoralité et demandant à ses convictions le moyen de lui opposer une barrière.

Cette inquiétude, tout homme sensé la comprend et la partage plus ou moins, car assurément le libertinage, l'ivrognerie, ce besoin irréfléchi d'un luxe onéreux, cette soif de l'or qui glorifie le chiffre d'une fortune sans se préoccuper de son origine, cet entraînement mondain substitué aux soins de la famille, cette littérature nauséabonde qui ne vous montre que le délabrement intellectuel, ce théâtre remplaçant une critique spirituelle et aimable par l'étalage de la prostitution, du vol, de l'assassinat et du suicide, sont autant d'immoralités qui direc-

(1) Rapport lu à la Société de médecine de Paris. (Séance du 6 octobre 1865.)

« lange de suette, d'intermittence et d'affection cholérique. »

« Si dans l'épidémie d'Égypte, de Syrie et de Marseille, nous avons trouvé une même allure, une allure identique a été observée dans celle de Paris. Dès les premiers cas de cette épidémie, le docteur Brochin écrivait que, « de tout ce que nous « avons vu jusqu'ici, il ressort que l'épidémie actuelle, pré« sente dans ses débuts, dans sa marche, dans sa physionomie, « tous les caractères de l'épidémie de 1853-54, » et après de nouvelles observations faites dans les hôpitaux militaires de Paris, il ajoutait, « que les caractères diffèrent sensiblement de « ceux qu'elle présentait en 1849. Ce qui domine dans cette « modification, c'est l'élément typhique. En voyant pour la « première fois un malade,... il faut quelque attention pour « s'assurer si l'on a sous ses yeux un cholérique ou bien un « sujet atteint de fièvre typhoïde. »

« Du reste, y a-t-il lieu de s'étonner de semblables transformations, lorsque Scot a observé des différences remarquables dans la maladie, dans les diverses provinces de la même péninsule indienne? De profondes différences dans la même maladie, suivant les différents climats, c'est là aujourd'hui un fait acquis à la science, et qui ne peut étonner que ceux qui ignorent les études de géographie médicale. Les transformations que subit une maladie depuis sa première apparition, par l'influence qu'exercent sur sa nature les vicissitudes du temps, est un fait également acquis à la science, et qui n'est ignoré que de ceux qui n'ont pas étudié les histoires des maladies épidémiques.

« C'est en faisant un rapide historique des épidémies observées depuis 1831, dans différentes localités, que nous avons pu constater les modifications qu'a subies le choléra, par les influences géographiques et météorologiques. Il reste un autre élément puissant de modifications nosologiques dans l'influence ethnologique. De semblables modifications sont enregistrées par les auteurs indiens, qui ont constaté qu'aux Indes la maladie qui sur les indigènes sonserve son type primitif, sur les étrangers se laisse prédominer par l'élément fébrile.

« Je n'ai qu'à résumer les traits caractéristiques de l'épidémie de cette année 1865. Les cas foudroyants, sont d'une plus grande rareté encore que dans les épidémies passées; toujours ou presque toujours, l'accès cholériforme est précédé : ou d'une diarrhée prémonitoire qui, persistant plusieurs jours, s'accompagne le plus souvent d'un léger état fébrile à recrudescences périodiques plus ou moins marquées ; ou de symptômes nerveux, ou d'un état adynamique, qui ont des exacerbations; ou d'un état fébrile lent plus ou moins marqué et toujours avec des exacerbations et rémissions. L'accès cholériforme en lui-même est rarement suivi de mort; celle-ci n'arrive ordinairement qu'au quatrième ou cinquième jour ou même plus tard, lorsque l'accès cholériforme est passé et est remplacé par la période suivante. Cet accès en lui-même diffère du vrai choléra indien en cela que les pertes séreuses sont moins abondantes, et le plus souvent teintes de bile ; la perte totale du pouls est un cas exceptionnel ; l'abaissement de température est moins remarquable, la cyanose moins prononcée, et les crampes sont rares.

« Le retour instantané de la santé après la période algide, est extrêmement rare. Ou l'état de collapsus se prolonge pendant plusieurs jours jusqu'à ce que mort s'en suive; ou l'état fébrile consécutif est une continuation des symptômes cholériques d'une manière quasi chronique, avec des exacerbations peu marquées ; ou il s'en suit une fièvre cérébrale qui tient du typhique et du pernicieux. La maladie n'a pas fait ses choix parmi les individus bien portants et les constitutions les mieux conditionnées, mais elle a sévi de préférence sur les constitutions délabrées par des maladies antérieures ou par de mauvaises conditions hygiéniques, et sur ceux adonnés aux abus surtout aux abus de boissons alcooliques.

« Appeler *choléra*, une semblable forme morbide, ne serait-ce pas prendre une partie pour le tout ? »

Parmi les points de pratique soulevés dans l'extrait de la communication qu'on vient de lire, il en est un particulièrement digne d'intérêt, et dont nous avons réservé jusqu'à présent l'examen, nous voulons parler de l'assimilation du choléra à la fièvre pernicieuse et des indications de l'emploi du sulfate de quinine qui en ressortent. Ce sera l'objet spécial de l'un de nos prochains articles. Nous aurons encore à cette occasion de nouveaux emprunts à faire à la communication de notre confrère du Caire.

Corps étranger (épingle double) dans la vessie d'une femme, extraction avec la pince œsophagienne.

Une jeune femme de dix-neuf ans, bien constituée, est entrée dans les premiers jours de ce mois à la Pitié, dans le service de M. Gosselin. Elle avouait s'être introduit, dix jours auparavant, par l'urètre, une épingle à cheveux double, longue d'environ cinq centimètres. Elle éprouvait depuis ce temps des besoins fréquents d'uriner, des douleurs assez vives, lorsqu'elle les satisfaisait, des souffrances en marchant ; elle avait de plus de grandes inquiétudes sur les suite de son imprudence.

Dans une première séance, M. Gosselin, après avoir endormi la malade avec l'éther, et injecté de l'eau dans la vessie, essaya de retirer l'instrument par les voies naturelles d'abord, avec une pince à pansement légèrement recourbée à son extrémité, ensuite avec plusieurs des instruments spéciaux, tous fort ingénieux, fabriqués depuis quelques années par MM. Charrière et Mathieu, pour l'extraction des corps étrangers de la vessie. Il ne réussit pas pour deux raisons : d'abord, parce que, malgré le sommeil anesthésique, la vessie se contractait et se vidait; ensuite, parce qu'avec ces instruments, dont la plupart sont droits, et les autres peu à peu courbés, il ne sentait pas le corps étranger, et ne pouvait être guidé, pour le saisir, que par un hasard heureux.

Dans une seconde séance, six jours après, et avant de se décider à l'incision de l'urètre et du col vésical, M. Gosselin eut l'idée d'essayer la longue pince œsophagienne destinée à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage. L'introduction fut facile ; la concavité de la courbure regardait en bas, et cette courbure se trouva assez heureusement disposée pour permettre au chirurgien de sentir de suite sur le bas-fonds un corps dur et résistant, qu'il n'avait pas trouvé avec les autres instruments; ouvrant alors avec précaution les deux branches au niveau du corps dur, puis les rapprochant, et ramenant la pince au dehors, il fit sortir avec elle l'épingle qui avait été saisie par l'extrémité d'une de ses tiges et dont l'autre pointe se trouva assez masquée par les branches rapprochées de l'instrument pour ne pouvoir piquer l'urètre. Aucun accident n'est survenu, et la malade quittait l'hôpital trois jours après, urinant sans douleur et peu fréquemment.

La pince œsophagienne est donc, pense avec raison, M. Gosselin, une ressource à ajouter à celles que possède déjà notre arsenal chirurgical pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, par les voies naturelles, chez la femme.

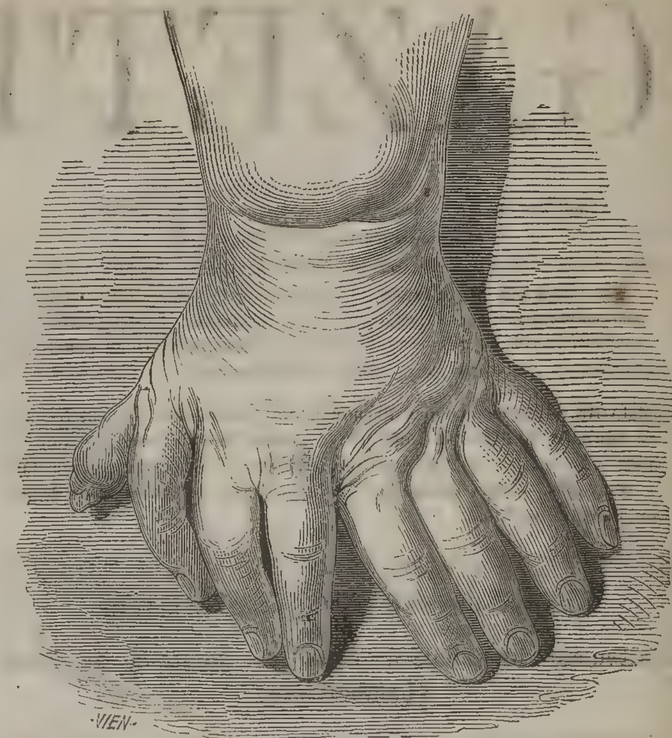
Nous ne pensons pas, toutefois, qu'on doive regretter la forme droite de l'instrument de Courty, de Montpellier (un crochet enfermé dans une gaine protectrice, qui accroche l'épingle, la tord, la fait entrer dans la gaine). Cet instrument est excellent ; il a été employé souvent avec succès; et lorsque nous étions interne dans le service de M. Velpeau, il a parfaitement réussi pour trouver une épingle à cheveux qui était à la partie antérieure de la vessie, et était implantée dans la muqueuse. Pour saisir l'épingle, dont nous avions déterminé la situation par le toucher vaginal, nous avons fait placer sous le siége de la malade assise sur le bord de son lit un oreiller, et il a été facile de conduire l'instrument jusque sur l'épingle à cheveux, le doigt introduit dans le vagin dirigeant le crochet de Courty.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, **M. GIRALDÈS** présente un plâtre représentant la main droite d'un enfant de cinq mois, dans laquelle on trouve huit doigts très-distincts et très-complets. Cette difformité semble résulter de la fusion de deux mains sur un avant-bras. On n'y trouve aucune trace de pouce. M. Giraldès est invité à faire représenter cette anomalie pour les Bulletins.



M. GUERSANT qui a vu l'enfant dans le service de M. Giraldès, lui demande s'il n'a pas fait quelque opération à ce petit sujet.

M. GIRALDÈS répond qu'il a enlevé deux doigts. Le jeune enfant est sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

M. VERNEUIL présente, de la part de M. Pravaz, de Lyon, deux moules en plâtre représentant des pieds qui ont chacun six orteils. Le même sujet avait un doigt surnuméraire à chaque main.

M. Verneuil ajoute qu'il a vu, à la campagne, un jeune enfant qui avait un doigt surnuméraire à chaque main et un orteil surnuméraire à chaque pied. Les sixièmes doigts n'étaient point gênants; il n'en était pas de même des orteils. Situés sur le bord externe du pied et s'en détachant à angle droit, ils gênaient beaucoup l'enfant qui ne pouvait que difficilement faire usage des chaussures ordinaires. L'un des orteils était réuni au cinquième métatarsien par une articulation complète, l'autre se continuait, sans ligne de démarcation, avec l'os qui lui servait de support. D'un côté, dit M. Verneuil, je désarticulai sans peine, de l'autre je divisai la phalange avec une pince de Liston tout près de son insertion.

M. Verneuil fait hommage à la Société d'un vice de conformation congénital moulé sur la main droite d'un adulte. Le carpe, les quatre derniers métacarpiens et les doigts correspondants avaient des proportions normales. Au contraire, le premier métacarpien et la première phalange du pouce ont une épaisseur énorme. La dernière phalange du pouce est bifurquée; la branche interne beaucoup plus longue que l'autre, a la forme d'un doigt ordinaire, la branche externe rappelle au contraire l'extrémité d'un pouce normal. Ces deux branches semblent fusionnées, et il n'existait que des mouvements rudimentaires entre ces phalanges terminales et celle qui les supporte.

M. GIRALDÈS. Puisque l'occasion s'en présente, je dirai que j'ai eu, cette semaine, l'occasion de voir à l'hôpital un enfant de six ans avec un pouce double en forme de pince d'écrevisse. Il saisissait très-bien les objets avec cette pince.

Au reste, il vient d'être publié, sur toutes ces anomalies, un dernier livre très-bien fait de M. Annandale, qui a obtenu le prix Jacksonnien au collége des chirurgiens de Londres.

M. LARREY ajoute à ces diverses citations deux cas assez rares de polydactylie, publié dans les *Mémoires de médecine militaire*, de janvier 1865.

Le premier cas, dû à M. Boulian, qui l'a dessiné, représente un pouce surnuméraire de la main droite seulement, chez une jeune fille juive. Ce pouce peu développé du reste, quoique bien conformé, a été amputé par la méthode ovalaire; et la cicatrisation s'en est suivie; mais le pouce normal n'a conservé que des mouvements bornés.

Le second cas rapporté par M. J. Vidal intéresse la main gauche d'un jeune indigène de Cochinchine. Le dessin montre un pouce normal en dehors duquel s'est développé, en s'articulant avec le même métacarpien, un pouce anormal plus long, terminé non par un ongle humain, mais par une griffe de carnivore et dirigé vers l'autre, comme une pince, quoique les mouvements distincts soient limités.

---

tement ou indirectement retentissent sur la santé publique et multiplient l'épilepsie, l'hystérie et la démence.

Évidemment ce sont là des plaies saignantes du moment; doivent-elles nécessairement entraîner la perte de notre société, je me fais peut-être illusion, mais je ne le crois pas, car j'ai la conviction que le sens moral peut avoir ses langueurs sans s'éteindre et qu'il se réveillera toujours aux lueurs du progrès intellectuel.

Ce progrès doit donc être l'aspiration de tout homme de cœur; seul, en effet, il peut assurer la santé des masses ignorantes contre les excès de la superstition, du préjugé, de la routine et de l'oisiveté que vont exploiter aujourd'hui une patience cauteleuse et insinuante, demain une ambition rêveuse et égoïste, patience et ambition qui, l'expérience l'a démontré, n'auront ni l'une ni l'autre au moment opportun, la force et le courage de donner satisfaction aux passions dont elles ont fait le piédestal de leurs intérêts.

En outre la culture de ce progrès intellectuel est le plus sûr moyen de remédier aux inconvénients inhérents à sa trop grande jeunesse qui tout autant que l'immoralité pèse lourdement sur la santé publique.

Aujourd'hui on exige d'une existence de vingt ans ce qu'on ne demandait autrefois qu'à une existence arrivée à sa vingt-cinquième ou à sa trentième année.

Aujourd'hui l'attraction des grands centres, dépeuple les campagnes et encombre les villes.

Aujourd'hui le mouvement incessant des populations rompt chaque jour l'équilibre des constitutions individuelles et des constitutions climatériques.

Ce sont là autant de faits dont le médecin doit signaler au législateur les funestes influences, car il en résulte une usure prématurée de la vie, un encombrement qui agglomère la misère et multiplie les chances de maladies, une modification profonde des constitutions médicales. Mais ce ne sont pas là des vices irrémédiables. Il n'y a là que des dangers dont il faut se préoccuper sérieusement pour leur opposer les lois d'une hygiène sans cesse progressive dans ses recherches, progressives surtout dans ses applications, et au besoin l'action d'une thérapeutique dégagée de toute idée systématique.

Tout en acceptant avec M. Descieux que dans ces dernières années le chiffre des affections nerveuses s'est réellement élevé, je ne puis admettre que la transformation thérapeutique ne relève que de cet accroissement et faire autant que lui bon marché des progrès scientifiques.

Jadis les maladies nerveuses étaient entachées d'un caractère ridicule ou surnaturel que fort heureusement leur a enlevé une étude approfondie ; peu à peu cet adage si vrai ; *sanguis moderator nervorum,* s'est relevé à sa véritable valeur et a rendu plus avare d'un sang qu'avaient gaspillé si largement les adeptes de Broussais. L'éloquence fougueuse du novateur avait écrasé de toute la puissance de ce fait matériel, la lésion organique, toutes les théories déjà usées du vitalisme et de l'humorisme; aujourd'hui le vitalisme et l'humorisme tendent à prendre leur revanche en démontrant que la lésion organique est aussi souvent l'effet que la cause du mal. Est-il possible du reste d'être exclusivement vitaliste, humoriste ou organiciste? Sans hésiter, je réponds, non! et j'en appelle à vous tous, Messieurs, qui de nous oserait nier la corrélation intime de nos liquides et de nos solides? qui de nous oserait nier qu'à cette solidarité de la matière liquide et solide soit intimement liée la fonction qui est la vie, dont le dernier pourquoi nous échappe? Personne assurément. Après avoir constaté le mal, après avoir signalé sa source, M. Descieux devait tout naturellement se préoccuper du remède. Ce remède il le trouve dans l'éducation religieuse et il défend cette cause avec une ardeur à laquelle je ne puis faire qu'une réponse.

Timeo danaos et dona ferentes : sans me croire pour cela un esprit fort ou un de ces êtres abrutis par l'immoralité, lecteurs, dont M. Descieux a pressenti le jugement, mais parce que j'ai la croyance que l'intelligence humaine doit être développée par cette instruction libre et indépendante qui, dégagée de tout mobile intéressé, ne poursuit qu'un but, rendre l'homme utile à ses semblables, le relever à ses propres yeux en lui inspirant ce sentiment de dignité qui garantit la morale et dont la devise est : respect de soi-même, tolérance pour autrui en toute liberté de conscience.

Ici, Messieurs, je m'arrête, car je ne dois pas oublier que nous sommes une Société purement médicale, et je termine en sollicitant de vos suffrages le titre de membre correspondant pour notre honorable confrère qui me paraît le mériter à tous égards.

Dr Simonot.

— M. Civiale adresse à la Société la lettre suivante :

Monsieur le président,

Je vous prie d'offrir à la Société impériale de chirurgie un opuscule que je viens de publier sur *le Morcellement des grosses pierres dans la cystotomie.*

Je me sers pour cette opération d'une tenette modifiée, avec laquelle la pierre est saisie et fixée comme à l'ordinaire. Si elle est trop volumineuse pour passer par la plaie ou trop dure pour être écrasée, un appareil construit sur le modèle du foret lithotriteur, est ajusté aux branches de la tenette et la pierre est désagrégée ou réduite en éclats.

Cet appareil, tenu en réserve pendant le premier temps de la manœuvre, s'adapte facilement à la tenette, sans rien changer à sa position, sans que la pierre soit lâchée. Lorsque la pierre est brisée on la retire sans difficulté, et l'opération s'achève avec la même tenette.

Le premier modèle de cet instrument remonte à 1827.

Dix-huit calculeux ont été traités par ce nouveau procédé.

— M. Gaillard de Poitiers, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Dans un opuscule présenté à l'Académie de médecine, il y a plus d'une année (*Étude sur la contraction musculaire et les luxations*), j'ai développé les idées qui viennent de se produire devant la Société:

« Que la contraction musculaire était de sa nature un phénomène passager, de vingt-cinq à trente minutes de durée; qu'elle ne pouvait être regardée comme un obstacle considérable à la réduction des luxations; que, dès lors, les tractions puissantes et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution n'étaient pas nécessaires; que les adhérences fibreuses étaient la grande difficulté de ces opérations, et des rotations persévérantes le moyen de détruire les adhérences. »

COMMUNICATION.

Anévrisme faux primitif de l'artère fémorale. — Ligature par la méthode d'Anel. — Ouverture spontanée du sac. — Guérison.

M. NOTTA (de Lisieux), membre correspondant, lit l'observation suivante sur ce sujet.

M. CHASSAIGNAC rappelle qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*, une observation d'anévrisme du creux poplité survenu aussi à la suite d'un coup de pied de cheval. Il a également pratiqué la ligature, d'après la méthode d'Anel, et il y a eu guérison.

Des luxations anciennes.

SUITE DE LA DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Dans l'avant-dernière séance de la Société de chirurgie, quelques opinions contradictoires se sont élevées sur des questions importantes relatives aux luxations en général et à celle de l'épaule en particulier.

La nature des obstacles à la réduction et la valeur du chloroforme suivant que la luxation est ancienne ou récente; l'anatomie pathologique des altérations qui donnent lieu à ces obstacles; la question des réductions tardives; l'emploi de la méthode du talon; la reconstitution de la cavité glénoïdienne par la tête de l'humérus après la réduction des luxations anciennes.

Tels sont les points sur lesquels je désire arrêter un instant l'attention de mes collègues.

J'avais avancé que dans les luxations le principal obstacle à la réduction réside dans la contraction des muscles. M. Richet m'a très-judicieusement objecté que cette assertion, prise dans un sens absolu, n'est pas exacte, puisque pour les luxations anciennes la résistance se trouve moins dans les muscles que dans les brides fibreuses de nouvelle formation. A cela j'ai répondu que, comme M. Verneuil avait surtout parlé des luxations récentes, c'était particulièrement et expressément celles-là que j'avais en vue.

Je suis donc parfaitement d'accord avec M. Richet sur ce point-là; mais ce en quoi je m'éloigne beaucoup de ses idées, c'est quand il nous dit que, dans la réduction ou les tentatives de réduction des luxations anciennes, il use très-peu du chloroforme.

De ce que les brides fibreuses constituent un obstacle très-notable, je suis loin de conclure au peu d'utilité du chloroforme pour la réduction des luxations anciennes. Je crois fermement que, dans plusieurs des luxations anciennes que j'ai réduites, j'aurais échoué sans le secours des anesthésiques.

Quelque ancienne que soit la luxation, tant que vous la supposez réductible, l'action des muscles qui est tout dans les luxations récentes, est beaucoup encore dans celles qui ont cessé d'être récentes. Hors le cas de paralysie musculaire confirmée, toute action douloureuse qui s'exerce sur une articulation, et vous savez si la déchirure et l'élongation des brides est une action douloureuse, réveille la contractilité des muscles. J'en ai acquis la preuve expérimentale, et voici comment : c'est précisément dans la réduction des luxations anciennes; chaque fois qu'il y avait intermittence dans l'action anesthésique ces mêmes muscles, tout à fait flasques et inertes l'instant d'avant, redevenaient durs et contractés. D'ailleurs, alors même qu'au point de vue des facilités mécaniques de la réduction, vous attendriez peu de chose de l'emploi des anesthésiques, la violence des douleurs vous imposerait la nécessité d'y recourir. La réduction des luxations anciennes est une œuvre trop difficile pour que le chirurgien néglige aucun des moyens dont il peut disposer. Ce n'est donc pas le cas de se priver volontairement de l'agent qui neutralise à la fois et la douleur et la contraction des muscles, quand bien même cette dernière serait amoindrie.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'existence des brides dans les luxations anciennes est signalée à l'attention des chirurgiens. Dans les études que j'ai publiées en 1837 (*Traduction des Œuvres d'Astley Cooper*, pag. 90), je les ai mentionnées. A cette époque l'anatomie pathologique des luxations de l'épaule n'existait pas. La science ne possédait que des observations isolées et les essais de description que Mothe, de Lyon, et Malgaigne avaient tentés en produisant artificiellement sur le cadavre des luxations, qui s'accomplissant pendant l'inertie absolue des muscles, ne pouvaient donner qu'une idée inexacte, c'est-à-dire fausse, des désordres anatomiques causés sur le vivant. Ce fut en réunissant les observations de Henri Thompson, de Mac Namara, de Crampton et de Gregory Smith, qu'il me fut possible d'écrire une histoire anatomique vraie des luxations scapulo-humérales. Les altérations osseuses articulaires, l'arrachement des tubérosités impossibles à produire sur le cadavre, les déchirures des tendons et des muscles, celles des coulisses fibreuses et de la capsule furent précisées telles que la nature les présente sans qu'on eût emprunté le secours d'inductions contestables et de manipulations cadavériques.

C'est, sans aucun doute, dans les enseignements fournis par l'anatomie pathologique, que doit se puiser la notion de l'époque où l'on peut encore rationnellement tenter les réductions tardives.

Où se trouve la limite à cet égard ? Elle ne saurait être posée dans des termes généraux. Point de règles absolues sur ce point. On ne peut pas fixer à quatre mois, l'âge des luxations à ne pas réduire, car j'ai obtenu au bout de six mois et plus, des réductions exemptes de tout accident. J. L. Petit a réduit deux luxations de l'humérus, l'une après six mois, l'autre après un an. Monteggia rapporte, d'après Pfaff, un cas de réduction du fémur après deux ans. (*Mémoires de l'Acad. de chir.*, t. V.)

Chez un vieillard vous craindrez la possibilité d'une fracture, et c'est là un motif d'abstention dont il faut tenir compte. Mais ce qui, avant tout, doit être pris en considération, c'est l'examen attentif de l'état anatomique actuel de l'articulation; je m'explique : il est clair que l'état anatomique de l'articulation ne peut être l'objet d'un examen direct, car ce serait l'autopsie. Mais, grâce à l'atrophie des muscles, on peut, chez certains sujets, apprécier à travers la peau l'état des parties osseuses articulaires. Quand cette exploration fait reconnaître soit la tuméfaction notable d'une tête osseuse, soit la déformation ou oblitération partielle d'une cavité articulaire, l'indication de s'abstenir est décisive, sans tenir compte de l'âge de la luxation. Il y a là une impossibilité anatomique. Il n'en est pas de même des brides fibreuses, d'abord parce qu'on ne peut pas savoir à l'avance quel est leur degré de flexibilité, d'épaisseur et de résistance, ensuite parce que le chirurgien est autorisé à en opérer la rupture sans de graves inconvénients. Et c'est ce qui m'est arrivé plus d'une fois à l'hôpital Lariboisière, où des personnes qui n'étaient pas très-rapprochées du malade percevaient d'une manière sensible le bruit de craquement dû à la déchirure des brides.

En poussant trop loin le principe de l'abstention, en face des luxations anciennes, on prive le chirurgien de bien beaux succès et du plus en viable de tous, de celui qui consiste à réparer les suites d'une faute qui, alors même qu'elle ne nous est pas personnelle, reste imputable à la pratique générale. Cette faute, c'est la non-réduction en temps utile d'une luxation mal diagnostiquée.

Je sais bien qu'en cherchant à réduire, coûte que coûte, une luxation ancienne, on fait un acte parfois téméraire. quoiqu'il ne le soit pas au même degré que la fracture volontairement produite des ankyloses par soudure osseuse, et que certaines autres opérations dont la pensée se présente à l'esprit de chacun. Mais je crois en définitive que, hors le cas constaté de déformation du squelette articulaire, il est toujours permis de chercher à vaincre les résistances fibreuses, quitte à s'arrêter quand on voit qu'il y a imminence d'un danger. C'est en agissant ainsi que j'ai pu réduire, à l'hôpital Lariboisière, une luxation du coude datant de six mois, luxation qui condamnait le membre supérieur à une impuissance absolue et, ce qui est non moins fâcheux, aux embarras insupportables que cause un membre thoracique incapable de se fléchir et maintenu dans un état de rigidité continue. C'est encore ainsi que j'ai réduit au bout de dix mois une luxation du fémur chez un malade du nom de Mourot, qui me fut adressé par un chirurgien très-distingué de Besançon, et qui, arrivé ici tout à fait estropié et ne pouvant faire un pas sans béquilles, se livre aujourd'hui à de longues courses, même sans le secours d'une canne.

J'ai dit à la Société que j'avais depuis longtemps adopté comme méthode générale pour la réduction des luxations de l'épaule, le procédé du talon, auquel toutefois je n'ai recours qu'après l'essai préalable du procédé de la rotation en dehors, qui m'a paru réussir avec une facilité remarquable, quand on arrive près du malade très-peu de temps après que la luxation s'est produite, et quand on a soin d'élever le bras à angle droit avec le corps du patient.

Dans le procédé du talon la réduction s'opère par un mécanisme plus compliqué qu'on n'est porté à le croire au premier aspect, et il est indispensable de bien s'en rendre compte pour comprendre les avantages de ce procédé et pour en diriger convenablement l'application. Ce qui détermine surtout la rentrée de la tête de l'humérus, c'est moins l'allongement du membre, par l'effet des tractions exercées parallèlement au tronc du malade, que l'écartement latéral produit par le talon, entre les deux os qui chevauchent l'un sur l'autre. L'humérus sur lequel agit la puissance extensive, appuyant par sa partie latérale interne contre le talon de l'opérateur, à la manière d'un levier du premier genre, dans lequel la puissance est à l'extrémité inférieure de l'humérus, la résistance à la tête de l'os déplacé, et le point d'appui sur la partie latérale du talon. Il est à remarquer que, par la position du talon dans l'aisselle, le point d'appui se trouvant très-rapproché de la résistance, le bras de levier de la puissance a une longueur proportionnelle considérable.

Voici quels sont les avantages de la méthode du talon :

1° Le malade étant couché sur le dos est dans une attitude qui ne lui permet que très-peu de résistance musculaire;

2° Ce procédé peut être appliqué sans le secours d'aucun aide, circonstance très-favorable en ce qu'elle permet souvent au chirurgien de réduire la luxation aussitôt qu'il est appelé près du malade, et, dans quelques cas même, au moment où la luxation vient d'être produite, par conséquent avant que la rigidité musculaire ne soit survenue;

3° On est sûr que dans ce procédé la contre-extension ne saurait être entraînée par la puissance extensive.

M. RICHET. Je me trouve très-heureux de voir M. Chassaignac de mon avis relativement aux causes qui mettent obstacle à la réduction des luxations anciennes. Quant aux difficultés qu'on rencontre quelquefois dans les luxations récentes, tout en pensant, comme notre collègue, qu'elles dépendent le plus ordinairement de la contraction musculaire, je crois qu'il serait inexact de dire que c'est la cause unique des obstacles à la réduction. C'est ce que j'ai démontré dans le travail qui se trouve imprimé dans les mémoires de la Société; j'y ai dit, en effet, et j'ai prouvé par des observations, que, si les muscles sont presque toujours ce qui s'oppose à la réduction, il y a des cas où l'obstacle existe dans les os eux-mêmes qui alors butent l'un contre l'autre, surtout quand ils sont *cravatés* par les muscles. J'ai eu, à la Pitié, l'occasion de vérifier le fait anatomiquement dans un cas de luxation de la hanche, le malade ayant succombé aux suites des inhalations de chloroforme; j'avais inutilement employé dans ce cas tous les procédés de force et de douceur, la réduction resta impossible. A l'autopsie, nous pûmes constater que le col du fémur était maintenu immobile dans sa nouvelle position par les muscles jumeaux et obturateur interne qui s'enroulaient autour de lui.

Dans les luxations anciennes, je le répète, les plus grands obstacles à la réduction consistent dans les brides fibreuses et quelquefois dans des capsules de nouvelle formation qui maintiennent l'os déplacé dans sa situation anomale. C'est ce que démontre, entre autres, l'observation recueillie par notre collègue M. Forget dans le service de Lisfranc. Il s'agissait d'une luxation de l'épaule, le chirurgien tenta en vain la réduction, tous les efforts échouèrent, et le malade succomba quelques heures après les tentatives de réduction ; à l'autopsie, on trouva autour de la tête déplacée une capsule très-résistante.

Il s'en faut, cependant, que je veuille refuser, même dans ces cas, la moindre influence à la contraction musculaire, seulement je crois que cette influence est secondaire, et c'est précisément pour cela que, dans les tentatives de réduction des luxations anciennes, je suis devenu très-réservé dans l'emploi du chloroforme.

Quant au temps après lequel on ne doit plus chercher à réduire les luxations anciennes, je répéterai que, si après quatre ou cinq mois on peut tenter quelque chose, ce n'est qu'avec beaucoup de réserve, parce qu'alors on fait courir aux malades des dangers tels, qu'ils ne peuvent être mis en balance avec les avantages douteux d'une réduction opérée dans de pareilles conditions. Je dirai, en terminant, que la meilleure manière d'obtenir la rupture des brides accidentelles n'est pas la traction directe, mais bien la rotation en sens opposés de manière à agir sans de trop grands efforts.

M. SERRE (d'Alais), membre correspondant. Cette discussion me rappelle un fait très-curieux qui prendra utilement sa place dans les annales de la chirurgie, je veux parler d'un cas de *réduction spontanée* d'une luxation ancienne de l'épaule.

Il s'agissait d'une dame qui se présenta à moi pour se faire réduire une luxation de l'épaule datant de 25 jours. C'était au moment où Delpech (de Montpellier) avait eu à regretter un cas de mort pendant les efforts nécessaires pour la réduction d'une luxation ancienne. Tout plein de l'émotion laissée dans mon souvenir par cet événement malheureux, je ne voulus pas, au début de ma carrière chirurgicale, m'exposer à un pareil malheur. Je conseillai donc à ma cliente de ne pas se préoccuper autrement de son accident. Un an plus tard, cette dame, pendant une promenade à cheval, fait une chute, et dans l'effort qu'elle fit pour se retenir, l'humérus rentra dans la cavité glénoïde.

COMMUNICATIONS.

Méthode nouvelle de traitement pour la cure des polypes naso-pharyngiens par excision et rugination des os sur lesquels ils sont implantés.

M. ALPH. GUÉRIN fait sur ce sujet la communication suivante :

Les polypes qui se développent à la partie supérieure du pharynx, s'implantent le plus souvent sur le tissu fibreux qui recouvre la partie correspondante de la base du crâne; ils sont susceptibles d'acquérir un développement si énorme, qu'il est parfois difficile de parvenir jusqu'à leur pédicule. Dans le but de découvrir le point de leur implantation, on a eu recours à un grand nombre de procédés opératoires qu'il est inutile que je décrive, parce qu'ils sont parfaitement connus de tous les membres de la Société; il y a trente ans, on avait recours à la ligature, et pour la pratiquer, on avait inventé des instruments à l'aide desquels un fil d'argent ou de lin, introduit d'avant en arrière dans les narines, était ensuite passé derrière le polype et élevé au niveau de son implantation, il ne restait plus, après cela, qu'à tordre le fil ou à le serrer avec un serre-nœud.

Depuis longtemps déjà, cette méthode opératoire a été abandonnée, parce que, en supprimant le polype, on ne détruit pas la racine.

Dans ces dernières années, on a eu recours à l'excision et à la cautérisation combinées, c'est à cette méthode mixte que je me proposais de recourir pour un polype dont un jeune garçon de 17 ans était affecté.

Entré à l'hôpital Saint Louis, salle Saint-Augustin, le 12 octobre 1865, le jeune Moreau (Frédéric) d'une constitution grêle et délicate, ne pouvant respirer qu'avec la plus grande difficulté et en tenant la bouche entr'ouverte, était affecté d'un polype naso-pharyngien qui remplissait si complétement la partie supérieure du pharynx, que le voile du palais était repoussé en avant, de manière que la face *postérieure* de la luette reposait pliée sur la face supérieure de la langue, dans cet état, le malade n'avalait plus les aliments solides que lentement et après les avoir broyés complétement, sa bouche restait largement ouverte pendant son sommeil et il parlait avec la plus grande difficulté.

La masse polypeuse, qui remplissait toute la partie du pharynx qui est située au-dessus du plan de la portion horizontale de la langue, était arrondie, et la convexité de sa face antérieure faisait bomber le voile du palais en avant. L'énorme volume du polype rendait extrêmement difficile l'exploration de la partie postérieure des fosses nasales, l'indicateur, porté derrière le voile du palais, n'arrivait pas jusqu'au pédicule, mais plusieurs signes indiquaient que l'implantation du polype était au niveau de la narine gauche; le nez était, en effet, plus large de ce côté, sa pointe était déviée à droite, et dans le pharynx, la tumeur descendait un peu moins bas à droite qu'à gauche.

Le malade dit que le premier symptôme de son mal remonte à 18 mois environ. A cette époque, il s'aperçut du moins qu'il avait de la peine à respirer. Habitant la campagne, et peu soucieux d'une maladie qui n'était pas apparente et qui ne causait pas de grandes douleurs, ses parents ne crurent pas devoir consulter un médecin. Au mois d'avril de cette année seulement, on tenta de guérir la maladie sur la nature de laquelle il était difficile de se faire illusion. Si les renseignements qu'on nous a donnés sont exacts, le médecin consulté aurait arraché par le nez des morceaux de polypes et se serait opposé à l'hémorrhagie à l'aide d'un liquide qui devait être une solution de perchlorure de fer.

Malgré l'énorme volume du polype, la face de l'enfant n'avait pas subi de déformation notable, et l'on pouvait affirmer que la maladie ne s'était point encore frayé un passage du côté des cavités orbitaires et des sinus maxillaires.

Avant l'entrée du malade à l'hôpital, il avait eu plusieurs hémorrhagies. Huit jours après, c'est-à-dire le 17 octobre, il eut une épistaxis qui s'arrêta spontanément.

L'enfant avait conservé un bon appétit, il mangeait quatre portions et

son sommeil, quoique bruyant et pénible, était de longue durée, mais du pus fétide s'écoulait de son oreille gauche; malgré sa faiblesse, je résolus de l'opérer, sans pourtant me résoudre à lui enlever un maxillaire supérieur comme préliminaire de l'extirpation et de la cautérisation du polype. C'est une méthode sûre d'arriver facilement au point d'implantation, mais on ne peut pas la pratiquer sans causer une violente douleur et sans donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins considérable. Après avoir calculé de mon mieux les forces de mon petit malade, je craignis qu'il ne supportât pas cette opération, et je me décidai le 21 octobre à recourir à la méthode de Mamer. Ayant saisi le voile du palais avec une pince à griffes, je l'incisai sur la ligne médiane avec des ciseaux coudés sur leur tranchant. Cette incision ne fit pas couler une grande quantité de sang. Le malade, qui était assis sur une chaise, pouvait se pencher en avant pour empêcher que le sang lui tombât dans le larynx, et se relever aussitôt pour que je continuasse l'opération. Le voile du palais ayant été incisé, le polype s'avança entre les lèvres de la division, et je pus facilement le saisir avec une pince de Museux, l'abaisser et porter les lames de longs ciseaux au niveau de son pédicule.

Après la section que j'en fis, je retirai une masse polypeuse du volume d'un œuf; mais j'étais loin d'avoir tout enlevé, et je fus fort déçu quand, portant un indicateur derrière le voile du palais, j'y trouvai encore une tumeur qui, s'étendant dans tous les sens, ne pouvait que difficilement être limitée par le doigt explorateur; dans cette masse, je ne savais même pas d'une manière précise où était le point d'implantation de ce qui me restait à enlever. Je compris bien vite que l'excision était inapplicable dans ce cas, et qu'il fallait trouver un moyen de débarrasser mon petit malade de ce polype qui, étant comme enchâtonné, résistait aux tractions que je m'efforçais d'opérer. Un premier polype avait été enlevé, mais il en restait un autre dirigé en sens inverse du premier. Ne trouvant pas le pédicule, j'eus l'idée de le chercher à l'aide du doigt introduit en arrière du voile du palais et d'un instrument explorateur porté d'avant en arrière dans l'une des fosses nasales, et comme l'incision du premier pédicule avait donné lieu à une petite hémorrhagie qui devenait effrayante, vu l'affaiblissement du malade, je voulus que l'instrument explorateur me servît à enlever ce qui restait de la masse polypeuse.

Je demandai à mes aides une rugine étroite, et, pendant qu'ils en cherchaient une convenable, je séparai l'une de l'autre les deux branches d'une paire de ciseaux Charrière, et la lame de l'une me servit à énucléer la tumeur des cellules dans lesquelles elle s'était enchâtonnée. Quand cette énucléation fut faite, je fus un peu effrayé en reconnaissant que mon indicateur pénétrait dans une cavité à parois osseuses, s'étendant vers la boîte crânienne, cavité dans laquelle on eût pu loger une grosse noix. Je fus bientôt rassuré en reconnaissant que son fond était formé par un plan résistant et je pensai que ce n'était autre chose que les sinus sphénoïdaux dilatés.

Je circonscrivis alors assez facilement l'implantation du polype, mais j'aurais eu beaucoup de peine à en faire la section; en demandant une rugine, j'avais eu l'idée de détruire par érosion, par rugination le tissu fibreux sur lequel le polype était implanté. Je commençai ce temps de l'opération avec la pointe de la lame de ciseaux qui m'avait servi à l'énucléation, et je la finis avec une rugine droite et lancéolée.

Quand l'opération fut terminée, on sentait avec le doigt des surfaces d'os dépouillées de leur périoste et je vis sur la figure des personnes qui constataient une pareille dénudation, des signes manifestes d'une sérieuse inquiétude sur les suites de cette méthode opératoire.

Sachant avec quelle facilité se recouvrent de bourgeons les os très-vasculaires qui ont été dépouillés de leur périoste dans une petite étendue, je ne partageai pas l'inquiétude de mon entourage, et je soutins que c'était là le moyen le plus sûr d'obtenir la guérison définitive des polypes.

Au bout de quelques minutes, le sang cessa de couler, et le petit malade, après avoir bu un grand verre de vin dont il avait besoin pour ne pas faiblir, fut reporté à son lit. Malgré la douleur inhérente à l'opération, cet enfant, respirant plus facilement que la veille, sembla presque de suite reprendre des forces. Il eut pendant cinq ou six jours le pouls et la peau fébriles, mais il ne se plaignit ni de céphalalgie, ni de nausées, et le 27 à la visite, nous ne trouvâmes plus de traces de fièvre. La matière purulente, qui dès le lendemain de l'opération s'était écoulée par le nez, était à peu près complétement tarie et l'écoulement fétide de l'oreille gauche avait disparu. Je prescrivis, le jour même de l'opération, 250 grammes de vin de Bordeaux et une alimentation reconstituante avec deux portions de pain.

Le 28, craignant que le polype dont je n'avais que coupé le pédicule, ne donnât lieu à la récidive, je tentai de le cautériser avec un électro-cautère, d'après la méthode de Mideldorpff. Je me flatte d'avoir atteint mon but dans cette dernière opération, mais je n'oserais affirmer que j'ai bien détruit les dernières racines de cette partie du polype, d'abord parce que je ne savais pas d'une manière précise où avait lieu son implantation, et que dans le doute, je dus porter l'électro-cautère dans plusieurs points où je heurtais des inégalités de parties molles; mais il pourrait se faire que les points les plus cautérisés aient été recouverts de bourgeons charnus, et que le lieu d'implantation du polype que j'avais coupé avec les ciseaux, ait plus ou moins échappé à l'électro-cautère.

Je ne donne donc pas ce fait comme un cas de guérison. Il y a six semaines à peine que l'opération a été faite. A cette époque, on ne peut encore rien dire de la récidive, mais j'ai voulu appeler l'attention de la Société sur la possibilité d'arracher les polypes naso-pharyngiens par la rugination de la surface osseuse sur laquelle ils s'implantent.

Le malade que je présente aujourd'hui mange et dort comme s'il n'avait jamais été malade; il a repris des forces et de l'embonpoint et il serait dans d'excellentes conditions pour subir une nouvelle opération, s'il y avait lieu plus tard, d'y avoir recours, s'il y avait récidive, je la mettrais sur le compte du pédicule incisé et je ne l'attribuerais pas aux polypes que j'ai enlevés par la rugination, parce que ce dernier moyen me paraît plus radical que tout autre.

J'ai incisé le voile du palais du petit malade que je vous présente, dans la pensée que j'aurais besoin d'une voie large pour arriver sur le pédicule du polype et pour y porter un cautère; mais après avoir reconnu les avantages de la méthode que je soumets à l'appréciation de la Société, c'est à elle que je demanderais la guérison dans un cas semblable, et j'ai la conviction que, sans l'incision du voile du palais, mon indicateur parviendrait, sans angoisse pour le malade, sur le pédicule du polype.

Ce temps de l'opération qui serait pénible si on le pratiquait sur une personne en bonne santé, ne paraît pas l'être chez les individus qu'un polype volumineux a habitués à la sensation d'un corps étranger. Chez eux, le voile du palais a perdu une grande partie de sa sensibilité et l'on peut le toucher sans éveiller la sensation désagréable qui, quand elle est prolongée, produit des nausées et le vomissement. Si mon espoir n'est pas déçu, il sera permis d'abandonner les préliminaires de l'extirpation des polypes : il ne faudra plus ni inciser le voile du palais, ni exciser une portion de la voûte palatine; la luxation d'un maxillaire et la résection deviendront inutiles; il suffira de chercher le pédicule du polype à l'aide d'un indicateur introduit derrière le voile du palais et de l'arracher en ruginant l'os sur lequel il s'implante à l'aide d'une rugine droite, introduite par l'une des narines.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous donnons ci-après le chiffre des décès cholériques du 30 novembre au 6 décembre :

Décès dans les hôpitaux.	Décès en ville.	Total des décès.
4	10	14
7	10	17
5	4	9
8	3	11
4	5	9
?	?	?
1	3	4

— La Société de médecine de Louvain, en séance du 1er décembre dernier, a arrêté comme suit le programme du concours de 1866.

1° Du tremblement nerveux; insister principalement sur ses causes, les symptômes qui l'accompagnent et sur son traitement;

2° Rédiger un mémoire sur un sujet librement choisi de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements.

Les manuscrits lisiblement écrits en français devront être adressés franco, avant le 1er octobre 1866, au secrétaire de la Société, le docteur Guibert, rue de la Station, 37.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les membres effectifs et les membres honoraires de la Société ne peuvent prendre part au concours.

Des médailles en or, en vermeil ou en argent, aux armes de la Ville, ainsi que le titre de *Membre correspondant,* seront décernées aux auteurs des meilleurs mémoires adressés à la Société.

— M. le professeur Richet, commencera son cours de pathologie externe, le mardi 12 décembre 1865, à midi.

— M. Regnard, interne des hôpitaux, commencera le lundi 11 décembre à quatre heures un cours complet de pathologie préparatoire au deuxième de doctorat (troisième de fin d'année), en son domicile, 56, rue des Écoles. — Conférences et leçons particulières pour le quatrième de doctorat.

Un cours préparatoire à l'internat sera commencé à la fin de décembre.

De la coxalgie, de sa nature et de son traitement, par M. le docteur Ferdinand MARTIN, chirurgien orthopédiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur, etc., et le docteur COLLINEAU; *ouvrage couronné* par l'Académie des sciences, 1 vol. in-8° de 500 pages, avec planches, 1865. Prix : 7 fr.

Le Directeur, Dr E. LE SOUAD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 145. — MARDI 12 DÉCEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 12 DÉCEMBRE 1865. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. RACLE.

Corps étranger des bronches chez une petite fille de deux ans.

(Observation recueillie par M. Ed. FREDET, interne des hôpitaux.)

S... (Anne-Hortense), née le 22 décembre 1863, entre en dépôt à l'hospice des Enfants-Assistés le 18 octobre 1865. Pendant les huit jours qui séparent son admission à l'hospice de son entrée à l'infirmerie, l'enfant paraît bien portante, joue et possède un très-bon appétit; lorsque le 26 octobre au matin, la sœur du service s'aperçoit que l'enfant a de violents accès de toux et de suffocation. On la conduit à la salle de médecine où elle est placée au n° 14.

A la visite du soir, nous trouvons l'enfant presque asphyxiée; la voix est éteinte, la respiration sifflante, la face injectée. L'examen de la gorge ne nous montre qu'une rougeur assez intense et une légère hypertrophie des amygdales; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés. Comme il se trouvait en ce moment dans la salle deux enfants atteints de croup, nous crûmes à une laryngite pseudo-membraneuse survenue d'emblée. L'auscultation de la poitrine ne nous décela que quelques râles muqueux; il n'y avait ni souffle ni matité.

En conséquence, nous prescrivîmes un vomitif avec 30 centigr. de poudre et 30 grammes de sirop d'ipécacuanha; dans les matières du vomissement nous ne trouvâmes pas trace de fausses membranes.

Le 27 au soir et le 28 au matin, même état; toux croupale, accès de suffocation. Nouveau vomitif avec de l'ipéca sans expulsion de fausses membranes. Nous nous disposions à tenter l'opération de la trachéotomie lorsqu'il survint un peu de mieux. L'opération fut remise. A la visite du 29 la situation de l'enfant paraît s'être améliorée et depuis ce moment la toux persista, mais les accès de suffocation cessèrent. La fièvre avait presque disparu; la petite malade restait assise et jouait sur son lit. Malgré l'irrégularité ou pour mieux dire la singularité de la marche de la maladie, nous crûmes à un rétablissement. Lorsque le 1er novembre les accidents reparaissent tout à coup : toux convulsive, fièvre vive. Nouvel examen de la gorge : rougeur des piliers et de la paroi postérieure du pharynx; l'auscultation de la poitrine ne nous décèle encore rien qui peut nous mettre sur la voie. Nous pensâmes dès lors devoir modifier le diagnostic et admettre l'existence d'une laryngite aiguë avec boursouflement considérable de la muqueuse et du tissu cellulaire laryngé. Nouveau vomitif, et application d'une emplâtre de thapsia au devant de la poitrine à la base du cou. L'enfant n'a plus d'accès de suffocation jusqu'au 7 novembre. Ce jour-là, à la suite d'un accès de toux, elle vomit du pus mêlé à du sang. Ce nouvel accident ne fit que nous confirmer dans notre diagnostic; aussi n'auscultâmes-nous pas la poitrine. Notre petite malade rendit ainsi du pus à deux ou trois reprises différentes. Elle était prise en même temps d'une diarrhée séreuse très-abondante que nous attribuâmes à l'introduction du pus dans l'estomac et le tube intestinal, pus qu'elle ne pouvait complétement expectorer. Après plusieurs autres vomissements de cette nature, l'enfant succombait le 16 novembre.

Autopsie. Rougeur uniforme du pharynx, du larynx et de la trachée sans la moindre trace d'abcès. Le poumon gauche présente quelques adhérences peu résistantes avec la plèvre costale; il n'y a pas d'épanchement. Le même poumon dans ses deux tiers inférieurs offre l'aspect de la broncho-pneumonie : affaissement et couleur foncée des lobules pulmonaires. Le tissu du poumon ne crépite plus sous le doigt, mais il n'est pas plein et dur comme dans la pneumonie franche. En incisant la première division des bronches, quel n'est pas notre étonnement de rencontrer sous le tranchant des ciseaux un corps dur que nous découvrons et que nous reconnaissons pour une boucle d'oreille en verre bleu, en forme de poire, dont la grosse extrémité est dirigée en bas. Le corps étranger était enkysté, et des parois assez épaisses déjà le séparaient du tissu pulmonaire circonvoisin. Dans la cavité du kyste il y a du pus et tout autour un noyau de pneumonie au troisième degré, renfermé lui-même dans une zone où nous constatons les altérations de la broncho-pneumonie.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre :

1° Au point de vue de la difficulté du diagnostic qui, dans cette circonstance, vu le manque complet de renseignements, ne pouvait pas être porté;

2° De la diversité des symptômes qui pouvaient tout aussi bien nous faire admettre l'existence d'un croup, d'une laryngite aiguë, d'abcès des parois pharyngiennes ou trachéales et enfin de la pneumonie sur laquelle notre attention n'a pas été suffisamment éveillée;

3° Au point de vue du siége anatomique lui-même, car les auteurs ne décrivent généralement que les corps étrangers du larynx et de la trachée, tandis que dans le cas présent, nous en trouvons un d'un volume relativement considérable dans une ramification secondaire des bronches qu'il avait complétement obstruée et où il s'était enkysté;

4° Enfin en présence d'un enfant de cet âge qui ne peut (faute de parents qui, eux-mêmes souvent ne s'en aperçoivent pas), nous expliquer la nature de son mal, l'esprit du médecin ne saurait être trop éveillé, et la diversité des symptômes que nous a présentés le sujet de cette observation devrait lui faire soupçonner la présence d'un corps étranger dans l'appareil respiratoire, le guider dans sa thérapeutique et au besoin couvrir et dégager sa responsabilité devant la famille en cas d'insuccès.

DU MORCELLEMENT DES GROSSES PIERRES

dans la cystotomie,

Par M. CIVIALE, membre de l'Académie impériale de médecine.

L'extraction d'une pierre vésicale dure et volumineuse par le périnée ou par l'hypogastre est une opération généralement grave, qui a exercé la sagacité des chirurgiens les plus éminents. Les uns ont cherché à casser la pierre par la percussion; les autres ont eu l'idée de la faire éclater dans la vessie.

La pratique n'a point consacré ces divers essais.

On a imaginé aussi de modifier les incisions périnéales; mais tout ce qui a été dit en leur faveur ne prouve pas qu'elles détruisent le principal obstacle à la sortie de la pierre; car la grande difficulté existe au col de la vessie. Les succès allégués tiennent à d'autres causes. Ici la gravité est en raison de la disproportion entre le volume de la pierre et le diamètre de la plaie.

Quiconque a opéré ou vu opérer dans ces conditions, se rend aisément compte des tentatives qui ont été faites en vue de faciliter une manœuvre capable de compromettre la vie du malade et la réputation de l'opérateur.

En 1826, j'eus à extraire par la taille bilatérale une pierre énorme, pesant plus de 180 grammes. Le malade succomba.

Ce fut à la suite de cette opération que je fis construire, en prévision des cas analogues, un fort instrument pour morceler les grosses pierres dans la vessie (1).

Cet appareil, construit d'après le trilabe ordinaire, ne servit que pour des expériences. Il ne fut pas appliqué à l'homme. Plus tard, j'imaginai d'autres combinaisons qui n'eurent pas plus de succès. Cependant les faits de ce genre se multipliaient. Dans l'espace de quelques années, on en observa douze des plus graves, qui mirent en pleine évidence l'insuffisance des ressources de l'art.

Ce fut à la suite d'une de ces opérations laborieuses, qui eut de funestes conséquences, que je repris mes anciens essais, en suivant toujours la voie tracée par nos maîtres. Mais je ne tardai pas à changer de système.

On s'était borné jusqu'alors à imaginer des instruments spéciaux autres que les tenettes. Introduits dans la vessie, ils devaient servir uniquement à morceler les calculs. Pour terminer l'opération, on employait d'autres instruments.

Le problème consistait à simplifier la manœuvre en se servant du même instrument, c'est-à-dire de la tenette, pour remplir toutes les indications.

Sans entrer ici dans les détails des expériences préliminaires, je donnerai une idée sommaire du nouveau procédé.

Mon premier appareil, le *casse-pierre*, est de 1827. J'en ai reproduit la figure à côté de celle de l'instrument dont je me sers aujourd'hui (2). Ces deux instruments diffèrent peu en apparence, et cependant le premier est resté inapplicable, tandis que l'autre est appliqué avec succès.

Dans les deux, les moyens d'attaquer et morceler la pierre sont identiques, à savoir : le foret simple, le foret à éclatement, le cuivrot, le support coudé et ses accessoires. La différence essentielle est dans la manière de saisir la pierre dans la vessie et de la fixer. C'est sur ce point que s'est portée toute mon attention.

Au trilabe dont je me servais dans mes premiers essais, j'ai substitué la tenette ordinaire, modifiée selon la nécessité.

C'est de cette substitution que date la série de nouvelles recherches dont je présente les résultats à l'Académie.

Par la plaie du périnée, on introduit dans la vessie la nouvelle tenette, avec laquelle la pierre est saisie et fixée.

Si l'extraction n'est pas possible, on adapte aux branches de la tenette, pour opérer le morcellement de la pierre, une griffe conductrice qui permet de rendre immobiles les branches de l'appareil et de porter dans la vessie les forets simple et conique sans léser les organes.

(1) Voyez *De la lithotritie*, 1827, in-8°, p. XXX de l'introduction et pl. V.
(2) Voyez plus loin, pl. I et II.

Ces instruments accessoires constituent un appareil distinct, qu'on tient en réserve dans le premier temps de l'opération, et qui, adapté à la tenette, en cas de besoin, est retiré avec facilité dès qu'il a servi. Cet appareil s'ajuste aux branches de la tenette, sans rien changer à la position de celle-ci, sans déplacer la pierre, et sans inconvénient pour l'opéré. Sous son action, la pierre perforée se désagrége, si elle est friable. et elle éclate, si sa consistance est grande.

Cela fait, l'appareil est enlevé, les branches de la tenette restent libres; et l'opérateur écrase, par la pression, les fragments placés entre les mors. Il les retire sans changer d'instrument.

Tel est, en substance, le nouveau procédé pour morceler la pierre dans la cystotomie.

Dans les applications de ce procédé, ainsi que dans mes expériences préliminaires, la pratique de la lithotritie m'a été d'un puissant secours.

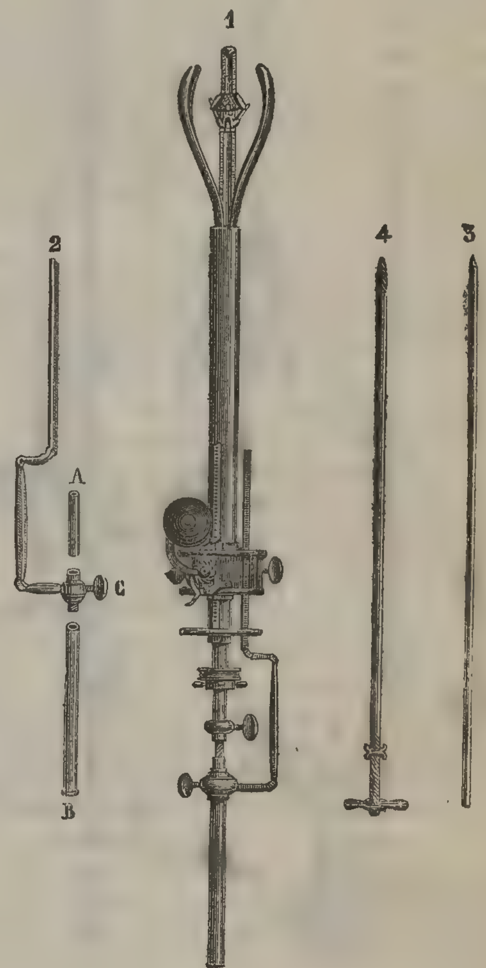
C'est qu'il y a des rapports frappants entre les deux opérations, savoir : le broiement des calculs par la lithotritie et le morcellement des grosses pierres dans la cystotomie. Dans la première, on brise le calcul entre la tête du perforateur et les crochets du trilabe; s'il résiste, on fait des perforations, pour vaincre la résistance.

Dans la seconde, on essaye d'abord d'écraser la pierre entre les mors de la tenette par la compression; et si elle résiste, on la percute, on la perfore, on la fait éclater, et avec la tenette on écrase les fragments.

INSTRUMENTS POUR LA NOUVELLE OPÉRATION.

Les figures ci-contre représentent très-exactement les nouveaux instruments. J'y joins quelques observations explicatives.

1° *Tenette modifiée*. — En modifiant la tenette, j'en ai respecté le principe; j'ai seulement visé à remplir les principales indications.



Pl. I. — Casse-pierre, 1er modèle.

Dans la pratique ordinaire, une grosse pierre échappe souvent pendant l'extraction. Pour prévenir cet accident, il suffit d'aplatir les mors de la tenette et d'en rapprocher légèrement les extrémités. Dans les cas qui nous occupent, il faut en outre recourber en dedans l'extrémité des mors sous forme de crochets.

Cette disposition existe dans mes trilabes, et son utilité est de toute évidence. Les crochets des mors de la tenette ne s'opposent point à la préhension du calcul et le fixent de manière à le rendre immobile. J'ai morcelé à grands coups de marteau de grosses pierres très-dures, retenues entre les mors d'une tenette de force moyenne. La percussion s'opère parfaitement,

et j'en aurais étendu les applications, n'étaient les secousses que produisent les coups de marteau.

Les branches de la tenette ordinaire sont trop courtes et trop faibles, les anneaux sont petits. Ainsi construit, l'instrument se déforme ou se rompt dans les cas de grosse pierre, et la main de l'opérateur est meurtrie pendant la manœuvre. La nouvelle tenette ne présente point ces inconvénients.

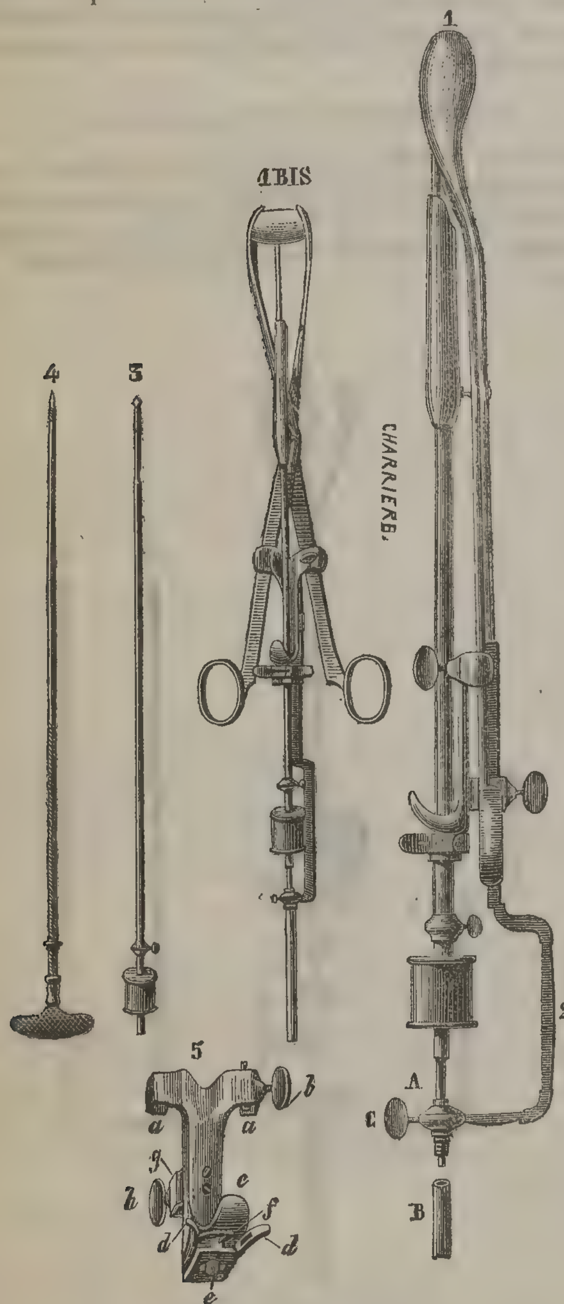
A partir de leur entre-croisement, les branches présentent une légère courbure à concavité supérieure pour les besoins de la manœuvre (1).

Le bouton de jonction supporte une douille mobile, destinée à maintenir les perforateurs dans la direction convenable, pour attaquer la pierre par le centre. Une allonge placée derrière cette douille, protége l'angle supérieur de la plaie. Du bouton aux anneaux, les branches sont aplaties, plus longues et plus fortes que dans la tenette ordinaire. Cette disposition augmente le volume apparent de l'instrument; mais la partie qui pénètre dans la vessie diffère à peine, par le volume, des tenettes ordinaires. L'augmentation de longueur et de volume de la partie externe, sans gêner la manœuvre, permet à l'opérateur d'exercer une vigoureuse pression, sans forcer les branches et sans se meurtrir les doigts.

L'introduction des tenettes dans la plaie est généralement facile. On se sert d'un gorgeret à large gouttière; et quelquefois on s'en passe sans inconvénient. Les tenettes les plus petites, celles qui servent pour les enfants, pénètrent sans effort. Mais dans ces cas il importe de manœuvrer avec précaution pour saisir la pierre. Si on la serrait brusquement, elle roulerait et les branches pourraient chevaucher.

Les tenettes à mors allongés et à crochets sont spécialement réservées pour les grosses pierres. Cependant il est difficile de les saisir quand elles sont d'un volume énorme; il faut alors employer les tenettes dont les branches sont séparables comme celles des forceps pour les accouchements. Quelle que soit d'ailleurs la force des mors, la partie externe ne change pas. Les branches extérieures seront longues et larges, de façon que la même griffe puisse les serrer et les maintenir.

2° *Appareil pour morceler la pierre.* — La pièce principale de cet appareil est la griffe conductrice (2). C'est au moyen des crochets latéraux de la griffe et de la vis de pression que les mors de la tenette sont fixés sur la pierre, de manière à prévenir tout déplacement.



Pl. II. — Casse-pierre 2e modèle.

Elle se décompose ainsi: une tige plate, médiane, qui s'appelle porte-griffe, dont l'extrémité postérieure, recourbée en haut, fournit un point d'appui à l'opérateur pour tirer sur la griffe. Les branches de celle-ci ont la forme d'un T, et à ses extrémités sont deux crochets qui s'appliquent sur le côté externe des branches, pour les rapprocher et les fixer au moyen d'une vis. Dans les cas de très-grosses pierres dures, je me sers d'une griffe double avec deux vis de pression.

A l'extrémité coudée de la tige porte-griffe, se trouve une ouverture arrondie, c'est-à-dire la première douille, semblable à la seconde douille placée sur le bouton de jonction des branches de la tenette, et destinée au passage des forets; et un écrou brisé qui reste muet, comme dans le lithoclaste ordinaire, tant que son action est inutile, et qui fonctionne pour faire éclater la pierre.

A la face inférieure de la tige porte-griffe est une ouverture carrée ou collier pour recevoir et fixer au moyen d'une vis la tige du support coudé ou tour-en-l'air, lorsqu'il est utile de pratiquer une perforation préalable. A ce support sont adaptés une broche, un poussoir et une vis de pression qui en règle l'action; un foret simple avec sa poulie ou cuivrot; un autre foret à manche, à vis conique et à tige taraudée du côté du manche. On fixe la pierre en tirant sur la griffe conductrice qui rapproche les branches. Quand la main ne suffit pas, on a recours à un pignon ou à une vis de rappel dont la tige s'applique sur la deuxième douille, et qui fonctionne à l'aide de l'écrou brisé. Ce puissant moteur fait avancer sans le moindre effort la griffe sur les branches.

L'archet est un moteur qui doit être préféré dans certaines circonstances. Nous en dirons un mot plus loin.

Quand la main du chirurgien ne suffit pas pour rapprocher les branches de la tenette et fixer la pierre, en tirant sur la griffe, il faut se servir du pignon ou de la vis de rappel, qui s'applique contre la deuxième douille. La partie taraudée de cette vis, d'une longueur de quatre à cinq centimètres, fonctionne au moyen de l'écrou brisé. Cet appareil a une telle puissance, que si l'on n'en usait pas avec mesure, les tenettes pourraient fléchir ou se rompre.

Le pignon ne présente rien de particulier. C'est le même dont on se sert pour la lithotritie. Il s'engrène dans la douille qu'on remarque sur le crochet de la branche droite de la griffe double, avec la surface cannelée de la branche correspondante de la tenette.

Le pignon agit de manière à rapprocher de la branche opposée de la tenette le corps de la griffe, qui doit être ramené vers le milieu de l'appareil, entre les deux branches, avant de serrer la deuxième vis de pression. Je n'ai employé le pignon qu'avec la griffe double.

Cette griffe, dont on voit ici la figure, est applicable dans les cas particuliers de grosse pierre, lorsqu'il faut agir avec une grande puissance. Quand la griffe est double, il y a deux vis de pression.

Un mot d'explication au sujet de la figure représentant le foret simple. Il faut savoir avant tout, que, du côté de la pointe, dans une étendue de 8 centimètres, la tige est beaucoup plus mince; la perforation de la pierre en devient plus facile et plus prompte; elle est toujours suffisante pour assurer l'action du foret conique.

Comme l'archet est un instrument usuel dans les arts, je me suis dispensé d'en reproduire la figure. Notons seulement l'imperfection de l'archet brisé qu'on trouve dans les boîtes d'instruments de chirurgie. Il fonctionne difficilement; il vaut mieux se servir d'un fleuret, dont la pointe sera munie d'un crochet, et le manche d'un anneau. Cet archet peut être placé dans une canne.

Sur la tige du foret, du côté du manche ou du cuivrot, sont disposés des moyens d'arrêt qui empêchent la pointe de l'instrument de léser la vessie.

Il ne sera pas inutile de faire observer au praticien qu'il s'agit ici d'instruments de précision, dont la fabrication exige les soins les plus minutieux.

3° *Application de la méthode.* — Toute amélioration se produit lentement. Il faut considérer comme très-incomplet ce qui a été publié au sujet de cette opération par de jeunes chirurgiens impatients et indiscrets. L'application du brise-pierre au morcellement ou à la perforation de la pierre constitue deux manœuvres distinctes.

1° Dans l'une, qui est parfaitement réglée, le chirurgien dirige de l'œil les mouvements qu'il exécute pour attaquer le calcul. Elle se résume ainsi: placer la griffe sur les branches, serrer et fixer celles-ci avec la main, et, au besoin, avec une vis de rappel; placer la tige porte-griffe au milieu de l'espace compris entre les branches; introduire les forets; fixer le support, si l'on emploie l'archet; faire fonctionner l'écrou brisé, si l'on se sert du foret à poignée, retirer les forets, enlever la griffe. L'opérateur fait tout cela avec précision, pourvu que des essais préalables l'aient mis au courant du mécanisme de l'appareil et de l'ensemble de la manœuvre cystotomique.

2° La manœuvre qui consiste à saisir la pierre pour la morceler est bien différente.

En introduisant par la plaie une tenette dans la cavité vésicale, le chirurgien ne connaît exactement ni le volume, ni la configuration de la pierre, ni la disposition des parois de la vessie. On ne se met guère en peine d'acquérir ces notions dans la pratique ordinaire. De là, tant de méprises graves; de là, les tailles doubles, qui ne sont pas rares, et des procédés de cystotomie insuffisants.

Ce n'est pas tout de saisir la pierre, il faut savoir comment elle est placée entre les mors, si elle peut être fixée et quel est son volume réel.

Dans la pratique ordinaire de la cystotomie, c'est par l'écartement des branches qu'on juge du volume de la pierre saisie. Mais la pierre peut être embrassée par le talon de l'instrument, et, dans ce cas, elle paraît beaucoup plus grosse qu'elle n'est en réalité. Les plus habiles y sont trompés: on retire quelquefois, après de grands efforts, un petit calcul engagé entre les branches de la tenette, près du bouton.

Dans le nouvel appareil, une tige cylindrique et la pointe du foret servent à repousser la pierre vers les crochets des mors et à la placer de telle sorte qu'elle puisse être fixée solidement. C'est par les mêmes moyens qu'on retourne la pierre lorsqu'on veut renouveler les perforations. Après avoir adapté la griffe à la tenette pour avoir les mains libres, l'opérateur saisit avec la gauche les branches et la griffe, et avec la droite, il pousse la tige jusqu'à la pierre et fait effort pour la chasser; il a, au besoin, recours à la percussion.

Quand la pierre est mal placée, on se sert, pour la retourner, d'un perforateur simple, à tige mince dans toute sa longueur, jouant librement dans la douille, de façon que l'extrémité puisse être portée loin du centre et faire rouler la pierre entre les mors de la tenette, légèrement écartée.

Pour introduire la tenette, l'opérateur place un gorgeret mousse à large gouttière à l'angle supérieur de la plaie. Cette précaution est de rigueur, quand on se sert d'une forte tenette.

3° Le morcellement peut s'effectuer par deux procédés:

Premier procédé. — Quand la pierre a une configuration régulière et une consistance moyenne, on l'attaque directement par le foret conique. L'opérateur a les mains libres. De la gauche, il tient la griffe et les branches; de la droite, il saisit le foret conique et l'introduit jusqu'à la pierre. Il imprime alors au perforateur des mouvements gradués de rotation, jusqu'à ce qu'il ait pénétré à une certaine profondeur. La perforation s'achève au moyen de l'écrou brisé. On agit sur le foret par saccades et non en tournant d'un mouvement continu.

A peine la pointe a-t-elle pénétré à la profondeur de 1 centimètre, que des éclats se détachent. Quand on ne trouve plus de résistance, le foret est retiré, la griffe enlevée; l'opérateur exerce ensuite une forte pression avec les tenettes. Les branches étant assez rapprochées, il retire l'instrument chargé d'une masse de détritus ou d'éclats, suivant la consistance de la pierre. L'extraction se fait avec les mêmes tenettes dont on se sert aussi pour briser les gros fragments.

Deuxième procédé. — Il y a des pierres qui ne sont friables qu'à la surface. La perforation se ralentit après les premières couches, et le foret ne peut pénétrer plus avant que par une forte pression. Dans ces cas, on suspend l'action du foret conique, qui est remplacé par le foret simple, et l'on pratique, à l'aide de l'archet, une perforation pour frayer la voie au foret conique dont la déviation n'est plus à craindre, si forte que soit la pression. Ce procédé est préférable. Je l'ai appliqué avec succès à de nombreux malades.

La plaie, pendant la manœuvre, est protégée par le prolongement de la douille en arrière. Ainsi maintenus, les tissus ne peuvent s'interposer entre les branches de l'instrument.

Tous les malades que j'ai opérés par le nouveau procédé, hormis un enfant et un adulte, avaient des calculs trop volumineux pour franchir la plaie périnéale sans occasionner de graves désordres.

Dans aucun cas, je n'ai observé ces réactions formidables qui suivent trop souvent l'extraction laborieuse de la pierre.

Sur 18 opérés, j'en ai perdu 4, et j'en ai guéri 14.

La convalescence a marché vite et régulièrement. Dans 8 cas des plus favorables, l'urine a repris son cours par l'urèthre, du onzième au seizième jour. Dans 3 cas seulement, l'urine a continué de s'écouler par la plaie au delà du trentième jour. Dans tous les cas, la plaie s'est fermée.

J'attribue ces heureux résultats au peu d'étendue de l'incision médio-bilatérale, à l'absence de toute manœuvre violente pour l'extraction de la pierre, et aux précautions que je prends toujours pour que la plaie ne soit pas en contact avec l'urine.

Voilà des faits acquis à la pratique, qui fournissent les éléments d'une méthode rationnelle, régulière, applicable à un grand nombre de cas.

Sans doute, il faut des observations en plus grand nombre pour élucider complétement la question complexe du morcellement des grosses pierres dans la vessie. En attendant, mon expérience personnelle m'autorise à penser dès à présent que ce nouveau procédé opératoire rendra d'utiles services.

Il n'est pas certes exempt de difficultés; peut-être est-il inapplicable dans quelques cas exceptionnels. Mais il offre une précieuse ressource, dans les cas graves, où tous les autres moyens font défaut.

Il n'est point de cystotomiste exercé qui ne puisse s'en servir avec avantage. Il suffit de se familiariser avec la manœuvre. J'en parle par expérience, ayant surmonté par l'exercice les difficultés qui m'avaient arrêté dans mes premières tentatives, lorsque je procédais à tâtons et sans règles fixes.

ÉTUDES SUR LES EAUX DE VALS

Par M. le Dr Clermont, de Lyon.

Source de la Rigolette;

Son influence dans le traitement des maladies de l'*appareil digestif*, dans la *métrite chronique*, et leurs conséquences, *la chlorose* et l'*anémie*.

Ce qui rend le succès du médecin plus certain et plus facile, ce qui peut augmenter considérablement sa réputation, c'est incontestablement, toutes choses égales d'ailleurs, l'attention soutenue qu'il met à rechercher la cause des phénomènes

(1) Voyez pl. II.
(2) Voyez pl. II, fig. 5.

pathologiques qu'il est appelé à observer, soulager ou guérir. En effet, cette cause étant trouvée, il lui devient possible et parfois aisé, de choisir ses moyens de défense et de diriger rationnellement le traitement de la maladie qu'il veut combattre.

D'autre part, nous avons dit, dans un précédent travail, que pour tirer tout le parti pratique que présentent les eaux de Vals, il fallait nécessairement tenir compte de la nature des substances minérales qu'elles renferment et de leur degré de minéralisation. Tels sont les deux foyers réflecteurs de l'ellipse médicale auxquels vient aboutir tout ce qu'on dit et tout ce qu'on écrit sur cette vaste science; chercher la cause ou l'essence du mal, et connaître les éléments et les propriétés des remèdes.

Or, l'eau de la source *la Rigolette* renferme parmi ses multiples agents thérapeutiques et par litre :

Bi-carbonate de soude.	5gr80
Chlorure de sodium.	1, 20
Bi-carbonate de fer et de manganèse. . . .	0, 024

et ce qui en facilite singulièrement la digestion et en rend le goût presque agréable, 2 grammes 95 cent. de gaz acide carbonique.

Dans notre première étude sur l'eau de la source Dominique, et dans laquelle nous avons tâché de n'être pas trop prolixe quoique le sujet s'y prêtât fortement, nous avons cherché à montrer que cette eau vantée, à juste raison, contre les fièvres intermittentes et les maladies où domine l'élément nerveux, n'était pas d'une application logique, vu les principes trop excitants, aux inflammations aiguës ou chroniques des organes digestifs et viscéraux, et qu'il fallait s'adresser aux autres sources de Vals toutes bicarbonatées sodiques.

On voit bien vite, d'après la constitution chimique de l'eau de la source *la Rigolette*, dans combien de genres d'affections locales et générales, elle peut être utilement employée, et quelle influence elle doit avoir dans les relâchements du ventre, les chloro-anémies, les catarrhes vésicaux et utérins, partout en un mot, où il faut calmer et à la fois relever l'action vitale.

Notre tâche serait trop longue s'il nous fallait énumérer toutes les maladies qu'on peut traiter avec succès par l'eau de cette source, et s'il nous fallait relater toutes les observations que nous possédons sur ses propriétés détersives, calmantes et reconstitutives. Nous nous bornerons à raconter les excellents résultats que nous en avons retiré dans deux cas de colite, l'un aigu et accompagné de ténesme et d'un peu d'écoulement de sang dans les selles, l'autre chronique, ayant déjà amené chez le malade un grand découragement moral. Une troisième observation sera l'exemple d'une chloro-anémie compliquée de vomissements journaliers et d'un dépérissement général, touchant à la cachexie. Enfin la quatrième observation montrera avec quelle prompte et merveilleuse facilité l'eau de la source *la Rigolette* peut ramener le flux cataménial retardé, après une couche laborieuse, par la persistance d'une métrite chronique, produisant elle-même comme effets consécutifs, la leucorrhée, l'inappétence et l'affaissement général de la constitution.

Obs. I. — *Colite aiguë.* — Me D..., trente-six ans, a été très-souvent malade. Elle a passé une longue partie de sa vie sous l'influence d'une diathèse rhumatismale qui frappait tantôt sur l'utérus et ses annexes, ou sur les organes thoraciques, tantôt sur les articulations des membres. Depuis deux ans elle avait les pieds endoloris et enflés, lorsque tout à coup ces symptômes disparurent et la malade fut prise de violentes coliques, accompagnées d'une diarrhée produisant de 20 à 25 garde-robes par jour, chaque selle ne contenant que la valeur d'une cuillerée à café d'une matière grisâtre, glaireuse, presque inodore et parfois légèrement sanguinolente. Le ténesme très-pénible et de longue durée, se terminait à peine, qu'un nouveau besoin venait recommencer cette scène de douleurs.

Le 17 octobre nous sommes consulté, alors que la maladie durait depuis 7 jours, et nous prescrivons immédiatement de boire chaque jour six demi-verrées de l'eau de Vals source de *la Rigolette*, soit en mangeant, mêlée à deux cuillerées de vin de Bordeaux, soit entre les repas, avec du sirop de gomme. En outre, deux fois par jour en lavements, un verre de la même eau, avec addition de 6 gouttes de laudanum de Sydenham. Madame D. ne voulut pas faire usage de cataplasmes, craignant, préjugé ou non, de se mouiller le ventre.

Le 21 octobre, nous constatons déjà un mieux sensible dans l'état de la malade, il n'y a plus de coliques, les selles sont réduites à deux ou trois par jour, les matières sont moulées et ont cessé de contenir du sang, enfin la fièvre est presque nulle. Nous conseillons de continuer l'usage de l'eau de Vals en boisson.

Le 9 novembre, nous recevons la visite de madame D. qui est enchantée de son appétit et en un mot de son retour à la santé; chose remarquable et qui confirme la bonne influence des eaux bicarbonatées sodiques dans les affections rhumatismales, les enflures des pieds n'ont pas reparues.

Obs. II. — *Colite chronique.* — M. P..., cinquante-huit ans, sanguin, nerveux, est depuis le commencement de juillet atteint d'une irritation gastro-intestinale se manifestant par une sourde douleur abdominale, par un léger mouvement fébrile continu, de mauvaises digestions, des borborygmes, des éructations acides, enfin par une diarrhée à quatre ou cinq selles par jour, liquides et glaireuses.

Le traitement ordinaire : purgatifs salins, sous-nitrate de bismuth, opiacés, quinquina, etc., fut d'abord employé, et n'obtint à plusieurs reprises qu'une légère amélioration et de peu de durée, la diarrhée et le malaise ne tardaient pas à reprendre, avec un affaissement plus grand du malade, leur première intensité.

Cet état de choses durait depuis quatre mois, lorsque le 7 octobre M. P... vint nous consulter. Les selles étaient de six à huit par jour, il y avait de l'inappétence, la langue était blanche, saburrale, le découragement du malade s'augmentait encore par l'insomnie qu'entretenaient les nouvelles erronées qu'on répandait sur la marche du choléra.

L'eau de la Rigolette fut prescrite aux repas avec un peu de bon vin, et dans l'intervalle trois petites verrées de la même eau, aiguisée avec un filet de vin de Malaga.

Au bout de huit jours une légère amélioration se manifeste dans l'état du malade ; il dort un peu mieux et reprend de l'appétit. Nous ajoutons à son traitement, jusque là si simple, quelques prises de charbon médicinal et le 27 octobre, c'est-à-dire après vingt jours de l'usage de l'eau de Vals, les selles sont naturelles, la langue est nette, rose et humide, l'odeur fétide de la bouche a cessé, enfin la guérison est complète.

Obs. III. — *Chloro-anémie, cachexie.* — Après avoir allaité son enfant quatorze mois environ, Mme L... était tombée dans un malaise et un dépérissement général, dans une très-grave chloro-anémie, voisine du marasme. Elle ressentait à l'épigastre des douleurs aiguës et d'autres plus vagues à la partie antérieure du thorax, douleurs qu'elle ne savait pas bien exprimer, mais qui indiquaient assez, à quel degré d'affaiblissement étaient réduits les organes digestifs et respiratoires. Le pouls était petit, à cent vingt pulsations par minute, la peau jaune et pâle, la maigreur considérable et les yeux semblaient comme enfoncées dans l'orbite.

Mme L... avait reçu les soins de plusieurs médecins en juillet, août et septembre, lorsqu'elle nous fit appeler vers la fin de ce mois. Nous lui conseillâmes d'abord les divers moyens communément employés dans ce cas pathologique, qu'on appelait autrefois fièvre hectique, et pour lequel les remèdes abondent il est vrai, mais n'ont le plus souvent qu'un succès négatif : le lait d'ânesse, l'infusion de quassia-amara, le quina, le bismuth, les ferrugineux, les viandes crues, les bouillons analeptiques et enfin diverses applications narcotiques ou révulsives alternativement sur le creux de l'estomac et sur la région précordiale.

Pendant douze jours les vomissements continuèrent et la position déjà si critique de la malade semblait s'aggraver encore, lorsque le 7 octobre nous lui prescrivîmes l'eau de Vals, source de *la Rigolette*, par tiers de verrée toutes les deux heures, en mêlant l'eau de Vals avec un peu de bon vin muscat de Frontignan, dont le goût plaisait à la malade. Parfois on y ajoutait un très-petit morceau de glace.

Le 17, nous constatons un mieux très-remarqué, car les vomissements étaient arrêtés, la digestion d'aliments légers n'éprouvait plus de difficulté et le pouls était ramené à quatre-vingts pulsations.

Le 10 novembre, la santé était rétablie par l'usage de l'eau de Vals, que Mme L... ne prenait plus qu'à ses repas et qu'elle dût continuer deux ou trois semaines encore, pour éloigner toute chance de récidive.

Obs. IV. — *Métrite, leucorrhée, anémie.* — A la suite d'une grossesse des plus pénibles, Mme C..., est accouchée, vers le commencement de juin, de son septième enfant au moyen du forceps. Cette dame désirait allaiter son nouveau-né, mais elle dut y renoncer, débilitée qu'elle était par trois allaitements antérieurs et successifs, par ses nombreuses couches et surtout par la dernière, qui avait été très-laborieuse et dont elle ne se releva que lentement.

Trois mois plus tard, la malade n'avait pas vu le retour de l'écoulement menstruel ; elle éprouvait de l'inappétence et même du dégoût pour les aliments ; ses forces étaient considérablement abattues.

A ces symptômes s'en joignaient d'autres plus significatifs : une leucorrhée assez abondante, et la douleur à l'hypogastre, des urines rares et brûlantes. Le toucher faisait reconnaître de la dureté et du gonflement sur le col de l'utérus et indiquait que l'organe gestateur avait au moins le double de son volume ordinaire.

Le 6 septembre la malade fut soumise à un traitement général : des bains et des applications émollientes pour l'extérieur, du vin absinthé, des prises de citrate de fer et de magnésie pour l'estomac, après vingt jours, n'ayant obtenu aucun soulagement, nous prescrivons de l'eau de Bussang et quotidiennement six pilules de proto-iodure de fer de Blancard, puis quelques promenades en voiture.

Après vingt autres jours, n'ayant vu aucun bon résultat de ces moyens énergiques, sinon des bains, qui avaient un peu calmé les douleurs du bas-ventre, nous conseillons quatre à cinq verrées de l'eau de la *Rigolette* aux repas et deux ou trois autres dans la journée avec un peu de vin de Malaga.

Sous l'influence de cette médication détersive, mais si simple et si facile, nous remarquons d'abord un apaisement des douleurs hypogastriques; les urines troubles et jumenteuses s'éclaircissent et deviennent incolores et abondantes. L'appétit et la digestion ne tardent pas à se montrer normaux et enfin l'apparition, dans de bonnes conditions, du flux menstruel vers le 10 novembre vint prouver que l'on touchait enfin au terme de la maladie.

Cette quatrième observation met bien en évidence la double action de cette eau de Vals : d'une part, rétablir les fonctions de l'estomac, adoucir et déterger les viscères abdominaux, et secondairement, introduire dans le sang les éléments ferro-manganiques qui lui manquent, résultat que nous n'avions pu obtenir ici par d'excellentes préparations ferrugineuses. C'est qu'en effet, avec le fer en nature, on tourne dans une sorte de cercle vicieux ; on fatigue l'estomac qu'il faudrait d'abord guérir. Au contraire, nous ne saurions trop nous appesantir sur ce fait, dans une eau minérale bicarbonatée sodique et contenant aussi une notable proportion de gaz acide carbonique et de chlorure de sodium, la digestion du fer, si on peut s'exprimer ainsi, son assimilation se font sans fatigue pour l'estomac, qui n'en perd pas un atome, et sans les divers inconvénients qu'entraîne trop souvent après elle l'ingestion des préparations ferrugineuses.

Si grâce à la propriété qu'elle possède, par son bicarbonate de soude, de neutraliser promptement les acides du ventricule et des intestins, l'eau de *la Rigolette* ramène en peu de jours les fonctions digestives à leur état normal, son chlorure de sodium et son bicarbonate ferro-manganique ainsi que les autres substances qu'elle renferme lui donnent aussi une grande force de reconstitution. Les résultats qu'on en obtient dans la chlorose nous font volontiers admettre, *a posteriori*, que le meilleur moyen d'administrer le fer, est de le donner dans une eau minérale, tel que la nature l'y a déposé, et qu'alors, bientôt réintégré dans l'économie, même à petite dose, il rend au sang un de ses éléments indispensables et conséquemment aux systèmes nerveux et musculaires leurs fonctions physiologiques, partant toute leur vigueur. Enfin, si nous avons vu des chloro-anémies touchant presque à la cachexie guérir d'une manière constante et pour ainsi dire miraculeuse, en vingt ou trente jours, n'avons-nous pas toutes les raisons possibles de considérer l'eau de *la Rigolette* comme une des eaux minérales détersives et en même temps analeptiques des plus autorisées?

Nous croyons nous être assez arrêté sur les propriétés anti-dyspeptiques et restaurantes de l'eau de la Rigolette. Le médecin auquel la pratique de son art est familière, comprend tout de suite la série de lésions ou de sympômes qu'il pourra par elle guérir, *tuto, cito et jucunde*, comme on disait naguère en chirurgie. C'est le groupe nombreux des désordres qui envahissent le tube et l'appareil digestifs, ainsi que les symptômes consécutifs qui en sont la conséquence, et qui vont depuis la leucorrhée et la chloro-anémie la plus simple, jusqu'à l'état cachectique le plus grave; c'est aussi les engorgements des viscères de l'abdomen, dénommés hépatite, splénite, métrite, etc., selon la glande ou l'organe passivement hypertrophié.

Il n'entre pas dans notre esprit de faire de cette eau pour les maladies précitées une panacée infaillible. Loin de nous une idée qui sentirait l'empirisme ou une aveugle crédulité. Nous nous sommes bornés d'abord à constater les faits, et nous n'avons cherché à les expliquer que par des notions déjà admises dans la pratique de notre art, et sans y attacher une grande importance, car, en thérapeutique, en matière médicale, qui peut se flatter d'avoir toujours expliqué les phénomènes constatés, ou qui affirmerait que leur explication n'en demanderait pas elle-même une nouvelle! Sur ce point, malgré les doctrines anciennes ou modernes, on en sera longtemps encore au *Post hoc, ergo propter hoc.*

Or, tout en rejetant l'infaillibilité de l'eau de la Rigolette, nous ne nous en tenons pas moins pour dit, qu'on est heureux de pouvoir traiter efficacement avec une boisson agréable un grand nombre d'affections souvent très-graves; avec une eau à laquelle on peut au besoin et selon le goût des malades ajouter des sirops de toute nature, ou même du vin de Malaga, ou d'autres substances qui flattent le palais et sont acceptées avec plaisir par les personnes souffrantes, généralement dégoûtées de tout et surtout des remèdes. Rien n'empêche non plus, quand la circonstance le demande, d'aider ou d'augmenter considérablement l'action de l'eau minérale par l'addition de substances médicamenteuses comme on l'a vu dans les observations ci-dessus. En définitive, nous sommes convaincu que l'eau de la source *la Rigolette* est et sera de plus en plus une arme précieuse, dans l'arsenal de la thérapeutique.

Pour terminer cette étude, résumer et fixer les notions pratiques sur les deux sources que nous avons expérimentées : *la Dominique* et *la Rigolette* concluons que la première, ferro-arsenicale et sulfurique convient dans les affections ou les phénomènes nerveux prédominent, les fièvres intermittentes, les névralgies, les cachexies survenues à la suite de longues perversions des fonctions, et qu'en un mot elle réussit dans les nombreux états pathologiques où l'on emploie la liqueur arsenicale du docteur Boudin, celle de Fowler ou de Pearson; tandis que l'eau de *la Rigolette*, avant tout bicarbonatée sodique et relevée dans son action par le bicarbonate ferro-manganique et par son chlorure de sodium, montrera toute sa puissance médicatrice dans les irritations du tube intestinal qu'elle rafraîchit et stimule en même temps, dans les engorgements des viscères abdominaux, dans les dyspepsies un peu graves, les gastrites, les colites, et comme conséquence, dans les anémies produites par ces affections dépressives.

Il arrive parfois que l'eau de la Rigolette amène de la constipation chez les malades. Mais il est si facile de s'opposer à ce léger inconvénient, par tant de moyens employés journellement en médecine, que nous ne nous y arrêterons pas davantage.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 29 novembre 1865. — Présidence de M. Broca.

FIN DE LA DISCUSSION.

M. Legouest. Je suis très-heureux de voir M. Guérin proposer quelque chose de nouveau pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, car je ne puis me résoudre à considérer les opérations, ou pour mieux dire, les mutilations préliminaires qui ont été conseillées et mises en pratiques pour guérir cette redoutable affection, comme le dernier mot de la chirurgie. Au commencement de cette année déjà, j'ai cherché une voie nouvelle, dans laquelle je ne suis pas seul, paraît-il, à m'engager. Guidé par cette considération que les polypes naso-pharyngiens sont une maladie du jeune âge, j'ai pensé qu'il serait peut-être possible d'éviter les infirmités considérables et souvent irrémédiables que laissent après elles l'ablation du maxillaire supérieur et la destruction de la voûte palatine, en ayant recours à des procédés opératoires qui, tout en respectant la face et les organes qu'elle renferme, permissent de répéter l'extirpation des tumeurs aussi souvent que cela serait nécessaire et jusqu'au moment où les sujets arrivent à l'âge ou l'on n'observe plus de polypes naso-pharyngiens.

Voici comment j'ai opéré un enfant de troupe atteint d'un polype faisant peu de saillie dans le pharynx, et se dirigeant surtout vers les narines qu'il déformait ainsi que l'orbite du côté gauche. Au moyen d'une incision partant du grand angle de l'œil et descendant le long de l'aile du nez jusqu'à mi-hauteur de la lèvre supérieure, j'ai ouvert largement la narine gauche et renversé en partie le nez à droite après avoir détruit l'articulation de l'os propre du nez avec l'apophyse

montante du maxillaire supérieur. — Portant une cisaille sur l'apophyse montante et sur la partie externe et inférieure de l'ouverture antérieure des narines, j'ai à l'aide d'un coup de ciseau renversé en dehors la paroi interne du sinus maxillaire. Trouvant alors une voie suffisante pour arriver à la base du crâne, j'ai arraché le polype avec des pinces courbes ordinaires et en même temps quelques parcelles osseuses, la paroi antérieure peut-être du sinus sphénoïdal. L'opération fut assez laborieuse parce que ma pince n'avait pas une courbure en rapport avec celle de la voute des fosses nasales, longue parce qu'il fallut laisser reposer le sujet, et je puis dire émouvante en raison de l'abondante hémorrhagie dont elle fut accompagnée. Mais la fosse nasale était parfaitement libre, et nettoyée, s'il m'est permis de parler ainsi. J'aurais pu espérer un succès si je n'avais su avec quelle facilité cette affection repullule : aussi laissai-je la narine ouverte du haut en bas pour surveiller la récidive.

La récidive est arrivée : déjà mon jeune malade ne peut plus faire passer l'air par la fosse nasale du côté gauche. Je me propose de faire prochainement une nouvelle extirpation du polype et j'espère ne pas avoir besoin de recourir à une opération sanglante, ne pas m'exposer surtout à provoquer une hémorrhagie redoutable. A cet effet j'ai fait construire une pince à mors courbes et triangulaires, à branches séparées, pouvant être introduites isolément, et serrées ensuite avec un écrou : Cette pince portée le plus haut possible sur le polype pourra rester en place jusqu'à la mortification de la tumeur.

J'ai l'intention de répéter l'application de la pince aussi souvent que le polype récidivera. J'espère que l'affection ne se reproduira plus, lorsque le sujet aura atteint un certain âge que je ne saurais fixer ; c'est seulement alors que je restaurerai la narine, conservant à mon malade, si je réussis, le maxillaire supérieur et la voûte palatine.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius sur les deux avant-bras.

M. DOLBEAU présente à la Société, de la part de M. le docteur Leroux, chirurgien à l'hôpital de Versailles, une double pièce de décollement épiphysaire.

Voici les renseignements : un enfant de treize ans fait une chute d'un deuxième étage; il tombe sur les deux poignets en même temps que sur la tête. Le sujet succombe, dix-neuf jours après l'accident, aux suites d'une fracture du crâne.

Examen des poignets. Les lésions sont identiques sur les deux avant-bras, mais elles sont plus avancées du côté gauche.

Le corps du radius est complétement détaché de son épiphyse inférieure ; de plus, l'os s'est porté en avant de telle manière, que l'extrémité inférieure du fragment supérieur fait saillie sous la peau, immédiatement au-dessous du bord inférieur du carré pronateur. L'os est situé sous la peau ; en effet, l'aponévrose a été déchirée et les muscles fléchisseurs ont été repoussés sur les côtés, formant une sorte de boutonnière qui s'interpose par en bas entre le corps du radius et l'épiphyse.

L'extrémité inférieure du radius présente un bord tranchant que l'on sent sous la peau. L'articulation radio-carpienne est saine. Les deux apophyses styloïdes ont conservé leurs rapports physiologiques.

Si l'on examine la lésion du côté de la face postérieure, on constate que le corps du radius, en se séparant de l'épiphyse, a cependant laissé adhérent à celle-ci une petite lamelle osseuse, et que, par conséquent, le décollement épiphysaire, quoique très-évident, s'accompagne d'une très-légère fracture de l'os en arrière.

Sur le bras gauche, outre les lésions que nous venons d'énumérer, il y avait une fracture antéro-postérieure de l'épiphyse avec communication dans l'articulation. De plus, on remarquait un décollement presque complet de l'épiphyse inférieure du cubitus.

Sur les deux pièces le cartilage triangulaire était intact.

Ce qui pendant la vie caractérisait cette lésion, c'était : 1° la saillie sous-cutanée d'un bord tranchant osseux appartenant à l'extrémité inférieure du fragment supérieur ; 2° l'irréductibilité absolue de la fracture ; 3° la situation normale des deux apophyses styloïdes.

M. RICHET signale, à propos de la présentation de M. Dolbeau, un fait analogue qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis : il s'agissait aussi d'un décollement épiphysaire du radius. Mais dans ce fait le décollement avait été suivi de la déchirure de la peau par l'extrémité inférieure de diaphyse qui faisait saillie au dehors. Les tentatives de réduction restèrent sans succès, et il fallut pratiquer la résection de la portion osseuse qui faisait hernie à travers la peau déchirée.

M. MARJOLIN. Ces pièces, présentées par M. Dolbeau, me paraissent excessivement curieuses, car les décollements épiphysaires sont tellement rares qu'on pourrait presque en nier l'existence. Voilà cependant un véritable décollement sur le cubitus; pour le radius, il offre tout à la fois un décollement épiphysaire et une fracture.

M. TRÉLAT. Je ne veux dire qu'un mot, c'est que les décollements épiphysaires ne sont, à vrai dire, au point de vue chirurgical, c'est-à-dire au point de vue des symptômes du diagnostic et des indications thérapeutiques, que des variétés de fracture, à forme particulière et à siége spécial. C'est pour ce motif que l'observation présentée par M. Dolbeau offre un réel intérêt.

M. RICHET. Le fait dont j'ai donné l'histoire abrégée, et qui sera probablement publié par M. Denonvilliers, vient pour ainsi dire compléter celui de M. Dolbeau, en montrant un degré plus avancé de la même lésion.

M. CHASSAIGNAC insiste pour faire remarquer qu'il y a un certain degré de fracture compliquant le décollement épiphysaire.

M. DOLBEAU fait observer que cela n'a pas autant d'importance que semble le croire M. Chassaignac, attendu que la lésion dont il présente un double exemple est complétement différente par sa symptomatologie des fractures proprement dites du poignet. Ce qui frappe ici, c'est un bord tranchant sous la peau et une irréductibilité absolue.

M. BROCA. Si personne ne demande plus la parole, je ferai remarquer que les pièces, mises par M. Dolbeau sous les yeux de la Société, confirment pleinement une proposition que j'ai émise autrefois, à savoir que, dans les décollements épiphysaires, le cartilage reste sur l'épiphyse. Je m'étonne qu'on ait pu douter de la réalité des décollements épiphysaires, car ils sont très-faciles à produire artificiellement sur le cadavre, comme j'ai pu m'en convaincre dans des expériences nombreuses.

M. BLOT. Tous ceux qui se sont occupés d'accouchements savent combien il est facile de produire ces décollements sur les membres des enfants qu'on extrait par l'opération de la version quand on n'a pas soin de les saisir tout à la fois par une portion étendue du membre qui sert à exercer les tractions.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai pas voulu nier les décollements épiphysaires, mais seulement faire remarquer que dans ce fait il y avait fracture. Si j'insiste sur ce point, c'est que souvent il y a fracture là où on croit à un simple décollement.

M. MARJOLIN. Sans nier le décollement se présentant avec les symptômes si nets indiqués par M. Dolbeau, je ne puis m'empêcher de faire observer que je ne l'ai pas rencontré une seule fois depuis onze ans que je suis à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Sacro-coxalgie prise pendant la vie pour une coxalgie hystérique.

M. VERNEUIL présente la moitié du bassin d'une jeune femme morte à l'hôpital Lariboisière des suites d'un érysipèle ambulant, qui avait débuté autour d'une cautérisation ponctuée faite autour de la hanche dans le but de traiter une affection qui offrait tous les signes d'une coxalgie, sans lésion appréciable de l'articulation coxo-fémorale. A l'autopsie, on trouva, en effet, le cotyle et la tête du fémur parfaitement sains, mais des recherches plus étendues finirent par faire découvrir une suppuration de l'articulation sacro-iliaque du même côté.

La séance est levée à cinq heures quarante-cinq minutes.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La rentrée solennelle de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse a eu lieu le 25 novembre.

La proclamation des prix a eu lieu dans l'ordre suivant :

MÉDECINE. — *Première année.* — 1re section (sciences physiques et naturelles). 1er prix : M. Lafon ; 2me prix : M. Bize. — Accessit : M. Dutech.

Première année. — 2me section (anatomie et physiologie.) — 1er prix : M. Dutech; 2me prix : M. Lafon. — 1er accessit : M. Jougla; 2me accessit *ex æquo :* M. Bize et M. Dupouy. — Mention : M. Ducoing.

Deuxième année. — 1er prix : M. Pichard ; 2me prix : M. Puntous. — 1er accessit : M. Castéran; 2me accessit : M. Abadie.

Troisième année. — Aucun prix n'a été décerné.

PHARMACIE. — 1er prix : M. Michelet ; 2me prix : M. Doumerc. — Accessit : M. Calvet.

CLINIQUES. — Prix : M. Puntous.

— La rentrée solennelle de l'École préparatoire de médecine de Poitiers, a eu lieu le 23 novembre. Nous reproduisons la liste des lauréats.

Première année. — 1re médaille d'argent : M. Auché; 2me médaille : M. Helliot. — Médaille de bronze : M. Bouyer. — Mention honorable : M. Paquet-Labroue.

Deuxième année. — Médaille d'argent : M. Darbez. — Médaille de bronze : M. Leblanc. — Mention honorable : M. Laugier.

Troisième année. — Médaille d'argent : M. Yablouski. — Médaille de bronze : M. Brun.

— La Société de médecine pratique tiendra sa séance extraordinaire pour les élections, le jeudi 14 décembre, à trois heures, à l'Hôtel-de-Ville, salle des séances de la commission des logements insalubres, au troisième étage de l'escalier conduisant à la Bibliothèque.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 DÉCEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

La séance annuelle de l'Académie de médecine, conformément au programme, s'est composée du rapport général sur les prix, par M. le Secrétaire perpétuel, et de l'éloge académique traditionnel, par M. Béclard, secrétaire annuel.

Le sujet de l'éloge académique était Villermé.

Pour la jeune génération médicale, le nom de Villermé n'a peut-être pas tout l'éclat et tout le prestige dont brillent à ses yeux le nom d'un professeur éminent, d'un savant clinicien ou d'un séduisant orateur. Villermé, en effet, n'a jamais appartenu ni à la Faculté, ni aux hôpitaux, et il manquait des qualités principales qui font les orateurs. Mais il est en dehors des travaux de l'école et des sujets ordinaires des débats académiques, par de-là ces horizons déjà si étendus, un champ sans limites sur lequel germent des éléments d'une science toute moderne, science immense devant laquelle le sujet habituel des préoccupations du médecin, l'individu, s'efface pour faire place à la considération des intérêts communs de ces groupes qu'on appelle des classes, et de cet être collectif aux proportions gigantesques qu'on appelle la société. C'est sur ce terrain neutre où, à côté des éléments de connaissance les plus divers, la médecine avait à porter son contingent comme à réclamer sa part de lumière, que notre confrère, M. Villermé, avait planté sa tente et dressé son atelier scientifique. C'est là que, scrutant avec son cœur autant qu'avec son intelligence la cause des misères qu'il avait été à même de voir si souvent de près dans l'exercice de sa profession, il a fait cette vaste et laborieuse enquête sur l'état physique et moral des classes ouvrières, à laquelle il a consacré la plus grande partie de sa vie, et dont il nous a donné dans près de cent mémoires, les utiles et instructifs résultats.

Déjà l'un des rédacteurs principaux des *Annales d'hygiène*, dont Villermé avait été un des fondateurs et l'un des collaborateurs les plus assidus, M. Guérard, qui a toujours marché si dignement sur ses traces, a esquissé dans une courte mais substantielle Notice la vie si laborieuse, si utile et si dévouée de ce savant homme de bien. Mais de pareils hommes et de pareilles œuvres ne s'épuisent pas en quelques pages. L'éloge académique de Villermé était encore à faire. Il était de nature à tenter la plume de M. J. Béclard. M. J. Béclard a en lui toutes les qualités de l'intelligence et tous les élans de cœur qu'il fallait pour apprécier un si parfait modèle de cette heureuse alliance de la science et du dévouement. Aussi y a-t-il pleinement réussi, à la plus grande satisfaction de l'auditoire qui l'a souvent interrompu par les bravos et qui a accueilli la fin de sa lecture par une triple salve d'applaudissements. Nous n'avons voulu rien retrancher de ce bel éloge qui figurera parmi les meilleurs de la collection des panégyriques académiques. Nos lecteurs le trouveront tout entier dans le compte rendu de la séance.

Nous aurions voulu pouvoir reproduire quelques extraits du rapport général de M. le secrétaire perpétuel, qui nous a paru contenir quelques considérations générales élevées et des détails intéressants, voire même la relation d'un incident académico-judiciaire, qui avait déjà fait quelque bruit autour de l'Académie... Mais n'ayant point ce document sous les yeux, nous sommes obligés d'attendre son insertion dans le *Bulletin*.

Parmi les prix que l'Académie a décernés cette année avec une certaine largesse, le plus important, le prix Barbier, de la valeur de 8,000 francs, sauf une somme de 1,000 francs qui en a été distraite pour un encouragement, a été décerné au laborieux et ingénieux inventeur de la méthode d'écrasement linéaire, M. Chassaignac. Certaines récriminations à l'égard de ce prix nous étaient parvenues et tenaient notre jugement en suspens entre le réclamant et l'Académie. Que ces récriminations conservent encore quelque fondement à plusieurs égards, cela est encore possible. Mais nous avouons que nous hésitons encore à nous en faire les échos en face d'un acte de justice et d'esprit... l'est jusque celui que l'Académie vient de faire vis-à-vis d'un de nos plus méritants chirurgiens. Quant à la somme détournée du montant total du prix, elle a servi à constituer un encouragement en faveur de M. le docteur Legros (d'Aubusson), notre aimable et distingué collaborateur que nous félicitions déjà l'année dernière à pareille occasion, et dont nous sommes heureux d'avoir à applaudir le nom deux fois encore aujourd'hui. C'est d'un bon augure pour l'avenir. Saluons aussi les noms de plusieurs de nos jeunes confrères, les uns encore en herbe, d'autres à peine sortis des bancs hier et devenus déjà célèbres, MM. Magnan, Hémey, Cornil; et à côté d'eux l'un des vétérans de la profession, notre érudit et spirituel M. Payen, dont le beau travail sur les Eaux de Saint-Gervais et la magnifique carte géologique et topographique de cette contrée lui ont valu, dans la bouche du rapporteur de la Commission des eaux minérales, M. Pidoux, l'un des éloges les plus flatteurs qui aient été décernés de cette tribune. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BOUCHARDAT.

Rapport général sur les prix décrenés en 1865. M. BOUVIER, pour **M. FRÉD. DUBOIS** (d'Amiens), secrétaire perpétuel, empêché, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1865.

Voici l'indication des prix décernés :

Prix de l'Académie. — L'Académie avait proposé pour question : « Des paralysies traumatiques. »

(Prix de la valeur de 1,000 fr.).

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Antonin Martin, médecin-major au 5e escadron du train des équipages militaires.

Prix du baron Portal. — L'Académie avait proposé pour sujet du prix :

« Existe-t-il des caractères anatomiques spécifiques du cancer, et quels sont ces caractères? »

(Prix de la valeur de 1,000 fr.).

L'Académie décerne le prix à M. le docteur V. Cornil.

Prix Bernard de Civrieux. — La question proposée par l'Académie était la suivante :

« Des rapports de la paralysie générale et de la folie. »

(Prix de la valeur de 1,000 fr.).

L'Académie décerne le prix à M. Magnan, interne des hôpitaux de Paris.

Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur Péon, médecin en chef de l'asile d'aliénés du département du Gers ; et à M. A. Carle Lacoste, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Prix Capuron. — L'Académie avait donné pour question :

« Du pouls dans l'état puerpéral. »

(Prix de la valeur de 1,000 fr.).

L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde un encouragement de 600 fr. à M. Lucien Hémey, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Barbier. — Ce prix était de la valeur de 8,000 fr.

L'Académie décerne un prix de 7,000 fr. à M. le docteur Chassaignac, auteur d'une méthode chirurgicale, aujourd'hui dans le domaine de la pratique (l'écrasement linéaire).

Elle accorde un encouragement de 1,000 fr. à M. le docteur Victor Legros (d'Aubusson), pour son Mémoire intitulé : « Guérison des ulcères scrofuleux sans cicatrices vicieuses. »

Prix Amussat. — Ce prix était de 2,000 fr.

L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde :

1° Une somme de 1,500 francs à titre de récompense à M. le docteur Marmy, médecin principal, chef de l'hôpital militaire des Collinettes, à Lyon, pour son « Mémoire sur la régénération des os par le périoste ; » 2° Une somme de 500 fr. à titre d'encouragement, à M. le docteur Gellé (de Paris), pour son travail intitulé : « Étude du rôle de la déchirure capsulaire dans la réduction des luxations récentes de la hanche. »

Prix Ernest Godard. — (De la valeur de 1,000 fr.).

Aucun des travaux envoyés au concours n'a paru mériter le prix; mais l'Académie accorde, à titre de récompense :

1° Une somme de 600 francs, à M. le docteur Victor Legros (d'Aubusson), pour son Mémoire sur les indications et sur les accidents de la trachéotomie ; 2° La somme de 400 francs, à M. le docteur Bertholle (de Paris), pour son Mémoire sur les corps étrangers dans les voies aériennes.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1865.

Sur la proposition de l'Académie, M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé :

1° *Un prix de la valeur de 1,500 fr.* partagé entre MM. les docteurs Verdier, à Grenoble, qui a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent et une médaille d'or; Labesque (François-Eugène), à Agen, plusieurs fois signalé par l'administration, pour les services qu'il rend à la vaccine, dans son département ; Lallour, à Quimper.

2° *Des médailles d'or* à MM. les docteurs Ollivier, à Barcelonnette; Colin, à Vagney ; Bouteiller, à Rouen ; Roussillon, à Bourg-d'Oisans (Isère).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

Sur la proposition de l'Académie, M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, a accordé, pour le service des épidémies en 1864 :

1° *Des médailles d'argent* à MM. les docteurs Penant, de Vervins (Aisne), pour son Mémoire sur la topographie de l'arrondissement de Vervins ; Pressat, de Nice, pour sa Relation de l'épidémie de variole qui a régné à Nice et dans vingt communes de l'arrondissement; Galtier, de Castelnaudary (Aude), pour son Mémoire sur l'épidémie de suette miliaire de Castelnaudary et de quatre communes voisines; Lecœur, de Caen, pour son Rapport sur la constitution épidémique de Caen et sa description de l'épidémie de variole qui a régné dans cette ville et dans la commune de Benouville; Cadasse, médecin-major de 1re classe, pour son compte rendu de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes du camp de Châlons en 1863 et 1864; Bancel, de Toul, pour ses trois Mémoires sur la topographie et l'hygiène de l'arrondissement de Toul et sur les épidémies qu'on y a observées de 1814 à 1864 ; Boursier, de Creil (Oise), pour son Rapport sur l'épidémie d'angine diphthéritique et de croup de Creil; Mordret, du Mans, pour ses nombreux et remarquables rapports au conseil central d'hygiène de la Sarthe, sur les épidémies des quatre arrondissements du département; Carret, de Chambéry, pour ses Mémoires sur les effets pernicieux du chauffage des maisons au moyen des poêles de fonte d'un usage général en Savoie.

2° *Des médailles de bronze* à MM. les docteurs Braye, de Tarascon (Bouches-du-Rhône), pour sa description topographique, météorologique et hygiénique de Barbantane, et sa relation des épidémies de fièvre catarrhale et de fièvre typhoïde de cette ville; Guichard, de Saint-Claude (Jura), pour son rapport sur l'épidémie de variole et de varioloïde de Saint-Claude; Scelles de Montdésert, de Carentan (Manche), pour son mémoire sur l'assainissement et la fertilisation des marais de Carentan ; et pour les travaux qu'il a entrepris dans ce but ; Loysel, de Cherbourg, pour son mémoire sur l'épidémie de grippe de l'arrondissement de Cherbourg.

3° *Des mentions honorables* à MM. les docteurs Judrin, de Semur (Côte-d'Or), pour son rapport sur l'épidémie de dyssenterie de Ménétreux-le-Pitois; Cressant, de Guéret, pour son rapport sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans trois communes du canton de Dun ; Lacourtiade, de Blaye, pour son rapport sur l'épidémie d'angine couenneuse de Blaye; Bernard, de Prangey (Haute-Marne), pour son rapport sur l'épidémie de scarlatine du canton de Longeau ; Ancelon, de Dieuse (Meurthe), pour son rapport sur les épidémies et les enzooties du bassin supérieur de la Seille; Prieur, de Gray (Haute-Saône), pour son rapport sur l'épidémie de fièvre typhoïde d'Autoreille; Chairou, de Rueil (Seine-et-Oise), pour son rapport sur l'épidémie de variole de Rueil, arrondissement de Versailles.

L'Académie mentionne à part M. le docteur Fouquet, de Vannes, pour le zèle avec lequel chaque année, depuis quinze ans, il fait au conseil central d'hygiène du Morbihan un rapport consciencieux et très-complet des épidémies et des épizooties du département, et sur les travaux des conseils d'hygiène.

4° *Des rappels de médailles d'or* à MM. les docteurs Guipon, de Laon, pour son mémoire sur les affections charbonneuses qui ont régné dans l'arrondissement de Laon, et pour son rapport général au conseil central d'hygiène publique et de salubrité du département de l'Aisne, sur les épidémies qui ont régné dans le département en 1864 ; Lecadre, du Havre, pour son rapport sur les épidémies de l'arrondissement du Havre.

5° *Des rappels de médailles d'argent* à MM. les docteurs Dumonchaux, de Saint-Quentin, pour ses trois rapports sur les épidémies de choléra infantile, de fièvre typhoïde et de grippe, qui ont régné dans la ville et dans plusieurs communes de l'arrondissement de Saint-Quentin, et pour sa bonne description de la topographie de la ville ; Benoist, de Guingamp (Côtes-du-Nord), pour son mémoire sur les épidémies de la ville et de l'arrondissement de Guingamp ; Martin Duclaux, de Villefranche (Haute-Garonne), pour sa très-bonne monographie de la fièvre typhoïde, rédigée à l'occasion de l'épidémie de la ville et de l'arrondissement de Villefranche; Palanchon, de Cuisery (Saône-et-Loire), pour son rapport sur les épidémies des environs de Cuisery.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

Sur la proposition de l'Académie, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a accordé, pour le service des eaux minérales en 1863 :

1° *Une médaille d'or* à M. le docteur Payen, médecin inspecteur des eaux de Saint-Gervais (Haute-Savoie), pour son rapport et plusieurs travaux sur les eaux minérales, travaux exécutés avec un soin et une science des plus remarquables.

2° *Des médailles d'argent* à MM. les docteurs Charmasson-de-Puylaval, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), pour deux mémoires importants : l'un sur les maladies de l'utérus et de ses annexes et leur traitement ; l'autre sur l'hystérie ;

Durand (de Lunel), médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy (Allier), pour son intéressant mémoire pratique sur les incidents du traitement thermal de Vichy; Tillot, médecin inspecteur des eaux de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), pour son intéressant rapport sur l'emploi de ces eaux dans le traitement des maladies de la peau et des yeux; Amable Dubois, premier médecin inspecteur, adjoint des eaux de Vichy (Allier), pour le soin consciencieux avec lequel sont rédigées les nombreuses et importantes observations recueillies dans sa pratique, surtout en ce qui concerne l'usage de cette eau dans le traitement de la goutte; Dumoulin, inspecteur des eaux de Salins (Jura), pour l'excellence de sa méthode générale et l'exactitude des observations mentionnées dans son rapport.

3° *Rappel de médailles d'argent avec mention honorable* à MM. les docteurs Vidal, médecin inspecteur des eaux d'Aix (Savoie), pour son mémoire particulier sur le meilleur mode d'administration de ces eaux; Caillat, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville (Vosges) pour son mémoire (2me partie) sur la *poussée thermale suisse;* Le Bret, médecin inspecteur des eaux de Baréges, pour son travail sur les dermatoses scrofuleuses, dans lequel il signale les maladies de la peau dans lesquelles ces eaux sont nuisibles; de Puisaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, pour l'heureuse impulsion qu'il a su donner à ces eaux et les bons résultats qu'il en obtient; Patézon, médecin inspecteur des eaux de Vittel, pour son rapport judicieux sur l'emploi de ces eaux dans le traitement de la dyspepsie, de la goutte, etc., et pour son analyse de la traduction de Baccius; Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche), pour sa persévérance à propager ces eaux si utiles.

4° *Médailles de bronze* à MM. les docteurs Jaubert, médecin inspecteur des eaux de Gréouls (Basses-Alpes), pour ses excellentes considérations sur l'action immédiate et l'action éloignée comparées des eaux minérales; Jourdeuil, médecin-major de 1re classe et médecin de l'hospice thermal de Baréges, pour son recueil très-soigné des observations qu'il a recueillies dans cette station thermale; Bignon, médecin inspecteur des eaux de Bagnols (Orne), pour son mémoire contenant une étude savante et pratique sur l'action de ces eaux dans certaines formes de dyspepsies; Treuille, médecin inspecteur des eaux minérales d'Euzet (Gard), pour son exposé très-consciencieux de la situation matérielle de cet établissement ainsi que pour son intéressant recueil d'observations cliniques; Gay, médecin inspecteur des eaux de Saint-Alban (Loire), pour la précision de ses observations cliniques ainsi que pour d'anciens et bons services d'inspection; Privat, médecin inspecteur des eaux de la Malou (Hérault), pour les faits importants qu'il a publiés sur le traitement du rhumatisme noueux.

5° *Mentions honorables* à MM. les docteurs de La Garde, médecin inspecteur adjoint des eaux de Bagnères-de-Bigorre, pour son rapport sur les formes de la dyspepsie, et sur les bons effets des eaux de Bagnères dans le traitement de cette maladie si variée; Marbotin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Amand (Nord), pour ses recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme chronique, par les boues de Saint-Amand; Peyrecave, médecin inspecteur des eaux de Barbotan (Gers), pour les heureux résultats de sa pratique, dans le traitement du rhumatisme chronique, de la sciatique et de certaines paraplégies; Foubert, médecin inspecteur communal des bains de mer de Villers-sur-mer (Calvados), pour son excellent mémoire sur les améliorations à introduire dans les établissements de bains de mer.

ÉLOGE DE M. VILLERMÉ.

M. JULES BÉCLARD lit l'éloge de M. Villermé; voici ce discours:

Messieurs,

A l'époque la plus brillante du règne de Louis XIV, après la guerre du Palatinat, glorieusement terminée par la réunion de la province d'Alsace à la couronne de France, alors que le grand roi étalait, à Versailles, le faste et les magnificences d'un pouvoir enivré de victoires et de flatteries, on entendit tout à coup s'élever une voix au sein du cortége des trompeuses paroles: « Sire, disait cette voix, près de la dixième partie du peuple est réduite à la mendicité; des neuf autres parties, il y a en a cinq qui ne sont pas en état de faire l'aumône à celle-là, parce qu'eux-mêmes sont réduits, à peu de chose près, à la même condition. Des quatre autres parties qui restent, trois sont fort mal aisées. »

Qui donc osait parler ainsi? Était-ce un de ces esprits à l'humeur chagrine que ronge l'envie ou que leur impuissance irrite? Non, Messieurs, celui qui parlait ainsi était un conseiller sincère et dévoué de la monarchie, un grand homme de guerre, un citoyen illustre, le maréchal de Vauban. Il ajoutait: « Tout ce que je dis n'est point pris sur des observations fabuleuses et faites à vue de pays, mais sur des visites et des dénombrements exacts et bien recherchés (1). »

Il y a cent soixante ans à peine que Vauban faisait entendre ces menaçantes paroles. Que de changements survenus, que de progrès réalisés, depuis ces temps encore si rapprochés de nous: une grande révolution, préparée d'abord dans les idées, et bientôt après faisant explosion sur la place publique; le régime des castes privilégiées, avec l'oisiveté en haut et la misère en bas, à jamais aboli; la noblesse du travail proclamée; les entraves de la production brisées; les forces de la nature domptées et disciplinées par le génie de l'invention; la science, de stérile devenue féconde, enfantant sans relâche de nouvelles merveilles!

Tandis que ces grandes choses s'accomplissaient, de hardis penseurs, méditant sur ces graves enseignements, cherchaient dans les conquêtes déjà faites les moyens d'en préparer de nouvelles. Le perfectionnement de l'homme, c'est-à-dire la satisfaction de plus en plus assurée de ses besoins naturels, le développement de plus en plus libre de son intelligence, la culture de plus en plus éclairée de ses facultés morales, leur apparut comme la véritable loi de l'humanité. Deux nouvelles branches de la connaissance humaine, deux sciences nouvelles étaient créées: la statistique et l'économie politique.

En regard d'observations nombreuses, recueillies pendant de longues périodes, quand on voit apparaître des résultats toujours les mêmes et se succédant dans le même ordre, il est impossible de ne pas reconnaître dans cet enchaînement nécessaire la véritable expression des choses.

La statistique a donc son éloquence et des chiffres qu'elle groupe jaillissent des sources de lumière, mais par elle-même elle ne rend compte de rien; l'économie politique en est en quelque sorte la philosophie: c'est elle qui donne aux faits leur signification, qui cherche les lois de leurs rapports et de leur filiation, et qui en tire les conséquences.

Né vers la fin du dernier siècle, le savant dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui s'est engagé de bonne heure dans ces voies à peine ouvertes. M. Villermé y était entré en médecin, il resta médecin, conservant au milieu de l'éminente phalange qui cheminait avec lui son originalité propre. Moins préoccupé de ce qu'on pourrait appeler la matière économique que du sujet même de la science sociale, subordonnant l'étude de la valeur donnée aux choses par le travail de l'homme, à la connaissance de celui qui la leur donne, M. Villermé, se frayant à lui-même sa route, transporte le problème économique dans le domaine de l'hygiène publique et ouvre à la science des perspectives nouvelles.

Le mouvement de la population, les conditions qui en favorisent l'accroissement et celles qui l'entravent; l'influence de l'aisance et de la misère, celle des saisons, des climats, de la température, du sol, des habitations, des moyens d'existence, du genre de vie, des âges, des sexes, du milieu social, des épidémies; la population des villes comparée à la population des campagnes; les contrées agricoles mises en regard des centres manufacturiers; la vie des prisons opposée à la vie du grand air et de la liberté; l'état physique et moral des classes ouvrières; les bienfaits et les dangers de l'association; les règles qui doivent présider aux divers modes de l'assistance publique; telles sont les principales questions auxquelles M. Villermé a appliqué les règles sévères de la statistique, tels sont les graves sujets dont il a poursuivi l'étude pendant toute la durée de sa longue carrière. Rendre la vie de l'homme plus heureuse et la durée de son existence plus longue: tel a été le but constant de ses efforts.

Louis-René Villermé naquit à Paris, le 10 mai 1782. Son enfance s'écoula à Lardy, petite ville du département de Seine-et-Oise, où s'était retiré son père, ancien procureur au Châtelet. Après avoir reçu les premières leçons à l'école de son village, il revint à Paris. Son éducation terminée, autant qu'elle pouvait l'être à cette époque tourmentée, il commença l'étude de la médecine.

Trois années se sont écoulées. Nous retrouvons le jeune Villermé, avec la plupart des compagnons de son âge, sur les champs de bataille de l'empire. Entré au service en 1804 en qualité de chirurgien de troisième classe, il était chirurgien major lors des désastreux événements de 1814. De bonne heure aux prises avec les difficultés qui fortifient l'âme, les nobles qualités dont il portait en lui le germe se développèrent rapidement. A ce rude apprentissage, M. Villermé puisa la franchise sans détour et la probité fière et forte, qui ont fait l'attrait de son commerce et l'honneur de sa vie.

La chute de l'empire rendit le jeune chirurgien militaire à la vie civile. Sa mère était devenue veuve; il la prit avec lui, et vint à Paris se remettre sur les bancs pour se préparer aux épreuves du doctorat. Ayant soutenu sa thèse dans le cours de la même année, il commença à se livrer à la pratique de la médecine; mais il y renonça bientôt après pour se consacrer tout entier à des études vers lesquelles il se sentait entraîné par un irrésistible penchant.

Une seule fois il reprit le service de la médecine militante, ce fut en 1832. Le choléra venait d'éclater à Paris: soldat du devoir, il déposa la plume, et répondit à l'appel du péril. Tant que dura l'épidémie, il prodigua gratuitement ses soins à la population indigente du quartier qu'il habitait.

En 1818, M. Villermé commença à se faire connaître. Il venait d'être attaché à la collaboration du *Grand Dictionnaire des sciences médicales*. Quelques articles signés de son nom attirèrent l'attention.

Deux ans plus tard il publiait un volume sous ce titre: *Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être.* Écrit avec la chaleureuse indignation de la jeunesse, ce livre est une protestation passionnée, tout empreinte de ce profond sentiment d'humanité que l'âge devait rendre plus contenu, mais non pas moins vif. Il faut bien le reconnaître, les prisons offraient, il y a cinquante ans, un triste spectacle. Les prévenus, que l'impartiale justice doit toujours présumer innocents, étaient confondus avec les condamnés, les prisonniers pour dettes avec les criminels, les accusés politiques avec les escrocs et les assassins, le voleur novice avec le voleur endurci, la fille un instant égarée avec la femme perdue sans retour. Dans quelques prisons, hommes et femmes, enfants et vieillards vivaient dans une honteuse promiscuité, livrés à la plus affreuse corruption. Des locaux insuffisants, un encombrement sans limite, une malpropreté dégoûtante, et, comme conséquence, une mortalité considérable, tels étaient les derniers traits de ce sombre tableau.

Les faits que l'auteur avançait ayant été contestés, il se livra à une nouvelle enquête, non-seulement dans les prisons de Paris, mais dans les dépôts de Saint-Denis, de Laon, d'Auch, de Metz, etc., et il prouva, la statistique à la main, que la mortalité n'était pas seulement considérable, mais qu'elle était excessive. Dans quelques-uns de ces dépôts, elle s'élevait à l'effroyable proportion de vingt-cinq à trente pour cent.

M. Villermé a assez vécu pour assister à la réforme radicale du régime des prisons; il a eu la satisfaction de voir s'accomplir de son vivant la plupart des améliorations qu'il proposait. Pénétré de cette pensée que la société n'a pas le droit d'enlever au coupable l'espérance, ni de lui fermer les voies du repentir, il affirmait avec Beccaria que le devoir de la justice n'est pas épuisé par le châtiment, et qu'en devenant répressive la peine ne doit pas cesser d'être conforme à la morale. Diviser les prisonniers en catégories nombreuses basées sur la nature des délits et sur les dispositions physiques et morales des détenus, afin d'apprécier l'exacte valeur des éléments sur lesquels doit porter l'action pénitentiaire; substituer le travail salutaire et moralisateur à la dégradante oisiveté des prisons, tel est le système dont il réclamait l'exécution. M. Villermé ne partagea pas pour l'emprisonnement cellulaire l'engouement dont on devait peu à peu revenir. Il ne vit dans le régime de l'isolement et du silence absolu que des mesures dangereuses, contraires à la nature de l'homme, applicables, tout au plus, à titre d'exception, comme moyens de correction disciplinaire.

A dater de ce moment, les publications de M. Villermé se succèdent sans interruption. Les *Mémoires* et les *Bulletins* de notre compagnie, les *Archives générales de médecine*, les *Mémoires de l'Académie des sciences morales et politiques*, les *Annales d'hygiène publique* dont il fut, en 1829, l'un des fondateurs, et dont il ne cessa jamais d'être l'un des rédacteurs les plus assidus, renferment un nombre considérable d'articles dus à son infatigable labeur.

Les conclusions que M. Villermé tire de ses recherches, il les avance avec tant de circonspection, il les entoure de tant de preuves, qu'elles saisissent par leur évidence. Chacun les répète: on les retrouve partout. A force d'être vraies, elles deviennent, pour ainsi dire, banales.

Pour se faire une juste idée de l'immense travail auquel dut se livrer M. Villermé, et des innombrables difficultés qu'il eut à surmonter, il ne faut pas oublier qu'au moment où il tenta d'appliquer aux questions de l'hygiène les documents de la statistique, le terrain manquait en quelque sorte sous ses pieds. L'instrument de recherches faisait défaut, il dut le créer lui-même. Disséminés dans les bureaux de la préfecture de police, dans les registres des mairies et dans les comptes rendus de l'administration des hôpitaux, il ne trouva que des lambeaux de renseignements, toujours insuffisants, et trop souvent infidèles. Devancés par la Prusse, la Suède, l'Angleterre, la Belgique et les États-Unis, que nous avions pourtant précédés, nous commençons aujourd'hui à marcher du même pas: c'est à l'impulsion donnée par M. Villermé, aux exemples qu'il a fournis et aux règles qu'il a tracées que nous en sommes redevables.

Dans le premier volume de nos mémoires, M. Villermé aborde un vaste et beau sujet: L'*Influence de l'aisance et de la misère sur la mortalité*. Chaque jour des plumes éloquentes retraçaient sous les plus séduisantes couleurs ces temps de simplicité primitive où l'homme, content de peu, ne connaissait ni les tentations de la richesse, ni les excès qu'elles entraînent, ni les secousses orageuses des passions, ni la mort anticipée qui les suit. A des affirmations sans preuves, M. Villermé répond par des chiffres. Il élimine successivement ce qu'on pourrait appeler les éléments cosmiques du problème, la nature du sol, sa latitude, son exposition, les eaux dont les habitants font usage, la direction des rues par rapport aux cours habituels des vents; puis il met en regard les quartiers riches de Paris et les quartiers pauvres placés dans les mêmes conditions d'espace, d'air et de lumière: il oppose les uns aux autres, les départements d'égale salubrité, mais de prospérité inégale, et il conclut enfin que c'est dans la misérable demeure du pauvre, là où l'individu est mal défendu contre le froid, mal nourri, mal vêtu, que la mort choisit de préférence ses victimes. Il établit, en un mot, que la mortalité est en raison inverse de l'aisance: loi partout vérifiée depuis et à laquelle un célèbre économiste de Berlin, M. Casper, devait donner peu après l'appui de ses vastes recherches.

Voulez-vous mesurer les bienfaits de la civilisation et du progrès, reportez un instant vos regards vers le passé. Au commencement du XIVe siècle, l'an de grâce 1313, Philippe le Bel armait chevalier Louis le Hutin, son fils aîné: à cette occasion, il frappait sur les gens taillables de Paris un impôt dont le registre existe encore dans nos Archives. Or, en calculant le nombre de ceux qui succombèrent pendant la durée de la période de répartition, on trouve que la mortalité annuelle des Parisiens était alors du vingtième de la population. A l'époque des recherches de M. Villermé, la mortalité n'était que du trente-deuxième. D'après les récents travaux de notre regrettable collègue, M. Trébuchet, la mortalité annuelle de Paris n'est plus aujourd'hui que du quarantième. Nous avons plus gagné dans les cinquante premières années du XIXe siècle, qu'en cinq cents ans de ce qu'on appelle le bon vieux temps.

Le problème de la mortalité, M. Villermé l'envisage sous toutes les faces. Dans de nombreux écrits, il montre que dans toutes les contrées de l'Europe, c'est à la fin de l'hiver et aux premiers jours du printemps que l'espèce humaine paye à la mort son plus lourd tribut, alors qu'autour d'elle la nature reprend une nouvelle vie; il montre comment les contrées marécageuses sont fatales à ceux qui les habitent, et comment dans ces contrées le maximum de la mortalité se trouve reporté au milieu de l'automne; il montre de quelle sollicitude l'enfant doit être entouré, car tout conspire contre lui, au moment où il sort du sein maternel: le froid qui le saisit et dont il ne peut lui-même se défendre, le régime de l'allaitement artificiel auquel le condamne l'insouciante légèreté ou l'indifférence coupable des mères, le sevrage prématuré, toutes causes de maladie et de mort, dont l'énergie est en proportion de sa faiblesse. Rien de plus éloquent que les chiffres de M. Villermé.

Abordant le second terme dont se compose ce qu'on appelle le mouvement de la population, je veux dire les naissances, M. Villermé remonte jusqu'aux époques de la conception. Il nous montre l'espèce humaine soumise à la loi commune, oscillant sans cesse entre ces deux actes éternels de la nature, produire et détruire: c'est au printemps, dans ces jours où la mort frappe à coups redoublés, que s'ouvrent aussi les sources de la vie.

La prospérité d'un pays ne se mesure pas au nombre des naissances, comme quelques-uns l'ont dit. Plus la pauvreté est grande, plus les naissances sont nombreuses; plus aussi la mort moissonne de victimes, et plus la durée moyenne de la vie est courte. Des populations égales en nombre sont loin d'avoir la même valeur sociale: ce sont les individus dans la vigueur de l'âge qui font la force d'une nation. Naître pour mourir est un signe de misère; vivre longtemps est la marque certaine de l'aisance et de la prospérité.

Les épidémies qui viennent de temps à autre faire au sein des populations de funèbres apparitions, obéissent aux lois générales de la mortalité. Celle-ci est d'autant plus forte, pour les enfants, qu'ils sont plus approchés de leur naissance, et pour les vieillards qu'ils touchent aux extrémités de la vie. Dans les quartiers de Paris où le choléra de 1832 a sévi avec une véritable fureur, nulle part l'espace n'était plus restreint, la population plus pressée, l'air plus corrompu, l'habitation plus dangereuse.

Alors même qu'elles diminuent pour un moment le nombre des vivants, ni les épidémies, ni la guerre, ni la famine ne peuvent arrêter le développement d'une nation: les vides creusés dans ses rangs sont rapidement comblés par une augmentation considérable dans le chiffre des naissances. Le nombre des habitants d'un pays ne dépend point des causes dont l'influence est passagère, mais de celles qui exercent une action durable: il est dans un rapport étroit avec les moyens d'existence dont la population dispose. La population, dit M. Villermé, est réglée et bornée par eux: elle croît et décroît avec eux. Au siècle dernier, Messance, en compulsant les registres des paroisses, avait déjà posé en fait: que toutes les fois que le prix du blé a augmenté la mortalité est devenue plus forte, et *vice versâ*. Prenant la statistique au point où Messance l'a laissée, un de nos plus éminents collègues (1)

(1) *Projet d'une dixme royale*. Vauban, 1698.

(1) . Mêlier.

a montré, dans des temps plus rapprochés de nous, que les mêmes causes ont constamment produit les mêmes effets.

Comme corollaire de cette proposition, M. Villermé admet, avec la plupart des économistes, que la population d'un pays s'accroît d'autant moins qu'elle est plus dense, c'est-à-dire que le nombre des habitants est plus considérable par rapport à l'étendue du sol qu'ils occupent. Ainsi énoncée dans sa généralité, cette loi n'est que l'expression même des choses et ne peut être contestée. Mais M. Villermé n'ajoute pas, comme Malthus, que les substances s'accroissent seulement en proportion arithmétique, tandis que la population tend à croître sans cesse suivant une progression géométrique, ce qui revient à dire qu'il y a dans le développement numérique d'une nation une tendance fatale à dépasser, pour ainsi dire indéfiniment, les moyens de subsistance.

Ce principe inexorable, qui ne se réalise jamais en fait, suppose d'un côté l'action nécessaire, intermittente et répressive de la guerre, des famines et des épidémies; et de l'autre, un ensemble de moyens préventifs que leur auteur désigne sous le nom de *contrainte morale :* moyens également difficiles à concilier avec la loi naturelle et avec la loi religieuse.

La culture, de plus en plus productive et de plus en plus étendue; la colonisation, avec ses espaces sans limites ouverts de toute part à l'activité humaine; les progrès de l'industrie, ne sont-ce pas là, Messieurs, pour emprunter le langage de Malthus, des moyens préventifs plus consolants? Sur de vastes étendues de terre l'habitant de l'Asie et de l'Afrique traîne une misérable existence; dans nos pays de l'Occident l'homme vit dans l'abondance sur la parcelle du sol qu'il féconde de son travail.

En 1839, M. Villermé communiqua à l'Académie des sciences morales un rapport étendu, résultat d'une longue enquête entreprise, à la demande et sous les auspices de l'Académie, dans les principales villes manufacturières de France : Mulhouse, Lille, Roubaix, Tourcoing, Saint-Quentin, Rouen, Darnetal, Tarare, Amiens, Reims, Rethel, Elbeuf, Louviers, Sédan, Nîmes, Lyon, Saint-Étienne. Complété par des études nouvelles, ce rapport parut l'année suivante en deux volumes. Œuvre de prédilection de M. Villermé, ce livre, le plus étendu qu'il ait publié, porte pour titre : *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les fabriques de laine, de soie et de coton.*

M. Villermé s'attache plus particulièrement à l'industrie du coton. Après avoir signalé l'insalubrité de certains ateliers dans lesquels l'ouvrier se trouve exposé à des températures constantes de 40 à 50 degrés centigrades, et indiqué les précautions qu'il faut prendre pour le défendre contre sa propre insouciance, il caractérise en termes énergiques les dangers de l'opération du battage à la main. La toux, dit-il, est le premier symptôme d'une maladie lente et formidable, désignée sous le nom significatif de pneumonie cotonneuse, maladie que soulage toujours l'interruption du travail, et qui disparaît quand l'ouvrier abandonne à temps l'atelier pour n'y plus revenir. M. Villermé fait appel aux progrès de la mécanique. La réponse ne s'est pas fait longtemps attendre. Dans toutes les fabriques de coton les batteurs-ventilateurs ont aujourdhui remplacé le travail à la main.

Mais ce qui excite surtout la pitié de M. Villermé, ce qui lui arrache un cri d'alarme, c'est la trop longue durée du travail des enfants dans les manufactures. Quinze heures de séjour dans les ateliers, dont treize heures de travail effectif, ce n'est pas là un travail, dit M. Villermé, c'est une torture, et cette torture on l'inflige à des enfants de sept ans. Déjà fatigués, quand ils arrivent, par la longue distance qui les sépare de la fabrique, le retour achève de les épuiser. Pâles, énervés, lents dans leur démarche et dans leurs jeux, ils offrent un extérieur d'abattement et de souffrance qui contraste avec l'air de santé, de gaîté, l'embonpoint qu'on remarque chez les enfants du même âge, chaque fois que l'on quitte un district manufacturier pour entrer dans un canton agricole.

Mais que faire? Si le fabricant consent à réduire la durée du travail, il diminuera le salaire, et la famille nécessiteuse dirigera son enfant vers un atelier plus lucratif. Si, obéissant à des sentiments plus humains, le chef d'usine diminue le travail sans toucher au salaire, c'est à la concurrence sans compassion que profite sa généreuse expérience, et la ruine est au bout. Un seul fabricant, plusieurs fabricants ne peuvent absolument rien. Et cependant la cessation d'un pareil état de choses est nécessaire, indispensable. Puisque les efforts individuels sont impuissants, c'est à l'action collective de la société qu'il appartient de protéger l'enfant contre un abus qui le tue, de même qu'elle le défend dans d'autres circonstances contre des parents sans entrailles.

Quelques années avant la publication du livre de M. Villermé, des faits déplorables furent portés à la tribune du parlement anglais. Au récit des traitements odieux dont plusieurs enfants avaient été les victimes, l'opinion publique s'émut et un long cri d'indignation retentit. Le 29 août 1833, un bill fut promulgué portant défense expresse de faire travailler plus de huit heures par jour les enfants de neuf à treize ans.

Dès 1832, la Société industrielle de Mulhouse appelait l'attention du gouvernement sur le dépérissement rapide des enfants employés aux manufactures de coton, et demandait pour eux la fixation d'un maximum de travail et la suppression du travail de nuit. Le même vœu était exprimé, en 1835, par la chambre de commerce de cette ville et par le conseil général du Haut-Rhin. Par une circulaire en date du 31 juillet 1837, M. le ministre du commerce annonçait l'intention d'ouvrir une enquête sur les abus qui lui étaient signalés, et il adressait une série de questions aux chambres de commerce et aux conseils de prud'hommes de toutes les villes manufacturières de France. C'est peu après la publication du livre de M. Villermé que la loi sur le travail des enfants dans les manufactures fut rendue. Dans l'exposé des motifs qui la précède, aussi bien que dans les prescriptions réglementaires qui l'accompagnent, partout on retrouve les idées, et jusqu'au langage de M. Villermé. On peut le dire ici, hautement, cette loi de compassion et d'humanité est véritablement son œuvre.

La loi existe; mais a-t-elle porté tous les fruits qu'on était en droit d'en attendre? Si l'homme excellent dont nous retraçons la vie était encore au milieu de nous, il joindrait sa voix à la nôtre pour demander qu'elle soit partout exécutée.

Quelques années plus tard, M. Villermé, abandonnant les calmes régions de l'hygiène, s'engageait sur le terrain brûlant des questions sociales. C'était au lendemain des journées de juin 1848. Des esprits généreux et confiants avaient trop oublié que, si la théorie n'est justiciable que de la conscience, la prudence est la première vertu de la pratique aux prises avec les exigences impérieuses du milieu politique. A de brillantes utopies venaient de succéder de sanglantes réalités. Le général Cavaignac fit appel à l'Académie des sciences morales et politiques. Tandis que M. Thiers et M. Troplong remontaient aux sources de la propriété pour en sonder et en légitimer les origines, M. Villermé publiait son livre sur *les associations ouvrières.*

Les abus de la concurrence, les excès d'une production déréglée, les bouleversements soudains que causent trop souvent dans les existences les crises de l'industrie, étaient exposés, discutés, commentés. On enseignait que tous ces maux seraient facilement prévenus par l'association; on affirmait que la misère serait à tout jamais vaincue si les ouvriers pouvaient se réunir pour fabriquer et vendre leurs produits; si, sans sortir des habitudes de simples travailleurs, dont ils toucheraient les salaires, ils recevaient en outre leur quote-part dans les bénéfices. De cette manière, il n'y aurait plus ni maîtres, ni salariés, ni chefs, ni subordonnés; mais des associés, des co-intéressés que l'indigence ne devait plus atteindre.

Qui fournira les capitaux nécessaires à toute entreprise, c'est-à-dire les instruments de travail? qui règlera la distribution des valeurs produites? Si l'État a cet immense pouvoir, il faut qu'il préside aussi à la production de la valeur, il faut qu'il dispose de tout : une certaine sagesse collective et irresponsable se substitue à la libre activité de l'individu dont les élans sont contenus, les entreprises limitées, la science paralysée.

Un pareil système vient se briser sur l'écueil bien connu du communisme. M. Villermé en fait toucher au doigt le vice fondamental. Il montre que dans toute société, le travail est organisé non pas en vertu d'un système préconçu, mais par la seule force des choses. Il insiste sur ce point que, dans l'état actuel de l'industrie, le salaire du travailleur représente un véritable privilége. L'ouvrier, dit-il, n'est pas exposé aux pertes, voilà pourquoi il n'a pas droit aux profits. Dans les associations ouvrières, sous quelque forme qu'elles se constituent, toujours, ajoute M. Villermé, il faudra des chefs : or, quels seront-ils? Les plus capables sans doute. Ces chefs deviendront fatalement des maîtres qui se substitueront à l'association primitive.

Les associations ouvrières ne sont-elles donc, pour employer les expressions de M. Villermé, que le rêve de ceux qui, dans leur ignorance des choses et des hommes, n'écoutent que les impulsions de leur cœur ?

Ne peut-on les concevoir qu'à la condition de supprimer l'individu, et de jeter le travailleur dans le moule d'une organisation factice? Dans le passé, que d'institutions se sont remplacées les unes les autres, et dont chacune eût semblé impossible aux générations qui se sont succédé !

Réclamer pour les associations ouvrières le secours de l'État, c'est, nous le reconnaissons, porter atteinte à la justice, car c'est recourir à un impôt prélevé sur le travail d'autrui. Mais si ne faisant appel qu'au droit commun, elles reposaient, de même que toutes les entreprises commerciales, sur le concours volontaire de ceux qui s'y engagent; si, abandonnant la stérile chimère de l'égalité des salaires, pour revenir au principe fécond de la répartition proportionnée aux services rendus, elles excluaient toute contrainte, et se fondaient uniquement sur la liberté qui seule peut donner à la production tout son ressort; si les capitaux étaient, non pas demandés à l'État, mais créés par l'épargne et constitués par la mutualité, les associations ouvrières aboutiraient-elles nécessairement à l'impuissance et à la ruine?

L'expérience, messieurs, a répondu. L'association a fourni la preuve de sa vitalité. De nombreuses sociétés basées sur le principe de la coopération se sont formées et prospèrent autour de nous, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse. Les pionniers de Rochedale, entre autres, offrent en ce moment, à quelques lieues de Manchester, l'exemple d'un succès éclatant. Une cotisation de quelques schellings rassemblés à grand'peine, tel fut le point de départ. En 1844, la société possédait 700 francs; aujourd'hui son capital est de plusieurs millions de francs. En Prusse, les banques de crédit populaire fondées et organisées sous les auspices de M. Schultze-Delitsch membre de la chambre des députés sont en pleine voie de développement.

Parmi les essais tentés en France, à la suite de la révolution de février, aucune des associations subventionnées n'a survécu. Éclairées par l'exemple du passé, libres des passions de la première heure, affranchies, depuis peu, des obstacles légaux qui paralysaient leurs mouvements, de nombreuses sociétés se reconstituent en ce moment même sur des bases nouvelles.

Si les sociétés en participation constituées sous la libre impulsion des efforts associés répandent dans le sein des populations des habitudes d'ordre et de prévoyance en même temps qu'elles leur assurent plus d'aisance et de bien-être, doit-on, comme quelques-uns semblent l'espérer, attendre de leur extension croissante le remède à la plaie du paupérisme ?

Mais une répartition plus large des produits du travail suppose, de toute nécessité, une production plus abondante. Tout ce qui concourt à augmenter la masse du fond social : les progrès de la science appliquée à l'industrie, les machines substituées au travail de l'homme, la liberté des échanges, les bienfaits de l'enseignement partout répandus; tels sont les véritables éléments de la solution du problème.

Ai-je besoin de vous rappeler que, si les machines peuvent, au moment de leur introduction, causer un malaise momentané, elles ne tardent guère, par le bas prix de leurs produits, à mettre à la portée de tous des biens que les heureux de la terre ne connaissaient pas autrefois ?

La liberté des échanges récemment inaugurée parmi nous, aux applaudissements de tous les amis du progrès, n'est que l'expression d'une loi naturelle trop longtemps obscurcie. Défendre le régime des prohibitions, prétendre que chaque peuple doit se suffire à lui-même, ce serait vouloir faire produire à la France le coton, le thé et le vin à l'Angleterre. Prodigue envers les uns des biens dont elle se montre avare envers les autres, la nature convie les peuples à la concorde par l'intérêt. Écoutez, messieurs, les spirituelles paroles que prononçait, il y a déjà soixante ans, le plus grand orateur de l'Angleterre: « Être indépendant de l'étranger, s'écrie Fox, tel est le thème favori du système prohibitif. Mais quel est-il donc ce grand seigneur, cet avocat de l'indépendance nationale ! Examinons sa vie. Voilà un cuisinier *français* qui prépare le dîner pour le maître, et un valet *suisse* qui apprête le maître pour le dîner. Milady qui accepte sa main est toute resplendissante de perles qu'on ne trouvera jamais dans les huîtres britanniques, et la plume qui flotte sur sa tête ne fit jamais l'ornement de la queue d'un dindon anglais. Les viandes de sa table viennent de la *Belgique*, ses vins du *Rhin*, du *Rhône* ou de la *Gironde*. Il repose sa vue sur des fleurs venues de l'*Amérique du Sud*, et il gratifie son odorat de la fumée d'une feuille venue de l'*Amérique du Nord*. Son cheval favori est d'origine *arabe*, et son chien de la race du *Saint-Bernard*. Sa galerie est riche de tableaux *flamands* et de statues *grecques*. Veut-il se distraire, il va entendre des chanteurs *italiens*, exécutant de la musique *allemande*, le tout suivi d'un ballet *français*. S'élève-t-il aux honneurs judiciaires? l'hermine qui décore ses épaules n'avait pas encore figuré sur le dos d'une bête britannique. Son esprit même est un composé de produits exotiques. Sa philosophie et sa poésie viennent de la *Grèce* et de *Rome*, sa géométrie d'*Alexandrie*, son arithmétique d'*Arabie* et sa religion de *Palestine*. Dès son berceau il pressa ses dent naissantes sur le corail de l'océan *indien*, et lorsqu'il mourra, le marbre de *Carrare* surmontera sa tombe... et voilà l'homme qui dit: soyons indépendant de l'étranger. »

L'enseignement apparaît clairement aussi comme une nécessité sociale. Par lui, l'individu s'élève à la condition d'être intelligent et libre; par lui seulement, il peut entrer en pleine possession de lui-même et lutter à armes égales dans la bataille de la vie. En rendant l'individu plus éclairé, plus fort, plus bienveillant, plus juste, en élevant, en un mot, sa valeur industrielle et morale, la société travaille à l'accroissement de sa propre richesse.

Croire que tout est mal, ne voir dans la société, telle qu'elle est constituée, que le triomphe de l'injustice, et dans le monde économique que la lutte acharnée des intérêts, c'est méconnaître les enseignements de l'histoire, c'est renier les laborieuses étapes parcourues sur la voie du progrès. Croire que tout est bien, s'imaginer que la dernière barrière est atteinte enfin, et qu'elle ne doit plus être dépassée, c'est confondre l'activité humaine, intelligente et libre, avec l'instinct de l'animal à la fois infaillible et borné.

Le bien est un comme le vrai, mais l'humanité perfectible le poursuit sans relâche, sans l'atteindre jamais. La société, qui n'est pas une convention consentie par l'homme, comme on l'a dit, mais la conséquence nécessaire et le développement progressif de ses attributs naturels, n'est point régie par des règles absolues et inflexibles. Le progrès est l'œuvre du temps; il ne s'impose pas en un jour. Le monde ancien obéissait à des besoins que nous ne connaissons plus: les idées de nos pères ne sont plus les nôtres. Quelques milliers d'années nous séparent à peine des premiers jours de notre enfance: que de degrés intermédiaires déjà franchis ! A son tour, le présent deviendra le passé, et dans l'avenir tomberont peu à peu les tutelles qui pèsent encore sur le libre développement de l'homme social. S'efforcer d'arriver par plus de savoir à plus de bien-être; viser à la perfection et la chercher sans cesse, n'est-ce pas le plus bel hommage que la créature puisse rendre au créateur ?

Si M. Villermé a douté du succès des associations ouvrières, il était néanmoins bien pénétré de cette pensée profonde de Montesquieu, que l'assistance publique n'est qu'un palliatif et non pas un remède; que la charité exercée sans limite, loin de diminuer la pauvreté, l'augmente. Aussi, lorsqu'il cherche les moyens de secourir l'infortune, n'est-ce pas à la charité telle qu'on la concevait au temps des institutions monastiques qu'il s'adresse, mais à un mode d'assistance plus efficace et plus moral, l'assistance mutuelle.

En 1829, dans un discours prononcé devant l'assemblée générale de la société philanthropique de Paris, M. Villermé faisait ressortir les avantages des sociétés de prévoyance ou de secours mutuels. Dans le cours de la même année, à l'occasion d'un livre publié à Édimbourg par M. David Johnson, et intitulé : *Histoire générale médicale et statistique des institutions de charité en France*, il revient sur le même sujet. Dans ce livre, M. Johnson signalait, en passant, la supériorité des établissements hospitaliers de Paris sur ceux de Londres. C'est avec une complaisance toute française que M. Villermé expose des résultats qui devaient de nos jours être passionnément contestés. Dans un rapport adressé en 1830 à M. le préfet de la Seine, sur les secours à domicile, et plus tard encore dans l'appréciation d'un ouvrage de M. de Bouteville, sur les institutions de prévoyance, M. Villermé expose et développe les principes qui doivent présider à la fondation des sociétés de secours mutuels.

A l'époque où M. Villermé prenait pour la première fois la plume, les sociétés de prévoyance étaient au nombre de deux cents et formaient un total d'environ vingt mille membres. Aujourd'hui, messieurs, vous le savez, la famille médicale est entrée, avec toutes les autres, dans ce généreux mouvement, les associations de secours se sont étendues partout, et elles comptent leurs adhérents, non plus par milliers, mais par centaines de mille.

Prélever une faible part sur le travail de chaque jour pour secourir les malades et les infirmes; constituer des caisses de retraite pour la vieillesse; soutenir les orphelins en leur inspirant le désir d'acquitter plus tard la dette de la reconnaissance; développer, par l'étendue du sacrifice, le sentiment de la fraternité; enseigner enfin à celui qui travaille à ne compter que sur lui-même et relever en lui la dignité d'homme : tels sont les bienfaits d'une institution qu'on ne saurait trop s'appliquer à faire prospérer.

Fondées sur le principe de la responsabilité individuelle, seul aiguillon de l'activité humaine et sauvegarde de l'intérêt collectif, librement formées sous l'empire de la loi, les sociétés ouvrières en participation inaugurent paisiblement une ère nouvelle dans l'économie du travail. Loin d'être contraires à leur principe, les associations de secours mutuels en sont à la fois le complément naturel, l'assurance et la garantie.

Tandis que M. Villermé se livrait à la consciencieuse enquête qui précéda la publication de son beau livre sur l'état physique et moral des classes ouvrières, l'affligeant spectacle de la demeure du pauvre l'avait douloureusement ému. Dans des rues sombres et boueuses, dans des maisons mal closes, aux murs et aux planchers souillés d'immondices, entassée pêle-mêle dans des pièces étroites, sans air et sans jour, il avait vu une population aux traits flétris, couverte de haillons, abandonnée, sans défense, à toutes les inspirations de la misère et à l'impitoyable rigueur des épidémies.

L'idée de porter remède à ce triste état de choses par la construction de vastes bâtiments désignés sous le nom de cités ouvrières, cette idée n'est pas nouvelle, mais dans les années qui suivirent la révolution de 1848 elle fut embrassée avec ardeur. On vit alors s'élever plusieurs édifices de ce genre, et c'est à cette époque que M. Vil-

ermé publia dans les *Annales d'hygiène* son mémoire sur les cités ouvrières. La tentative ne fut pas heureuse. Quelques-unes de ces constructions restèrent inachevées, ou changèrent de destination avant même d'être terminées; d'autres étaient à peine habitées qu'elles furent aussitôt désertées.

Après le pénible travail du jour, après l'effort mis en commun, l'homme a besoin de se sentir libre quand il rentre le soir au foyer domestique. Il lui faut ses heures de repos et de solitude. S'il ne peut la déposer un seul instant, la chaîne des obligations sociales lui devient un insupportable fardeau. Dans ces vastes cités construites pour lui, on ne mesure à l'ouvrier ni l'air ni la lumière, il y trouve plus de bien-être matériel, mais partout il rencontre des yeux pour le voir et des oreilles pour l'entendre. Cette existence où rien n'est caché devient une source continuelle de servitudes réciproques; ces rapports forcés, aliments de la curiosité indiscrète et de la médisance dangereuse, aigrissent les esprits, éclatent en scandales et engendrent des haines violentes. Un concert unanime s'est élevé pour maudire tout ce qui, de près ou de loin, ressemble à la vie commune.

Le vice radical des cités ouvrières, M. Villermé l'expose sans réticences : l'hygiéniste satisfait s'efface devant le moraliste impartial. Si quelques habitations spécialement construites pour les ouvriers ont relativement prospéré, c'est que les bienfaits de la liberté n'y ont pas été sacrifiés aux chimériques avantages de la communauté. Plusieurs chefs d'usine ont élevé, dans le voisinage de leurs établissements industriels, non pas des cités ouvrières, mais des constructions isolées, où chaque famille vit chez soi, dans sa maison, dans son jardin, complétement séparée de son voisin. Chacun profite des avantages d'un approvisionnement fait en gros de toutes les denrées nécessaires à la vie et détaillé par le fabricant au prix de revient; mesure adoptée depuis par un certain nombre de compagnies de chemin de fer en faveur de leurs employés.

Inspirées par la théorie, inapplicables dans la pratique, les cités ouvrières ne sont qu'un expédient devenu de jour en jour plus inutile. Jetez les yeux autour de vous : à la place de ces sombres quartiers où s'entassait hier encore une population pressée, que voyez-vous aujourd'hui? de longues avenues inondées de soleil et balayées par les vents. D'affreux repaires, derniers débris du vieux Paris, tombent chaque jour sous le rapide marteau de l'expropriation et n'existeront bientôt plus qu'en souvenir.

M. Villermé était membre de l'Académie de médecine depuis 1823, et il avait pris une part active à ses travaux, surtout dans les premiers temps. Lorsqu'en 1832, l'ancienne section des sciences morales et politiques fut rétablie au sein de l'Institut, et que, réintégrés dans leurs droits, les membres qui survivaient encore durent compléter la nouvelle Académie par leurs libres suffrages, M. Villermé fut au nombre des premiers élus. Appelé, la même année, à faire partie du conseil de salubrité, il fut, lors de la création, nommé membre du comité supérieur d'hygiène institué, en 1848, près le ministère de l'agriculture et du commerce.

M. Villermé avait épousé, en 1818, M[lle] Morel d'Arleux, fille de l'un des conservateurs des Musées royaux, et sœur de M. Morel d'Arleux, notaire honoraire à Paris et l'un des membres les plus justement honorés de sa compagnie. De ce mariage sont nés deux enfants : M. Louis Villermé, agronome distingué, membre du conseil de l'Orne, et M[lle] Villermé, aujourd'hui veuve de M. Ernest de Fréville, ancien élève de l'école des Chartres, enlevé jeune encore, au moment où il mettait la dernière main à un remarquable ouvrage sur l'histoire du commerce de Rouen, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin du XVI[e] siècle.

Retirée près de son père avec ses jeunes enfants, M[me] de Fréville devint la compagne dévouée et la consolation de sa vieillesse. C'est au milieu des tendres soins dont il était entouré, ayant conservé jusqu'à la fin l'intégrité de son intelligence et le goût du travail, que M. Villermé s'éteignit doucement, à l'âge de quatre-vingt-un ans, le 16 novembre 1863.

M. Villermé laisse après lui une réputation sans tache. Tout entière consacrée au culte de ce qu'il y a de plus noble en ce monde, le travail, sa vie peut servir à tous d'exemple. Tant qu'il a vécu, il a marché d'un pas ferme dans la voie qu'il avait choisie, sans se laisser arrêter par la résistance des uns, ni entraîner par les impatiences des autres. Modéré en tout, il a signalé avec simplicité, mais sans faiblesse, ce qui lui a paru contraire à la morale et à la justice; il n'a poussé à l'extrême qu'une seule passion, celle du bien. S'il met de l'art dans ses compositions, cet art est un don de nature, car il ne recherche que ce qui est utile.

Dans les rapports ordinaires de la vie, M. Villermé était d'une familiarité cordiale et communicative. Il avait une affabilité souriante qui attirait. Sa sincérité, poussée jusqu'à la brusquerie, donnait à sa conversation une saveur originale.

Assis au milieu des maîtres de la politique et de la philosophie, M. Villermé a su faire respecter en sa personne la médecine qu'il honorait par son caractère. Il a exercé parmi nous, comme au sein de l'Académie des sciences morales, cet ascendant que les caprices de la fortune ne peuvent ni donner ni enlever, l'ascendant de l'honnêteté. A défaut de cette verve étincelante qui éblouit, sa parole avait du moins l'autorité de l'expérience, et depuis longtemps il avait acquis cette influence que donne toujours, dans une assemblée comme la nôtre, un sens droit et sûr guidé par l'amour du vrai et du bien.

Économiste généreux, statisticien exact et impartial, il s'est montré plein de réserve dans les applications de la science. Ennemi de toute violence, redoutant les changements subits, s'il a exposé le mal avec franchise, toujours il s'est efforcé de mesurer aux institutions ses propositions de réforme. En un mot, M. Villermé appartient à cette école, aussi soucieuse de conserver que d'améliorer, qui, pénétrée de la redoutable gravité des problèmes qu'elle agite, avance avec lenteur, et hésite à tenter des expériences nouvelles dans la crainte de compromettre des conquêtes sociales enfantées dans le passé au prix de tant de douleurs.

Porté par l'excellence de sa nature vers les déshérités de ce monde, M. Villermé a fait entendre des vérités utiles. Plus d'une fois ses avertissements ont éveillé la sollicitude du pouvoir et provoqué de salutaires mesures. Mais, tout en travaillant au bien-être des classes laborieuses, M. Villermé, à la fois tendre et sévère pour sa clientèle de prédilection, n'a cessé dans ses écrits, comme par le constant exemple de sa propre vie, de lui recommander la persévérance dans le travail, l'ordre et l'économie dans les habitudes, la moralité et la prévoyance dans la conduite. Si, au lieu de passer paisiblement sa vie dans la tranquille enceinte des académies, M. Villermé eût vécu dans les temps agités qui ont précédé le nôtre, s'il eût été entraîné dans le mouvant tourbillon de nos assemblées politiques, c'est avec la chaleureuse ardeur d'un cœur sincère et d'une conscience pure qu'il eût applaudi ces courageuses paroles que prononçait Merlin à la tribune de la Convention : « Celui qui parle aux citoyens de leurs droits sans leur rappeler leurs devoirs, est un flatteur qui les trompe, ou un ambitieux qui cherche à les asservir. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis notre dernier bulletin, on a constaté une légère recrudescence de l'épidémie.

Le 8 décembre, 5 nouveaux cas s'étaient déclarés, et les décès s'étaient élevés au chiffre de 6 (4 dans les hôpitaux et 2 en ville).

Le 9 décembre : 8 admissions, 2 cas à l'intérieur, soit 8 cas nouveaux; 5 décès (3 décès dans les hôpitaux et 2 en ville).

Le 10 décembre : 8 admissions, 2 cas à l'intérieur, soit 10 cas nouveaux; 15 décès (8 dans les hôpitaux et 7 en ville).

A cette date, 71 cholériques restaient en traitement dans les hôpitaux.

Le 11 décembre, jusqu'à midi, on avait reçu 9 cholériques à l'Hôtel-Dieu; 2 à Lariboisière; 1 à Beaujon. Le relevé des admissions de ce jour s'élevaient à 14, les cas intérieurs à 5, soit 19 cas. 16 décès (6 dans les hôpitaux et 10 en ville.)

Enfin le 12 décembre, de minuit à midi, on avait admis 13 cholériques.

— La première série des conférences scientifiques de la Sorbonne s'ouvrira vendredi prochain, 15 décembre.

Ces conférences, qui ont lieu tous les vendredis, auront lieu dans l'ordre suivant :

15 décembre. — M. Bertrand, membre de l'Institut, professeur au collége de France : Clairaut et la mesure de la terre.

22 décembre. — M. Gaudry, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle : Animaux fossiles aux environs d'Athènes.

5 janvier. — M. Riche, professeur à l'École supérieure de pharmacie : Du rôle de l'eau dans la nature; eaux de Paris.

12 janvier. — M. Haton de la Goupillière, professeur à la Faculté des sciences de Paris et à l'École des mines : Historique des machines à vapeur.

19 janvier. — M. Troost, professeur au Lycée Bonaparte : Un laboratoire de chimie au XVIII[e] siècle; Scheele.

26 janvier. — M. Lecoq, professeur à la Faculté des sciences de Clermont : Volcans du centre de la France.

2 février. — M. de Luynes, préparateur du laboratoire de recherches à la Sorbonne : la Teinture.

9 février. — M. Briot, professeur à la Faculté des sciences de Paris : les Comètes.

Les portes intérieures seront ouvertes à sept heures et demie.

Les séances commenceront à huit heures.

On ne sera admis qu'avec des cartes d'entrée.

Les demandes de cartes doivent être adressées par écrit au secrétaire du comité des soirées, à la Sorbonne.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 décembre.

Ordre du jour :

1° M. Blachez. Observations avec pièces pathologiques;

2° Élection d'un secrétaire général.

Le Directeur, D[r] E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 147. — SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) SAMEDI 16 DÉCEMBRE 1865. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur la transmissibilité du choléra.

Grosse question! à laquelle nous n'avons pas cru devoir toucher encore dans cette *Revue;* bien qu'un grand nombre de documents pour ou contre la transmissibilité du choléra par voie de contagion ou d'infection nous aient été transmis depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à ce jour. Avant d'émettre notre opinion sur ce sujet, nous ferons successivement passer sous les yeux de nos lecteurs quelques-uns des documents qui nous paraissent de nature à éclairer ce point obscur et difficile de l'histoire du choléra. Nous commencerons aujourd'hui par l'un de ceux qui ont plus particulièrement fixé notre attention, comme joignant au mérite du fond l'avantage de nous faire connaître la situation sanitaire, durant cette épidémie, d'une des localités dont la salubrité importe le plus à cause de sa situation géographique et de l'immense rayonnement de ses communications ; nous voulons parler du Havre.

Voici les réflexions que nous transmet à ce sujet, de cette localité, notre savant et honorable confrère, M. Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement.

Le choléra vient de faire de fort sérieux ravages à Marseille, à Toulon et dans quelques autres villes du Midi ; Paris n'a pas tardé à être enveloppé. Il a sévi d'une manière grave, moins grave toutefois qu'en 1832 et en 1849. Son action a été à peu près celle qu'il avait prise en 1854. Mais dans cette dernière année, sa durée fut de neuf mois, et nous avons tout lieu de croire que celle du choléra de 1865 sera bien moins longue, puisque, vieux seulement de six semaines (il y a environ six semaines que ceci est écrit), il s'affaiblit sensiblement.

Jamais la marche du choléra n'avait été plus prompte, ni plus effrayante. Des pèlerins l'apportent de leur voyage saint à la Mecque. Tout à coup il se répand à Alexandrie, au Caire, à Constantinople. La Méditerranée est une grande route largement ouverte de ces diverses provenances à Marseille. Aussi ne tarda-t-on pas à le voir apparaître dans cette dernière ville. De Marseille à Toulon, à Arles, à Aix, etc., il n'y a qu'un pas. Toutes ces localités deviennent la proie de l'épidémie. Tous les jours, Paris reçoit, par ses chemins de fer, des flots de voyageurs partis de la veille des villes du Midi, et Paris voit renaître dans ses murs le hideux choléra avec tous les désastres qu'il enfante.

Cette progression des miasmes qu'on pouvait suivre, non plus apportés par des masses d'hommes, comme cela s'était vu en 1832 et en 1849, où le choléra nous fut importé par les troupes innombrables fondant du fond de la Russie sur la Pologne, mais simplement transmis d'individus à individus, d'haleines en quelque sorte à haleines, avait de quoi surprendre et effrayer. Aussi, la terreur ne manqua pas d'être grande. Cette mauvaise conseillère aidant, on ne vit plus là simplement une épidémie, mais une contagion. On alla même jusqu'à oublier le mot infection, ce mot qui, jusqu'ici, avait servi à donner quelque consistance à ce que nous ne pouvions parvenir à pénétrer.

De bons esprits mêmes devinrent contagionistes. Et aujourd'hui dans le camp médical, on n'est pas médiocrement surpris de voir de fortes têtes s'avouer contagionistes.

Déjà sous le dôme de l'Institut, on a entendu des paroles, qu'on sait toujours graves et réfléchies, réclamer la sévérité des quarantaines, qu'à force de battre en brèche, on avait éloignées de beaucoup ou rendues douces et faciles. Les cordons sanitaires, qu'on avait relégués dans le domaine politique, on ose en prononcer le mot aujourd'hui.

Mais ce n'est point dans le foyer le plus concentré de l'épidémie qu'on peut bien discerner le vrai du faux dans les évolutions diverses de cette épidémie. Ce ne peut donc être à ceux qui nuit et jour sont aux prises avec le choléra de le juger d'une manière froide, sans apporter ni la moindre émotion, ni la moindre passion. Ce serait donc bien plutôt à nous qui avons le bonheur de ne pas être trop entourés de moribonds cholériques, d'élever la voix et de chercher à éloigner par le raisonnement ce mot contagion qui est un véritable épouvantail pour tout le monde.

Pourquoi, si le choléra a été transmis par la contagion à Paris, pourquoi ne s'est-il pas arrêté dans la capitale du département du Rhône, qui, pour le dire en passant, est restée à toutes les époques, presque indemne du choléra? Ce n'est pas que les voyageurs, venant du midi de la France, n'aient manqué de traverser Lyon. Cette ville est très-grande, très-peuplée. Placée sur le bord de deux rivières, elle est très-humide, beaucoup de ses rues sont sales et étroites. Le miasme cholérique ne peut l'effleurer. Il passe par-dessus sa tête, et va d'un seul jet à Paris. Il faudra bien convenir que Lyon, à cette époque, était encore réfractaire à l'action des miasmes ; que pour que ces miasmes se produisent, il faut une certaine complaisance de la part de l'air ambiant et que toutes les atmosphères ne sont point façonnées pour se les accaparer.

Le 8 octobre tombe au Havre une nuée de quatre cents émigrants. Tous avaient passé par Paris et avaient probablement habité des quartiers contaminés. Arrivés au Havre, ils se logent, afin d'être plus près du navire qui doit les transporter en Amérique, ils se logent, dis-je, dans les rues étroites, mal aérées et passablement sales du quartier Saint-François. Dès le lundi 9, un de ces émigrants, habitant rue d'Édreville, est pris du choléra, il meurt le mardi 10, au matin. Ce même jour, trois autres émigrants, demeurant dans la même auberge, rue du Grand-Croissant, sont atteints de la même maladie. Dans les jours suivants, cinq autres sont également frappés par le choléra. Sur ce nombre de neuf, il en meurt huit. Voilà donc un foyer miasmatique bien établi dans un quartier très-resserré. On avait ample raison de craindre que de ce jour l'épidémie cholérique était au Havre, et que rien ne pouvait nous en préserver. Eh bien ! nos transes jusqu'ici ont été vaines ; quelques cas disséminés se sont bien montrés çà et là, quelques-uns ont été mortels. Mais la maladie ne s'étend point. En vain, une jeune servante, arrivée de Paris et entrée chez de nouveaux maîtres, meurt du choléra la nuit même de son arrivée, et la maison où elle se trouve, tout effrayée qu'elle soit à juste titre, ne reçoit aucune atteinte. Vainement à Yvetot, un jeune soldat, venant de la garnison de Paris, tombe malade en cette ville, on le transporte à l'hospice ; il y meurt du choléra, et néanmoins Yvetot n'observe aucun autre fait semblable.

Il semblait néanmoins que le Havre était tout prédisposé à s'assimiler les miasmes cholériques. Cette diarrhée qu'on appelle cholérine, par abus de mot, et qui est non-seulement le signe prémonitoire du choléra, mais, suivant M. le docteur J. Guérin, l'indice précurseur de l'invasion cholérique, y est assez abondamment répandue. Malgré cela, le Havre, qui, en 1832, en 1849, en 1853 et 1854, avait été loin d'être aussi réfractaire aux premiers coups du choléra, reste-t-il encore dans toute sa quiétude et sur l'expectative, c'est que probablement l'air qui nous entoure, qui nous pénètre, peut encore neutraliser l'action des miasmes, et qu'il faudrait que ceux-ci fussent ou plus abondants ou plus violents pour vaincre sa résistance.

Cette heureuse situation durera-t-elle? on peut, on doit même en avoir l'espoir, sans en posséder malheureusement la certitude. Ce qui ne laisse pas d'être rassurant, c'est que, dans la saison où nous sommes, les bourrasques qui sont fréquentes semblent peu propres à retenir les miasmes dans le même lieu.

Du 15 au 17 de ce mois, quelques cholériques avaient été observés ; durant ces jours était mort de la maladie l'aubergiste qui avait logé les trois cholériques de la rue du Grand-Croissant. Le 18 et le 19, le vent souffle en foudre, aucun nouveau cas se déclare, les malheureux qui à l'hôpital en restaient atteints éprouvèrent de l'amélioration.

Le 20 et le 21, l'air redevient calme, la chaleur se fait sentir. De nouveaux cas se déclarent.

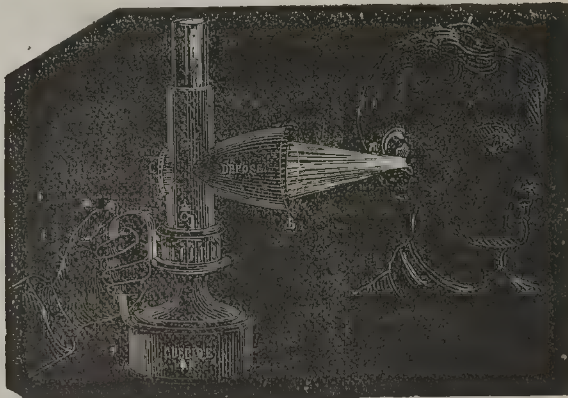
Généralement, lorsqu'une épidémie grave a lieu, elle absorbe à elle seule toutes les autres maladies. Ou ces dernières ne paraissent pas, ou elles se revêtent du caractère qu'affectionne l'épidémie. En ce moment, au Havre, nous observons des bronchites, des rhumatismes, des coqueluches, des fièvres soit continues, soit même intermittentes, des rougeoles, des varioles, etc. Ne serait-ce pas là un motif de sécurité?

Il existe donc pour nous quelques motifs d'espérance, et, en attendant, profitons du calme et de la sérénité d'esprit que nous laisse l'absence du péril, pour dire hautement que ce qui vient de se passer en France, au sujet du choléra, n'est point suffisant pour conjecturer même sa contagiosité. Comme dans toutes les lois mécaniques, il y a encore ici effort et résistance. N'oublions pas que cette résistance est dans l'air, et que celui-ci ne se laisse pas toujours facilement imprégner.

Otoscope et spéculum-auris du Dr Garrigou-Desarènes.

Depuis que le docteur Braconnot a fait connaître, dans notre numéro du 18 novembre dernier, l'instrument que M. Garrigou-Desarènes applique à l'étude de l'oreille externe, du tympan et de la caisse, après les perforations et les destructions de la membrane tympanique ; plusieurs confrères des hôpitaux et de la ville ont demandé à voir cet otoscope. M. Garrigou s'est rendu au désir de tous, et à son dispensaire, comme à Sainte-Périne, il a pu montrer avec facilité les diverses lésions du tympan.

Des confrères de province demandent la description de cet instrument ; pour nous rendre à leur désir, nous plaçons sous leurs yeux le dessin de l'otoscope.

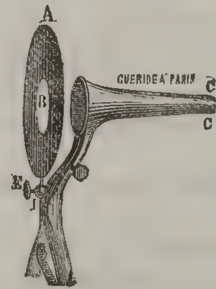


D Miroir parabolique dont le foyer correspond à la flamme de la lampe, dont tous les rayons sont renvoyés parallèlement sur
B Lentille plan convexe (teinte en vert pour avoir une lumière moins rouge) réunissant les rayons lumineux sur la partie à examiner, à 15 centimètres de la lentille.
C Partie postérieure du réflecteur, pouvant se démonter à volonté pour régler la flamme de la lampe.
A Tube métallique soudé au miroir parabolique et servant à placer le réflecteur sur une lampe, et à compléter vers son centre la parabole réfléchissante.

Cet otoscope est en même temps un excellent laryngoscope, et comme l'éclairage qu'il produit est des plus puissants, plu-



sieurs savants s'en servent déjà pour éclairer les corps un peu opaques sous la lentille du microscope.



SPECULUM AURIS. — Comme les rayons lumineux dirigés sur l'oreille donnent une lumière très-vive, et que l'on a besoin de cette lumière surtout pour les parties profondes, le *Speculum auris,* de M. Garrigou, est armé d'un écran noir percé au centre d'un trou de 15 millimètres. Cet écran absorbe les rayons dont on n'a pas besoin, et laisse passer, par sa partie centrale, ceux qui sont destinés à éclairer le tympan, et au besoin la caisse et le fond du conduit externe.

A Écran noir.
B Trou central laissant passer la lumière.
E Vis pour fixer l'écran au spéculum, sur le côté est une vis pour maintenir le spéculum dans l'écartement jugé nécessaire.

Idées régnantes sur le choléra en Angleterre, et sur son traitement. Rejet à presque unanimité des médications opiacées et astringentes.

Nous recevons de notre collaborateur M. Bernadet le document suivant sur le choléra en Angleterre :

Le docteur Joannes, de la Faculté de Paris, établi à Southsea, admet comme *causes prédisposantes* les variations de température, l'épuisement et les fatigues de toutes sortes, les habitations malsaines, la pauvreté ou la peur ou choléraphobie.

Parmi les *causes déterminantes*, ce praticien qui ne considère pas le choléra comme contagieux, place en première ligne les saisons, les climats (celui de l'Inde surtout) et la composition de l'air atmosphérique.

Il attribue le choléra à la diminution d'ozone. L'oxygène

ne peut s'assimiler ou se combiner au sang qu'à la condition d'être dans un état électrique, c'est-à-dire à l'état d'ozone. Alors il produit l'électricité vitale du sang, qui n'est autre que la vie. Le cerveau est le réservoir de cette électricité vitale, et les nerfs en sont les conducteurs. Tous les actes de la vie matérielle et intellectuelle sont sous la dépendance de cette double cause.

Anatomie pathologique. Les deux modifications principales que révèle l'examen des individus morts du choléra, sont :

1° L'injection des veines remplies d'un sang noir et épais, et qui produit les différents aspects de coloration qu'on observe dans les organes;

2° Le liquide particulier qu'on rencontre dans les intestins.

Quand on expose au contact de l'air le sang d'une personne attaquée du choléra, il s'oxyde plus difficilement que celui de tout autre malade. Cela dépend du manque de substances salines qui permettent l'oxydation du sang. Alors les globules déchirés et adhérents aux parois vasculaires ne peuvent glisser dans le sérum. Quelle est la cause de ce phénomène? Évidemment un trouble électrique dans l'atmosphère; trouble qui à son tour en produit un dans l'électricité vitale du sang. C'est ce qui explique l'influence de l'ozone dans le choléra asiatique. Quand au traitement préservatif, le docteur Joannes dit que les causes prédisposantes montrent assez ce qu'il doit être. Le traitement curatif sera stimulant à l'intérieur et à l'extérieur, au moyen d'une potion et d'un liniment.

Le docteur Willis, de Monmouth, conseille dans le traitement du choléra trois moyens principaux.

1° Injections hypodermiques de morphine;

2° Injection d'eau chaude dans les veines;

3° La transfusion.

1° *Injections hypodermiques de morphine.* — C'est au niveau de la région épigastrique et du plexus solaire qu'on doit les pratiquer.

La solution la plus avantageuse s'obtiendrait en faisant bouillir (1) 5 grains (0,30 centig.) d'acétate de morphine dans assez d'eau distillée pour obtenir 4 grammes de solution après refroidissement.

On en injectera 12 minimes (2) ou l'équivalent d'un grain de morphine. — A répéter suivant l'état du malade.

2° *Injection d'eau chaude dans les veines.* — Elles s'emploient comme adjuvants. Leur pouvoir revivifiant est très-remarquable, bien que temporaine. Elles donnent à la morphine le temps d'agir.

3° *Transfusion du sang d'une personne saine.* — On comprend toute l'importance de ce moyen, puisque le choléra, dans un sens étendu, pourrait se définir une hémorrhagie de la partie séreuse du sang.

Du reste, les recherches du docteur Richardson, et sa découverte de l'ammoniaque cause de fluidité du sang, montrent la nécessité de lui restituer cet agent dans une maladie où ce liquide est si étrangement altéré.

Pour aider la nature et remplir la seconde condition thérapeutique (c'est-à-dire employer les stimulants diffusibles de manière à maintenir la chaleur naturelle du corps), il ne faut pas administrer *ad libitum* de grandes quantités d'eau froide. On agirait contre le but qu'on se propose d'atteindre. Quelque pénible que soit la soif dans cette maladie, rien ne la soulage. L'ingestion de gallons d'eau fraîche permise par certains praticiens, doit fatalement abaisser la température vitale. Les petits morceaux de glace, dans la bouche, valent mieux.

Le docteur Pidduck a eu l'occasion d'étudier la maladie sur une grande échelle alors qu'en 1831-32 il était médecin d'un dispensaire dans le district de Saint-Gilles. En 1848 et 52, il a également observé un grand nombre de cas dans son dispensaire de Bloomsburg.

Ces trois épidémies ont revêtu, dit-il, des différences notables dans leurs caractères et dans leurs symptômes. Voici ces différences :

Première épidémie. Absence totale de bile dans les évacuations intestinales.

Deuxième épidémie. Insuffisance du même liquide excrémentitiel.

Troisième épidémie. Prédominance très-grande de la bile; de sorte que l'on avait sous les yeux le vrai choléra bilieux dont Sydenham a tracé la description. La différence entre la première et la deuxième épidémie fut très-marquée ; aussi les malades furent-ils traités d'une façon toute différente.

Voici les symptômes qui caractérisent plus spécialement la première épidémie : évacuations séreuses, crampes, spasmes, sueurs froides, coloration livide de la peau avec aspect ratatiné, absence de pouls, suppression d'urine, voix sépulcrale, sensation de chaleur brûlante à l'épigastre, soif insatiable, apparence de vieillesse prématurée (with sudden aspect of old age), prostration des forces physiques, intégrité fonctionnelle des facultés mentales.

Les malades perdaient tout à coup l'espoir de la guérison, et considéraient la mort comme une heureuse délivrance de leurs angoisses.

Les examens cadavériques révélaient d'une façon non équivoque la véritable nature de la maladie.

Quelles qu'eussent été la source et les qualités du poison morbide qui engendraient la maladie, la vésicule du fiel était toujours remplie d'une bile noirâtre et épaissie qui la distendait presque jusqu'à la rupture (distending it almost to bursting). La membrane villeuse de l'estomac et de l'intestin était rouge, gonflée, friable, par suite de l'excessive congestion de ses vaisseaux capillaires. Les reins étaient dans le même état d'hypérémie, d'où, comme conséquences, l'arrêt de la sécrétion rénale et une hypersécrétion désordonnée de liquide séreux. C'est à ces conditions pathologiques que s'adressa le traitement. Se rendre maître des évacuations, était décider inévitablement du sort des malades. Ces efforts naturels mais insuffisants montraient la voie qu'employait l'organisme pour expulser la cause infectieuse le *fomes morbi*. Aussi dans les cas où les évacuations furent supprimées par les opiacés, les astringents et les stimulants, les malades ne mouraient pas à proprement parler du choléra, mais d'un état typhoïde consécutif dont les symptômes cholériformes n'avaient été que les avant-coureurs.

(1) 1 grain anglais = 0,06 centigrammes.

(2) Le minime d'eau distillée est la 480me partie de l'once fluide, tandis que le grain n'est que la 437,5e partie de l'once solide; donc, 1 minime, qui équivaut à la goutte, ne pèse pas un grain.

Le comité d'hygiène et de santé publique (Board of Health) donna, entre autres instructions, le conseil de ramener la chaleur à la surface du corps par des moyens artificiels, et d'arrêter les vomissements et les selles par l'eau-de-vie et le laudanum dans l'eau de menthe poivrée.

Le rappel de la chaleur à la surface s'obtenait par un enveloppement dans des draps tordus après immersion dans l'huile de térébenthine, au grand détriment du malade lorsque la réaction s'effectuait.

Ma première indication, dit le docteur Pidduck, fut de relever les malades de leur dépression morale, et de les animer par l'espoir de la guérison. Ce fut la physiologie pathologique qui me fournit la seconde indication. Elle eut pour but de venir en aide à la nature dans ses efforts insuffisants pour expulser le *fomes morbi*, et de débarrasser la vésicule biliaire de son contenu vicié. Pour cela, au lieu de donner le calomel à hautes doses à la fois, ou à petites doses à intervalles rapprochés, ce qui le rend également inerte, j'avais recours au plus puissant émétique, au sel ordinaire à la dose de 4 à 8 onces (1) dans de petites quantités d'eau de façon à obtenir une solution presque saturée.

Le but de cette thérapeutique fut d'abord d'arrêter les évacuations séreuses, et ensuite d'amener des efforts violents de vomissements. Par la compression du diaphragme et des muscles abdominaux, le contenu de la vésicule biliaire était déversé dans l'intestin ou rejeté par l'estomac. Aussitôt cet effet produit, tous les symptômes inquiétants disparaissaient. La sensation de soulagement instantané était délicieuse, l'expression des malades inondée de gratitude. Sur 86 cas, dans la période de collapsus, il n'y eut que 16 morts. Peut-être aucun malade n'aurait-il succombé, si l'on avait pu les soustraire à l'usage de l'eau-de-vie et du laudanum qui contrecarraient l'effet du sel émétique. Une pilule composée d'un grain de calomel (0,06 centigrammes) et de 4 grains de rhubarbe (0,24), suivie d'une dose purgative d'huile de ricin pour nettoyer les intestins, suffisaient pour compléter la guérison. Après l'établissement de la période de réaction, il était remarquable de voir l'énorme quantité de bile et de fèces évacuée. C'est sans doute leur rétention qui amenait cet état typhoïde suivi de mort, lorsqu'on avait mis en usage les opiacés, les astringents et les stimulants. Outre ces cas de choléra foudroyant, il y eut aussi dans la première épidémie, comme en 1848 et 1852, un assez grand nombre de diarrhées bilieuses.

Dans les deux dernières épidémies, c'est à peine si les cas offrirent de la ressemblance avec ceux du premier choléra asiatique. Lait chaud, bouillon dilué : une pinte, une pilule de calomel et rhubarbe avec dose purgative d'huile de ricin; tels furent les moyens suffisants pour expulser la bile. Dans les cas exceptionnels où l'évacuation bilieuse fut arrêtée par des potions à la chaux, des teintures de cachou et d'opium, on voyait prédominer la forme typhoïde.

Le docteur C. Dudley Kingsford d'Upper-Clapton, s'est toujours montré très-partisan du traitement du docteur M'Leod exposé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 2 décembre courant.

En 1848-49, de concert avec un de ses regrettés confrères, le docteur W. Evans de Herne Bay, il débutait par de larges doses de calomel, rarement moins de 10 grains (0,60 centig.) à la fois même chez les enfants. Aux adultes fréquemment 20 ou 30 grains toutes les dix, quinze ou vingt minutes jusqu'à l'amendement des symptômes, exprimé par la diminution ou l'arrêt des vomissements et des crampes. Alors les évacuations perdaient leur aspect rizacé, et devenaient féculentes. Aussitôt que le caractère des selles était modifié le malade était sauvé.

En 1854, ce médecin employa dans le voisinage d'Upper-Clapton, le même traitement dans la plupart des cas qu'il eut à traiter. Tous guérirent, tandis que ceux traités d'une façon différente moururent.

Bien que ses cholériques eussent pris dans l'espace de quelques heures entre 100 et 200 grains de calomel, il n'a jamais été témoin de la moindre salivation ni d'accidents consécutifs. Au début il administrait l'opium conjointement au calomel, pratique qu'il abandonna promptement quand il se fut aperçu, comme ses autres confrères, que les malades soumis à l'usage de ces deux médicaments souffraient plus longtemps, et tombaient dans un état typhoïde plus ou moins grave.

Des altérations propres au tissu osseux.

Les altérations essentielles des os ont été jusqu'ici interprétées d'une façon variable. Voici comment M. Ranvier, un jeune et habile micrographe, expose, dans le résumé de sa thèse inaugurale, les altérations propres au tissu osseux.

(1) L'once anglaise vaut exactement 28 grammes 349.

Le tissu spongoïde rachitique ne doit pas être considéré comme un tissu osseux imparfait; car il est formé simplement par des capsules secondaires calcifiées, et ne contient ni corpuscules osseux ni systèmes de lamelles. Et les cellules ratatinées qui s'y rencontrent ne rappellent en rien, par leur groupement, la distribution régulière des ostéoplastes.

L'ostéite hypertrophiante périphérique intramédullaire ou interstitielle est toujours le résultat de l'ossification directe de la substance médullaire, dont les cellules ont proliféré sous l'influence de l'irritation.

Le cal provisoire de Dupuytren a une existence réelle, car les portions cartilagineuses du cal primitif qui ont été calcifiées et qui n'ont pas subi le travail de l'ossification se résorbent.

La seule altération que j'aie jamais rencontrée dans les corpuscules osseux est la dégénérescence granulo-graisseuse (tumeurs blanches et carie).

Sous l'influence d'une prolifération simple ou hétéroplastique de la moelle contenue dans les canaux de Havers et dans les aréoles du tissu spongieux, on voit souvent la substance osseuse se résorber, et les cellules osseuses devenir libres dans les espaces médullaires. Ce phénomène se produit sans qu'on puisse observer aucune altération primitive dans les ostéoplastes et la substance osseuse.

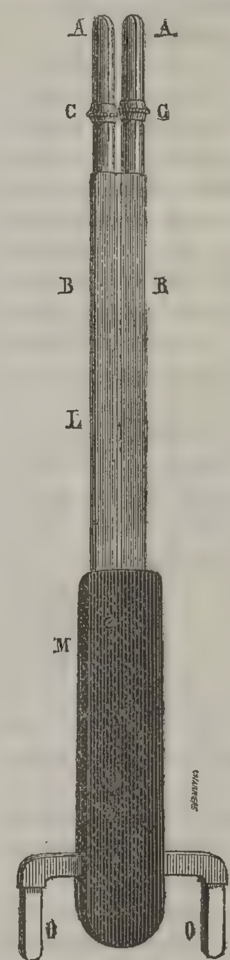
La substance médullaire ancienne ou nouvellement formée est l'origine de presque toutes les affections des os (pus, granulations phlegmasiques, sarcome, cancer, tubercules).

Les cellules adipeuses de la moelle des os, comme les cellules adipeuses du tissu cellulaire sous-cutané, peuvent, sous l'influence de l'irritation, perdre la graisse qu'elles contiennent. Elles passent alors à l'état de cellules de la moelle embryonnaire.

Le tissu osseux ne peut donc donner directement naissance à des tissus différents de lui-même. Le résultat de cette observation et de quelques autres peut suggérer l'hypothèse suivante (hypothèse qui n'a pas encore reçu vérification suffisante) : — pour qu'un tissu puisse former un tissu différent de lui-même (hétéroplasie physiologique et pathologique), il faut que ses éléments cellulaires se débarrassent de la substance fondamentale qui les entoure, deviennent libres et se rapprochent des cellules de l'embryon, qui, comme on le sait, sont le point de départ de tous les tissus de l'organisme.

Porte-cautère galvano-caustique.

La galvano-caustique quoique de date récente, a rendu déjà assez de services à la thérapeutique chirurgicale, pour que son avenir soit assuré. Mais pour qu'un agent devienne d'une application générale, il doit être facile à employer, et les instruments qu'il nécessite simples et peu nombreux.



M. Grenet en inventant un appareil électrique peu volumineux et cependant très-puissant, a rendu un grand service. Il était nécessaire que l'appareil chirurgical, fût en rapport avec l'appareil électrique.

M. le docteur Amussat, qui depuis 1853 s'occupe de l'application de la galvanocaustique, a cherché à simplifier l'appareil instrumental. Dès l'origine notre confrère a compris qu'il était important d'avoir un porte-cautère, sur lequel on put monter les pièces en platine qui servent à la cautérisation.

Nous avons examiné avec intérêt les différents essais qu'il a tentés dans ce but, et nous donnons ici le dessin, demi-grandeur, de l'instrument qui lui a fourni les meilleurs résultats.

Il se compose de deux tiges de fer quadrangulaires B, terminées par deux cylindres A, fendus suivant leur axe, à leur extrémité libre. C'est dans ces fentes que s'introduisent les différentes pièces en platine, destinées à la cautérisation, deux coulants C, servent à serrer les pinces et à maintenir les cautères complétement fixes. Les deux tiges métalliques sont isolées par une lame d'ivoire L, et assujetties par un manche composé de deux pièces d'ébène M. De plus notre confrère enroule autour des tiges un cordonnet de soie, qui les maintient solidement unies, et complète l'isolement. Les extrémités O s'adaptent aux conducteurs du docteur Middeldorpf, avec ou sans interrupteur. M. le docteur Amussat a fait disposer les conducteurs du chirurgien de Breslau, de manière à pouvoir les mettre en rapport avec la pile de M. Grenet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 12 DÉCEMBRE 1865.

Présidence de M. BOUCHARDAT.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1866.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du programme des prix proposés pour l'année 1866-67.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose pour question de prix :

« De l'érysipèle épidémique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — L'Académie met au concours cette question :

« Faire l'anatomie pathologique des nerfs dans les principales affections viscérales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — L'Académie propose la question suivante :

« De la migraine. — Étudier les causes de cette affection, ses phénomènes essentiels, ses rapports avec d'autres maladies et ses conséquences finales ; — s'efforcer d'en déterminer le siége et la nature, soit par des investigations propres, soit par les autopsies consignées dans la science ; — insister particulièrement sur un traitement rationnel. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Capuron. — L'Académie propose pour sujet de prix :

« Du frisson dans l'état puerpéral. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — (Prix annuel à décerner à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent.)

Prix Orfila. — L'Académie propose la question suivante :

« De la digitaline et de la digitale.

« Isoler la digitaline ; — rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitaline et celle de la digitale ?

« Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ?

« Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu ?

« *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement ? »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Prix Lefèvre. — La question posée par le testateur est celle-ci :

« De la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1867.

Prix de l'Académie. — L'Académie propose la question suivante :

« Histoire clinique des tumeurs fibro-plastiques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Portal. — L'Académie propose pour question :

« Des diverses espèces de mélanose. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Civrieux. — L'Académie propose pour sujet de prix :

« De la démence. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 francs.

Prix Capuron. — L'Académie met au concours la question suivante :

« Faire connaître les altérations que subissent les enfants qui séjournent, un temps plus ou moins long, dans la cavité utérine après leur mort. Indiquer, s'il est possible, par la nature de ces altérations, l'époque à laquelle il faut faire remonter cette mort. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir les preuves du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur mémoire sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1866 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier, Amussat et Godard sont exceptés de ces dispositions.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1865. — Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LARREY, à propos de la discussion sur les luxations anciennes, croit opportun de faire connaître une thèse qui a précédé de trois années la traduction des *Œuvres d'Astley Cooper*, par MM. Chassaignac et Richelot. Cette thèse a été soutenue à Paris, en février 1834, par M. Denglehem, chirurgien militaire, d'après les indications et des faits cliniques de M. Sédillot. L'auteur rappelle que Dupuytren, le premier, a donné des principes généraux de traitement des luxations anciennes ; et il expose les résultats de l'examen des pièces anatomiques recueillies par M. Sédillot, à part cinq observations cliniques relatives à des cas de guérison.

M. MARJOLIN. Depuis la dernière séance, j'ai dressé au moyen de mes notes une statistique comparative des fractures et des décollements épiphysaires qu'il m'a été donné d'observer à l'hôpital Sainte-Eugénie depuis sept années. Les résultats, quoique moins complets que je ne l'eusse désiré, m'ont paru cependant présenter un certain intérêt ; en voici le résumé :

Dans l'espace de sept années, sur un total de 4,335 enfants reçus à l'hôpital, j'ai trouvé, en dehors des faits observés à la consultation, un ensemble de 600 fractures diverses, elles se partagent de la manière suivante : 469, pour 2,435 garçons et 131, pour 1,900 filles de deux à quinze ans. Dans ce nombre de 600 fractures, j'ai trouvé pour les seules fractures des os de l'avant-bras, un total de 196, divisé de la manière suivante : pour les garçons, du radius seul, 57, dont 1 à l'extrémité supérieure, 15 à la partie moyenne et 41 à l'extrémité inférieure ; du cubitus seul, 1 au quart supérieur et 2 au quart inférieur ; 3 de l'olécrâne ; des deux os de l'avant-bras, 103, dont 1 au quart supérieur, 86 à la partie moyenne et 16 au quart inférieur. Aux filles le total n'est que de 31, se divisant de la manière suivante : du radius seul, 4, dont 3 à la partie moyenne et 2 au quart inférieur ; du cubitus seul, 3, dont 2 au quart supérieur et 1 à la partie moyenne ; des deux os de l'avant-bras, 24, dont 11 à la partie moyenne et 13 au quart inférieur.

Dans ce nombre assez considérable de fractures, je n'ai jamais observé de disjonction épiphysaire, bien que quelques-unes aient eu pour cause des contusions directes très-violentes ; cinq ou six fois au plus j'ai observé la pénétration des fragments. La seule remarque que l'on peut faire, c'est que entre dix et quinze ans la proportion des fractures de l'extrémité inférieure semble plus forte. Comme on le voit la disjonction traumatique des épiphyses est un fait exceptionnel et j'ajouterai que M. Malgaigne, à l'occasion de cette question, dit que, passé deux ans, rarement le décollement est parfait, et presque toujours un fragment plus ou moins notable de la diaphyse adhère à l'épiphyse ; c'est ce que l'on observe sur une des pièces présentées par M. Dolbeau.

M. RICHET. J'ai promis de compléter l'observation du jeune malade dont j'ai parlé dans la dernière séance à propos de la présentation de M. Dolbeau, je viens aujourd'hui tenir ma promesse et mettre sous les yeux de la Société la portion de diaphyse qui a été réséquée.

Comme je l'ai dit, le fait a été observé dans le service de M. Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, en 1859. Il s'agissait d'un jeune garçon de quinze ans, qui était tombé sur la paume de la main d'une façon si malheureuse que le radius s'était rompu ; le fragment supérieur vint perforer les téguments à la partie antérieure du poignet, un peu au-dessus du pli articulaire. Les internes qui avaient reçu le malade la veille, avaient inutilement essayé de faire la réduction, et lorsque M. Denonvilliers fit sa visite le lendemain, il constata, que la portion du radius, saillante au dehors, était constituée par une surface lisse, mamelonée, qui représentait évidemment la portion diaphysaire du radius séparée de son épiphyse. M. Denonvilliers essaya de nouveau de réduire, mais sans succès ; c'est alors qu'il me fit l'honneur de me demander mon avis. Après examen approfondi, il fut résolu, qu'en présence de l'impossibilité de réduire par la simple action des mains, et d'autre part avec le danger d'exercer des débridements suffisants à cause de la présence des tendons, des gros nerfs et des artères, il valait mieux faire la résection du fragment que de tenter de faire des incisions pour réduire. Cette résection fut faite sans aucune difficulté avec une scie à chaîne. La réduction devint alors facile et le malade guérit, en très-peu de temps, sans accidents. Ce fait est important en ce qu'il est le complément de celui de M. Dolbeau, il représente un degré plus avancé du déplacement, et montre ce qu'il faut faire, à son tour il reçoit de celui de M. Dolbeau un enseignement en ce sens qu'on voit, sur la pièce de notre collègue, la cause anatomique qui s'opposait à la réduction.

Je vous présente aujourd'hui l'extrémité inférieure du fragment supérieur réséquée, vous pouvez constater qu'il s'agit bien d'un décollement réel de l'épiphyse et non d'une fracture. J'ai d'ailleurs déjà cité ce fait dans mon *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, comme un exemple incontestable de ce genre de lésion.

M. LEFORT. Par cette raison que les décollements épiphysaires sont rares, je vais donner l'abrégé d'un fait de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guérin. Il s'agissait d'une petite fille qui fut apportée avec une plaie de la partie supérieure de la jambe gauche ; à travers cette plaie, le doigt sentait distinctement un fragment mobile. M. Guérin fit l'extraction de ce fragment, un examen attentif permit de constater qu'une de ces surfaces était mamelonée comme la portion de la diaphyse qui répond au cartilage épiphysaire, l'autre, au contraire avait l'aspect rugueux d'une portion d'os fracturé ; il s'agissait donc bien là d'une fracture avec décollement de la portion de tibia fracturée du cartilage épiphysaire. La petite malade a très-bien guéri.

M. GUERSANT. Comme M. Marjolin, je n'ai jamais eu l'occasion de vérifier par l'anatomie pathologique un décollement épiphysaire, mais je crois avoir traité plusieurs fois des décollements épiphysaires croyant avoir à faire à des fractures.

M. GIRALDÈS. Je crois que pour discuter utilement sur la question en litige, il serait indispensable de la limiter exactement ; il serait surtout important de fixer exactement les différentes parties du squelette auxquelles on fait allusion. En effet, les décollements épiphysaires sont loin d'avoir le même degré de fréquence sur tous les os pris indistinctement : ainsi on les observe bien plus fréquemment à la partie supérieure du coude et à la partie inférieure du fémur que nulle part ailleurs.

CORRESPONDANCE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. de Saint-Germain et Liégeois qui se portent candidats au titre de membre titulaire.

2° Une observation d'entéro-épiplocèle suivie d'accidents, opération, guérison, par M. Pénard. (Commissaires MM. Labbé, Laborie, Tarnier.)

3° Un moule en plâtre et une observation de polydactylie, par M. Belin (de Colmar). (Commissaire M. Giraldès.)

M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, nous adresse l'observation suivante :

Hypertrophie de la glande lacrymale ; exophthalmie ; ablation ; guérison.

Germaine M... âgée de trente-six ans, est entrée le 18 novembre 1863, au pavillon des pensionnaires de l'Hôtel-Dieu de Nantes, pour y être traitée d'une tumeur de l'orbite gauche.

Cette tumeur datait de deux ans ; alors pendant un effort de vomissement, la malade nous dit avoir entendu dans l'œil un bruit sec qu'elle compare à celui qu'on produit en brisant une noisette ; il y eut une douleur vive et bientôt une infiltration sanguine sous les paupières.

Peu de temps après, il y eut diplopie dans laquelle les images étaient superposées, ce phénomène devint de plus en plus prononcé à mesure que le globe de l'œil s'abaissa et devint plus saillant. Ce n'est qu'au bout de six mois qu'on reconnut l'existence d'une tumeur intra-orbitaire située en haut et en dehors. Cette tumeur a graduellement augmenté depuis dix-huit mois et a fini par chasser l'œil de l'orbite.

Pendant tout ce temps la malade nous affirme n'avoir pas eu d'autres souffrances que celles que lui ont causées l'application des remèdes nombreux qui lui furent prescrits.

On fit d'abord une ponction sous la paupière supérieure et des cautérisations énergiques avec le nitrate d'argent. Ce traitement eut pour conséquence un œdème considérable avec sécrétion purulente à la surface de la conjonctive. La malade se mit alors entre les mains de M. Mirault (d'Angers), et resta sous sa direction pendant seize jours ; c'était au mois de février 1862, alors les symptômes inflammatoires dominaient tous les autres, car M. Mirault fit appliquer 32 sangsues à la région mastoïdienne ; une saignée du bras fut pratiquée de deux jours l'un, une purgation fut prescrite et enfin un séton fut placé à la nuque. M. Mirault ne conseilla aucun topique sur l'œil et ne parla pas d'opération. La malade retourna chez elle sans avoir éprouvé de soulagement sensible et renonça à peu près à tout traitement, jusqu'à son entrée à l'hôpital de Nantes.

État actuel. — Exophthalmie complète, le globe de l'œil est recouvert par la paupière supérieure très-relâchée et se trouve placé entièrement sur la joue.

L'axe du globe est devenu vertical. En examinant le visage de profil, on constate que la cornée transparente qui regarde en bas correspond exactement au bord supérieur de l'aile du nez. Malgré ce déplacement considérable, l'œil peut se mouvoir dans tous les sens ; cependant le mouvement combiné d'élévation et d'abduction est très-limité.

La pupille est contractée, la vue existe encore quoique un peu plus faible que du côté sain ; les caractères moyens sont distingués facilement. Cet affaiblissement de la vue a pour cause non-seulement le déplacement du globe, mais encore une petite tache qui existe à la partie supérieure et externe de la cornée.

Il n'y a plus de diplopie ; ce phénomène se reproduit à peine lorsque le malade dirige l'œil sain directement en bas.

La conjonctive bulbaire est injectée, la palpébrale l'est également, surtout à la paupière inférieure qui est renversée. Dans le sillon palpébral inférieur existe une sécrétion muco-purulente qui, mélangée aux larmes, s'écoule continuellement sur la joue et y produit un érythème avec excoriations.

L'orbite est occupée par une tumeur faisant, entre le sourcil et le globe de l'œil, une saillie du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur présente, à sa partie inférieure, une dépression correspondant au globe oculaire ; elle est indolente, demi-molle, formée de deux bosselures principales, l'une plus ferme et plus résistante que l'autre, mais donnant toutes deux une sensation de fluctuation qui fait croire à l'existence d'un kyste.

Opération. — Le 19 novembre, la paupière supérieure est incisée transversalement sur la partie la plus saillante de la tumeur, à deux travers de doigts au-dessous du sourcil.

L'aponévrose orbito-oculaire très-apparente était tendue au-devant de la tumeur ; elle fut incisée dans une petite étendue et une substance molle et rougeâtre qui rappelait un peu la substance du testicule, fit hernie à travers l'ouverture, nous prouvant que nous n'avions pas affaire à un kyste. L'aponévrose fut largement ouverte et la tumeur détachée avec les doigts. L'énucléation fut assez facile, si ce n'est à la partie externe vers le fond de l'orbite, où il fallut se servir du bistouri.

On avait alors sous les yeux une profonde cavité à la partie interne et inférieure de laquelle on reconnaissait le muscle droit interne et droit supérieur qui n'avaient point été atteints pendant l'opération. Le doigt sentait le nerf optique allongé. Entre le pédicule du bulbe et la voûte orbitaire, il n'existait plus de traces de la glande lacrymale.

La plaie a été réunie à l'aide de la suture métallique et l'œil refoulé dans l'orbite a été soutenu par un bandage légèrement compressif.

La tumeur, dont il serait impossible d'indiquer la forme et le volume avec exactitnde, parce qu'elle s'était déchirée pendant l'opération, offrait une masse plus considérable qu'on ne l'aurait soupçonné avant son extraction.

Elle était rougeâtre, grenue, d'un aspect glandulaire évident ; le microscope y a fait reconnaître des culs-de-sac caractéristiques avec quelques éléments fibro-plastiques.

Le lendemain de l'opération, il y a un peu de gonflement et de la photophobie.

Le 21, commencement d'érysipèle s'étendant déjà vers le côté droit du visage, céphalalgie violente. Les fils d'argent sont enlevés. Compresses imbibées d'eau de fleurs de sureau.

Le 22, douleur dans le globe de l'œil, pupille très-contractée, l'érysipèle fait des progrès ; écoulement de pus abondant sous la paupière supérieure par une petite perforation de la conjonctive qui s'était faite pendant l'opération. La cicatrice de la peau ne s'est point rompue, si ce n'est tout à fait à l'angle externe. La vue est très-affaiblie. Collyre au sulfate d'atropine, continuation des topiques émollients.

Le 23, l'érysipèle, la douleur, la tension diminuent, le pus coule abondamment à l'angle externe de la cicatrice. La paupière supérieure ne recouvre que très-incomplétement le globe de l'œil qui n'est pas encore rentré dans l'orbite. Les deux paupières sont rapprochées par une bandelette fixée avec du collodion.

Le lendemain, cette bandelette s'était relâchée et la cornée paraît sèche et trouble. Lotions avec de l'eau glycérinée, réapplication de la bandelette, décoctions mucilagineuses.

La sécheresse de la cornée a persisté jusqu'au 1er décembre, malgré tous les moyens employés, et m'a fait craindre la perte de l'œil. Depuis que le pus avait un écoulement facile par l'angle de la plaie, il ne coulait plus sous la paupière et l'inflammation de la conjonctive décroissait sensiblement. La suppression des larmes n'a été que temporaire, les glandules palpébrales sur lesquelles M. Gosselin a attiré l'attention ont suppléé à la glande lacrymale absente, et l'œil a été suffisamment lubréfié.

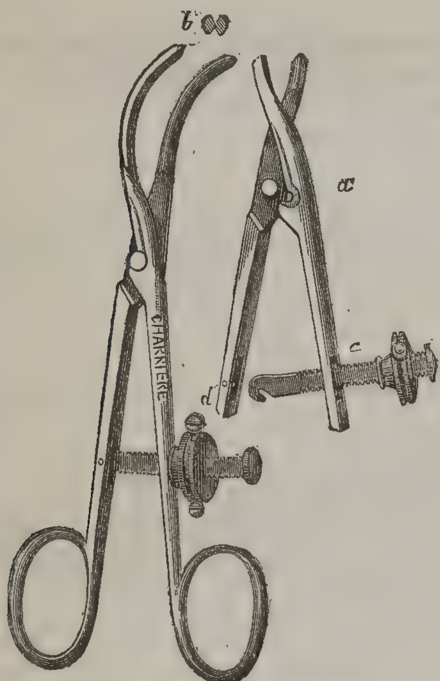
Dès le 1er décembre, la cornée était lisse et humide et la vue s'améliora de jour en jour à partir de ce moment.

Le 9, la malade quitta l'hôpital, elle ne souffrait plus. L'œil était encore plus saillant que l'autre; la vue était nette, mais plus faible qu'avant l'opération. J'ai revu mon opérée le 7 janvier 1864, c'est-à-dire un an après sa sortie de l'Hôtel-Dieu de Nantes. L'œil est très-mobile mais toujours un peu proéminent. La vue s'est améliorée mais est plus faible que du côté sain, ce qui tient en grande partie à la tache de la cornée. La paupière supérieure est toujours paralysée, mais elle n'est plus aussi pendante qu'autrefois, ce qui fait espérer que l'amélioration fera encore des progrès. Enfin l'examen attentif de l'orbite permet d'affirmer qu'il n'y a pas de traces de récidive.

M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau les nouveaux statuts de la Société impériale de chirurgie de Paris. Il fait observer que les deux exemplaires réglementaires ont été déposés au ministère de l'instruction publique.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. LEGOUEST montre la pince dont il a parlé dans la dernière séance et qu'il compte employer pour amener la mortification des polypes naso-pharyngiens. Les mors dont les faces internes coniques



se touchent par le sommet des cônes opposés qu'elles représentent, offrent, suivant leur longueur, une courbure adaptée à celle de la voûte des fosses nasales. Les manches peuvent en être maintenus, rapprochés au moyen d'un écrou, leur articulation peut se faire, après leur introduction une à une, au moyen d'un pivot et d'une échancrure latérale analogues à cette portion du forceps. Elle a été construite par M. Charrière.

Les deux branches s'articulent et se désarticulent en A, afin de pouvoir être introduites isolément dans la narine.

Le pédicule du polype, étant saisi, est écrasé entre les mors, dont la coupe perpendiculaire est représentée en B, à l'aide d'une vis de pression C, qui fait partie de la branche femelle, et s'articule en D avec la branche mâle.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Ectropion guéri par autoplastie.

M. DOLBEAU présente une jeune fille à laquelle il a refait, il y a cinq ans, une paupière inférieure. L'ectropion était résulté de la cicatrice vicieuse d'un abcès scrofuleux. Le globe de l'œil, atteint de kératite à répétition, était menacé de destruction. M. Dolbeau coupa d'abord la bride cicatricielle, réunit les paupières par leurs bords libres, puis tailla un lambeau temporal qu'il appliqua sur la perte de substance. Le résultat est aussi satisfaisant que possible. La jeune fille peut fermer l'œil complétement, et de plus la cornée qui était fort gravement altérée ne présente plus aujourd'hui qu'un léger néphélion. En terminant, M. Dolbeau fait remarquer que les cheveux ont continué de pousser sur le lambeau, la jeune fille est obligée de les couper de temps en temps.

LECTURES.

De l'érosion chancreuse.

M. DE SAINT-GERMAIN lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, un travail sur ce sujet.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Cullerier, Dolbeau et Foucher.

Ovariotomie pratiquée avec succès.

M. AUBRÉE (de Rennes) lit, à l'appui de sa candidature à une place de membre correspondant national, une observation sur ce sujet.

Cette observation est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Després, Houel et Labbé.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

M. VERNEUIL ajoute quelques détails à ceux qu'il a déjà donnés dans la dernière séance, sur un cas de *sacro-coxalgie* prise pour une *coxalgie hystérique*. Il met de nouveau sous les yeux de la Société l'articulation sacro-iliaque ouverte de manière à faire voir plus complétement la lésion initiale. Elle consiste dans un séquestre de la partie supérieure du sacrum au niveau de sa face articulaire. Ce séquestre est entouré d'une portion de tissu osseux ramolli et suppuré. Il y a eu là une véritable ostéite, puis plus tard une arthrite de voisinage avec abcès ayant fusé jusque dans la portion contiguë de la fosse iliaque. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques étaient hypertrophiés et altérés, de façon à faire croire à une dégénérescence tuberculeuse, la portion de l'os iliaque sur lequel existait la collection purulente est séparé de son périoste et présente des rudiments d'ostéophytes, l'articulation sacro-iliaque jouit d'une mobilité anormale. C'est donc là, dit M. Verneuil, un nouvel exemple de la confusion possible entre la coxalgie et d'autres lésions étrangères à l'articulation de la hanche. La malade, en effet, présentait, pendant la vie, tous les signes de la coxalgie.

M. DOLBEAU. Je ne saurais partager l'avis de notre collègue quand il dit que sa malade offrait tous les signes de la coxalgie. Il serait plus exact de dire qu'elle en avait l'attitude vicieuse, c'est-à-dire de la contracture de la hanche, ce que personne ne nie, mais ce n'est pas une raison d'admettre l'existence de la *coxalgie hystérique*, c'est-à-dire une coxalgie sans arthrite coxo-fémorale. Chez cette jeune fille, le signe constant, pathognomonique de la coxalgie manquait, à savoir la douleur qu'on développe par la pression directe sur la tête du fémur à travers le pli de l'aine. Or, ce signe ne m'a jamais paru manquer dans l'affection qui mérite vraiment le nom de coxalgie; il existe, même au début, quand il y a arthopathie.

Je reconnais qu'il y a des cas difficiles, mais en explorant directement la tête du fémur on pourra sortir d'embarras, et je continue à soutenir que, quand la douleur en ce point fait défaut, on n'est pas autorisé à admettre qu'il y a coxalgie.

M. MARJOLIN. Je partage la manière de voir de M. Dolbeau en n'admettant pas encore comme démontrée la *coxalgie hystérique*, mais je me sépare de lui quand il fait de la douleur locale développée par pression directe dans le pli de l'aine, le signe *sine quâ non* de la coxalgie. En effet, j'ai vu ce signe manquer dans certaines coxalgies démontrées par l'autopsie, et de plus, je l'ai rencontré dans des affections étrangères à l'articulation coxo-fémorale.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN rappelle brièvement l'observation d'une jeune fille qu'il a vue avec Boyer, et qui après être restée au lit, pendant une année entière, pour une affection présentant les signes de la coxalgie, s'est un beau jour levée tout à coup sans paraître souffrir. Il demande si ce serait là un cas de *coxalgie hystérique*.

M. VERNEUIL demande qu'on veuille bien lui réserver la parole pour une prochaine séance, afin de lire une observation qui lui paraît renfermer toutes les raisons désirables pour admettre la réalité de la *coxalgie hystérique*.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis notre dernier bulletin, le choléra conserve à peu de choses près le même chiffre de mortalité.

Nous accusions 16 décès le 11 décembre.

Le 12, on a eu à enregistrer le même nombre de morts, 6 dans les hôpitaux et 10 en ville. 12 malades avaient été admis dans les divers hôpitaux et 4 s'étaient déclarés dans les salles des malades.

Le 13, 15 admissions et 3 cas intérieurs portaient à 18 le nombre des nouveaux cholériques, 13 décès se décomposent pour cette journée, en 3 dans les hôpitaux et 10 en ville.

— Par divers arrêtés ministériels :

Un congé d'inactivité est accordé à M. Dieulafoy, professeur de clinique externe à l'École préparatoire de médecine de Toulouse.

M. Estevenet, professeur-adjoint de clinique externe à ladite École, est nommé professeur titulaire de cette chaire, en remplacement de M. Dieulafoy.

M. Luneau est nommé prosecteur près l'École préparatoire de médecine de Nantes, en remplacement de M. Montfort, démissionnaire.

— M. le docteur Racle, médecin des hôpitaux, et M. le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, commenceront un cours complet de Pathologie interne et de Pathologie externe, le lundi 18 décembre, à 7 heures du soir, rue de Vaugirard, 33, et le continueront tous les soirs à la même heure.

Pathologie interne : lundi, mercredi et vendredi, par M. Racle.

Pathologie externe : mardi, jeudi et samedi, par M. Fort.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

Affection rhumatismale suraiguë, chorée, endo-péricardite, pleurésie double, mort, autopsie.

(Observation lue à la Société médicale d'observation, par M. G. Haym, interne des hôpitaux).

Le 14 septembre 1865, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Catherine, n° 4, dans le service de M. Bouchut, alors remplacé par M. Millard, une jeune enfant de six ans et demi, qui offre dès son arrivée des symptômes d'une très-grande gravité.

C'est une petite fille, assez grande pour son âge, mais à chair pâle et molle; elle porte à la joue droite une cicatrice de scrofulide. Mais ce qui frappe dès qu'on l'approche c'est son agitation choréique. Celle-ci est générale, sans prédominance d'un côté; mais les membres supérieurs sont plus agités que les inférieurs. La figure est très-grimaçante; mais on remarque en même temps que la coloration de la face est très-pâle, les lèvres légèrement violacées, les narines dilatées à chaque mouvement respiratoire. L'attention est alors fortement éveillée du côté des organes thoraciques; mais avant de retracer les signes que fournit l'examen de la poitrine, ajoutons ceux qui se rapportent à la chorée. L'agitation est incessante, la malade ne restant pas un instant dans son lit dans la même position; la parole brève, saccadée, presque incompréhensible. La sensibilité ne paraît pas altérée; mais l'exaltation de la malade et son état de souffrance ne permettent pas d'explorer si la force musculaire est plus ou moins anéantie, si la station et la marche sont encore possibles. Il est même difficile de maintenir quelques instants la malade assise dans son lit, non-seulement à cause de ses gesticulations et des mouvements saccadés du tronc, mais aussi parce que cette position paraît pénible et semble augmenter l'oppression. Dans ces circonstances, il est difficile aussi de dire jusqu'à quel point il existe des troubles de l'intelligence. Interrogée, la malade est incapable de répondre et même d'indiquer si elle a compris. Cependant elle prononce d'une façon brève et avec des éclats de voix quelques mots courts et faciles. Elle fait comprendre aussi qu'elle ressent une douleur de tête vive, dans la région frontale, et lorsqu'on lui dit de tirer la langue, elle exécute rapidement un certain nombre de grimaces dans lesquelles elle sort rapidement la langue hors de la bouche, mais la retire aussitôt de telle façon qu'on craint qu'elle ne se la morde.

La poitrine n'est ni amaigrie ni déformée; le nombre des inspirations est certainement augmenté; mais on ne peut le calculer.

A la percussion des poumons on constate en avant, sous la clavicule droite, une augmentation de la sonorité, surtout appréciable en percutant comparativement les deux côtés. En arrière, la sonorité est normale du côté gauche; mais on trouve de la matité au niveau du tiers inférieur du poumon droit. En même temps, il y a absence en ce point des vibrations thoraciques. A l'auscultation, rien de particulier en avant; mais en arrière on entend quelques râles muqueux dans les fortes inspirations, plus abondants à droite qu'à gauche. Au niveau de la matité, absence du murmure respiratoire, et, lorsqu'on fait parler la malade, chose difficile d'ailleurs, on note de la bronchoégophonie à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du poumon droit.

La région du cœur n'offre aucun signe particulier à la palpation; mais la malade ressent à ce niveau une douleur assez vive qui s'exagère un peu par la pression. La matité est d'environ 4 centimètres en tous sens; on ne peut pas dire qu'elle soit augmentée. A l'auscultation les bruits paraissent réguliers; mais le second est voilé par un souffle doux dont le maximum s'entend du côté de la pointe.

La peau est chaude et sèche, le pouls régulier, dépressible; on compte 110 pulsations par minute. La langue a conservé son humidité et sa coloration naturelle; la soif est vive, mais l'appétit n'est pas complétement perdu.

L'examen de l'abdomen ne fournit que des signes négatifs.

En présence de ces symptômes, on interroge avec soin les parents; mais on ne peut obtenir de renseignements très-précis sur le début de la maladie, ni sur sa marche. On apprend seulement que cette petite fille avait eu jusqu'alors une assez bonne santé; mais que depuis trois semaines à peu près elle était pâle et fatiguée. En revenant de l'école, il y a huit jours, elle fut exposée à une pluie battante et ses vêtements furent complétement mouillés. A partir de ce moment elle devint plus pâle, perdit l'appétit, mais ne ressentit aucune douleur dans les articulations. C'est aussi à ce moment que sa mère fut frappée de ses grimaces et de ses gesticulations, symptômes qui allèrent rapidement en s'aggravant et qui obligèrent la malade à garder le lit trois jours avant son entrée. L'enfant ne fut soumise à aucun traitement, et c'est à cause de l'agitation choréique plus considérable que les parents se décident à l'amener à l'hôpital.

Le père et la mère sont bien portants, ils n'ont jamais eu de douleurs articulaires. Il ne paraît pas y avoir dans la famille d'affections héréditaires.

Le lendemain 15, la petite malade a passé une assez bonne nuit. On lui a prescrit des sinapismes sur la région cardiaque et sur le côté droit de la poitrine en arrière, et 1 pilule d'opium et belladone de 5 centigrammes.

Les symptômes sont les mêmes que la veille, les urines rares et sédimenteuses.

On prescrit deux larges vésicatoires : un sur la région précordiale, l'autre à la base du thorax du côté droit; une potion avec extrait mou de quinquina 1 gramme, et une autre avec teinture de digitale 5 gouttes; pour le soir : 1 pilule d'opium et belladone de 5 centigrammes; potages et bouillons.

Le 16, la nuit s'est passée dans une agitation assez vive. Le matin les vésicatoires ont bien pris, l'agitation est toujours très-grande. L'auscultation, difficile à bien pratiquer, donne toujours à peu près les mêmes signes; cependant la matité a diminué un peu du côté droit de la poitrine. La peau reste toujours sèche; le pouls à 110 pulsations. Même prescription.

La journée se passe dans une agitation choréique violente. Le soir l'oppression est plus marquée, les lèvres plus violacées, la peau est couverte de sueur, le visage exprime une grande anxiété. La malade se plaint d'une douleur frontale vive. A l'auscultation le murmure respiratoire est revenu un peu du côté droit, et l'on entend quelques râles muqueux, à gauche l'expiration devient soufflante au niveau de l'angle de l'omoplate; mais on ne perçoit pas de matité bien nette. Les bruits du cœur sont sourds, voilés; pas de souffle ni d'augmentation manifeste de la matité. Cet examen augmente les phénomènes choréiques et fatigue la petite malade.

On prescrit un autre vésicatoire du côté gauche de la poitrine.

Le lendemain 17, les symptômes se sont encore aggravés. L'agitation est considérable et la malade pousse de temps en temps des cris qui ressemblent à une sorte d'aboiement; elle porte fréquemment dans ses gesticulations les mains vers le front. Le pouls est plus faible, on compte de cent dix à cent vingt pulsations; mais quelques battements semblent échapper. La teinte asphyxique de la face est devenue plus accusée, les yeux sont égarés, et la figure grimaçante exprime l'effroi. Les pupilles normales jusque-là sont légèrement contractées. La respiration est très-anxieuse et très-accélérée; on parvient à compter soixante-dix inspirations à peu près par minute.

De plus, au niveau des attaches du diaphragme, la malade ressent des douleurs assez vives qu'on augmente par la pression.

A la percussion du thorax : matité en arrière, aux deux bases, et absence du murmure respiratoire; râles muqueux plus abondants disséminés dans le reste de la poitrine. La matité précordiale reste toujours sans exagération manifeste, les deux bruits du cœur sont sourds et comme voilés.

La mort arrive quelques minutes après la visite, à dix heures et demie du matin.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Cadavre bien conservé.

Examen des organes thoraciques. Le péricarde contient environ 100 grammes de sérosité citrine. Les deux feuillets sont finement injectés et recouverts d'une couche fibrineuse, crémeuse, jaunâtre, peu épaisse.

Le cœur contient dans les cavités gauches, quelques caillots fibrineux peu abondants et récents. L'orifice mitral est légèrement rétréci et un peu insuffisant. La valvule mitrale a une teinte rosée; elle est épaissie, boursouflée, particulièrement le long de son bord libre, où elle présente une série de petites saillies et de petits mamelons rougeâtres ayant l'aspect de petites crêtes de coq. Les cordages qui se rendent à la valvule sont aussi notablement boursouflés et paraissent rétractés.

Les valvules sigmoïdes de l'orifice aortique offrent aussi une couleur rouge assez intense et un gonflement surtout marqué à leur bord libre; mais l'orifice n'est ni insuffisant ni rétréci. Le cœur droit n'offre rien de particulier.

Le ventricule gauche paraît un peu dilaté; ses parois sont fermes, rouges et laissent écouler sur la coupe et à la pression une quantité notable de sang.

Les *poumons* sont refoulées par un double épanchement. Chaque plèvre contient environ un litre de sérosité citrine; les deux plèvres costo-pariétales laissent voir une injection assez fine. Les deux poumons tassés à leur partie inférieure présentent à ce niveau une coloration extérieure violacée et à la coupe une teinte rouge. Ils ne crépitent plus, mais sont insufflables; en un mot les deux lobes inférieurs offrent un commencement de carnification due à la pression exercée par le double épanchement. Les autres parties des deux poumons ont des caractères normaux; mais les bronches assez finement injectées sont remplies des deux côtés de muco-pus aéré.

Abdomen. La cavité péritoniale contient une sérosité citrine abondante, retenue surtout autour du foie, de la rate, des parties supérieures du paquet intestinal, et dont la masse non encore rassemblée peut s'évaluer à près d'un litre. La coloration de la séreuse n'est pas altérée. Sur le foie et sur la rate on trouve deux petites fausses membranes blanchâtres qui adhèrent assez fortement à l'enveloppe séreuse de ces viscères.

Le *foie* n'est pas notablement augmenté de volume; son tissu, d'une coloration foncée, est imbibé de sang qui s'écoule abondamment par la pression.

La *rate* légèrement tuméfiée, ferme, est également congestionnée.

Les *deux reins* sont notablement tuméfiés; leur capsule se détache facilement. Leur consistance est très-ferme; à leur surface on voit une injection des étoiles de Verheyen. A la coupe : congestion intense des pyramides et de la substance corticale qui est notablement

---

FEUILLETON.

LES THURIFÉRAIRES.

Aimez-vous l'encens? car enfin tous les goûts sont dans la nature et, en définitive, je ne vois pas trop pourquoi certaines gens n'aimeraient pas à se griser de ce parfum délicieux, qui vous monte au cerveau et vous entête si bien, que vous ne savez plus au juste si vous êtes ivre ou à jeun. Les dieux aiment l'odeur de l'encens et, de tous temps, dans tous les pays, on en a beaucoup brûlé sous leurs nez. Certains hommes ne sont-ils pas des dieux, même et surtout parmi les enfants d'Esculape?

Donc vous aimez l'encens : grand bien vous fasse!

Vous devez également aimer ceux qui le brûlent, et les chérir, s'ils le brûlent à votre intention. Braves thuriféraires, gens inoffensifs souvent, amusants toujours, quand ils ne sont pas trop écœurants à force de platitude. Car l'encens est comme toutes les bonnes choses, il faut savoir s'en servir, mais on doit se garder d'en abuser. Toujours la juste mesure, le juste milieu, c'est-à-dire la chose du monde la plus difficile à observer.

Je fais ces réflexions (lesquelles, après tout, n'ont rien de bien incendiaire), en lisant un journal de médecine, que j'aime beaucoup parce que sa lecture me laisse toujours calme et bien tranquille. C'est quelque chose après son dîner. D'autres s'amusent souvent à me tourner la bile; ils critiquent une mesure, ils en blâment une autre: ils ne sont pas de l'avis de monsieur tel ou tel, ils ne trouvent pas que tout soit parfait ni à la Faculté, ni à l'Académie, ni dans les hôpitaux, ni ailleurs; à les en croire, il faudrait améliorer ceci, changer cela, supprimer ce qui est inutile, ajouter ce qui pourrait être profitable. Si on les laissait aller, ils vous feraient tous les jours une révolution... médicale, s'entend. Médicales ou autres, les révolutions ne sont pas du goût de tout le monde et, pour un paisible médecin, il est au moins fâcheux d'être toujours sur un volcan.

Avec le journal dont je parle, c'est bien différent, tout est bien; les hommes sont les meilleurs du monde; l'horizon est toujours rose, et on ne saurait demander rien de mieux que ce qui est. On est bien tranquille, et après son dessert, on peut faire, dans un bon fauteuil, le somme le plus calme. Je crois, sans pouvoir l'affirmer, que cela m'est arrivé hier soir; toujours est-il que je sentis glisser quelque chose de ma main et qu'une grande flamme s'éleva de mon foyer. A l'instant il en sortit un vilain petit diable qui, sans façon aucune, sauta sur mes genoux. Il était pointu, crochu, poilu, et grimaçait comme une guenon. En somme il avait, moins les lunettes, un faux air du docteur X... l'académicien. M'ayant fait un salut beaucoup plus ironique que respectueux, il me dit d'une voix sifflante et moqueuse :

— Cher confrère, vous êtes tellement de mes amis, que je me dérange tout exprès d'une partie fine, pour vous présenter mes hommages. Je sais ce qui agite vos pensées depuis quelques heures, et si vous voulez me suivre, je vais singulièrement faciliter votre travail. Vous êtes, depuis quelque temps, fort gentiment en train de vous faire des ennemis par douzaines : le gros M. A..., le beau docteur B..., M. C... qui commence à radoter, mais qui sait mordre au besoin, et *tutti quanti*. C'est un joli placement que vous déposez à la caisse d'épargne et qui, n'en doutez pas, portera de gros intérêts. Voulez-vous l'augmenter? Un peu plus, un peu moins...

— Vous vous trompez, répondis-je, je n'ai certainement aucun ennemi. Personne ne pourrait m'en vouloir pour quelques vérités...

— D'abord, toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire.

— Je n'ai aucun parti, ma plume n'a jamais été guidée...

— Assez, assez, s'écria le petit diable, n'achevez pas; cette phrase-là m'est bien connue et vient de loin. Voulez-vous, oui ou non, venir avec moi? vous verrez des choses qui peut-être en valent la peine.

— Je veux bien.

A peine avais-je prononcé ces trois syllabes que je fus transporté dans une assez vaste pièce, mal meublée, mais propre, et où se trouvaient réunis sept personnages, tellement préoccupés, qu'aucun d'eux ne fit attention ni à moi ni à mon guide.

Celui qui avait la parole et qui paraissait être le chef, était un homme déjà sur le retour, petit, maigrot, avec une figure quelque peu ridée, mais fine et pleine d'astuce, et des yeux que, dans son pays, on appelle des yeux de fouine. Son langage était calme, tranquille, mesuré; sa parole douce et pénétrante, mais sans franchise; son accent, quelque peu singulier, ne manquait pas de caractère; son discours s'émaillait d'antithèses, était semé de paradoxes et composé en grande partie de mots à effet, mais d'un effet souvent douteux.

Il disait :

« Maintenant, chers collaborateurs et très-chers amis, passons à un autre sujet et prêtez-moi une oreille attentive. Tâchez de comprendre même à demi-mot.

« La vie est une lutte, un champ de bataille tout semé d'embûches, de piéges, de chausse-trapes; la victoire n'appartient pas toujours

tuméfiée; dans cette dernière, lignes rouges et pointillé foncé correspondant à la disposition des glomérules, aspect légèrement trouble de la substance tubuleuse; injection légère des calices et du bassinet. Le tube *digestif* n'offre rien de remarquable.

Centres nerveux. La dure-mère crânienne offre une couleur légèrement violacée; elle ne laisse écouler à l'incision qu'une faible quantité de sérosité; sa surface interne rosée est un peu visqueuse et sèche au toucher.

L'arachnoïde cérébrale présente à sa surface extérieure les mêmes caractères et laisse voir une injection assez fine, surtout au niveau du tiers postérieur du cerveau. Il n'y a pas d'œdème de la pie-mère, ni de stase veineuse considérable, aucune trace d'exsudation à la convexité ou à la base du cerveau; mais l'arachnoïde offre une teinte blanchâtre et une assez grande résistance, au niveau des espaces sous-arachnoïdiens.

En enlevant à l'aide de pinces et avec précaution les méninges, on entraîne en plusieurs points des fragments de couche corticale; il en résulte à la surface des deux hémisphères une série de petites *ulcérations* anfractueuses irrégulières, surtout confluentes à la convexité des deux lobes postérieurs. Ces altérations ont quelques points de ressemblance avec celles que produit l'enlèvement des méninges sur les cerveaux des paralytiques généraux.

La décortication des couches corticales n'est pas possible.

Pour enlever le cervelet avec l'encéphale il a fallu décoller, du côté gauche, la dure-mère de la fosse occipitale. En effet, le lobe gauche du cervelet adhère intimement à la dure-mère, à l'aide d'une fausse membrane épaisse, en un point situé un peu en arrière du sinus latéral, et dans l'étendue d'une pièce d'un franc environ. Les méninges cérébelleuses assez finement vascularisées produisent aussi, lorsqu'on les enlève, à la surface du cervelet, de petites *ulcérations*.

Dans le reste de l'encéphale, on trouve : une coloration rosée des couches corticales, une consistance très-médiocre des noyaux blancs, peu de sérosité dans les ventricules, une coloration légèrement violacée des centres gris: corps striés, couches optiques, protubérance et bulbe.

Dans le cervelet, on constate, au niveau du point qui adhère fortement à la dure-mère par une fausse membrane celluleuse ancienne et épaisse, un noyau gros comme une noisette, occupant environ le milieu de la courbe que forme le bord postérieur du lobe gauche. Ce noyau est formé par un tissu dur, résistant, un peu élastique; et, à la coupe, on trouve, au centre, un point calcaire jaune de la grosseur d'un pois.

La dure-mère spinale offre une coloration violacée; elle est sèche et poisseuse à sa face interne, qui adhère en un grand nombre de points, mais faiblement, à l'arachnoïde spinale. Celle-ci épaissie laisse apercevoir un épaississement blanchâtre des mailles de la pie-mère.

La moelle est très-ferme; sur des coupes transversales, la substance blanche n'offre rien à noter, mais la substance grise est d'un rose violacé, surtout dans les parties supérieures.

Quelques-unes de ces lésions sont étudiées au microscope.

Dans la *substance corticale* cérébrale, au niveau des points qui adhéraient aux méninges, on trouve une accumulation de globules rouges dans un grand nombre de capillaires, et un grand nombre de ces globules extravasés. La paroi des capillaires présente de nombreux corps fusiformes, les uns simplement gonflés, les autres remplis de petites granulations graisseuses jaunes. La substance nerveuse a un aspect grenu trouble; les myélocytes de la variété cellule sont gonflés et remplis de granules grisâtres abondants.

Le petit noyau jaune du cervelet s'énuclée facilement du tissu induré qui l'entoure, il offre une consistance calcaire très-prononcée; par le grattage, on en extrait des granules calcaires et des granulations graisseuses jaunes.

Les parties voisines offrent sur des coupes des bandelettes de tissu conjonctif déjà très-développé dans lequel on voit des corps fusiformes avec un ou deux noyaux et des corps étoilés, quelques-uns infiltrés de granulations graisseuses. En certains points, l'apparence fasciculée est très-accusée. Les faisceaux marchent du centre à la périphérie et viennent s'entremêler avec les cellules de la couche corticale du cervelet.

En résumé, dans cette observation, nous voyons se développer chez une petite fille chloro-anémique, sous l'influence d'un refroidissement brusque, une affection suraiguë des principales séreuses.

L'observation clinique et les détails de l'autopsie ne laissent aucun doute sur la nature inflammatoire de ces lésions; mais ces phlegmasies multiples des séreuses présentent, dans leur siége et dans leur marche, les traits caractéristiques des lésions rhumatismales. Si on laisse, en effet, de côté, pour un moment, les phénomènes choréiques et les lésions cérébro-spinales, on reconnaîtra, malgré l'absence de toute manifestation articulaire, que l'endo-péricardite, la pleurésie double et les altérations du péritoine développées dans les circonstances que nous avons indiquées, offrent tous les caractères des phlegmasies rhumatismales. Aussi il nous a semblé que la chorée, qui s'est montrée en même temps, était ici un phénomène du même ordre, pour ainsi dire, que l'endo-péricardite ou la pleurésie, et nous avons cru devoir, dans le titre de l'observation, grouper ces phénomènes multiples sous le nom d'affection rhumatismale.

Nous croyons donc que ce fait vient prêter un appui nouveau aux opinions de MM. G. Sée, Botrel et Trousseau, sur les rapports qui existent dans certains cas entre le rhumatisme et la chorée.

Nous ferons seulement remarquer que les détails de l'autopsie, en nous dévoilant des lésions des méninges cérébro-spinales analogues, jusqu'à un certain point, à celles des autres séreuses, donnent une explication de la chorée, plus satisfaisante que dans beaucoup d'autres faits analogues.

L'ÉTHÉRISATION ET LA CHIRURGIE LYONNAISE,

Pour servir à l'histoire de l'anesthésie chirurgicale en France.

Par M. J. E. PÉTREQUIN.

Parmi les découvertes qui font le plus d'honneur à notre siècle, l'histoire, sans contredit, se plaît à citer celle de l'anesthésie chirurgicale : ôter la douleur dans les opérations avait toujours été le rêve favori des chirurgiens, qui jusque-là n'avaient pu le réaliser; l'anesthésie se présentait comme une conquête précieuse pour l'humanité souffrante.

Malheureusement, avec l'introduction du chloroforme, la scène changea : partout où cet agent régnait seul après avoir détrôné l'éther, on apprenait de temps à autre qu'il était survenu quelque sinistre, et l'on était loin de les apprendre tous! Nous ouvrîmes, M. Diday et moi, une campagne en faveur de l'éther, en qui nous avions toujours trouvé un agent anesthésique sûr et innocent; dès 1849, M. Bouisson nous signalait comme des partisans déclarés de l'éthérisation. Nous amenâmes M. Gensoul à partager, ainsi que M. Rodet, nos préférences pour l'éther. Nos autres confrères se prononçaient, comme ceux de Paris, pour le chloroforme. Les accidents, alors mal interprétés, frappaient les esprits sans les éclairer. M. Malgaigne, par son rapport, resté fameux, à l'Académie de médecine contribua à donner le change sur la véritable cause de la mort, et à entraîner cette compagnie savante à formuler pour le chloroforme des règles soi-disant prophylactiques, que les événements sont venus trop souvent démentir. Les victimes continuèrent à s'ajouter aux victimes; le règne du chloroforme n'en devenait pas moins peu à peu universel.

Une réaction scientifique se manifesta dans la province. Malheureusement, sous prétexte d'éclectisme, la plupart se fourvoyèrent en voulant concilier les deux agents. Lyon fut seul le théâtre d'une véritable réaction qui ne dévia point; nous en arborâmes le drapeau, et, après trois années d'expériences, je crus de mon devoir de prononcer publiquement, dans une séance solennelle, un jugement motivé en faveur de l'éther rectifié, à l'exclusion du chloroforme (*voyez* ma *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, p. 84; in-8°, 1850). En 1850, je constatai avec regret, à Paris, que l'éther était à peu près oublié, et que l'engouement pour le chloroforme devenait général : rien ne pouvait désillusionner les esprits.

Je m'appliquai à rechercher les causes qui avaient nui à la vulgarisation de l'éthérisation, en rendant au début l'anesthésie moins facile et moins bonne; je les rapportai à trois principales. 1° C'était d'abord l'imperfection des instruments, qui étaient compliqués, fragiles, peu portatifs et défectueux généralement. L'invention du *sac à éthériser*, par un médecin de Lyon, fut une heureuse simplification instrumentale, et réalisa un grand progrès pour l'éthérisation : il n'y a pas d'appareil plus simple, plus commode et qui remplisse mieux les indications. 2° C'était ensuite l'insuffisance et l'impureté de l'éther. Lors de la découverte de l'éthérisation, en 1847, il n'existait dans les pharmacies qu'un éther médical à 56 degrés, c'est-à-dire trop faible pour bien éthériser, et encore était-il plus ou moins impur, car il contenait souvent de l'acide sulfureux, de l'alcool hydraté, de l'huile de vin, des huiles empyreumatiques, etc., toutes substances qui lui donnaient une odeur désagréable et provoquaient la toux, l'éternument et des nausées; aussi éthérisait-il assez mal, et exposait-il à une agitation nerveuse et à une sorte d'ivresse avant d'arriver au sommeil. Ceux qui dénigrent aujourd'hui l'éthérisation se montrent peu au courant de la question : leurs critiques ne portent que sur des imperfections qui depuis longtemps ont cessé d'exister, car maintenant nous avons remédié aux deux inconvénients qu'il offrait comme impur et trop faible. Grâce à des efforts persévérants, nous avons réussi à le faire débarrasser peu à peu de ses impuretés, à l'aide de manipulations qui sont devenues vulgaires; puis il a été concentré à 62 et à 63 degrés. Lyon a eu dès lors un excellent agent anesthésique. La chirurgie lyonnaise a exercé une assez large influence pour modifier le commerce de la pharmacie : avant 1847, on n'avait que de l'éther à 56 degrés; on pouvait, de 1849 à 1850, se procurer, dans toutes les bonnes pharmacies de notre ville, de l'*éther rectifié à éthériser*. 3° C'était enfin l'impéritie des opérateurs : tout était à créer pour le procédé opératoire. Ce furent ces tâtonnements inévitables qui rendirent les débuts de l'éther difficiles; au contraire, quand le chloroforme parut, tout était préparé, et ses commencements furent heureux. C'est le souvenir des difficultés inhérentes à ces premiers temps qui a pesé sur les destinées de l'éther quand il a eu à lutter contre son rival, entrant dans la carrière dégagé de tout passé compromettant. Voici le procédé que, d'après ma longue expérience, je crois être le meilleur : le malade est couché, la tête un peu relevée pour ne pas déglutir de l'éther. Je fais verser d'emblée sur les éponges du sac 20 à 25 grammes d'éther; je recommande au patient de faire de grandes aspirations; je ferme alors l'ouverture du sac avec la cheville, puis je fais doubler la dose d'éther. Il faut alors procéder en silence, sans parler ni répondre à l'opéré : je lui fais couvrir les yeux avec un mouchoir pour mieux l'isoler du monde extérieur. En général l'anesthésie arrive assez vite et paisiblement.

Il est aisé de prévenir les accidents, en surveillant la circulation et la respiration. En général, le pouls s'accélère d'abord, puis se calme et se rapproche du rhythme normal; s'il devenait concentré, irrégulier et plus ou moins misérable, il suffirait de cesser les inhalations et de donner de l'air. Quant à la respiration, elle commence par être resserrée et comme retenue, puis elle devient plus complète. Si on la voyait devenir pénible, irrégulière ou entrecoupée, il faudrait enlever l'appareil et faire jouer l'éventail. Je n'ai jamais eu de cas de mort ni même d'accidents graves à déplorer, grâce à ces précautions.

En 1855, je retournai à Paris. L'éther avait alors gagné beaucoup de terrain à Lyon : M. Colrat, puis M. Barrier, enfin M. Bonnet, et après eux presque tous les chirurgiens lyonnais s'étaient ralliés à nous. On constatait des progrès analogues en Amérique, en Irlande, en Écosse, en Piémont, etc. A Paris, les publications récentes de MM. Robert et Jobert ne s'occupaient que du chloroforme; il était seul employé dans les hôpitaux. M. Dorvault (4e édition de l'*Officine*, 1855) ne parlait encore que de l'éther à 56 degrés, et allait jusqu'à dire : « L'inhalation du chloroforme est *moins dangereuse malgré les cas de mort signalés*, que celle de l'éther! » La vérité n'était pas là; elle se trouve dans ces paroles de M. Velpeau devant la justice : « Avec le chloroforme, il y a des cas où la mort peut arriver, même quand on a agi avec la plus grande prudence et d'après toutes les règles de la science. » (3 mai 1853.) La conclusion forcée est donc que son emploi n'est jamais sans danger.

En 1859, M. Hervez de Chégoin, frappé comme nous de ces périls, porta la question devant la Société de chirurgie. Malheureusement cette savante compagnie, sans doute par défaut d'habitude de l'éthérisation, formula une sentence peu d'accord avec les faits; elle l'accusa d'impuissance, lui trouvant en outre mille inconvénients et des dangers que nous n'avons jamais vus. M. Barrier appela de ce jugement devant la Société de médecine de Lyon qui avait suivi toutes les phases de la question; il conclut ainsi : « Si l'éther est moins prompt dans son action, plus désagréable dans ses effets, il est infiniment moins dangereux et anesthésie tout aussi bien que le chloroforme; c'est donc à l'éther que les chirurgiens doivent donner la préférence. » Mes collègues me firent l'honneur de m'inviter à ouvrir la discussion : « Je rappelai que l'éther, employé pendant près de deux ans avant le triomphe de son rival, avait déterminé peu d'accidents; mais à peine le chloroforme fut-il introduit, que la presse enregistra de nombreux cas de mort. M. Barrier estime que le chiffre des morts dues au chloroforme s'élève à plusieurs centaines, on est forcé d'avouer qu'avec l'éther il n'y en a eu qu'un petit nombre, et même à Lyon il n'y en a pas un seul; c'est là un premier argument en sa faveur. De plus, si l'on analyse les observations publiées, on constate que, parmi les

---

aux plus forts, mais bien souvent aux plus habiles. Les habiles, ce sont ceux qui savent se faire valoir. La mousse n'est pas ce qu'un vain peuple pense, faites-vous mousser le plus qu'il vous sera possible et faites-moi mousser par-dessus tous. Je suis votre chef et votre père, tout l'honneur que vous me ferez rejaillira sur vous. Parlez souvent de moi, écrivez-moi quelques lettres sous ces rubriques : *très-cher et très-savant rédacteur*; *très-cher et très-savant maître*; ou *spirituel rédacteur*; je suis et je veux être, pour vous surtout, et dans toutes les occasions, un homme généreux, plein de cœur, loyal, désintéressé... »

— Ouf! murmura le diable.

« Quand vous aurez assez parlé de moi, parlez de vous autres et ne vous ménagez pas les épithètes ronflantes; vous êtes tous des savants, des hommes d'esprit, pleins de dévouement à la science et à la profession; mais comme vous êtes également pleins de modestie, n'acceptez ces compliments qu'en rougissant et retournez-les, en les exagérant, à vos collaborateurs. Vous verrez qu'il n'est pas aussi difficile d'être un savant qu'on veut bien le dire généralement. Vous ne l'aurez pas écrit dix fois que tout le monde en sera convaincu et le répétera avec conscience.

« Vous savez que nous avons des amis; il y en a de deux ordres. Les premiers sont les hommes réellement puissants et qui peuvent nous être utiles. Ceux-là ont également toutes les qualités, toutes les vertus, tous les talents; ils sont des hommes de génie, des hommes illustres, de grands hommes; ce dernier titre fait très-bien et je vous le recommande tout particulièrement.

Si vous parlez de leur personne, encensez sans crainte, il n'est pas une épithète qui soit jamais à la hauteur de leur prétention. Si vous parlez de leurs ouvrages, ce ne peuvent être que des chefs-d'œuvre. »

Un tout jeune homme osa faire cette objection :

— Et si ces ouvrages sont franchement mauvais?

— « D'abord, monsieur, reprit sévèrement notre orateur, ils ne sont jamais mauvais, et il faudrait être un écrivain bien maladroit ou bien novice pour ne pas savoir tourner la difficulté. »

Le pauvre garçon baissa humblement un front contrit et chargé des plus tristes préoccupations.

— « Les amis de second ordre sont ceux que nous aimons réellement, mais qui ne peuvent nous être bons à rien. Vous avez le droit d'en dire tout le bien que vous voudrez, à la condition que la note ne monte jamais aussi haut que pour les précédents, qui ne manqueraient pas d'être jaloux.

« Après les amis viennent les ennemis; il faut toujours essayer de les ramener à nous, s'ils sont puissants. Mais, puissants ou non, il ne faut pas trop les attaquer, on ne sait pas ce qui peut arriver un jour, et le plus sage est de ne se faire jamais un ennemi irréconciliable. Ne parlez pas d'eux, laissez-les dans l'ombre, tenez-les pour morts; ils seront ainsi punis bien davantage, et vous n'aurez aucun tort de votre côté. Le jour où ils reviendront, car ils reviennent toujours, il vous sera facile de les louer tout à votre aise, s'ils peuvent vous être utiles.

« Quant aux indifférents, quant à vos rivaux, souvenez-vous bien qu'ils ne doivent pas compter pour vous; quel que soit leur talent, même leur génie, faites le vide autour d'eux : il n'y a pas de moyen plus sûr, soit d'empêcher un homme de percer, soit de le tuer complétement. Et vous savez ce que dit la chanson : Quand on est mort, c'est pour longtemps..... »

— C'est assez bien, dis-je à mon diable, et me voilà suffisamment édifié. Allons-nous-en.

Aussitôt, et sans savoir comment, je me trouvai dans une salle de festin magnifiquement ornée; de superbes cristaux reflétaient la lumière de mille bougies; des fleurs rares, fraîches comme si elles tenaient encore à leur tige, emplissaient des vases de Chine, quelque peu suspects, mais d'un grand effet. Le dîner était à peu près terminé; j'arrivais pour voir mousser le champagne et entendre les orateurs; mauvais moment pour un auditeur de sang-froid.

En regardant par-dessus l'épaule d'un des convives, j'aperçus, sur un joli morceau de papier blanc, encadré d'or, l'énumération du menu de ce festin. Il me donna le plus vif regret d'avoir dîné seul, au coin de mon feu. Faut-il, à l'exemple, des Cambacérès et des Brillat-Savarin de la médecine, vous dresser la liste de ces plats exquis et recherchés? A quoi bon? Voici les truffes revenues et les grands dîners; tâchez de vous faire inviter, cela vaudra mieux.

Ce splendide banquet était donné pour fêter un de nos meilleurs et plus aimables confrères. Il venait de remercier dans une improvisation charmante, pleine de bons mots et qui payait largement sa part du festin. Après lui, un second orateur se leva. C'était un homme froid et grave; je l'avais entendu plus d'une fois parler d'honnêteté, d'indépendance; il ne connaissait que la vérité et l'équité; elles seules dirigeaient sa conduite.

— A la bonne heure! me dis-je, je vais donc entendre une noble et franche parole, car celui-là, au moins, est un homme. Il commença :

« Messieurs,

« Je suis heureux et fier que le hasard m'ait désigné pour porter

morts attribuées à l'éther, plusieurs n'ont eu lieu que deux ou trois, et même cinq et quinze jours plus tard, et qu'en outre l'opération avait été suivie de complications graves, indépendantes de l'éthérisation, comme hémorrhagies, etc., ce qui réduisait à une bien faible proportion les morts dont on pouvait accuser l'éther. Avec le chloroforme, c'est tout autre chose : les victimes sont très-nombreuses, et les accidents si prompts et si rapides, qu'il y a là un résultat direct et évident de cause à effet. On ne saurait déguiser ces accidents sous le masque des morts subites, car ces morts ont tous les caractères de celles qu'on provoque chez les animaux avec le chloroforme.

« Ce n'est pas tout : avec l'éther les accidents sont progressifs et non instantanés; l'expérience m'a démontré qu'on peut toujours les arrêter par des moyens simples; et ce qui est mieux encore, on peut toujours les prévenir en surveillant la circulation et la respiration. Au contraire, avec le chloroforme, les malades succombent souvent comme frappés par la foudre; les accidents ont tant de violence et de soudaineté, qu'on ne peut ni les arrêter, en général, ni les prévenir, et c'est là une grande infériorité par rapport à l'éther.

« C'est en vain qu'on a cru trouver des garanties en faisant des catégories parmi les malades, réservant pour le chloroforme les constitutions fortes et pour l'éther les sujets débiles. Nous avons vu les malades les plus robustes ne pas résister au chloroforme. Avec ce terrible agent rien ne peut donner de garantie certaine, ni le choix du malade ni le choix du chloroforme et de ses doses. Il endort plus vite, cela est vrai; mais c'est la trop grande rapidité de son action qui fait sa nocuité. D'ailleurs, n'exagérons pas cet avantage : en général, il ne faut guère moins de trois à quatre minutes pour obtenir le sommeil avec le chloroforme; en moyenne nous y arrivons, avec l'éther rectifié, en quatre à six ou sept minutes. Qui donc voudrait, pour une minime différence de deux ou trois minutes, exposer la vie des opérés? Enfin, c'est bien à tort qu'on a voulu prétendre que l'éther était incapable de déterminer l'anesthésie profonde avec résolution musculaire. Voilà pourtant les résultats que depuis quinze à seize ans nous obtenons journellement de la manière la plus complète. Ce fait est même si vulgaire à Lyon, qu'il n'y a pas un de nos aides qui ne soit en état de le reproduire à volonté. L'éther rectifié satisfait à tous les besoins de la grande chirurgie, sans porter atteinte à la vie des malades. Je conclus donc en sa faveur à l'exclusion de son rival. »

La chirurgie lyonnaise montra sur ce point un remarquable accord. MM. Diday, Desgranges et Rodet parlèrent vivement en faveur de l'éther. Je regrette que le défaut d'espace ne me permette pas de retracer ici leur savante argumentation. MM. Rollet et Bouchacourt se rallièrent à leur avis; la Société de médecine de Lyon vota à l'unanimité des conclusions catégoriques en faveur de l'éther, comme moins dangereux et aussi propre à anesthésier que le chloroforme, et enfin devant être préféré par les chirurgiens à l'exclusion du chloroforme (1).

L'année 1859 ne se passa pas sans que la presse médicale parisienne commençât à tenir un langage significatif à l'occasion d'un nouveau cas de mort par le chloroforme survenu dans les hôpitaux de la capitale.

Le moment d'y revenir semble opportun aujourd'hui que des tendances à un revirement général se manifestent dans les esprits, et que ceux-là mêmes qui s'étaient le plus acharnés à proscrire l'éther se font un devoir de proclamer la nécessité de reprendre l'éthérisation. C'est, de leur part, noblement réparer une erreur; pour moi, je demanderai qu'on veuille bien écouter la déclaration suivante :

Depuis près de quatorze ans qu'on a abandonné à Lyon le chloroforme et qu'on ne fait généralement usage que de l'éther rectifié à 62 et 63 degrés, tant dans la pratique des hôpitaux que dans celle de la ville, nous n'avons pas eu à déplorer la mort d'une seule victime.

Voilà un enseignement qui mérite d'être médité et retenu. Or, si je désire que ma voix soit entendue, c'est que je voudrais rendre aux malades le service de préserver ceux dont un agent dangereux menace l'existence, et à mes confrères celui de leur épargner le remords d'avoir, par une pratique mauvaise, porté atteinte à la vie de leurs clients. La plus douce récompense que je puisse ambitionner, ce serait de contribuer à mettre enfin un terme au regrettable martyrologe du chloroforme.

(1) Ces conclusions, fondées sur une expérience de douze ans, étaient formulées en 1859. On a récemment, à Paris, parlé de l'éthérisation comme si elle venait de Naples! Qu'il nous soit permis, pour rétablir les faits, de faire remarquer que l'éthérisation a été importée à Naples, directement de Lyon : 1° par M. Palasciano, médecin napolitain qui séjourna longtemps à Lyon en 1847, où il assista à tout ce que fit la chirurgie lyonnaise en fait d'éthérisation, et qui fut si satisfait de ce qu'il avait vu et appris, que c'est de Lyon que, rentré dans sa patrie, il se fit plus tard expédier sa provision d'éther rectifié; et 2° par Amédée Bonnet, notre collègue, qui, en 1851, fut appelé à Naples pour y pratiquer une opération.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 décembre 1865. — Présidence de M. DECAISNE.

M. RAMON DE LA SAGRA, correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques, adresse une Note intitulée : *Description d'un phénomène d'optique et de physiologie*, et prie l'Académie de vouloir bien la renvoyer à l'examen d'une Commission.

On commence, dit l'auteur, par prendre un morceau de glace étamé, un peu arrondi par un coin, afin de pouvoir l'appliquer commodément dans l'angle formé par le nez et l'œil gauche. On se place en face d'un pan de mur ou d'un écran garni d'une feuille de papier blanc, et en tournant le dos aux objets qu'on veut dessiner. En regardant avec l'œil gauche dans le miroir qui s'y trouve appliqué, on voit, naturellement par réfraction, lesdits objets qui se trouvent derrière vous; mais, en même temps, l'œil droit voit, sur l'écran, les images des mêmes objets. En donnant certaines inclinaisons au morceau de glace ou miroir, on parvient très-facilement à faire coïncider, sur le papier, les images réfléchies, vues par l'œil gauche, avec les images vues en face, par l'œil droit, avec assez de netteté pour pouvoir suivre les contours avec un crayon et les dessiner... On peut ainsi obtenir, au moyen d'un appareil que chacun peut fabriquer, les effets obtenus de la *camera lucida*. (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. Pouillet et Fizeau.)

M. BECQUET, auteur d'un travail « sur la pathogénie des reins flottants, » présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, adresse, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la Commission, qui jugera si cette pièce est arrivée en temps utile.)

M. BERNARD présente un Mémoire de M. Moreau, « sur le diabète, ses causes et son traitement. » (Commissaires : MM. Rayer, Bernard.)

M. WALLACE adresse de Belfast (Irlande) deux courtes Notes écrites en anglais et relatives, l'une à l'emploi de l'*Inula helenium* dans la coqueluche, l'autre à celui de la teinture d'aloès dans les hémorrhagies.

Ces deux Notes, destinées au concours pour les prix de la fondation Montyon, sont renvoyées à la Commission des prix de médecine et de chirurgie, qui jugera si elles sont de nature à être admises.

M. GOLDSCHEIDER adresse une Note concernant l'existence constante de la diarrhée prémonitoire dans le cas de choléra et l'importance de cet avertissement pour arrêter le mal à temps. L'auteur annonce être arrivé à cette conviction par ce qu'il a observé, en 1835, durant le choléra de Marseille. Envoyé dans cette ville par M. le Ministre de la guerre, au moment où y sévissait l'épidémie cholérique, il fut chargé du service sanitaire du fort Saint-Jean, et bientôt il acquit la preuve que, même dans ce qu'on a appelé les cas foudroyants, la diarrhée n'avait point manqué au début. Ce fait, que les observations ultérieures confirmèrent pleinement, lui sembla si important, qu'il crut devoir le consigner dans la thèse inaugurale dont il adresse aujourd'hui un exemplaire, et où on lit, en effet, un paragraphe se terminant par ces mots : « Arrêtez cette diarrhée en temps convenable, et vous arrêtez le choléra. » (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

L'Académie renvoie à la même Commission :

1° Un Mémoire transmis par M. le Ministre de l'agriculture, « sur une dyssenterie séreuse cholériforme qui a régné, de juin à septembre 1865, dans le canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne)... » L'auteur est **M. GOBERT**, médecin à Guyonvelle.

2° Un Mémoire de **M. BURQ** sur l'emploi du cuivre en thérapeutique, spécialement dans les cas de choléra, et sur les insuccès qu'ont rencontrés les praticiens qui ont essayé ce remède dans des conditions tout autres que celles qu'il avait indiquées.

3° Une Note de **M. CAUVY** sur la recherche des êtres microscopiques dans l'air atmosphérique, et un opuscule sur l'emploi du soufre comme prophylactique dans les épidémies cholériques.

4° Diverses communications se rapportant plus ou moins directement au choléra-morbus, et adressées par **MM. FAUCONNET**, de Lyon; **LETELLIER**, de Saint-Leu-Taverny; **WALLACE**, de Belfast; **RAFFAELE DA LORETO**, d'Atri (Abruzzes); **LUBILLE**, de Chatelnault (Côte-d'Or).

5° Enfin, plusieurs Opuscules imprimés sur le choléra de Toulon en 1835, par **M. MARTINENQ**, et une brochure de **M. WORMS**, intitulée : « De la propagation du choléra et des moyens de la restreindre. »

M. LACAZE-DUTHIERS prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la Section d'anotomie et de zoologie, par suite du décès de M. Valenciennes.

M. Lacaze-Duthiers adresse, à l'appui de cette demande, deux Notices sur ses travaux scientifiques, l'une publiée en 1862, et l'autre qui vient de paraître et se rapporte aux études de l'auteur durant les trois dernières années. (Renvoi à la Section d'anatomie.)

Remarques de M. Velpeau, à l'occasion de la Note de M. Pétrequin. (Voir plus haut.)

La Note de M. Pétrequin indique une phase nouvelle dans l'histoire de l'éthérisation. Devinée, annoncée par M. Jackson, le chimiste, appliquée d'abord par le dentiste Morton à la grande chirurgie, ensuite par les chirurgiens de Boston, en Amérique, dès 1846, mise en pratique à Paris et bientôt après dans le monde entier, l'éthérisation ne fut essayée au début qu'avec l'éther.

On lui reprochait alors de fatiguer, d'irriter les malades, de causer de la toux, de l'agitation, et de ne pas réussir chez tout le monde. Quelques-uns de nos collègues n'ont pas oublié peut-être la lutte que nous eûmes à soutenir dans cette enceinte, M. Roux et moi, contre M. Magendie, en 1847, pour la faire admettre à titre de grande conquête chirurgicale.

Mais toute opposition cessa deux ans plus tard, quand il fut démontré que le chloroforme, agent chimique découvert par des savants français, expérimenté sur les animaux par M. Flourens, et substitué partout à l'éther par M. Simpson, agissait plus vite, plus sûrement, en produisant un calme, un sommeil plus complet que l'éther.

A partir de là, il ne fut plus guère question de ce dernier, quoique partout on ait conservé le mot *éthérisation*, mais comme terme générique, synonyme d'*anesthétisation*, par quelque substance que l'insensibilité soit produite.

Le chloroforme a fait çà et là quelques victimes, cependant, et des plaintes, des protestations n'ont jamais cessé de se faire entendre de temps en temps contre ses dangers. A Montpellier, M. Bouisson, savant de grande valeur, notre correspondant, s'est même fait l'écho de tous ces reproches dans son *Traité de l'éthérisation*, il y a une douzaine d'années, pendant que de son côté la chirurgie de Lyon a toujours soutenu que l'éther doit être préféré au chloroforme.

C'est là le thème que M. Pétrequin vient défendre devant l'Académie. Pas un malade n'est mort, dit-il, sous l'action de l'éther, depuis quinze ans qu'on l'emploie seul à Lyon, tandis que le nombre de morts par le chloroforme est considérable. Avec l'éther pur, rectifié, à 62 et à 66 degrés, les premiers inconvénients de cet agent n'existent plus, de sorte qu'il a tous les avantages du chloroforme aujourd'hui sans en avoir les dangers.

Maintenant, faut-il accepter sans mot dire les opinions de l'école de Lyon ? Non. Si les dangers ou les infidélités reprochés d'abord à l'éther s'expliquent par ses impuretés, par son mauvais emploi, n'y a-t-il pas lieu d'en dire autant du chloroforme ?

Toujours est-il que, depuis plus de quinze ans, j'ai certainement soumis plusieurs milliers de malades au chloroforme, et que je n'ai jamais eu la douleur d'en voir mourir un seul par le fait de l'éthérisation !

Il en a été de même, à ma connaissance, de plusieurs autres chirurgiens des plus occupés de Paris, et toute l'école de Strasbourg, M. Sédillot en tête, tient dans le même sens sans s'être laissé ébranler par les écoles du Midi.

On ne doit pas oublier non plus que l'éther a produit la mort aussi un certain nombre de fois, alors qu'il était seul usité dans la pratique, et qu'il y aurait sous ce point de vue une question de proportion à élucider.

A mon sens, le plus sage est de garder les deux méthodes, qui, perfectionnées l'une et l'autre, peuvent avoir des applications distinctes.

D'ailleurs, comme M. Pétrequin est un chirurgien de mérite, haut placé dans la science par de nombreux travaux, et qu'en ce moment il semble parler au nom de la chirurgie lyonnaise tout entière, je propose de mettre sa lettre sous les yeux du public en l'insérant intégralement aux *Comptes rendus* de nos séances.

M. ÉLIE DE BEAUMONT fait observer que la proposition d'employer pour l'*éthérisation* de l'éther parfaitement pur et très-concentré est un retour à la méthode indiquée dès l'abord par M. le docteur Charles

---

la parole dans cette circonstance et pour être l'interprète de vos sentiments. L'homme éminent que nous fêtons aujourd'hui, vous venez de l'entendre, d'admirer son esprit, et vous êtes encore sous le charme de son discours. Chez cet homme célèbre, l'esprit ne saurait vieillir parce qu'il part du cœur, le cœur le plus large et le plus généreux que nous connaissions.

« Cher et illustre maître, il y a longtemps que tous ceux qui sont ici sont vos amis les plus dévoués; qui de nous ne serait trop heureux de vous donner de nouvelles preuves de cette amitié? Pour moi, je ne saurais trop le dire, et je m'en fais gloire, je ne sais ce que je dois le plus admirer de votre cœur ou de votre génie. Celui-ci resplendit comme un phare, et il a illuminé plusieurs générations. Quel médecin a fait plus que vous? Qui a donné une semblable impulsion à la science? Vos découvertes se comptent par centaines, et chacune d'elles servirait à illustrer un homme. — L'avenir, ratifiant le jugement du présent, vous placera parmi les plus grands génies; les nations reconnaissantes vous élèveront des statues, et pour moi, je l'avoue sincèrement, je suis si heureux et si fier d'avoir pu vous exprimer, en ce jour solennel, toute ma reconnaissance et toute mon admiration, que je tiendrai toujours *ce banquet pour le plus beau jour de ma vie.* »

L'orateur tomba sur sa chaise essoufflé, pantelant, dans un enthousiasme que les truffes et le champagne seuls peuvent expliquer; le héros de la fête souriait finement. Un homme que je crus reconnaître pour mon journaliste de tout à l'heure, se pencha à l'oreille de l'orateur. — Très-bien, lui dit-il, vous me donnerez ce discours, je le publierai demain et je serai bien étonné s'il n'augmente pas le produit de votre clientèle de dix mille francs par an, sans compter le ruban rouge.

— Je l'espère bien, répondit l'homme froid, grave, honnête et partisan exclusif de la vérité.

— Veux-tu me conduire hors d'ici? criai-je, au diable; ces restes de dîner et ce discours me donnent des nausées.

Je fus aussitôt transporté dans un vaste amphithéâtre. Les gradins étaient occupés par un grand nombre d'hommes qu'à leur tenue je reconnus pour les descendants d'Hippocrate et de Galien. Les uns étaient plus jeunes, les autres plus vieux, mais tous avaient ce maintien posé et honnête, sans compter la cravate blanche, qui caractérise notre profession. Le président de l'assemblée était un gros homme lourd, à la figure béate et insignifiante; il portait la tête haute et se disait certainement tout bas les choses les plus aimables et les plus flatteuses. Un orateur parlait et semblait s'adresser exclusivement à cette idole vulgaire qui remplissait le fauteuil; cet orateur, c'était encore et toujours mon journaliste. Il me parut être à la péroraison.

« ..... Et maintenant, messieurs, que pourrai-je ajouter? Je crois être l'interprète de vos sentiments, en disant que nous ne saurions avoir trop de reconnaissance pour notre illustre président. Quel dévouement! messieurs, quelle abnégation! Il a donné à notre société, et sans marchander, tout son temps et tout son cœur. Qui ne sait que cet homme éminent possède la plus nombreuse et la plus riche clientèle de Paris? que ses relations s'étendent sur le monde entier? Qui ne connaît ses occupations incessantes? Il nous a tout sacrifié, messieurs, il nous a donné tous ses instants, et non pas seulement ses loisirs, mais encore ses veilles.

« Laissez-moi vous le dire, monsieur le président, car mon cœur déborde, et je ne suis que le faible interprète de cette illustre et grande assemblée, l'élite et la fleur du corps médical français : vous êtes l'homme de bien par excellence, le *vir bonus*, et aussi, ma foi! le *dicendi peritus*..... »

— Ceci mérite démonstration, me dit le diable à haute voix.

Nul ne fit attention à cette interruption, la salle tremblait sous d'unanimes et enthousiastes applaudissements; l'orateur essuyait ses yeux mouillés de larmes, M. le président saluait à droite et à gauche avec son plus gracieux sourire.

L'orateur, s'étant remis de son émotion, continua :

« Oui, vous êtes vraiment l'homme de bien, l'ami de l'humanité, le soutien de notre corporation. Et on est transporté quand on songe que votre génie est à la hauteur de votre cœur. Oui, messieurs, je ne sais trop ce qu'il faut le plus admirer en cet homme rare et presque divin, de sa bonté exquise ou de son immense talent, de son génie ou de..... »

Je venais d'entendre la même phrase jetée au nez d'un autre personnage, je ne pus pas me contenir plus longtemps.

— Sortons de cette caverne, m'écriai-je.

A peine avais-je dit ces mots que je me retrouvai sur mon fauteuil, devant le feu, mon innocent journal achevait de se consumer à mes pieds.

Dieu merci! je n'avais fait qu'un mauvais rêve.

Dr H. MONTANIER.

T. Jackson. En effet, dans le Mémoire déposé sous pli cacheté à la séance du 28 décembre 1846 et lu à la séance du 18 janvier 1847, M. Jackson parle de l'état d'insensibilité dans lequel le système nerveux est plongé par l'inhalation de la vapeur d'éther sulfurique pur qu'il respira en grande abondance.

M. le docteur Charles T. Jackson étant aussi bon chimiste qu'habile géologue, on ne saurait douter que ses expériences n'aient été faites avec de l'éther pur et bien rectifié... Il parle même des précautions à prendre pour que l'haleine ne passe pas à travers l'éponge remplie d'éther, où elle affaiblirait l'éther par la vapeur d'eau qu'elle renferme, et plus loin il ajoute textuellement (p. 75 et 76) : « Si l'éther est « faible, il ne produira pas l'effet qui lui est propre. Le malade sera « seulement enivré et éprouvera ensuite un mal de tête sourd. On ne « doit, par conséquent, faire usage que de l'éther le plus fortement « rectifié. »

Séance du 11 décembre.

M. CHEVREUL lit une seconde note sur le choléra.

M. GUYON fait une nouvelle communication sur la transmission du choléra.

M. VELPEAU présente de la part de M. Bézard de Wouves une note intitulée : « Diagnostic du choléra par la présence de l'albumine dans les urines dès le début de la maladie. » (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

L'Académie reçoit diverses communications sur le choléra, par MM. Fauconnet, Wallace et Buisson.

M. PHILIPPEAUX adresse une note sur la « régénération de la rate. » Il la résume de la manière suivante :

« De ces faits, je crois pouvoir conclure :

« 1° Que la rate complétement extirpée sur les mulots ou les lapins encore très-jeunes ne se reproduit jamais (peut-être cependant dans quelques cas d'extirpation complète, une rate surnuméraire pourrait-elle se développer et remplacer ainsi la rate enlevée);

« 2° Que la rate enlevée incomplétement sur ces mêmes animaux et dans les mêmes conditions d'âge, se reproduit toujours, et que, par conséquent, M. Peyrani (*Gazetta medica italiana* (province sarde), 2 décembre 1861, était dans l'erreur, au moins, lorsqu'il concluait que la rate *enlevée en partie* ne se reproduit jamais. »

M. BILLOD présente une note sur une bouche artificielle construite d'après ses indications, par M. Charrière, pour l'alimentation forcée des aliénés.

CORRESPONDANCE.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE invite l'Académie à faire rechercher dans ses archives s'il ne s'y trouverait point un document sur les maladies charbonneuses, adressé, en 1776, à Turgot, alors ministre des finances, par Barrier, vétérinaire à Chartres.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom des auteurs : 1° un Mémoire de M. Polaillon, aide d'anatomie à la Faculté de médecine, « sur les ganglions nerveux périphériques; » 2° un ouvrage de M. Louis Figuier, intitulé : « La vie et les mœurs des animaux : zoophytes et mollusques. »

M. GALEZOWSKI fait présenter, par M. Cl. Bernard, une note sur « l'existence des vaisseaux d'origine cérébrale dans la papille du nerf optique. »

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

AVIS.

Un concours s'ouvrira au Val-de-Grâce, le 1er février prochain, pour un emploi de répétiteur en médecine à l'École du service de santé militaire de Strasbourg (clinique et pathologie médicales).

Les épreuves de ce concours sont déterminées ainsi qu'il suit :

I. Composition de pathologie générale.
II. Épreuve clinique.
III. Interrogations.

La première de ces épreuves sera éliminatoire.

La composition du jury d'examen et le mode d'exécution des épreuves continueront d'être régis par le programme en date du 26 juillet 1860, inséré au *Journal militaire* (1860 — 2e semestre, pages 51 et 52).

Pourront être admis à prendre part au concours les médecins aides-majors des deux classes et les médecins-majors de 2e classe.

Les officiers de santé qui désireraient concourir seront tenus d'adresser une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs directs. Cette demande devra être parvenue au ministre avant le 10 janvier prochain, terme de rigueur, par l'intermédiaire des généraux commandant les divisions militaires ou des intendants divisionnaires, suivant que l'officier de santé est attaché à un corps de troupe ou à un établissement hospitalier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHOLÉRA. — Mouvement des décès cholériques :

14 décembre, 15 admissions : 3 cas intérieurs, 13 décès (3 dans les hôpitaux, 10 en ville).

15 décembre, 7 admissions : 4 cas intérieurs, 11 décès (5 dans les hôpitaux, 6 en ville).

16 décembre, 10 admissions : 2 cas intérieurs, 19 décès (7 dans les hôpitaux, 12 en ville).

— Par décret du 14 décembre 1865 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe : Huart, *pour Brest;* Bressac, Décugis, *pour Toulon;* Carpentin, Poitou-Duplessy, Delpeuch, *pour Rochefort;* Auffret, Bienvenuë, Cosquer, Cerf-Mayer, *pour Brest;* Foiret, *pour la Cochinchine;* Normant, Monin, Coste, *pour Toulon.*

Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : Petit, Martin, *pour Toulon;* Latière (Joseph), Thoulon, *pour le Sénégal;* Hodoul, *pour Rochefort;* Michel, *pour le Sénégal;* Jossic, *pour Rochefort;* Duhallé, *pour la Guyane;* Ardouin, *pour Rochefort;* Latière (Émile), *pour la Guyane;* Vincent, Dauvin, Danguy-Desdeserts, Méry, Bouvier, Alavoine, Le Forestier du Quilien, Louvel-Dulongpré, *pour Brest;* Chevalier, *pour le Sénégal.*

Au grade de chirurgien de 3e classe, les étudiants et chirurgien auxiliaire :

Paul, Le Coat de Saint-Haouen, *pour Brest;* Delas, Billaud (chirurgien auxiliaire), *pour Toulon;* Offret, Rivet, Bellorn, Le Borgne, Defaut, Baudoin, *pour Brest;* Pichon, *pour la Guyane;* de Karpe-Karpowicz, Roussel, *pour Brest;* Pallier, *pour la Guyane;* Jousset, Oui, Géraud, Chavanon, *pour Rochefort;* Imbert, *pour le Sénégal;* Roux, *pour la Guadeloupe;* Moulard, Raybaud, Esquive, Poulain, *pour Toulon;* Alessandri, *pour la Guyane.*

Au grade de pharmacien de 2e classe, les pharmaciens de 3e classe : Degorce, *pour Brest;* Venturini, *pour Toulon.*

Au grade de pharmacien de 3e classe, les étudiants :

Léonard, *pour Toulon;* Prévot, Barbedor, *pour Brest.*

— Par divers arrêtés ministériels :

M. Jankergustel est nommé aide d'anatomie, près de l'École de Nantes, en remplacement de M. Raingcard, démissionnaire.

M. Labéda est nommé chef des travaux anatomiques et professeur suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, près l'École de médecine de Toulouse, en remplacement de M. Rességuer, dont le temps d'exercice est expiré.

— La Société de médecine pratique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1866.

Ont été élus : *Président,* M. Trousseau; *premier vice-président,* M. Legrand du Saulle; *deuxième vice-président,* M. Masson; *secrétaire général,* M. Le Sourd; *secrétaire,* M. Dupuy; *secrétaire-adjoint,* M. Georges; *trésorier,* M. Caron.

— M. le docteur Jounia-Reymond reprendra son cours public d'accouchement à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, le lundi et le mercredi à sept heures.

— Le docteur Ch. Fauvel a commencé son cours public de laryngoscopie et de rhinoscopie, rue Visconti, 18 (ancienne rue des Marais-Saint-Germain), mardi et samedi de dix heures à midi. L'éclairage du miroir laryngien s'obtient au moyen de la lumière éclatante de Drummond, ce qui permet à plusieurs personnes de voir en même temps.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à* M. MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice, 35;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire à Londres, 219, Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie,* par E. BOUCHUT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et ARMAND DESPRÉS, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 DÉCEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie en bonne ménagère est devenue économe de son temps. Il y a quelques années, il ne lui fallait pas moins de deux séances pleines pour ses opérations électorales de fin d'année. Aujourd'hui une demi-séance lui a suffi et elle a trouvé le moyen de faire entendre encore, outre une volumineuse correspondance, deux lectures sur le sujet qui a en ce moment le privilége exclusif de l'attention publique, le choléra.

L'habile et courageux vétérinaire qui racontait l'année dernière, avec une impassibilité stoïque, à l'Académie tout impressionnée de ce qu'elle entendait, la relation pleine de détails et d'incidents émouvants d'une expérience d'inoculation du virus rabique faite sur lui-même, M. Decroix, a exposé dans une courte lecture très-substantielle, le résumé d'un parallèle qu'il a fait entre le choléra et le typhus des bêtes à cornes. De ce parallèle il a fait ressortir cette conclusion générale unique, savoir : qu'il existe une assez grande analogie entre ces deux maladies pour qu'il y eût de l'intérêt à rechercher si l'on ne pourrait pas reporter de l'une à l'autre, ce que l'expérience pourrait apprendre relativement aux moyens prophylactiques et curatifs de l'une d'elles. C'est une question qui vaut la peine d'être examinée.

La seconde lecture a été faite par M. Hébert, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques. On se rappelle que, lors de la dernière épidémie, quelques observateurs avaient annoncé comme résultat de leurs recherches, la présence dans le sang des cholériques de l'acide oxalique auquel ils ont cru pouvoir faire jouer un rôle dans la production de cette affection. M. Hébert n'a point confirmé cette prétendue découverte, il a vainement cherché cet acide dans le sang des cholériques qu'il a eu l'occasion d'analyser pendant le cours de l'épidémie actuelle. Ce n'est donc pas à ce principe qu'il faut attribuer la production des phénomènes cholériques ; mais M. Hébert ne nous donne pas malheureusement à côté de cette conclusion négative une conclusion positive de la question tant cherchée.

Les opérations électorales pour le renouvellement des bureaux et du conseil académique ont donné les résultats suivants : M. Bouchardat, vice-président pour 1865, passe de droit président en 1866 ; M. Tardieu a été élu vice-président ; M. J. Béclard est maintenu secrétaire annuel, et MM. Michon et Huzard, sont nommés membres du conseil. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. PIORRY.

Cas de glycosurie traité par le sucre et l'abstinence des boissons.

(Observation recueillie par M. L. SOULIGOUX, élève du service.)

Un homme d'une constitution leucocythémique, âgé de trente-cinq ans, mécanicien, et qui occupe le lit n° 18 de la salle Saint-Bernard, se plaint d'éprouver de la faiblesse dans les jambes et une soif continuelle; il boit de quatorze à dix-huit litres par jour. On a examiné les urines dans d'autres temps et on a reconnu la présence de sucre en quantité et dans une proportion déterminée.

Le mal a commencé il y a dix-huit mois, et à cette époque le malade fut atteint d'un état fébrile considérable; avant cette fièvre, X... ne buvait qu'un litre de liquide par jour. Cette fièvre l'engagea à boire beaucoup et depuis cette époque, surtout depuis un an, le malade rend quatorze à quinze litres d'urine par jour. Il a été traité à l'hôpital Saint-Louis, et le traitement qu'on lui fit suivre a consisté en bains de vapeurs, fumigations, calomel; on lui a fait respirer l'oxygène, et sous l'influence de ce gaz le liquide diminua de proportion. Ces jours derniers, alors que le malade avait cessé toute espèce de traitement, la soif revint.

Le jour de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, la proportion d'urine était de huit litres et chaque litre contenait 84 millièmes de sucre. Le pharynx était rouge et la soif extrême.

M. Piorry prescrivit l'abstinence aussi complète que possible des boissons; malheureusement la prescription ne fut pas rigoureusement suivie; mais enfin il arriva que les jours suivants le malade n'en prit que deux à trois litres par jour au lieu de dix-sept litres qu'il buvait précédemment. Pour faire que la soif pût être facilement supportée, M. Piorry fit préparer une limonade citrique très-acide, le malade en mit de très-petites proportions dans la bouche et aspira l'air à travers ce liquide en dirigeant ainsi la vapeur de la substance acide vers le pharynx.

Tout d'abord sous l'influence de l'abstinence incomplète des boissons, la proportion d'urine rendue dans les vingt-quatre heures, diminua sensiblement et ne fut plus portée qu'à cinq litres. Contre la leucocythémie on lui fit prendre l'élixir Thermes, au citro-lactate de fer.

Cependant X... prenait alors de la glycose et du sucre dans les proportions de 500 grammes par jour. Or, loin que le sucre augmentât de proportion dans le liquide urinaire, il y eut une diminution extrême, car les jours suivants le malade ne perdait plus que 58 à 60 millièmes de sucre par litre d'urine et ne perdait plus que trois à quatre litres de ce même liquide. Cette amélioration ne fut pas d'un seul jour, car bien que X... continuât à prendre du pain, des fécules et du sucre en grande quantité, les proportions du liquide ingéré furent faibles depuis ce temps-là, et celles de l'urine évacuée ne s'élevèrent pas au-dessus de cinq litres par jour. En même temps la santé générale, la coloration de la peau furent parfaitement conservées. Après trois mois de traitement le malade sortit de l'hôpital dans le meilleur état.

Ce fait prouve manifestement que l'administration du sucre, des fécules, etc., est bien loin d'être aussi dangereux qu'on l'a prétendu, et dans le cas particulier qui vient d'être signalé elle a coïncidé avec la diminution considérable de l'hypérurie et de la glycosurie.

Loin que le malade se soit mal trouvé de ce régime, il a conservé complétement ses forces, sa coloration et son énergie physique et morale.

En Angleterre, beaucoup de médecins ont adopté le traitement précédent, proposé par M. Piorry, dans la glycosurie, et ces médecins doivent en avoir éprouvé des succès. Ce traitement consiste encore une fois dans l'abstinence des boissons et l'usage du sucre destiné à remplacer celui qui se perd tous les jours.

Le but de M. Piorry, dans ce traitement, est de conserver autant que possible à l'organisme un principe réparateur qui malgré tous les traitements proposés par des hommes, d'ailleurs du plus grand mérite, Nicolas Guédeville, Dupuytren, MM. Bouchardat, Mialhe, etc., fait de plus en plus défaut.

Il est encore fondé sur ceci, que tout porte à croire que la soif excessive des malades est en grande partie la cause de l'hypérurie et par suite de la perte du sucre.

Cette observation est encore intéressante en ce que c'est à la suite de l'ingestion de boissons abondantes dans une fièvre grave que le mal a eu lieu.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MONTDEVERGUES. — M. MELLIER.

Éclampsie. — Mort.

La nommée J..., âgée de vingt-six ans, petite mais bien conformée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une santé très-faible, est atteinte de manie. Peu de jours après son entrée à l'asile, son état mental s'améliore sensiblement, il ne lui reste guère, avec un peu d'exaltation, qu'un appétit violent des plaisirs vénériens; elle n'est pourtant pas nymphomane. Il y a deux ans elle avait accouché à terme d'un enfant mort; à son entrée elle était enceinte pour la seconde fois, mais nous n'avions aucune certitude sur l'époque précise d'où datait cette grossesse. Cette malade s'occupait dans sa section à quelques travaux de couture, et ne présentait rien de particulier. — Le 18 octobre au matin, quand elle voulut se lever, elle se sentit faible; un moment après elle rendit, mais en petite quantité, des matières filantes et verdâtres; ces vomissements se renouvelèrent trois fois dans l'espace d'une heure. A la visite, elle se plaint d'un mal de tête assez violent, elle a des sifflements dans les oreilles, il y a un peu d'exaltation. La peau est froide, couverte de sueur; 100 pulsations; malgré sa fréquence le pouls est assez fort. Deux fois dans la matinée elle avait eu de légères syncopes mais sans perdre entièrement connaissance. Elle ne sent aucune douleur annonçant un prochain accouchement. Potion opiacée, limonade, un peu de bouillon. A dix heures il n'y a plus que quatre-vingts pulsations, la chaleur est normale, la malade n'accuse plus de céphalalgie, et demande à se lever. Ce mieux continue toute la journée. A cinq heures du soir on m'appelle en toute hâte; elle avait poussé un cri et était tombée sans connaissance : je la trouve se tordant sur son lit; ses membres, agités de mouvements désordonnés, les bras surtout, sont violemment roidis; il est impossible de les fléchir; les muscles du tronc participent à cette contraction; la respiration est difficile, haletante, les muscles thoraciques ne remplissant plus leurs fonctions. L'air pénètre dans les poumons avec un ronflement qu'on entend de fort loin; une bave spumeuse comme celle des épileptiques coule abondamment de sa bouche; la face a une expression anxieuse. Le pouls est rapide, irrégulier, très-dépressible, par moments même il n'est plus perceptible pendant sept et huit secondes. La peau est brûlante, sèche, la pupille considérablement dilatée. La sensation n'est pas complétement abolie, mais il faut piquer très-fort la malade pour qu'elle ait l'air de s'en apercevoir. Cet état dure de huit à dix minutes environ, après quoi la résolution des muscles s'opère brusquement, les mouvements nerveux disparaissent, la respiration devient plus facile, mais la malade reste plongée dans le coma le plus complet. A peine un quart d'heure plus tard, commence une nouvelle attaque; elle débute par une contraction subite de tous les muscles, la tête est rejetée en arrière, les mâchoires après s'être violemment choquées deux ou trois fois restent fortement serrées, les paupières ouvertes laissent voir le globe oculaire attiré en haut; la face se congestionne rapidement, les lèvres et le nez deviennent violets, les muscles du larynx sont tellement serrés que l'air ne peut pénétrer dans les poumons; l'asphyxie est imminente. Le pouls qui avait diminué de fréquence, et qui surtout était devenu plus régulier, recommence à battre avec une rapidité telle qu'il est impossible de compter les pulsations. Les doigts viennent s'imprimer dans la paume de la main, mais les membres n'exécutent aucun mouvement. Au bout de quarante à quarante-cinq secondes s'opère la résolution des muscles du cou seulement, la respiration s'établit, alors commencent les mouvements convulsifs, et tous les phénomènes signalés plus haut dans ce que je pourrais fort bien nommer la deuxième période de l'attaque. Chacune d'elles, en effet, nous présente deux phases bien marquées, nettement tranchées, commençant brusquement toutes deux. La première se fait remarquer par une immobilité complète, un opisthotonos réel, un manque absolu de respiration avec les signes d'asphyxie; la seconde, dont le début est immédiatement précédé par un soupir, est en tout semblable à une véritable attaque d'épilepsie; la respiration se rétablit, les membres sont agités par des mouvements désordonnés. — Après avoir duré à peu près le même temps que la première fois, c'est-à-dire une dizaine de minutes, l'attaque cesse brusquement, et la malade tombe dans le coma. Il est impossible de lui rien faire avaler, on peut bien desserrer les dents, mais les boissons ne peuvent franchir l'isthme du gosier.

A neuf heures du soir, la malade commence, dans l'intervalle des attaques, à faire quelques mouvements; les muscles de l'abdomen se contractent spasmodiquement comme si le travail commençait. Je pratique le toucher, mais cette manœuvre est assez difficile, car l'utérus n'est pas descendu, et la flexion des cuisses est impossible; je parviens pourtant à atteindre le col qui est un peu dilaté et dans lequel il m'est possible d'introduire le bout du doigt; les rebords en sont durs, le gauche surtout qui est sensiblement plus épais que le droit; on n'y sent aucune contraction. Les lochies très-brunes, fétides, ayant la consistance d'une bouillie épaisse, s'écoulent en petite quantité. A minuit commence ce que je nommerai plutôt un travail d'élimination qu'un véritable accouchement; il n'existe pas en effet de contractions, mais le fœtus est expulsé petit à petit; le col de l'utérus est dilaté, la tête vient s'y engager. Lavement avec ergotine, — 2 grammes pour 30 de véhicule : le résultat obtenu est négatif. Cependant les attaques se succèdent toujours avec la même régularité dans leur début et dans leur marche, jusqu'à quatre heures du matin; chacune d'elles présentant absolument les mêmes phénomènes, durant le même temps, séparées toutes par une rémission de dix minutes environ. Il y en a eu vingt-sept en tout. A quatre heures la faiblesse a sensiblement augmenté, la peau est brûlante, recouverte d'une sueur visqueuse et abondante, la face colorée, vultueuse, le pouls ne se perçoit qu'avec la plus grande difficulté, la malade est dans le coma le plus complet. Les muscles ne sont plus contractés, elle peut avaler quoique difficilement. Immédiatement après la dernière attaque, la tête du fœtus franchit très-rapidement le col entièrement dilaté, et vient s'appliquer contre l'épine pubienne, à l'orifice de la vulve dont la dilatation ne s'est pas le moins du monde opérée. Dans le but de réveiller, ou plutôt de faire naître les contractions, on administre une potion avec seigle ergoté, — 1 gramme que la malade prend en une seule fois; cette dose n'a pas produit le moindre effet. Cet état se prolonge sans changement pendant toute la journée, seulement la faiblesse augmente toujours, la dyspnée est extrême, non plus par suite de la contraction des muscles, mais à cause des matières accumulées dans les bronches, et que la malade n'a pas la force d'expulser; enfin la mort arrive à cinq heures du soir, vingt-quatre heures après la première attaque.

Autopsie. — L'utérus considérablement distendu occupe tout le côté droit de l'abdomen; nous l'enlevons en entier, il ne présente du reste rien de particulier; la tête du fœtus a franchi le col qui est resté énormément dilaté. Les autres viscères contenus dans la cavité abdominale sont refoulés; les intestins sur le côté gauche au delà de la colonne vertébrale : en haut, et repoussant le diaphragme, se trouve le foie; sa surface a une couleur brun chocolat avec un piqueté très-noir; à la coupe le parenchyme présente la même couleur, il est gorgé d'une énorme quantité de sang noir, épais, réuni dans de nombreux foyers.

La rate est à l'état normal; les reins, attentivement examinés, ne renferment aucune lésion; le poumon et le cœur ne présentent rien de particulier. Le cerveau n'est pas congestionné, pas d'épanchement dans les méninges. — L'utérus ayant été ouvert, nous enlevons le placenta qui ne présente rien de particulier, et le fœtus dont la mort remonte déjà à plusieurs jours. L'épiderme, d'une couleur grisâtre, se détache par plaques sous le simple frottement du doigt, comme après une longue macération. Au sommet de la tête se trouve une bosse sanguine de la grosseur d'une noix environ; le cuir

chevelu enlevé, nous trouvons les os du crâne complétement ossifiés, seulement il n'existe pas trace de soudure entre eux, de sorte qu'ils tombent n'étant plus soutenus par la peau. Les deux frontaux sont aussi tout à fait séparés. Le cerveau fait saillie entre eux; la substance grise est colorée en rouge brun, la blanche est plutôt rose; du reste il est impossible de l'extraire entier de sa boîte osseuse, car il a la consistance d'une bouillie, et s'écrase rien que par son propre poids. Les poumons sont adhérents aux parois thoraciques, leur parenchyme est semblable à celui d'un foie ordinaire pour la couleur et la consistance. Aux fesses et au scrotum on remarque des escharres avec commencement de gangrène.

Le cas que je viens de rapporter ne présente guère d'autre intérêt que celui de la maladie elle-même qui, sans être très-rare, n'est pas non plus très-fréquente; on n'y trouve du reste aucune particularité si ce n'est peut-être que les prodromes n'ont presque pas existé; que, à partir de la première attaque jusqu'à la mort, la malade n'a pas un instant repris ses sens, et qu'enfin pendant les treize dernières heures de la vie, elle n'a pas eu la moindre attaque. — Comme traitement qu'était-il permis de tenter? — Les émissions sanguines généralement regardées comme très-utiles étaient ici contre-indiquées d'une manière formelle par l'état réel de faiblesse dans lequel se trouvait notre malade. D'un autre côté il était impossible de lui rien faire prendre en potion. Les inhalations de chloroforme prônées par quelques praticiens devenaient ici dangereuses par suite de la forme essentiellement comateuse de la maladie. Devait-on tenter de se débarrasser du fœtus le plus tôt possible? L'expérience prouve que bien rarement un pareil moyen a fait cesser les attaques. — En dernier lieu fallait-il tenter l'opération césarienne dès que la malade a succombé? Cette manœuvre était au moins inutile par suite de la persuasion que nous avions de la mort de l'enfant. En effet, en pratiquant le toucher il était facile de constater un chevauchement énorme dans les os du crâne, l'autopsie en a montré la cause; et pendant tout le temps qu'a duré le travail d'élimination, l'auscultation n'a jamais permis de percevoir les bruits du cœur.

Enfin je n'entrerai pas ici dans quelques recherches étiologiques, je ferai seulement remarquer en passant, et sans m'arrêter à regarder si je prends l'effet pour la cause ou réciproquement, que bien souvent chez les femmes qui succombent à la suite d'éclampsie, la mort du fœtus paraît remonter à une époque antérieure à la manifestation de la maladie. Ce fait, qui reçoit ici une nouvelle sanction, a été remarqué aussi par un praticien distingué, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, M. le docteur Campagne, pendant le cours d'une nombreuse pratique, dans les trois seuls cas d'éclampsie qu'il lui ait été donné d'observer. Le fœtus mort, considéré comme un corps étranger, ne pourrait-il être une cause d'éclampsie, comme un corps étranger quelconque, en lésant un nerf, peut être cause du tétanos par exemple?

ÉTUDE SUR LE CHOLÉRA

Par M. le Dr Masson, ancien interne de la Charité.

Dans une récente communication faite à l'Académie des sciences, un de nos savants professeurs a émis cette opinion que le choléra était une intoxication du système nerveux; il ajoute avec raison qu'il faut se garder de trop prodiguer les rubéfiants sur la peau et les stimulants à l'intérieur, dans la crainte de provoquer une réaction trop violente qui donnerait lieu à des accidents secondaires aussi funestes que ceux de la période algide. Eh bien! cette théorie et ces recommandations, je les émettais en 1832 dans une lettre adressée à M. le professeur Fouquier; voyez la date; elle a été imprimée six semaines après l'invasion de l'épidémie, je l'ai en ce temps envoyée à nos notabilités médicales, et je pense ne pas avoir oublié un ancien condisciple. Mon but, en propageant cette doctrine, était d'amener mes confrères à placer les révulsifs le long de la colonne vertébrale, afin d'agir plus sûrement sur la moelle épinière qui par ses anastomoses avec le grand sympathique, d'où émanent les plexus nerveux, donne la vie à tous les organes contenus dans la poitrine et dans l'abdomen. Chose étrange! mon nom n'a pas même été prononcé. Mais après trente-quatre ans il est permis d'oublier, et je n'avais pu ajouter à mon titre de docteur que celui d'interne à la Charité.

Cette courte brochure écrite à la hâte et dans les quelques heures dérobées au sommeil, car nous étions au bureau de secours quatre heures pendant le jour et quatre heures durant la nuit, fut reçue avec des chances diverses. Trois professeurs, MM. Fouquier, Orfila et le baron Desgenettes, l'approuvèrent. Ce dernier, maire de l'arrondissement, en fit distribuer vingt exemplaires dans les bureaux de secours de sa circonscription. Je dois avouer qu'elle fut reçue avec froideur par les confrères qui s'étaient mis avec moi à la disposition des cholériques; ils s'imaginèrent qu'on voulait leur faire la leçon. Je fus plus heureux à Bordeaux: un parent m'ayant écrit pour me demander à quelle méthode il conviendrait de recourir dans le cas où le choléra viendrait à éclater dans cette ville, je répondis que Dupuytren donnait le sous-nitrate de bismuth et Magendie le préconisait, et j'envoyai ma brochure. On avait une peur effroyable du choléra, et on comprend avec quelle avidité on se passa de main en main cette lettre venant de Paris; les médecins en prirent connaissance, leur opinion me fut favorable, et on me fit savoir que, d'après le bien qu'ils en avaient dit, elle avait été réimprimée à quinze cents exemplaires.

Cette popularité passagère durait encore au 15 août, lorsque je fus atteint du choléra; toute la ville se montra curieuse de savoir si je saurais me tirer d'affaire par ma médication. Plus tard, en 1849, elle devait sauver les jours de ma femme.

Il est à propos, je pense, de vous dire par suite de quel raisonnement se sont formées mes convictions sur le siége de la maladie. Appelé près d'un cholérique sur le point de rendre le dernier soupir, je le vis en proie à des crampes si douloureuses, qu'il regrettait de ne pouvoir se jeter par la fenêtre. Évidemment la moelle épinière était compromise. Quelques jours après je me demandais à quelles lésions d'organes on pouvait attribuer une mort qui frappait si rapidement sans laisser de traces de désordres intérieurs si l'autopsie était faite quelques heures après l'invasion de la maladie. La réponse était facile, un épanchement dans le cerveau ou la rupture d'un gros vaisseau peuvent seuls amener une mort si soudaine; le malade prêt à expirer conserve son intelligence et l'intégrité des organes des sens. Mais comment expliquer, me disais-je, l'affaiblissement du cœur qui n'admet plus que difficilement le sang veineux, d'où résulte son arrêt dans les parties éloignées du centre de la circulation, la suppression de la bile, celle des urines, la perte de la calorification, etc.? Je me rappelai que la moelle épinière était malade et je compris que ce prolongement du cerveau dont les ramifications communiquant avec les nerfs du grand sympathique et les plexus nombreux qui se distribuent aux organes contenus dans la poitrine et le ventre devaient subir l'influence épidémique.

Je considérai dès lors le choléra comme un empoisonnement *du système nerveux sous-cérébral*, sans me préoccuper de décider lequel des deux nerfs était primitivement atteint; et c'est en plaçant le révulsif sur le trajet rachidien et en agissant ainsi sur les deux systèmes que j'ai obtenu de nombreux succès. J'ai substitué plus tard aux vésicatoires qui sont difficilement maintenus en place, une pommade cantharidée dont l'action est plus prompte et qui d'ailleurs est plus facile à manier. Lorsque la vésication se produit, la diarrhée s'arrête, les vomissements diminuent et deviennent bilieux, le pouls se relève, l'urine coule, la réaction se fait.

J'accorde peu de confiance aux boissons, aux lavements laudanisés, si le cas présente quelque gravité. Quel bénéfice aurait-on obtenu, quand bien même on supprimerait la diarrhée? J'ai peu de confiance dans les nombreuses potions inscrites dans les formulaires; si elles sont trop stimulantes, je les redoute. Les frictions répétées sur tout le corps ont sans doute plus d'efficacité et ont sauvé des malades, mais elles fatiguent les patients et lassent la persévérance de ceux qui leur prodiguent des soins, exigent trop de temps d'arrêt; il importe aussi de ne pas écraser le malade sous des couvertures et de ne point le priver d'air. La chaleur revient dès que la vésication se fait sentir.

Des praticiens dont je suis loin de nier la valeur, pensent que l'altération du sang est la cause première des accidents formidables que l'on voit surgir; mais je ne conçois pas comment, dans cette hypothèse, on expliquerait cette intégrité des sens et de l'intelligence dans la première période, qui est le choléra proprement dit. La tête reçoit à chaque instant ce liquide prétendu empoisonné. D'autres expliquent par la perte des liquides cette septicémie du sang, mais les vomissements et la diarrhée sont souvent peu abondants ou presque nuls. Dans la suette et le diabète les pertes séreuses, bien autrement abondantes, ne donnent lieu à aucun accident observé dans le choléra; que dans cette tourmente le sang subisse une modification fâcheuse, je l'admets, mais ce n'est qu'une altération secondaire.

Malheur au malade, lorsque la réaction commence, si l'on a trop prodigué les boissons stimulantes, s'il a été couvert de sinapismes, de vésicatoires; car, suivant l'expression dont je me sers dans cette lettre, lorsque la réaction se fait, que la vie coule à pleins bords, le sang se précipite vers des organes mal préparés à le recevoir; *craignez de réchauffer trop vite un membre gelé*. Après la disparition du choléra algide, on se trouve en présence d'accidents secondaires dont je n'ai pas à m'occuper en ce moment.

L'expérience a donné raison à ma théorie. Je ne vous propose point un moyen infaillible, un spécifique: si le malade n'a que quelques heures à vivre, si cette médication logique est administrée tardivement, la médecine est impuissante; et cependant j'ai eu le bonheur d'arracher souvent à la mort des malades algides, cyanosés et même atteints d'aphonie, phénomène constant auquel j'attache d'autant plus d'importance qu'il démontre d'une manière je puis dire mathématique, que la maladie a son siége dans le système nerveux. Attribuera-t-on cette aphonie à la décomposition du sang? Sur quel fondement? Dira-t-on que c'est un effet de la faiblesse? Non: le malade se remue, il a toute son intelligence, il veut parler, mais ses paroles sont à peine intelligibles et ne parviennent à nos oreilles que semblables à un souffle modifié par le mouvement de la langue et des lèvres. Qu'en doit-on conclure? je vous le dirai après une courte et dernière digression.

En 1849, j'assistais aux cours et aux expériences que faisait, au collége de France, Magendie; le docteur Nonat était son préparateur. Je rejoignais quelquefois le professeur, et faisant route avec lui, je l'entretenais de ma théorie sur le choléra: il me dit une fois en s'arrêtant: — « Je ne dis pas non, mais des preuves matérielles? » — Des preuves matérielles!

— Eh bien! cette preuve, je vais vous la soumettre, elle m'appartient encore.

Dans le premier siècle de notre ère, sous les empereurs romains Marc Aurèle ou Sévère, Galien, devant les médecins de la cour qui jalousaient sa réputation, suspendait ou abolissait toute émission du son sur des cochons soumis à ses expériences, en liant ou en coupant le nerf récurrent, qui, après avoir concouru à la formation du plexus cardiaque, remonte le long de la trachée-artère, se perd dans le larynx, auquel il donne la faculté d'émettre des sons.

Ici la nature est prise sur le fait, tout commentaire est inutile.

PARALLÈLE ENTRE LES EAUX DE VALS

Et les eaux de Vichy, au double point de vue chimique et thérapeutique (1),

Par le docteur Tourrette.

La presse médicale est unanime pour montrer ce qu'on peut attendre de la station de Vals, si injustement laissée dans l'ombre jusqu'à ce jour.

Un vénérable confrère, M. le docteur Tourrette, s'est fait l'historien convaincu de ces eaux; son nom est désormais attaché à cette intéressante station. Aujourd'hui nous reproduisons un article de M. Diday, le savant rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Lyon; il est difficile de mieux dire, et c'est la raison qui nous porte à lui emprunter l'appréciation suivante:

Depuis nombre d'années, M. le docteur Tourrette travaille à relever la réputation des eaux de Vals, à leur conquérir, aux yeux des médecins comme du public, le degré de considération auquel elles ont droit. A cette œuvre, il a voué ses veilles, son ambition, son talent, une partie de sa fortune. Il a, en quelque sorte, adopté ces eaux; leur succès est devenu, pour lui, une affaire d'amour-propre autant que d'intérêt national et philanthropique.

Est-ce donc que les sources de Vals fussent dédaignées, délaissées à ce point qu'elles eussent besoin d'un vengeur? Non, certes; la place qu'elles occupent en hydrologie aurait de quoi tenter plus d'une de leurs rivales; et, dans notre province surtout, l'expérience clinique nous avait déjà largement édifiés sur les heureuses propriétés de cette source, aussi riche qu'abondante. Nous nous souvenons surtout qu'un de nos plus éminents confrères, un homme qui écrivit peu, mais dont chaque consultation a gardé la valeur d'une monographie, qu'Adolphe Colrat professait pour Vals une estime toute particulière; sentiment de la sincérité duquel il se plaisait à donner l'exemple le verre en main, et qu'il avait sans peine fait partager à sa nombreuse clientèle.

Mais enfin, même le second rang ne peut suffire, pour sa fille adoptive, à M. Tourrette; ses visées sont plus hautes, et il l'exprime sans ambages. L'opinion publique avait placé Vals immédiatement après Vichy. M. Tourrette en appelle résolûment de ce jugement qui aurait, certes, pu satisfaire des prétentions assez exigeantes. Il en appelle en même temps *à maximâ* et *à minimâ*.

A *maximâ*, d'abord; car l'eau de Vals possède une minéralisation alcaline notablement supérieure à la minéralisation de Vichy. Le fait n'est pas contesté et il était, avouons-le, difficilement contestable, puisque cette différence est représentée par celle du chiffre 5,004 au chiffre 7,280.

Mais appel *à minimâ*, non moins fondé; car, en fait d'eaux minérales, l'adage *qui peut le plus peut le moins* ne mérite point de faire loi. Certaines eaux sont réellement trop actives pour pouvoir être utilisées, soit dans certains cas morbides, soit chez certains tempéraments excitables outre mesure. Le besoin d'une source *faible* n'est donc pas moins impérieux, ne se fait pas moins sentir, en médecine clinique, que celui d'une source forte.

Or, sans parler de leur précieuse variété *de nature*, on peut dire que les sources de Vals présentent, aussi graduée que possible, cette variété de degrés. Les sources les plus tolérables, les mieux appropriées aux délicates idiosyncrasies individuelles ou morbides y figurent, pour le plus grand bien des malades, à côté des sources les plus chargées en alcalins, en fer, en acide carbonique, etc.

On ne saurait donc, sans manquer aux plus simples règles du sens médical, faire, selon l'exemple de certains auteurs hydro-égoïstes, un reproche à Vals de son activité extrême; et il n'est que strictement juste de répéter à ce sujet les lignes suivantes de M. Tourrette: « Les sources de Vals sont nombreuses, puissantes et riches. Leurs principes minéralisateurs, identiques au fond, varient néanmoins pour chacune d'elles; elles varient depuis 1 gramme de principes fixes jusqu'à 9 grammes, en passant par tous les degrés intermédiaires. Aussi nulle part, que je sache, on ne trouve autant de ressources qu'à Vals pour varier le traitement et l'accommoder à toutes les nuances de tempérament et de maladies; avantage thérapeutique inappréciable qui permet au médecin de produire, par leur emploi, depuis l'effet hygiénique le moins prononcé jusqu'au résultat médicamenteux le plus énergique. »

Ajouterons-nous, avec M. Tourrette, que « les eaux de Vichy ont un goût *urineux* qui répugne à la plupart des malades, tandis que celles de Vals, de l'avis unanime des buveurs, ont un goût très-agréable? » Non, car ce n'est là qu'un côté accessoire de la question médicale. Il est, d'ailleurs, digne de remarque que jamais la saveur *sui generis* des eaux de Vichy n'a éloigné, de ses bassins, aucun de ceux qui ont réellement besoin d'y puiser. Enfin, le reproche ne serait, avec justesse, applicable qu'aux sources chaudes de l'Allier, et non aux savoureux puits Lardy, ni à l'appétissante fontaine des Célestins.

Fondé sur ces analyses et ces chiffres, fort de sa vieille expérience, M. Tourrette ne laisse, ni inachevé dans ses considérants, ni douteux dans ses conclusions, ce parallèle entre Vals et Vichy. Le témoignage des autorités médicales ne l'effraye pas davantage que celui des chimistes. Comme les soldats de César, il frappe toujours à la tête; et c'est pour cela que le nom de M. Durand-Fardel, l'habile et autorisé patron de Vichy, revient à chaque instant sous sa plume. Mais il n'y est jamais traité qu'avec les égards et la considération dus à son talent, et je ne sache rien d'aussi digne, d'aussi imprévu, d'aussi enlevant, et en même temps d'aussi confraternel que ce trait

(1) Un vol. in-8° de 47 pages, 1865.

par lequel est couronné le plaidoyer de l'avocat de Vals. « Là, dit-il, à propos de leur appropriation à la cure des affections de l'appareil digestif, là est, là sera un de leurs plus grands triomphes. Ce que M. Durand-Fardel dit de Vichy, un jour le Durand-Fardel de Vals le dira de notre station thermale qui a la légitime ambition de conquérir la place qui lui appartient, c'est-à-dire la première. »

Mais Vals ne se borne pas à marcher servilement sur les traces de Vichy, tantôt le devançant de quelques pas, tantôt se laissant volontairement et prudemment distancer, il a aussi sa minéralisation et sa vertu spéciales. Grâce à la quantité notable d'arsenic que contiennent ses eaux, il présente des propriétés thérapeutiques qui déjà ont été utilisées au grand profit des malades. « Je possède, écrivait dès 1862 M. Tourrette, je possède, au point de vue du traitement de plusieurs maladies par nos eaux ferro-arsenicales, quelques faits, peu nombreux à la vérité, mais si surprenants, si en dehors de l'ordinaire, du *connu*, que je ne les livrerai à la publicité que lorsque, par leur nombre, leur authenticité, ils pourront porter dans l'esprit des médecins la conviction qui existe déjà dans le mien, tant je crains de provoquer sur la *physionomie* de quelques-uns de mes confrères ce que Montaigne appelait un léger *ply de Gascogne.* »

Autre indication plus délicate et non moins précieuse, mais qu'il faut, celle-ci, laisser célébrer par les anciens auteurs, que la naïveté de leur langage autorise à tout dire. « Les eaux de Vals, écrivait en 1609 C. Expilly, rhabillent la matrice, provoquent et règlent le flux menstruel, rendent fécondes les femmes stériles qui ne sont hors d'âge de porter enfants. »

« Elles sont merveilleuses, répétait en 1657 M. A. Fabre, contre le dérèglement des purgations menstruelles, et incomparables contre le *perdre en blanc* des femmes.

« Je me contente d'assurer, ajoute-t-il, avec autant de hardiesse que de vérité, que nos Eaux ne manquent jamais de corriger les dérèglements, d'en arrêter le trop grand cours et d'en provoquer le raisonnable et le nécessaire.

« Je défie toutes les femmes qui ont été à Vals de m'opposer une seule expérience contraire à cette vérité. Je pourrais bien nommer bon nombre de celles qui, après avoir été jusqu'à *vingt ans* sans ce flux, l'ont recouvré, en peu de jours, par l'usage de nos eaux.

« J'y en ai connu — à Vals — plusieurs qui avaient lassé la patience de nos docteurs et épuisé l'art et tous les remèdes sans pouvoir jamais les leur procurer. Il a fallu venir à nos eaux pour y voir et y ressentir cet effet, qui tient du miracle en quelque façon. »

« Oserai-je ajouter à ce sentiment ma pensée touchant le flux ou *perdre blanc* si incommode et si importun, si honteux et si peu curable? Je pécherais contre la vérité et la justice que je dois à nos eaux, si je leur dérobais une gloire qu'on ne peut justement donner qu'à elles seules, qui en guérissent *par-à-boût.* (*Entièrement.*) » « Une infinité de femmes, dit le même auteur, ne porteraient pas l'aimable nom de mère, si elles n'étaient jamais venues à Vals; et je connais beaucoup de gens qui ne seraient pas en *nature*, si nos Eaux n'eussent *préparé* les *endroits* où ils devaient être conçus. La foule des femmes de toute sorte qui y accourent de toute part en est une preuve authentique et non pas une opinion qui conduit le peuple; et nous pouvons assurer que, tous les ans, après tous les vœux et tous les remèdes, il y en a *quantité* qui, dans moins de dix mois, mettent au monde ces chers *objets* de leurs espérances et de leurs désirs, que nous pouvons, en quelque manière, appeler les *enfants* et les *effets des eaux de Vals.* »

Nous n'avons pu donner une idée, même sommaire, de la valeur des arguments de notre confrère. Ces arguments, on le voit, sont de ceux qui sont sûrs d'obtenir l'adhésion universelle; car ils sont à la portée de toutes les intelligences et s'adressent au bon sens naturel des malades avec autant de succès qu'au jugement plus défiant des princes de la science, de ceux qui, en fait d'eaux minérales, font et défont les réputations. A coup sûr, il ne manque rien à Vals en fait de richesse hydro-minérale. Mais cela suffit-il, de nos jours, pour conquérir le premier rang? « Vous nous vantez vos misérables eaux de l'Ardèche, répondra du bout des lèvres, s'il daigne répondre, quelque touriste influent; mais de quel monarque, ou de quelle Thérésa, ont-elles jamais reçu la visite? A quelle conférence diplomatique s'en rattache le souvenir? Y a-t-il là un kursal, des concerts, un théâtre? Y couronne-t-on tant seulement une pauvre petite rosière, par saison?... »

C'est effectivement ainsi que se font aujourd'hui les renoms européens. M. Tourrette ne l'ignore pas plus que nous. Comme nous, il sait que ce n'est rien d'avoir prouvé la richesse minéralisatrice de ces eaux, s'il ne met pas à leur disposition la richesse métallurgique de quelque capitaliste qui viendra *monumentiser* et *casinoter* ce pittoresque vallon, pour en maquiller le paysage au goût du jour!...

Mais ne désespérons pas à ce point du pouvoir de la vérité ou d'un sage retour de l'opinion. Quant à nous, nous avons obéi à une attraction irrésistible en prêtant à notre estimable et sympathique confrère l'appui de toute la publicité qui est en notre pouvoir.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'action thérapeutique de l'arseniate d'antimoine sur certaines affections du cœur et des poumons.

Dans un premier travail sur la médication arsenio-antimoniale, publié le 21 janvier de cette année (*Gazette médicale*), le docteur Papillaud attirait l'attention sur un agent thérapeutique dû à la combinaison de deux substances bien connues, et très-usitées en médecine, l'arsenic et l'antimoine, mais qui jusqu'ici n'avaient guères été employées qu'isolément. Lassé de l'impuissance des préparations de digitale contre les affections cardiaques, il entreprit de nouvelles expérimentations et crut trouver dans l'arseniate d'antimoine un médicament qui, outre son action sédative sur le cœur, exerce encore une influence favorable sur tout l'organisme en stimulant l'appétit et en activant la nutrition. Il restait à savoir si ce nouveau médicament administré pendant un long temps aurait une action nuisible sur l'économie animale. Or, l'étude des effets consécutifs de l'arseniate d'antimoine, montra qu'il était facilement toléré, et que des traitements de six mois, d'un an, de deux ans même, ont toujours été parfaitement supportés.

L'écueil des préparations arsenicales connues sous les noms de Fowler, de Pearson, de Biett, etc., consiste dans leur dosage par gouttes abandonné à la discrétion du malade et souvent aussi à son imprudence et à sa distraction. Pour éviter les mêmes inconvénients, le docteur Papillaud proposa de faire des granules d'arseniate d'antimoine, d'un demi-milligramme chacun, et de prescrire ces granules à la dose de quatre par jour pour les adultes.

Plus récemment, le docteur Papillaud publia de nouvelles observations sur l'emploi de l'arseniate d'antimoine dans les affections chroniques des poumons. Voici les conclusions générales de son Mémoire.

1° La médication arsenio-antimoniale n'est, au fond, que la médication arsenicale rendue plus active à moindre dose par la combinaison de l'arsenic avec un adjuvant énergique qui est l'antimoine. 2° Elle a apporté de notables améliorations, et même amené des guérisons dans de nombreux cas d'affection du cœur qui avaient été traitées sans succès par diverses autres médications. 3° Il est arrivé que, même dans des affections organiques du cœur avec lésion incurable, la médication arsenio-antimoniale a produit des améliorations fonctionnelles assez considérables pour que les malades aient pu se croire guéri, bien que les signes sthétoscopiques correspondants à leurs lésions fussent toujours constatés à l'auscultation. 4° L'action élective de l'arseniate d'antimoine sur le cœur et la circulation a constamment été accompagnée de l'action reconstituante du même médicament sur tout l'organisme. 5° L'arseniate d'antimoine a rendu de grands services dans le traitement de la phthisie pulmonaire, mais ces heureux effets paraissaient être dus à son action reconstituante générale plutôt qu'à une action spéciale contre la diathèse tuberculeuse. (*Gazette médicale* de Paris, octobre et novembre 1865.)

Des propriétés physiologiques et thérapeutiques de la scille maritime.

Le Dr Schroff vient de soumettre la scille maritime au contrôle de l'expérimentation. Voici les principaux résultats relativement aux propriétés physiologiques et thérapeutiques de cette plante.

La scille maritime exerce une action spéciale sur les organes respiratoires et urinaires. Dans plusieurs expériences, on trouva les reins congestionnés, et même du sang dans l'urine. Quant à l'action sur les poumons elle est due, non à la scillitine qui est sans saveur et détermine des phénomènes de narcotisme, mais au principe âcre que renferme la scille. Par conséquent, cette plante doit être placée parmi les narcotico-âcres, à côté du colchique. Elle se distingue de l'aconit en ce qu'elle agit immédiatement sur les reins qu'elle congestionne, tandis que l'aconit ainsi que la digitale agit tout d'abord sur les mouvements cardiaques.

La scille ressemble au colchique sous plusieurs rapports : comme cette dernière plante, elle influence le système ganglionnaire et par suite les organes d'excrétion et de sécrétion; comme elle aussi elle possède un principe âcre, un principe amer actif et un principe narcotique. Quand on veut activer les excrétions, comme dans le rhumatisme ou la goutte, il faut préférer le colchique, mais on doit recourir à la scille toutes les fois que l'on a besoin d'un expectorant ou d'un diurétique.

La scille est un diurétique moins énergique que les cantharides ; aussi les doses doivent-elles en être un peu plus élevées. (*Schmidt's Jahrbücher, etc.*, april 1865).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 décembre 1865.

Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre du commerce et des travaux publics transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Goupil des Pallières (de Fontainebleau), Martin (de Vitry), Claudot (de Neufchâteau), et Schmitt (de Sarreguemines). (Commission des épidémies.)

2° Des recettes et remèdes contre le choléra, par M. le docteur William Budd (de Bristol), M. le docteur Vanlerberghe (de Kain, en Belgique), et M. Didier, pharmacien à Lure. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° Un rapport de M. Niepce sur le service médical des eaux minérales d'Allevard. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un état récapitulatif des décès dans la principauté de Monaco, depuis le 1er juin 1865 jusqu'à ce jour, par M. le docteur Gillebert d'Hercourt.

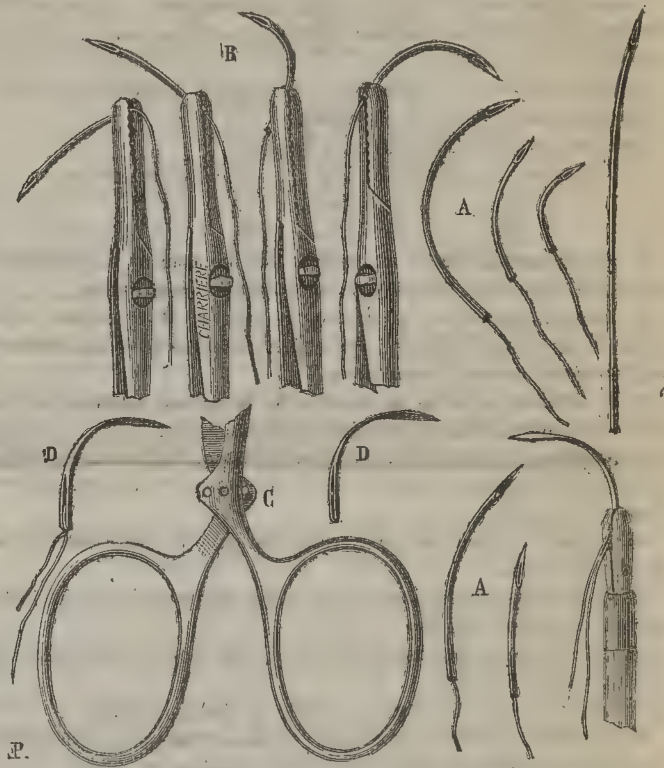
2° Une note sur la possibilité de la formation d'oxyde de carbone dans le sang, par M. Præschel, géographe.

3° Une note sur l'étiologie du choléra et son traitement au moyen du bichlorure de mercure, par M. le docteur Blanchon. (Commission du choléra.)

4° Une lettre de M. le docteur Duchosal, relative au traitement de la phthisie par l'hypophosphite de plomb. (Commission des remèdes serets et nouveaux.)

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Batailhé et renfermant des recherches cliniques et expérimentales sur la nature et le traitement spécifique de la fièvre typhoïde. (Le dépôt est accepté.)

Aiguilles destinées à simplifier les sutures métalliques. — M. Charrière complète la communication qu'il a faite dans la séance du 28 novembre au sujet de la présentation de ses aiguilles destinées à simplifier les sutures métalliques, en donnant leur figure, et en indiquant l'emploi avantageux qui en a été fait depuis, par M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, pour une opération de staphyloraphie, et par M. Labbé, à la Salpêtrière, pour une fistule vésico-vaginale; opérations postérieures à l'emploi qui en avait été fait par M. Péan, à la Charité.



Description des figures. — A. Aiguilles tubulées divisées en deux gouttières superposées, dans lesquelles on peut introduire des fils métalliques de grosseurs variées. Leur action peut être comparée à une lardoire, et les pointes se font également en fer de lance.

B. Aiguilles vues montées dans toutes les directions sur une pince de M. Sims ou tout autre porte-aiguille.

C. Point d'arrêt modèle Charrière pour appliquer à toutes les pinces portant des anneaux ou autre porte-aiguille.

D D. Aiguilles à chas avec deux cannelures profondes, pour loger le fil métallique sans saillie.

M. FÉE, membre de l'Académie, adresse l'extrait d'une lettre de M. Lherminier père (de la Pointe-à-Pitre), sur le choléra épidémique de la Guadeloupe.

M. J. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil imaginé par M. le docteur Plaite, médecin de l'armée hellénique, construit par le successeur de M. Capron, et destiné à faciliter l'éclairage laryngophthalmoscopique, sans le secours d'une lampe.

M. Béclard dépose ensuite sur le bureau la sixième livraison, 2me partie du IIIe volume, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, publié sous la direction de M. Dechambre, par les éditeurs Masson et Asselin.

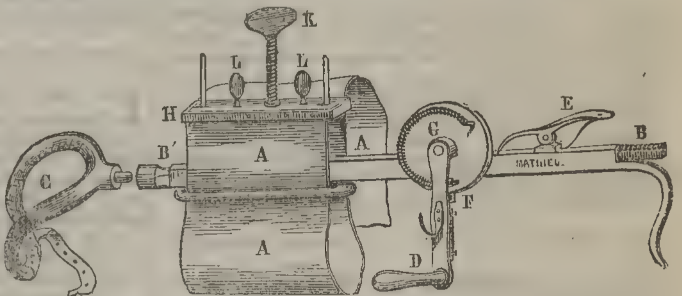
M. BOUVIER présente l'otoscope et laryngoscope de M. le docteur Garrigou-Desarènes (voir la *Gazette des Hôpitaux* des 18 novembre et 16 décembre derniers).

M. GAVARRET soumet à l'examen de l'Académie, au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, un instrument de son invention pour réduire les luxations de l'épaule, du coude, de la hanche et du genou.

Cet instrument se compose des parties ci-dessous indiquées :

A. Large courroie destinée à embrasser le membre au moment de l'opération, elle peut s'allonger et se raccourcir à volonté et la compression se fait à l'aide d'une vis dans le genre du tourniquet de J. L. Petit.

B. Tige à crémaillère, glissant dans une gaîne qui forme le corps de l'instrument et qui est unie au mécanisme de la courroie.



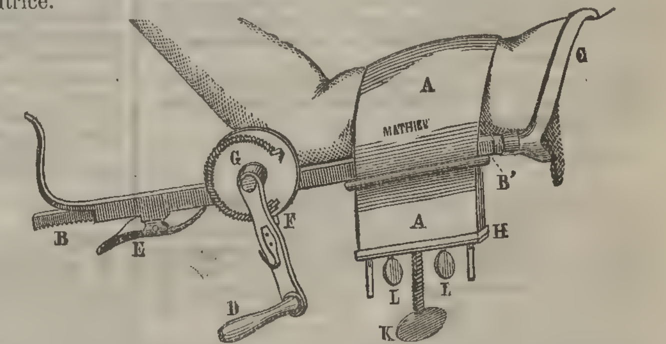
C. Pièce en acier en forme de croissant, rembourrée, qui s'emboîte dans la tige à crémaillère et sert à produire le point d'appui de la contre-extension.

D. Manivelle destinée à mettre l'instrument en mouvement.

E. Cliquet à échappement arc-boutant la crémaillère et maintenant à l'état fixe le produit de l'extension.

F. Petit verrou à ressort, tombant dans les crans pratiqués sur la périphérie du dynamomètre, et indiquant à tous les temps de l'opération la force de traction exprimée par kilogramme.

G. Dynamomètre, fonctionnant à l'aide d'un ressort à boudin, sur lequel la manivelle vient appuyer et produit l'effet de l'aiguille indicatrice.



Cet instrument est basé sur le même principe que celui de la pince à réduire les luxations des doigts (présentée par lui à la séance du 11 janvier 1864), combiné avec le système à crémaillère de M. Jarvis.

Construit dans des proportions plus développées, il donne une force d'extension et de contre-extension progressive, constante et sans à-coup, qui met à l'abri de tout accident.

Une fois fixé sur le membre, l'opérateur le fait manœuvrer sans le secours d'aucun aide.

Quatre luxations de l'épaule ont été réduites avec la plus grande facilité à l'aide de cet instrument et sans avoir recours au chloroforme.

Dans le service de M. Dolbeau, à l'Hôtel-Dieu, luxation remontant à vingt-six jours, 76 kilos de traction.

Dans le service de M. Jarjavay, à Beaujon :

Luxation remontant à 32 jours. . 96 kilos de traction.
Id. à 4 jours. . 70 Id.
Id. à 7 jours. . 106 Id.

M. GAVARRET présente en second lieu au nom de M. le docteur Leroy, de Méricourt, un ouvrage imprimé sur les altitudes.

M. ROCHE dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Jules Lemaire, un volume intitulé : *de l'Acide phénique et de ses diverses applications comme désinfectant.*

M. J. GUÉRIN présente au nom de M. le docteur Gallavardin, de Lyon, un ouvrage *Sur la paralysie phosphorique.*

M. CERISE, au nom de M. le docteur Foissac, fait hommage à l'Académie d'un ouvrage intitulé : *les Trois fléaux, le choléra, la fièvre jaune et la peste.*

M. MÉLIER dépose sur le bureau, au nom de leurs auteurs les ouvrages suivants :

1° Cinq lettres manuscrites sur le choléra adressées à Prus en 1848, par M. le docteur Clot-Bey.

2° Une indication physiologique et clinique pour le traitement du choléra par M. Levicaire.

3° Le pèlerinage de la Mecque, par M. le docteur Schnepp.

M. RICORD présente au nom de M. le docteur Magne, un exemplaire de la troisième édition de son *Traité de l'hygiène de la vue.*

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau pour l'année 1866.

Le vice-président passant de droit président, aux termes du nouveau règlement, l'Académie a à élire un vice-président pour l'année prochaine.

Le nombre des membres votants est de 59, majorité 30. Le dépouillement du scrutin donne le résultat suivant :

M. Tardieu obtient.................. 51 suffrages.

Il y a trois billets blancs. Les autres voix sont réparties entre MM. Guérard, Louis, Depaul, Jolly et Barth.

L'Académie procède ensuite à un deuxième scrutin pour l'élection d'un secrétaire annuel.

M. J. Béclard est réélu à la presque unanimité des suffrages.

Deux tours de scrutin ont lieu ensuite pour l'élection de deux membres du conseil. Sont élus MM. Michon et Huzard.

LECTURES.

Choléra et typhus. — M. DECROIX, vétérinaire en premier de la Garde de Paris, lit un travail intitulé : Parallèle entre le choléra et le typhus contagieux des bêtes à cornes.

L'auteur déduit de ce parallèle la conclusion suivante : l'analogie entre les symptômes, les causes, le mode de propagation du choléra morbus et du typhus contagieux des bêtes à cornes, est assez grande pour engager les médecins et les vétérinaires à rechercher si les connaissances acquises et les découvertes qui seront faites en vue de combattre l'un des fléaux ne pourraient pas être utilement appliquées pour combattre l'autre. (Comm. MM. Leblanc et Bouley.)

Choléra. — M. HÉBERT, pharmacien en chef à l'hopital des Cliniques, donne lecture d'un travail sur la nature et le traitement du choléra.

L'auteur a cherché vainement dans le sang des cholériques l'acide oxalique dont quelques observateurs avaient signalé la présence. Ce n'est donc pas à ce principe qu'il faudrait attribuer le choléra. Suivant lui, cette maladie reconnaîtrait pour cause la contamination du sang par un agent miasmatique qui a échappé jusqu'à présent à toutes les recherches, et qui exercerait son action sur le système nerveux ganglionnaire. M. Hébert conclue de ces données que la première indication thérapeutique à remplir est de favoriser ou de provoquer les vomissements et les évacuations alvines afin d'éliminer le poison; il faudrait ensuite chercher à détruire ou neutraliser sur place, c'est-à-dire dans le sang lui-même, ce qui reste de ce poison au moyen d'inhalation contenue de chlore gazeux, dégagé, non des chlorures, mais d'une réaction fournissant ce gaz à l'état naissant. (Comm. du choléra.)

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Pouilly-en-Montagne (Côte-d'Or), 27 novembre 1865.

Monsieur le rédacteur,

Au moment où la Société de chirurgie s'occupe de la question de la polydactilie, je crois le moment opportun de publier un exemple de cette difformité, que j'ai rencontré dans ma pratique. C'est donc en raison de l'intérêt d'actualité que cette observation peut présenter que je viens vous prier de vouloir bien lui accorder l'hospitalité dans vos colonnes.

Dans le courant de septembre de l'année dernière, je fus appelé dans une localité voisine de ma résidence, pour une femme nouvellement accouchée et qui présentait quelques accidents de métro-péritonite.

Après avoir donné à cette femme les conseils que réclamait sa position, je fus prié par elle de vouloir bien regarder son enfant, qui n'était pas, disait-elle, régulièrement conformé. Je trouvai, en effet, sur cette enfant, un bel exemple de polydactilie, régulière pour les membres inférieurs, mais irrégulière aux membres supérieurs.

Le doigt surnuméraire que présentaient les pieds avait une conformation tout à fait normale; même longueur que le cinquième orteil, rectitude parfaite des deux côtés. Je cherchai à m'assurer s'il existait un sixième métatarsien correspondant, mais j'acquis la certitude que cela n'était pas, mais que la tête du cinquième métatarsien, plus large que d'ordinaire, présentait deux surfaces articulaires, l'une normale, régulière, correspondant au cinquième orteil; l'autre, surnuméraire, regardant en dehors, s'articulant avec la première phalange du sixième orteil.

A la main, la même régularité était loin d'exister; le doigt surnuméraire prenait son insertion sur le milieu du cinquième métacarpien, mais non plus par une surface articulaire, comme cela existait au membre inférieur. A la main droite, l'insertion se faisait par un pédicule assez large, formé par la peau et du tissu cellulaire assez dense; à gauche, le pédicule tout à fait filiforme ne paraissait constitué que par la peau. Du reste ces deux doigts n'avaient guère que la moitié de la longueur de l'auriculaire, et n'étaient formés que de deux phalanges; l'ongle cependant était, toute proportion gardée, régulièrement développé.

Je fis, à la main, l'ablation du doigt surnuméraire, et pratiquai au pied la désarticulation du sixième orteil; aucun accident consécutif n'est survenu et aujourd'hui la conformation des pieds et des mains paraît normale, si ce n'est cependant aux pieds, où il existe une légère saillie correspondant à la surface articulaire du doigt enlevé.

L'opération, qui ne fut guère faite que six semaines après mon premier examen, me permit de constater que les doigts surnuméraires avaient participé au développement général du corps.

Dr Bauzon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret en date du 9 décembre, M. Bouley, professeur à l'École d'Alfort, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Cette nomination a été accueillie avec la plus vive satisfaction par le corps médical et nous sommes heureux de joindre nos félicitations à celles de tous ceux qui ont pu apprécier le savant vétérinaire et le disert académicien.

— M. le docteur Félix Roubaud vient de donner sa démission de médecin inspecteur des Eaux de Pougues pour prendre la direction de l'établissement auquel il était attaché depuis huit ans. Si l'administration doit regretter de se séparer d'un homme dont les travaux ne sont pas sans valeur, le science, les malades et l'établissement de Pougues doivent se réjouir de cette détermination, qui permettra au docteur Roubaud d'appliquer plus effectivement que par le passé les résultats de sa longue expérience.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours de médecine expérimentale au Collége de France le vendredi 22 décembre à midi et demi, et le continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à la même heure.

— La prochaine séance de la Société médicale d'observation aura lieu demain vendredi, 22 décembre.

Ordre du jour : communication de MM. Hemey et Beaumetz.

— C'est M. Hayem et non Haym, qui a recueilli dans le service de M. Bouchut, alors suppléé par M. Millard, l'observation publiée dans notre dernier numéro.

Traité des tumeurs, par Paul Broca, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. Le tome premier vient de paraître. Prix : 8 fr. franco. Paris, 1865, P. Asselin.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine, de fin d'année et aux accouchements, 1er ex. 2 vol. Prix : 3 fr.; 2me et 5me ex. 1 vol. Prix : 1 fr. 50 c.; 3me ex. 2 vol. Prix, 3 fr. Accouchements, 2 vol. Prix : 3 fr. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 »
Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER,
le port en sus
suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Choléra observé à la Charité (service des femmes), et l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants). — Bubon phagédénique traité par le sulfate de cuivre. — HOPITAL DE VERSAILLES. Pied-bot varus équin. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Choléra. — Résumé des faits observés dans le service des femmes, à l'hôpital de la Charité, pendant le mois d'octobre.

Après les observations faites à la hâte, les faits recueillis au passage, les simples dénombrements et les formules et indications générales des moyens de traitement, voici le moment des études plus sérieuses faites avec réflexion et recueillement. Nous avons déjà exposé plusieurs comptes rendus détaillés de services hospitaliers. M. le docteur Parrot chargé momentanément du service des femmes à l'hôpital de la Charité, durant tout le mois d'octobre, vient de publier, dans la *Gazette hebdomadaire,* un résumé des observations qu'il a faites, pendant cette période, sur l'épidémie régnante. Nous extrayons de ce recueil l'exposé des faits principaux qui ressortent de ce document.

Le nombre des malades traités par M. Parrot pendant le mois d'octobre s'élève à 63. L'analyse des symptômes qu'ils ont présentés, simplement confirmative à beaucoup d'égards de faits bien connus, et que nous nous dispenserons, par conséquent, de reproduire, a présenté quelques faits nouveaux ou moins connus et incomplètement étudiés jusqu'ici, qu'il nous paraît utile de faire connaître.

Tels sont en particulier les suivants :

Du côté des organes digestifs, M. Parrot a constamment constaté un état identique de la langue et de la muqueuse buccale pour une même période de la maladie. Froides et d'ailleurs naturelles pendant l'algidité, elles se sont réchauffées et desséchées au moment de la réaction, pour devenir bientôt après le siége d'une desquamation générale et d'un érythème intense. Dans cette période il a vu souvent, sur 10 malades, se développer à leur surface du muguet, qui tantôt se montrait sur plusieurs points à la fois, tantôt semblait se limiter à une ou deux régions de la cavité. Chez deux malades il recouvrait presque toute la paroi cavitaire d'une couche épaisse et continue, et l'on constatait en même temps l'existence d'un érythème papuleux au niveau des fesses et de quelques articulations. Quelquefois la présence du muguet était signalée par une douleur à la gorge ; dans les autres cas, aucun phénomène subjectif ne le révélait. Ce symptôme, qui dans d'autres affections est considéré généralement comme un signe pronostique grave, loin d'avoir été, dans ces circonstances, un signe fâcheux, s'est presque toujours montré, au contraire, dans des cas qui se sont terminés par la guérison.

Du côté de la circulation, la gravité du mal a été d'une manière constante proportionnelle à la faiblesse des pulsations artérielles. Leur fréquence, toujours plus grande dans le stade algide que dans celui de la réaction, alors même qu'elle devenait considérable, n'a été que très-rarement d'un mauvais augure.

Dans aucune des périodes M. Parrot n'a constaté de bruit anormal à la région cardiaque.

Quelques hémorrhagies, mais en petit nombre, se sont produites dans la période de réaction. Dans un cas très-grave, il y a eu une quantité notable de sang dans les gardes-robes. Des lavements froids et un vésicatoire volant sur le ventre ont eu promptement raison de cet accident. Deux malades ont eu des épistaxis et une troisième une hémoptysie avec oppression considérable, anxiété, râles ronflants et muqueux dans toute l'étendue du thorax. L'application de ventouses scarifiées sur le thorax, l'usage d'une potion astringente et opiacée, ont eu un plein succès. Ces quatre malades ont quitté l'hôpital guéries.

Il y a eu enfin, au début de la réaction, de nombreux cas de congestion conjonctivale.

Le trouble fonctionnel dominant des organes respiratoires a été la dyspnée, qui a été excessive dans quelques cas ; on a pu compter jusqu'à 60 inspirations par minute.

Les crampes ont été rares et peu intenses.

Dans 22 cas il a existé à l'épigastre une douleur qui est devenue quelquefois, par son intensité, le symptôme prédominant.

La peau, sèche d'ordinaire, s'est couverte dans quelques cas d'une sueur tantôt profuse, tantôt peu abondante et visqueuse. Cette sueur qui coïncidait en général avec une suppression brusque des déjections, a été presque toujours d'un mauvais augure.

L'état de grossesse de plusieurs malades a permis d'étudier l'influence du choléra sur la gestation. Cinq femmes sont entrées dans le service à une période avancée de la grossesse. Une de ces femmes, enceinte de huit mois, est morte au bout de moins d'une heure ; une autre enceinte de huit mois et demi, entrée à l'hôpital le lendemain du début de la maladie, après avoir présenté des accidents très-graves, allait beaucoup mieux, elle était en état de réaction et commençait à s'alimenter, lorsqu'elle fut prise brusquement des symptômes du croup auquel elle succomba rapidement. Les trois autres femmes enceintes ont guéri, deux après avoir avorté, la troisième seule ayant conservé intact le produit de la conception. La grossesse comme on le voit par ces trois derniers exemples, n'a pas paru aggraver l'état des malades ni exercer une influence fâcheuse sur l'issue de la maladie. Mais celle-ci a été fatale aux enfants.

Sur ces 63 malades, 48 venaient de la ville, 15 avaient été prises dans les salles. Sur ces 15 prises dans l'hôpital, 13 ont succombé. Parmi les 48 venues de la ville, 20 avaient du dévoiement depuis un temps assez long au moment de l'explosion des symptômes cholériques, et chez 12 d'entre elles la diarrhée datait de plus de 8 jours.

Voici les principales particularités anatomo-pathologiques constatées par M. Parrot.

La psorentérie, exceptionnelle dans le gros intestin et dans les deux tiers moyens de l'intestin grêle, était, au contraire, très-marquée dans le voisinage de la valvule et du duodénum.

Le liquide intestinal, tout à fait analogue à celui des déjections, quoique plus épais, contenait une quantité considérable d'épithélium cylindrique, dont les cellules, emprisonnées avec de la sérosité et des granulations opaques dans un lacis fibrineux, constituaient les flocons blancs caractéristiques.

Le sang noir et visqueux était peu abondant dans le système vasculaire, et les rares caillots qu'on trouvait dans le cœur étaient friables et diffluents.

La médication mise en usage chez ces malades a été, à peu de chose près, la même pour toutes, durant la période algide. On leur a donné du chloroforme à l'intérieur, à la dose de 4 à 8 grammes par jour dans les cas graves, et de 2 à 4 grammes dans les cas légers, dans 100 grammes d'eau et 20 grammes de sirop de quinquina. Cette potion était administrée par cuillerée à café ou par demi-cuillerée à bouche toutes les demi-heures. Elle a eu pour effet ordinaire de calmer l'anxiété et la douleur épigastrique, et de diminuer la fréquence des vomissements.

Avec la potion au chloroforme on donnait fréquemment des fragments de glace et de petites doses de vin de Bagnols, ou une infusion aromatique si le vin était mal supporté.

Pour réchauffer les malades, on avait recours aux frictions sèches et stimulantes, etc.

Pendant la réaction, on appliquait de larges vésicatoires volants au niveau du creux épigastrique et sur l'abdomen, dans le but de faire cesser la diarrhée et les vomissements bilieux, qui persistaient chez quelques malades. A cette même période, M. Parrot a fait usage de l'épicacuanha à dose vomitive, lorsque la langue devenant sèche et se couvrant d'un enduit saburral, les malades étaient pris de nouveau d'inappétence. Sous l'influence de ce vomitif, on voyait revenir l'humidité de la bouche et l'appétit.

L'eau de Vichy, dans les cas de muguet, paraît avoir activé la disparition de cet accident.

Le régime alimentaire a particulièrement préoccupé M. Parrot, qui, ayant jugé nécessaire de nourrir les malades le plus possible, a fait un grand usage du bouillon de bœuf, à titre tout à la fois de tisane et d'aliment. Il était donné très-fréquemment, en petites quantités, toujours froid, tantôt pur, tantôt mélangé à de la glace concassée. On n'hésitait pas à le prescrire pendant l'algidité dès que les vomissements devenaient moins fréquents. Dès que la réaction était établie, on autorisait l'usage des potages gras. Dès les premiers indices de la convalescence, on ajoutait les viandes rôties et grillées et les œufs mous.

Il résulte de l'analyse de ces faits, que sur 63 cas qui ont servi de base à cette étude, 53 étaient graves, 5 d'intensité moyenne et 5 légers. Il y a eu 25 guérisons et 38 décès. Les décès sont donc des 3/5e et les guérisons des 2/5e. Mais ce résultat brut, comme l'a fait remarquer M. Parrot, ne peut servir à l'appréciation de l'influence du traitement. 3 malades, en effet, sont mortes immédiatement après leur admission, et 2 au bout de deux heures. 2 jeunes femmes étaient arrivées à la troisième période de la phthisie pulmonaire ; 2 autres étaient atteintes de dothiénentérie quand elles ont été prises du choléra ; enfin, une dernière avait une maladie organique du cœur. Ces cas défalqués du total des décès, les malades n'ayant pas été soumises au traitement ou n'ayant pu en bénéficier, on arrive à balancer à peu près le chiffre des décès et celui des guérisons.

Résumé du service de M. Barthez à l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants).

M. Barthez a eu dans son service 57 enfants atteints de choléra. Sur ces 57 enfants, 37 appartenaient à des familles dans le sein desquelles le choléra avait déjà fait des victimes. Plusieurs venaient de perdre tout récemment leur mère, et parmi eux il s'est trouvé plusieurs fois des frères et sœurs atteints en même temps. Cette circonstance n'a pas paru d'ailleurs avoir une grande influence sur l'issue de la maladie ; la proportion des guérisons et des morts a été la même que pour la généralité des autres enfants.

Il y a eu des cholérines et des choléras.

Les cholérines bien caractérisées ont été au nombre de 9. Elles se sont toutes terminées par la guérison. Le traitement a consisté en évacuants : ipécacuanha et purgatifs salins. Dans aucun cas les purgatifs n'ont produit d'accidents. Après les évacuants on a administré le bismuth, l'opium et les astringents.

Les cas de choléra confirmé ont été au nombre de 28, sur lesquels il y a eu 18 morts et 10 guérisons. Cette proportion considérable de la mortalité doit être attribuée en grande partie à l'état grave et avancé où étaient la plupart des enfants au moment de leur entrée à l'hôpital. Ils étaient presque tous cyanosés. Quelques-uns sont morts en douze heures.

Le choléra s'est présenté sous deux formes : une forme rapide et une forme lente.

Il y a eu, en outre, une distinction à établir relativement à l'âge des malades. Chez les petits enfants en bas-âge, au-dessous de deux ans, la maladie a été modifiée dans son type, elle a été identique au choléra infantile ou catarrhe gastro-intestinal de MM. Rilliet et Barthez. Ce n'est pas, cependant, qu'on ne puisse rencontrer le choléra complet chez les enfants en bas-âge ; mais il ne s'en est pas présenté d'exemple dans l'épidémie actuelle.

Il y a eu 9 cas de choléra infantile, dont 7 suivis de mort et 2 de guérison.

Chez les enfants de deux à quinze ans, il y a eu 8 guérisons et 11 morts. Voici comment ce chiffre se décompose :

7 enfants de cinq à onze ans sont entrés à l'état algide. Les symptômes d'invasion n'ont présenté aucune particularité. Chez ces 7 enfants les évacuants vomitifs et purgatifs ont paru avoir la plus heureuse influence. Les stimulants *intùs* et *extrà* ont réussi dans quelques cas où les symptômes gastriques n'étaient pas assez accusés pour justifier l'emploi des vomitifs.

Il n'y a eu qu'un seul cas de mort parmi ceux qui ont pu être traités à la première période.

Les autres, au contraire, ceux qui sont entrés en état de période avancée de la maladie, ont presque tous succombé. La proportion des morts chez les malades de cette catégorie a été de 10 sur 12.

On n'a presque pas observé de crampes chez les enfants. Ce symptôme a fait presque complétement défaut, ou il a été insignifiant.

La soif a toujours été très-développée et les petits malades avaient tous un vif désir de glace et de boissons glacées.

Le vomissement a été un des symptômes les plus constants et les plus tenaces. Il a été, dans un grand nombre de cas, un sérieux empêchement à l'administration des agents thérapeutiques. Les sinapismes ont réussi quelquefois à modérer ce symptôme.

La diarrhée a été également fréquente. Le ventre était le plus souvent mou et indolent.

La suppression des urines a été constante dans la période algide. Le pouls s'est montré fréquent.

Le traitement de la période algide a consisté dans l'usage des stimulants de toutes sortes : thé au rhum ordinairement, rhum pur dans quelques cas, suivi immédiatement de l'administration de petits morceaux de glace. Cette médication a donné plusieurs fois de bons résultats, dans les cas graves.

Dans les cas moyens, les stimulants étaient donnés avec plus de discrétion. On donnait encore du rhum, de la chartreuse mais mitigés.

A ces moyens, on ajoutait l'enveloppement des malades dans des couvertures de laine, les frictions sèches, les sinapismes et l'enveloppement dans des linges sinapisés.

Enfin, les symptômes gastriques persistants ont été combattus par les vésicatoires et les ventouses sèches sur l'épigastre.

La réaction a présenté la forme typhique et la forme comateuse.

La forme typhique a été observée dans deux cas, chez deux enfants, âgés l'un de huit et l'autre de neuf ans.

La forme comateuse a été observée également deux fois.

Enfin, dans deux cas, les accidents cérébraux de la réaction ont donné lieu à des convulsions générales.

Le traitement de la réaction a varié suivant ses formes. Dans l'état comateux, M. Barthez a prescrit le café et le quinquina. Dans la forme typhique il a essayé plusieurs fois les injections de sulfate de quinine. (Nous n'en avons pu connaître exactement les résultats.)

Bubon phagédénique. — Sulfate de cuivre. — Prompte guérison.

Le bubon phagédénique, quand il a une certaine étendue est difficile et long à guérir, et l'on sait combien sont nombreux les traitements qui sont préconisés en pareil cas. Nous avons vu tout dernièrement à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Foucher, une malade chez laquelle les pansements avec le sulfate de cuivre ont amené une prompte guérison. Cette malade avait dans l'aine gauche une large ulcération ovalaire, à grand diamètre, dirigée dans le sens du pli de l'aine. Ce grand diamètre a une longueur de 9 à 10 centimètres; tandis que le plus petit ne mesure pas plus de 5 centimètres. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, largement décollés, le fond est anfractueux et grisâtre. Ce vaste ulcère fut pansé avec de la charpie trempée dans une solution de 15 centigrammes de sulfate de cuivre dans 30 grammes de glycérine, et ce pansement fut répété deux fois par jour. Dès le lendemain on put remarquer une amélioration notable, les bords de l'ulcération étaient moins saillants et le fond moins sanieux. Les jours suivants et sous l'influence d'un seul traitement les dimensions de l'ulcère diminuèrent rapidement et le seizième jour la malade put quitter l'hôpital parfaitement guérie. La rapidité de la guérison dans ce cas doit être attribuée au sulfate de cuivre dont la dose pourrait, du reste, être augmentée.

HOPITAL DE VERSAILLES. — M. Leroux.

Observation de pied-bot varus équin ayant présenté à l'autopsie des lésions en tout point identiques à celles que M. le professeur Gosselin a constatées et décrites dans une autopsie de pied valgus douloureux (tarsalgie des adolescents).

Le nommé S..., Ernest, Nicolas, âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital pour une affection du pied droit qui lui rend la marche de plus en plus difficile, et ne lui permet d'exercer que très-irrégulièrement sa profession de garçon maçon.

S... a quatre frères bien portants et bien constitués, lui-même jouit d'une bonne santé en dehors de son infirmité.

Ses deux pieds sont mal conformés. Le pied gauche présente un léger varus, puisque dans la marche, la face plantaire du pied repose presque complétement sur le sol; mais si on place le membre inférieur dans la position horizontale, on constate très-facilement que la face plantaire a une courbure exagérée, et regarde légèrement en dedans, que le bord interne du pied est tourné en haut, et que le tendon d'Achille et le tendon du jambier antérieur offrent une saillie plus marquée. Le pied droit, au dire du malade, était en tout semblable au pied gauche, et ce n'est que graduellement qu'il a vu son pied droit se déformer et arriver enfin à l'état de pied varus équin que l'on constate aujourd'hui.

On peut rattacher cette lésion aux causes énoncées par M. le professeur Gosselin dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 novembre 1865, à savoir : la marche et la station verticale prolongées et les entorses. En effet, dès l'âge de quatorze ans, il exerçait la profession de garçon maçon, et en outre parcourait matin et soir une distance de sept kilomètres qui séparait de Versailles la demeure de ses parents.

La mauvaise conformation de ses pieds se manifesta dès l'âge de sept ans; mais il marcha très-bien jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque à laquelle il éprouva le premier des accidents qui ont déterminé l'affection du pied droit. En montant à une échelle il sauta de 1m,50 de haut et se tourna le pied. Il dut mettre cinq heures pour faire ses 7 kilomètres, resta huit jours au lit chez son père et reprit péniblement ses travaux. Un an après, même accident. Souvent depuis lors il avait le pied droit gonflé le soir.

Il y a deux ans, il sauta par la fenêtre d'un premier étage sur des décombres : son pied s'enfonça dans le sol et tourna encore une fois. Il dut passer trois semaines au lit dans sa chambre et quinze jours à l'hôpital. Depuis lors il ne put travailler d'une manière constante. « Il travaillait quinze jours, dit-il, pour se reposer trois semaines. »

L'articulation resta douloureuse : il ne put bientôt plus marcher que sur le bord externe de l'extrémité du pied; quand il cherchait à appuyer le poids de son corps sur la face plantaire, son pied tournait et il en ressentait une vive douleur. L'adduction du pied avec abaissement de son extrémité antérieure se prononça de plus en plus. Le talon se releva, le tarse se tordit et l'arcade plantaire regarda directement en dedans et en arrière. Cependant les mouvements produits quand on saisissait son pied avec la main et qu'on le faisait aller dans divers sens, ne lui faisaient point éprouver cette douleur qui l'empêchait de marcher sur la face plantaire. Il sentait seulement *ses nerfs se roidir* quand on portait le pied dans l'abduction.

Sans insister sur les indications d'une opération, nous dirons que le malade a été amputé le 11 décembre 1856, ce qui nous a permis de constater ce qui suit :

La peau, le tissu cellulaire sous-jacent, les muscles n'ont offert rien de particulier au point de vue de la structure. Sur la face plantaire ou sur le bord externe du pied aucune trace d'induration, indice d'une pression plus particulière portée sur un point que sur un autre, pas de plaies, pas de fistules. Le système musculaire était d'une couleur rouge, en tout semblable à la couleur des muscles les plus sains. Leur développement était prononcé. Ce que nous avons trouvé à noter ce sont des lésions dans les articulations du tarse.

1° *Dans l'articulation tibio-tarsienne.* — La surface tibio-péronière ne présente point d'altération. L'astragale offre une semi-luxation en avant et en dehors. Destruction du cartilage diarthrodial à la partie antérieure de la poulie dans une étendue transversale égale au diamètre de la poulie, ayant 4 ou 5 millimètres dans le sens antéro-postérieur, dans toute la moitié interne et arrivant à 15 millimètres sur le bord externe; limitée à son bord inférieur par une courbe concave directement en bas et à son bord supérieur par une ligne de raccordement, allant de l'extrémité de l'ulcération du bord externe rejoindre le milieu de l'ulcération. Dans une étendue de 5 à 10 millimètres le cartilage qui borde cette ulcération est aminci et présente une teinte légèrement violacée indiquant la vascularisation sous-jacente. L'astragale écartée de la mortaise péronéo-tibiale laisse voir dans la moitié postérieure de la poulie une perte de substance de forme triangulaire à base dirigée en bas et en arrière, à sommet dirigé en haut. La hauteur de ce triangle, équilatéral est inclinée en dedans sur l'axe de la poulie et offre 7 à 8 millimètres de longueur. Le fond en est grisâtre et contrasté avec la coloration blanche du cartilage voisin.

La synoviale ne présente ni épaississement ni vascularisation.

2° *Articulation astragalo-scaphoïdienne.* — Sécheresse remarquable. Sur la tête de l'astragale large destruction de 2 centimètres de diamètre, avec amincissement, et occupant la moitié externe de cette tête, irrégulièrement circulaire et regardant en bas et en dedans. Le cartilage a complétement disparu et le tissu osseux sous-jacent est moins résistant mais se laisse difficilement entamer par le scalpel. Une teinte rouge vineuse se fondant vers le cartilage sain.

Du côté du scaphoïde, seulement amincissement du cartilage correspondant à la demi-circonférence interne de la surface articulaire.

Aucune lésion de la synoviale ou des ligaments.

3° *Articulation astragalo-calcanéenne.* — Rien de particulier à noter.

4° *Articulation calcanéo-cuboïdienne* — Du côté du calcanéum large destruction du cartilage diarthrodial, occupant toute la moitié externe de cette surface. Amincissement du cartilage dans le reste de son étendue. Teinte rosée sous-jacente se fondant vers la partie interne.

Du côté du cuboïde, destruction du cartilage dans la moitié inférieure de la surface. Cette destruction se prolonge jusqu'à la partie supérieure du cuboïde le long du bord externe, et le cartilage est aminci sur les bords de cette destruction. Même état de sécheresse des surfaces articulaires.

Scié suivant son diamètre antéro-postérieur, l'astragale présente une densité remarquable du tissu spongieux se laissant difficilement attaquer par le scalpel. Teinte rosée générale, plus foncée dans l'espace de 1 centimètre sur les bords correspondants aux ulcérations et de 4 à 5 millimètres sur ceux correspondant aux cartilages non ulcérés.

Le calcanéum présente à la coupe la même densité, résistance et injection du tissu osseux. Teinte plus foncée au niveau de la surface calcanéo-cuboïdienne ulcérée.

Le cuboïde est moins injecté. La coupe est blanche à la partie antérieure et ne devient rosée qu'au-dessous du cartilage ulcéré.

L'ensemble de toutes ces lésions peut se résumer en ces quelques mots :

Amincissement et destruction partielle des cartilages articulaires, avec légère ostéite, sans lésions de la synoviale et des ligaments. Il faut noter de plus que les altérations portent non-seulement sur les surfaces subluxées mais encore sur certains points qui ont conservé leurs rapports articulaires.

A cette observation se trouve jointe la pièce anatomique que M. Dolbeau met sous les yeux de la Société en faisant constater chacune des lésions décrites ci-dessus.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 14 décembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*;

Le *Montpellier médical*.

M. Hergott, de Strasbourg, écrit à la Société de chirurgie : « L'opération d'Esmarch, dont j'ai eu l'honneur de l'entretenir, il y a un an, a eu depuis un *insuccès* complet. L'immobilité de la mâchoire est la même qu'auparavant. »

M. le docteur Borelli, de Turin, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

Turin, 11 décembre 1865.

Monsieur le président,

Je viens de lire, dans le compte rendu de la séance du 29 novembre dernier de la Société de chirurgie, dont vous êtes le digne président, une communication faite par M. Alphonse Guérin, par laquelle notre jeune et distingué confrère soumet à l'appréciation de la savante Société un procédé opératoire qu'il croit nouveau pour l'extirpation des polypes naso-crâniens.

La méthode improvisée par M. Guérin, pendant une opération pratiquée par lui, des susdits polypes, est celle que j'applique habituellement dans ces opérations, comme je vais le démontrer tout à l'heure. En attendant, permettez-moi de faire précéder quelques mots sur la maladie qui réclame cette opération.

Je distingue trois espèces de tumeurs polypeuses dans les cavités nasales, les polypes nasaux, les naso-pharyngiens et les naso-crâniens. Ces derniers peuvent aussi comprendre une quatrième espèce, c'est-à-dire les polypes naso-crânio-pharyngiens. Évidemment, le siége des implantations polypeuses donne le nom aux espèces que je viens d'établir. Dans la première espèce, l'extirpation par les narines, avec les pinces à polypes, ordinairement est suffisante pour une guérison complète, pourvu que toute racine soit bien extirpée et cautérisée si besoin il y a. Dans la seconde espèce, l'extirpation est préférable ordinairement par la gorge, et souvent est nécessaire l'incision du voile du palais pour faciliter les manœuvres opératoires. Dans la troisième et quatrième espèce, les méthodes les plus récentes sont l'ablation du maxillaire supérieur, la perforation de la voûte palatine, selon Nélaton, et la perforation de l'unguis, selon Palasciano. M. Guérin a pratiqué la division du voile du palais, pour ouvrir une large brèche au doigt index explorateur du siége des implantations polypeuses à la base du crâne, et s'est servi d'une lame détachée d'une paire de ciseaux, introduite en même temps dans les narines pour énucléer et détacher les racines du polype signalées par le doigt, et pour ruginer ensuite les os mêmes auxquels s'implantaient ces racines.

Toutes ces manœuvres opératoires sont précisément celles que j'emploie depuis douze ou quinze années. En effet, si on consulte mon ouvrage intitulé *Due Memorie chirurgiche*, dont j'ai eu l'honneur de faire hommage à la Société de chirurgie l'année dernière, on y trouvera : 1° au cap. V, *Atto operation*, pag. 30 du premier Mémoire, et au num. III, pag. 11, et au cap. XIV, pag. 8 de l'appendice à ce Mémoire, la section du voile du palais pratiquée pour l'extirpation, soit de tumeurs de l'arrière-gorge adhérents aux vertèbres, soit de polypes naso-crânio-pharyngiens; 2° on y trouvera au cap. IV, pag. 25 du premier Mémoire, et au cap. XIV, pag. 8 de l'appendice, décrite en détail toute la méthode mentionnée par M. Guérin, avec la seule différence que, au lieu de la lame détachée d'une paire de ciseaux, je me suis servi de longs et forts bistouris, et des pinces mêmes à polypes pour énucléer et détacher ces adhérences polypeuses aux cellules ethmoïdales, aux sinus sphénoïdaux, et aux os de la base du crâne, pour les ruginer ensuite et les cautériser même dans quelques cas.

Il y a plus encore, dans le cap. IV, pag. 22 et suivantes du premier Mémoire, j'ai pratiqué la méthode indiquée dans la discussion par M. Legouest, en faisant une incision médiane depuis la racine du nez jusqu'à toute la lèvre supérieure, pour mettre à découvert toute la cavité nasale. La spécialité du cas même suggérait presque cette pratique opératoire, comme on peut s'en rendre compte par la description de la lésion, de l'opération, et particulièrement par les figures X et XI du même ouvrage.

Cet individu, qui avait déjà été opéré trois fois de son polype, est finalement guéri par une quatrième opération pratiquée par moi, au mois d'octobre 1856, et, aujourd'hui même je l'ai encore revu très-bien portant et guéri radicalement.

Dans quelques jours, j'aurai à pratiquer une opération presque semblable, que j'aurai l'honneur d'adresser à la savante Société de chirurgie, dont je m'honore d'être membre correspondant.

J'ai l'honneur, etc.

A propos de la correspondance :

M. DOLBEAU communique l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. le docteur Leroux, chirurgien à l'hôpital de Versailles. (Voir plus haut.)

M. VERNEUIL. Je partage tout à fait l'opinion de M. Gosselin et de M. Dolbeau. J'ajouterai que cette variété d'arthrite présente ceci de particulier qu'elle n'offre aucune tendance à la suppuration et s'accompagne ordinairement de la contracture des muscles voisins. J'ai, en ce moment, à l'hôpital Lariboisière, un malade qui présente toutes ces lésions avec crépitation, mobilité anormale des articulations et le pied plat. Un deuxième malade offre un exemple de pied-bot valgus douloureux et, du côté opposé, il se manifeste, de temps à autre, un peu de douleur accompagnée de frottements rudes; de plus les articulations du scaphoïde avec les cunéiformes sont un peu lâches. Une cautérisation ponctuée apporte presque toujours un soulagement immédiat, mais passager. Un de ces malades a déjà subi six fois cette cautérisation. Dans ces faits, la contracture m'a paru consécutive à l'arthrite.

M. TRÉLAT insiste sur les différentes lésions osseuses et cartilagineuses qu'on retrouve sur les articulations présentées par M. Dolbeau.

M. DOLBEAU répond que toutes ces lésions sont décrites avec soin dans l'observation de M. Leroux (de Versailles), et cette description paraît identique à celle faite par M. Gosselin, à l'académie de médecine, la déformation seule diffère; mais, du reste, mêmes lésions à différents degrés dans les diverses jointures; dans aucune il n'existe ni pus, ni sérosité, ni sang. C'est une véritable arthrite sèche.

M. LARREY confirme l'identité, au point de vue des lésions articulaires, entre cette pièce et celle de M. Gosselin; il exprime ensuite le regret que le chirurgien n'ait pas justifié l'amputation pour une pareille maladie.

M. TRÉLAT. L'intensité de la douleur peut quelquefois autoriser des opérations aussi graves. Il y a quelque temps, M. Richet nous a rapporté l'observation d'un sujet qui avait subi l'amputation de la jambe pour un abcès du tibia non diagnostiqué, et par cela seul qu'il éprouvait dans la partie enlevée des douleurs intolérables.

ÉLECTION.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'une commission chargée de présenter une liste de candidats à la place de *membre titulaire* vacante en ce moment.

Cette commission se trouve composée de MM. Verneuil, Perrin et Trélat.

RAPPORT.

M. LEFORT lit un rapport étendu sur une observation présentée récemment par M. le docteur Gaujot, sous le titre de : *Anévrisme diffus du tronc brachio-céphalique*.

Ce rapport et l'observation de M. Gaujot sont renvoyés au comité de publication.

A propos de ce rapport :

M. BROCA se range à l'opinion de M. Lefort sur les dangers qu'aurait présenté l'introduction d'aiguilles dans la tumeur anévrismale; il pense aussi qu'on n'aurait pu d'ailleurs obtenir ainsi que des caillots mous, incapables d'amener l'oblitération du sac. Quant au procédé de galvanisation proposé par M. Lefort, il le croit incapable d'obtenir l'effet désiré, la coagulation du sang, et cela par la raison que l'électricité suit tout naturellement les corps qui la conduisent le mieux. Or, les plaques appliquées sur la peau, transmettraient le courant électrique par la peau et les tissus sous-cutanés, mais elle ne les feraient pas atteindre la colonne sanguine qui est beaucoup moins bon conducteur.

On peut bien agir, comme le conseille M. Lefort, sur des tumeurs

solides, telles que des masses ganglionnaires et cela a déjà été tenté, mais alors on n'agit pas chimiquement ; on produit une simple irritation, une augmentation d'activité fonctionnelle, qui tantôt produit la suppuration, tantôt, mais plus rarement, la résolution.

M. LEFORT s'appuyant sur ce qu'il a pu voir en galvanoplastie, pense que l'électricité n'a peut-être pas besoin de passer par le liquide pour agir sur lui, la simple action de voisinage pourrait peut-être suffire.

M. BROCA ne pense pas qu'on puisse comparer ce qui se passe dans la galvanoplastie avec la coagulation du sang produite par le courant électrique, il a fait des expériences sur du sang liquide contenu dans une cuve métallique, à travers laquelle il faisait passer un courant galvanique, et jamais il n'a pu obtenir de coagulation sans introduire des fils conducteurs dans la masse sanguine, il ne suffit pas de produire une action chimique comme dans les phénomènes de galvanoplastie, il faut une action physique, sans quoi la coagulation est insignifiante ou manque complétement, quelle que soit l'intensité du courant ; en somme, l'action de l'électricité ne peut s'exercer que par la galvanopuncture, c'est-à-dire au moyen d'aiguilles traversant les parois du sac anévrismal et plongeant dans le liquide sanguin. Comme dernière raison à l'appui de sa manière de voir, M. Broca ajoute que, s'il en était autrement et si la coagulation du sang pouvait ainsi être obtenue par action de voisinage, il n'y aurait pas moyen de se faire électriser sans danger de mort.

M. LEFORT pense que c'est à l'expérience de prononcer en dernier ressort sur la valeur de la galvanisation à distance, comme moyen curatif de certaines tumeurs anévrismales.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, HIP. BLOT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

Séance du 24 novembre 1865. — Présidence de M. BÉHIER.

M. Hayem lit une observation ayant pour titre : *Affection rhumatismale suraiguë ; chorée, endo-péricardite, pleurésie double ; autopsie.* (Voir notre avant-dernier numéro.)

M. CORNIL. Je ne partage pas l'opinion de M. Hayem. Sa petite malade s'est exposée à une pluie battante et a été prise de phlegmasies des séreuses cardiaque, pleurale et même péritonéale. C'est une même cause produisant plusieurs effets semblables. Et je ne vois pas de motif pour en faire autant d'affections rhumatismales. L'élément nécessaire et caractéristique du rhumatisme, les arthrites, fait défaut. Si l'on s'appuie sur l'origine *à frigore,* il faudra faire rentrer dans le rhumatisme les quatre cinquièmes de la pathologie interne. Le développement de la même affection sur plusieurs séreuses viscérales n'est pas une meilleure considération. Dans la maladie de Bright, par exemple, ne peut-on pas rencontrer les mêmes épanchements réunis que dans cette observation. Quant à la chorée, dans mon opinion, elle se rapporte à la lésion trouvée dans le cervelet, et non au rhumatisme.

M. HAYEM. Je ne crois pas qu'il faille nécessairement qu'il y ait ou qu'il y ait eu une affection articulaire, pour que l'on puisse assurer qu'il s'agit d'une affection rhumatismale. Il existe un grand nombre de cas dans lesquels l'affection rhumatismale a frappé d'emblée les séreuses viscérales, et d'ailleurs c'est d'après l'ensemble de la maladie, la marche, la multiplicité, le siége des accidents, que l'on établit le diagnostic et non en se basant simplement sur l'absence ou la coïncidence du rhumatisme articulaire.

Quant à la lésion ancienne du cervelet, je pense que c'est tout au plus si on aurait pu la considérer comme ayant agi comme cause prédisposante de la chorée. En effet, cette lésion était non-seulement très-ancienne et de peu d'étendue, mais il n'y avait autour d'elle aucune trace d'inflammation, aucune preuve qu'elle ait été le point de départ des altérations plus récentes et aiguës des méninges cérébro-spinales, altérations analogues à celles des autres séreuses, et beaucoup plus propres à expliquer la chorée que le petit point sclérosé du cervelet.

M. FRITZ. M. Hayem se base sur trois éléments pour admettre le rhumatisme : sur l'étiologie, sur la nature des tissus envahis et sur la marche de la maladie. Pour la première, je pense, avec M. Cornil, que l'origine *à frigore* ne prouve pas la nature rhumatismale d'une affection. La considération du siége est également sans valeur, lorsque les articulations ne sont pas atteintes. Pourquoi plusieurs séreuses viscérales ne se prendraient-elles pas, lorsqu'elles sont toutes soumises à une même cause. Pour l'une d'elles d'ailleurs, l'arachnoïde, il a existé une cause prédisposante, la tumeur ancienne du cervelet.

M. HAYEM. A propos de l'étiologie de l'affection rhumatismale de cette jeune fille, je n'ai pas voulu dire que tout refroidissement donne lieu inévitablement à une affection rhumatismale. Mais on m'accordera certainement que l'influence du froid est l'étiologie habituelle du rhumatisme. Quant à la marche des accidents, il est impossible, à la lecture de l'observation, de ne pas être frappé de leur succession rapide et de leur mobilité. La pleurésie double, aux derniers moments, a présenté ce mouvement de va-et-vient, pour ainsi dire, particulier aux affections rhumatismales.

M. FRITZ. La diminution rapide de l'épanchement pleurétique est une considération en effet qui m'oblige à mettre quelque restriction à l'opinion que j'ai soutenue.

M. MARTINEAU. Contrairement à MM. Cornil et Fritz, j'approuve pleinement l'appréciation de M. Hayem. Le rhumatisme certainement peut épargner les articulations et débuter d'emblée par les séreuses cardiaques, et même par les méninges, ainsi que l'établissent les premiers faits relatés par Diard. Ne plus l'admettre serait renoncer à une bonne partie des remarquables travaux de M. Bouillaud sur ce sujet. A l'hôpital des enfants, rien n'est plus commun que de rencontrer des sujets atteints de chorée, qui précédemment ont eu des affections du cœur et n'ont pas eu de rhumatisme articulaire aigu. De même y voit-on des choréiques qui ont jadis eu la scarlatine, maladie dont les rapports avec le rhumatisme sont généralement reconnus. A mes yeux donc, l'observation de M. Hayem est très-concluante. Ce sont bien des affections rhumatismales auxquelles il a eu affaire, il s'agit bien d'une chorée rhumatismale. Relativement à celle-ci, je regrette cependant que la description des mouvements n'en ait pas été faite avec plus de soin. L'aspect seul de ces mouvements devait établir s'ils appartenaient à une névrose ou à une chorée symptomatique d'une affection cérébrale. Dans cette dernière, c'est une agitation choréiforme plutôt qu'une succession irrégulière de mouvements saccadés et involontaires. Il eût été d'autant plus intéressant qu'on insiste sur leur description, que les autopsies de chorée sont rares, et que même dans ce cas, la lésion du cervelet peut avoir joué un certain rôle comme cause prédisposante.

M. BEAUMETZ. Selon M. Martineau, l'endocardite est une preuve suffisante de la nature rhumatismale des affections relatées dans cette observation. C'est une hérésie. On en viendrait ainsi à rayer de la pathologie toutes les endocardites non rhumatismales, écueil qu'a bien évité M. Bouillaud. Notre collègue admet aussi qu'il y a des affections rhumatismales primitives de la plèvre et des séreuses cérébrales. Mais comment a-t-il pu s'en assurer, sinon parce qu'elles coïncidaient avec des arthrites ou qu'elles leur succédaient. Sans arthrites, je ne vois pas la possibilité d'affirmer la nature rhumatismale d'aucune affection. A l'examen des pièces anatomiques, on ne peut en dire davantage. Pour la chorée, je la crois symptomatique, et je propose dans cette observation d'effacer le titre rhumatisme et de se borner à l'énumération des diverses affections observées. La science est déjà en possession de faits du même genre, dans lesquels le rhumatisme n'a été pour rien.

M. LEVEN. M. Hayem a glissé un peu vite sur les symptômes cérébraux. Ainsi les pupilles étaient resserrées, l'intelligence était éteinte. Ne faudrait-il pas voir dans la chorée en question un symptôme du même genre. Pour ma part, je les rattache tous aux altérations des méninges, et je pense que ces altérations ont eu pour point de départ la sclérose du cervelet.

M. HAYEM se base sur l'altération des centres nerveux et sur quelques symptômes méningitiques pour rejeter la chorée dans cette observation. Il s'agirait, d'après lui, d'accidents choréiformes. En faisant remarquer que la chorée était liée à des lésions des méninges, j'étais, en réalité, loin de la présenter comme essentielle. Pour moi donc, elle est symptomatique, comme le veut M. Leven, mais symptomatique du rhumatisme, ou mieux des lésions rhumatismales des méninges. Quant à la contraction des pupilles et à l'affaiblissement de l'intelligence, elles ont été peu prononcées, et la première notamment ne s'est montrée que peu avant la mort et lorsque l'enfant avait absorbé des doses élevées d'opium.

M. GERIN-ROSE. M. Martineau a dit qu'on arrive à reconnaître la nature rhumatismale d'une affection, par l'ensemble de certains caractères et de certaines manifestations sur les séreuses viscérales. M. Beaumetz, disséquant cette idée, prend chaque phlegmasie à part, chaque caractère, et nous rappelle qu'ils peuvent exister isolément en dehors de toute action rhumatismale. M. Martineau n'ayant jamais dit le contraire, il est autorisé à maintenir, et je m'associe à lui, que le rhumatisme viscéral se reconnaît à la *réunion* d'un certain nombre de caractères. Laissant de côté l'action du froid, il y a certes entre toutes les phlegmasies relatées dans cette observation, un lien commun. C'est ce lien qui constitue le rhumatisme.

M. Beaumetz nous accuse d'hérésie, parce que nous admettons un vice rhumatismal capable de se manifester diversement sur les différents tissus comme la syphilis et la scrofule. Nous ne rejetterions pas ce titre d'hérétique si nous croyions le mériter, car de tout temps l'hérésie de la veille est devenue le progrès du lendemain. Mais ici nous ne pouvons voir où est l'hérésie médicale. Les opinions que nous soutenons sont tellement répandues, que nous les retrouvons professées à la faculté et dans les hôpitaux, à tel point qu'aujourd'hui la grande majorité des médecins les partagent.

M. BÉHIER, après avoir critiqué quelques expressions et signalé quelques omissions, passe à l'examen de la question plus générale qui est en discussion.

Je ne comprends pas, dit-il, les allures qu'on veut donner en ce moment à la pathologie, ni les abus qu'on a tendance à faire de certaines désignations. Dans l'espèce par exemple, sur quoi se fonde-t-on pour déterminer la nature naturante, comme disait Bacon, de la maladie qui a été observée ? Comment entend-on établir que c'était là une affection véritablement rhumatismale ?

Je ne trouve relatées dans l'observation et signalées dans la discussion que deux circonstances : 1° la dissémination des accidents sur plusieurs points à la fois ; 2° l'absence de suppuration dans ces épanchements séreux, bien qu'ils soient survenus rapidement.

Pour parler tout d'abord de cette dernière circonstance, il me semble qu'elle est de tous points conforme aux données habituelles de la pathologie. Ce ne sont pas les inflammations primitives et très-aiguës qui, d'habitude, produisent le plus promptement la suppuration de ces épanchements : ce sont au contraire les phlegmasies secondaires si bien étudiées chez les enfants par Rilliet et Barthez. Ici rien de secondaire, l'affection est primitive, et il est d'autant plus naturel que la suppuration ne soit pas survenue rapidement, que l'inflammation n'avait pas envahi un seul organe, mais avait porté son effort sur plusieurs séreuses voisines à la fois. La pleurésie double, la péricardite, la péritonite même de la partie supérieure de l'abdomen se sont fait en quelque sorte révulsion l'une à l'autre, et c'est encore là un motif pour que la suppuration n'ait eu lieu nulle part. Si nous examinons maintenant la dissémination des accidents, cela ne prouve pas le moins du monde qu'ils soient d'une nature spécifique comme l'on dit, et d'une nature rhumatismale. Est-ce que c'est chose insolite qu'une pleurésie, assez intense pour occuper les deux côtés de la poitrine (successivement comme toujours), se complique de péricardite ? Est-ce que c'est chose insolite et qui nécessite l'intervention d'une cause spécifique et particulière que de voir une telle pleurésie déterminer par contiguïté une inflammation de la face péritonéale du diaphragme ? Ces faits sont bien connus, bien signalés. Faut-il donc, pour les interpréter, aller chercher l'influence rhumatismale ? Ce qui y a conduit, c'est l'existence d'une péricardite ; mais, qu'on y fasse bien attention, notre illustre maître M. Bouillaud, quand il a insisté sur la coexistence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire, avec l'arthrite spontanée, a signalé un fait matériel saisissable ; il ne s'est livré à aucune interprétation doctrinale. Et remarquez-le bien, le rapport qu'il a signalé a demandé un travail beaucoup plus complet, beaucoup plus patient, beaucoup plus distingué que l'énoncé de ces opinions hypothétiques qui ont cours en ce moment et dont je cherche à prouver le mal fondé et l'incertitude. La démonstration de ce rapport est un des beaux résultats médicaux de notre époque assurément. Mais faisons bien attention que pour établir le lien qui unit les affections cardiaques avec l'arthrite spontanée, M. Bouillaud avait un point de départ, la maladie articulaire. Dans l'observation qu'on vient de nous lire, rien absolument de semblable, ou même d'analogue ne peut être relevé. Rien du côté des articulations, rien qui soit du rhumatisme véritable. Reste la cause, dira-t-on, le froid ! Alors il faut admettre que tout état pathologique qui succède à l'application du froid, est de nature rhumatismale, opinion qui a été nombre de fois repoussée comme inadmissible, et qui l'est en effet.

Cette coïncidence d'accidents du côté des articulations manque également pour permettre d'accepter les accidents cérébraux, l'inflammation méningo-encéphalique, comme le fait de ce qu'on désigne sous le nom de rhumatisme cérébral (affection qui est du reste, à mon sens, moins réellement délimitée qu'on paraît le croire). Il y avait là une altération préexistante dont la présence ne saurait être indifférente. Les séreuses encéphaliques parlent souvent à propos d'affections accidentelles, quand une épine occupe un des points du système nerveux. La même cause et les lésions graves trouvées du côté des méninges ne permettent pas de considérer les symptômes choréiques observés comme une chorée véritable, car il cesse d'y avoir là les caractères d'une névrose, puisque ceux d'une phlegmasie anatomiquement démontrée existaient du côté des méninges. Donc là encore tout s'explique facilement sans l'intervention d'un agent pathologique particulier, dont les effets caractéristiques, distincts de ceux des inflammations ordinaires, sont encore à fournir.

Et laissez-moi bien insister sur la nécessité de caractères qui permettent cette délimitation à part, elle me paraît d'autant plus indispensable, que, sans elle, on est, par le vague même de la désignation, conduit à mettre en avant des assertions peu acceptables. Ainsi, M. Martineau nous présentait tout à l'heure, comme indice de la nature rhumatismale d'une affection cardiaque, le développement d'un rhumatisme articulaire, survenant deux ans après la maladie cardiaque. Je me sens incapable d'accepter comme bien démontré un lien de cette sorte entre deux affections, et je suis plus difficile que notre collègue sur ce diagnostic rétrospectif, lequel s'éloigne encore bien davantage de cette coïncidence, de cette marche *pari passu* qui est le seul fait démontré par les travaux modernes auxquels je faisais allusion tout à l'heure.

M. HAYEM. Je ne m'attendais pas, à propos de mon observation, à voir faire le procès au rhumatisme. Les faits cependant me paraissent parler d'eux-mêmes. Mais, puisque l'on ne veut voir dans ces affections qu'une simple coïncidence et qu'on me refuse les caractères tirés de l'étiologie, du siége, de la marche, j'invoquerai ceux que fournit l'anatomie-pathologique. Certes il n'existe pas de lésion pathognomonique du rhumatisme, pas plus qu'il n'existe de symptômes pathognomoniques de cette affection. Mais lorsque les malades meurent à la période d'état du rhumatisme, l'autopsie permet de faire le diagnostic avec la même certitude que par l'examen clinique. N'est-il pas remarquable, dans l'observation dont il s'agit, de trouver, à l'autopsie d'une fille de six ans et demi, qui n'offre pas trace d'affection organique ancienne, dont l'enbonpoint témoigne d'une mort prompte, de trouver, dis-je, des épanchements séreux dans les deux plèvres, dans le péricarde, dans la cavité péritonéale, de trouver en même temps un boursouflement des valvules du cœur gauche, un épaississement et une congestion intense des méninges cérébro-spinales ? Ne pense-t-on pas immédiatement à des affections aiguës, ayant brisé rapidement l'existence ? et leur siége dans les séreuses, leurs caractères partout identiques, ne vous font-ils pas penser immédiatement au rhumatisme ?

Bien qu'on doive étudier une maladie et la définir par tous les moyens d'observation qui sont en notre pouvoir, il n'est donc pas douteux que l'anatomie pathologique puisse fournir à elle seule des caractères particuliers au rhumatisme ; mais ceux-ci résultent, comme en clinique, de l'étude de tous les faits et non d'un seul. Confondre une lésion rhumatismale avec une inflammation franche, c'est identifier le rhumatisme aux phlegmasies franches.

M. MARTINEAU. Je persiste à croire qu'en l'absence même d'arthrites, on peut distinguer une phlegmasie simple *à frigore* d'une phlegmasie rhumatismale. Ainsi, à Lariboisière, dans le service de M. Tardieu, nous avons une fois porté le diagnostic d'endocardite rhumatismale aiguë, bien que le sujet n'eût à ce moment et n'eût jamais eu de rhumatisme articulaire. Trois semaines après, toutes les articulations étaient prises. Dans ce cas, s'il me fallait accepter l'opinion que je combats, j'aurais donc été obligé d'admettre que le malade a pris une première fois du froid hors des salles, et une deuxième fois, trois semaines après, dans les salles. Je l'avoue, je suis très-convaincu de l'existence d'une diathèse rhumatismale. J'en citerai l'exemple suivant : M. X... a présenté successivement des érysipèles de la face, du rhumatisme articulaire, et enfin une affection de peau très-tenace. Tout cela constituait une seule et même maladie constitutionnelle ; contre la dernière de ces affections, toutes les médications ont échoué, hormis une, celle qu'on emploie contre l'arthritis, la médication alcaline.

M. Martineau s'élève ensuite contre cette idée, que les phlegmasies aiguës des séreuses n'arrivent pas promptement à suppuration. J'ai vu, dit-il, deux cas de méningite suppurée qui ont entraîné la mort en vingt-quatre heures, et M. Tardieu a vu un cas semblable dans sa pratique de médecin légiste ; on avait cru à un empoisonnement. La rareté de la suppuration des affections rhumatismales conserve donc toute sa valeur.

Quant à la chorée relatée dans cette observation, ses caractères étaient ceux d'une névrose, et non ceux d'une chorée symptomatique d'une affection cérébrale. En outre, elle s'est développée lorsque l'enfant a été exposée au froid, c'est-à-dire huit jours avant l'apparition des accidents cérébraux ; on ne peut donc la rattacher à ces accidents.

M. BÉHIER. Je demande à faire encore une remarque. Les maladies dites spécifiques sont ainsi désignées parce qu'on leur a trouvé une cause directe, individuelle, distincte de toutes les autres et des caractères qui leur appartiennent en propre. Elles sont souvent inoculables, témoins la syphilis, la rage. Elles ont des remèdes qui leur sont plus spéciaux et qui ont été dits spécifiques ; et c'est précisément à ce mot, primitivement appliqué à la médication seulement, qu'elles doivent leur dénomination, ainsi étendue à la nature même des maladies par un abus de langage. Dans le rhumatisme, je ne vois rien de pareil, et je refuse aux alcalins leur titre de remède spécifique contre cette maladie, aussi bien que je conteste à M. Martineau, le diagnostic dans l'exemple qu'il vient de citer. Le traitement des maladies de peau par les alcalins n'est pas nouveau et n'est pas le résultat de la doctrine de l'arthritis. Bright, qui se gardait bien d'énoncer une telle doctrine, a souvent appliqué les alcalins comme seul moyen de traitement dans bon nombre de maladies de peau. Quant au rhumatisme,

jamais je ne l'ai vu guérir par les alcalins seuls. Dans le cas de M. Martineau, la guérison est survenue par l'emploi des eaux de Royat, voilà un fait; mais cela ne prouve nullement que la maladie cutanée dont il s'agissait ait été de nature rhumatismale. Il me paraît impossible de le prouver. Ce n'est pas non plus cet exemple qui pourra démontrer la valeur de cet aphorisme : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Du reste, il n'y a pas d'affirmation aussi mal assise que cet aphorisme; car, par exemple, le chancre qui guérit par les simples émollients ne serait pas un accident vénérien, puisqu'il guérirait sans mercure.

Pour ce qui est du rhumatisme et de la goutte, ce sont deux choses dissemblables, car les lésions articulaires de l'une sont très-différentes de celles de l'autre.

Relativement à la chorée observée chez le malade de M. Hayem, il est impossible, je le répète, de prouver qu'elle n'était pas symptomatique. Une névrose cesse de mériter ce nom dès qu'à l'autopsie on trouve une altération matérielle pour l'expliquer. Dans le cas actuel, les méninges étaient enflammées, et le cervelet portait une lésion organique non douteuse.

M. FERRÉOL soutient l'opinion de MM. Martineau, Hayem et Gerin-Rose. Il est difficile, dit-il, de poser une loi en médecine. Une loi est un rapport de coïncidence qui se représente souvent. Or, entre les diverses affections qui font l'objet de cette discussion, on a trouvé un rapport de coïncidence assez fréquent; c'est à cela qu'on donne le nom de rhumatisme. Qu'on préfère l'appeler arthritis ou autrement, c'est indifférent.

M. BÉHIER. Bien, mais ces coïncidences se reproduisent-elles fréquemment? je le conteste. La maladie de Bright, dont on nous a parlé, n'est pas un fait comparable à cette affection; l'organisme y est modifié en entier. J'accepte donc qu'il se présente alors des coïncidences pathologiques multiples qui paraissent émanées d'une même cause, et auxquelles on peut, à la rigueur, donner le nom de diathèse. Mais dans l'observation de M. Hayem, je ne vois aucun lien de ce genre, et les phénomènes s'y comprennent très-bien sans qu'il soit besoin d'en imaginer un. Dans la tuberculisation encore, il y a une lésion commune, la même dans les diverses organes, un corps de délit qui se généralise. Dans le rhumatisme, il n'y a rien de semblable, et en outre vous n'avez, surtout dans le fait en litige, aucun caractère qui sépare les symptômes observés de ceux des phlegmasies simples.

M. GERIN-ROSE. M. Béhier rejette le rhumatisme et ne veut pas accepter que l'inflammation successive ou simultanée des diverses séreuses, soit une évolution ordinaire de cette maladie; il ajoute qu'il lui suffit d'admettre qu'une séreuse étant enflammée, les autres séreuses seront par cela même provoquées à l'inflammation. Cela est vrai, mais seulement dans certaines circonstances. Voyons-nous une arthrite traumatique, une arthrite blennorrhagique, une arthrite scrofuleuse, se compliquer habituellement de pleurésie, de péritonite ou d'endocardite? Et pourtant dans tous ces cas, la séreuse articulaire enflammée devrait appeler l'inflammation des autres séreuses. Pourquoi cette généralisation n'a-t-elle pas lieu? Parce que nous ne trouvons plus la cause d'appel des sérosités multiples, le vice rhumatismal.

M. Béhier regarde l'arthritis comme une monstruosité pathologique, et nous demande s'il suffit qu'un homme ait une douleur de l'épaule pour que toutes ses affections ultérieures soient considérées comme rhumatismales. Non certes, mais si cet homme, ayant une douleur rhumatismale de l'épaule, est frappé par la suite d'affections diverses servant le plus souvent de cortége au rhumatisme, nous aurons grande tendance à regarder cette douleur comme la première manifestation d'une maladie générale dont l'évolution lente et progressive s'est effectuée par la suite. Ne trouvons-nous pas des exemples analogues dans la syphilis? et les douleurs rhumatoïdes de la deuxième période ne précèdent-elles pas souvent de quelques années les accidents tertiaires?

Enfin M. Béhier regarde comme complétement irrationnel le vieil axiome : *Naturam morborum curationes ostendunt* et nous empêche de trouver une preuve de l'existence des manifestations diverses du rhumatisme, dans la guérison de ces accidents par les mêmes agents thérapeutiques. Mais n'attendons-nous pas tous les jours le résultat du traitement par l'iodure de potassium, pour classer parmi les affections syphilitiques des états cérébraux ou autres de nature douteuse? Ne voyons-nous pas journellement dans les hôpitaux déclarer d'origines palustres des névralgies à type intermittent, parce qu'elles ont été guéries par le quinine? Pour nous, loin de rejeter le *naturam morborum*, nous le regardons comme fort utile pour remonter à la nature de la maladie, et nous croyons fermement au vice rhumatismal, et même à l'arthritis comme maladie constitutionnelle.

M. BÉHIER. L'arthrite spontanée et l'arthrite traumatique ne peuvent se comparer. Dans cette dernière, l'économie ne prend aucune part directe au mouvement morbide tout à fait accidentel; c'est là un point important. Le sujet qui reçoit un coup d'épée par lequel la plèvre est effleurée et enflammée, n'a pas la chance d'avoir une pleurésie analogue, dans sa marche et dans son extension, à celle d'un sujet qui s'est exposé au froid. Chez ce dernier, la cause est d'une application plus étendue, plus organique, si l'on peut s'exprimer ainsi. Dans ce cas, il est simple de comprendre que toute l'économie soumise à l'influence du froid voit un grand nombre de séreuses prises à la fois ou aptes à l'être, et la similitude des tissus joue là un rôle très-acceptable quand c'est l'organisme tout entier qui est soumis à l'influence de l'agent extérieur. Les choses ne sont, certes, pas les mêmes, lorsqu'un point seul de l'organisme est directement atteint par une cause restreinte dans son action comme les causes traumatiques.

M. MARTINEAU. Nous ne connaissons encore ni le corps de délit, ni l'altération des tissus ou du sang qui constitue l'essence du rhumatisme. Mais la science ne se fait qu'avec le temps. Cette cause se découvrira un jour.

Le Secrétaire, PAUL TOPINARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Depuis notre dernier bulletin, le nombre des décès cholériques s'est presque maintenu au même chiffre.

Le 17 décembre, on comptait 2 cas intérieurs et 4 admissions : 14 décès (6 dans les hôpitaux et 8 en ville).

Le 18 décembre, 2 cas intérieurs, 9 admissions : 16 décès (10 dans les hôpitaux et 6 en ville).

Le 19 décembre, 1 cas intérieur, 3 dans les hôpitaux, 8 décès (2 dans les hôpitaux, 6 en ville).

Le 20 décembre, 2 cas dans les hôpitaux, 12 décès (8 dans les hôpitaux, 4 en ville).

— La Société médicale du VI[e] arrondissement vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1866.

Ont été élus :

Président, M. Duchaussoy; *vice-président*, M. Ch. Martin; *secrétaire-général*, M. L. Duchesne; *secrétaires particuliers*, MM. Dumas-Aubergier et Moreau; *trésorier*, M. Focillon père.

— La Société médico-psychologique vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année 1866.

Ont été élus : *président*, M. Félix Voisin; *vice-président*, M. Paul Janet (de l'Institut); *secrétaire-général*, M. Brochin; *secrétaire*, M. Loiseau; *archiviste-trésorier*, M. Legrand du Saulle; *membres du comité de publication*, MM. Jules Falret, Brierre de Boismont et Lunier.

— Un concours général a été institué, il y a deux ans, par la province de la Flandre orientale, pour la composition d'un livre d'hygiène destiné aux écoles primaires et moyennes. Faire connaître les causes d'insalubrité qui règnent dans les établissements industriels et les moyens d'y remédier et organiser le travail des enfants dans ces ateliers à l'intérêt de leur santé.

De nombreux mémoires ont été envoyés au concours, et des hommes de talent sont entrés en lice. Deux œuvres remarquables viennent d'être couronnées, qui seront adoptées comme classiques; l'une en flamand, destinée à l'enseignement primaire, est de M. Fredericq, docteur et conseiller communal à Gand; et l'autre en français, destinée spécialement à l'enseignement moyen, est de M. Swéron, médecin à Haecht. Le prix est de *mille francs*. Le jury et le gouverneur se sont exprimés en ces termes :

« Ce résultat du concours est très-remarquable, c'est une fortune pour la province et le pays qui ont lieu de s'en féliciter. »

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. DECQ, *libraire, rue de la Madeleine, 9; ou à M.* MAYOLEZ, *libraire, rue de l'Impératrice, 35;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. BAILLIÈRE, *libraire à Londres, 219, Regent street;*

Ceux de la Suisse, à MM. JULLIEN frères, *libraires à Genève;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

La vie et les mœurs des animaux, par Louis FIGUIER (zoophytes et mollusques,) 1 vol. gr. in-8°, illustré de 385 figures dessinées d'après les plus beaux échantillons du Muséum d'histoire naturelle et des principales collections de Paris. Prix broché : 10 fr. Paris, 1866, L. Hachette et C[e].

De la présentation de l'épaule dans les rétrécissements extrêmes du bassin et d'un nouveau procédé d'embryotomie, par le professeur Ch. PAJOT. In-8. Prix : 75 cent. franco.

Traitement du choléra, par le D[r] DUPUY (de Frenelle). In-8. Prix : 75 cent. franco.

Ces deux ouvrages se trouvent à la Librairie de P. ASSELIN, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris, — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

N° 151. — MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉCEMBRE 1865. (38e ANNÉE.) MARDI 26 ET JEUDI 28 DÉCEMBRE 1865. — N° 151.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 DÉCEMBRE 1865.

Séance de l'Académie de médecine.

Des rapports officiels de M. Gobley au nom de la commission des Eaux minérales, des élections et une communication de M. Leblanc sur le typhus contagieux dit des bêtes à cornes, tel est le contingent de cette séance. La communication de M. Leblanc renferme des faits intéressants qui vont probablement devenir le sujet d'une discussion, ou, tout au moins de quelques observations de la part de M. Bouley, qui ne pourront manquer de fixer l'attention de l'Académie. Nous aurons donc à y revenir.

Qu'il nous soit permis, en attendant, de faire un petit retour sur la séance annuelle et sur le rapport général de M. le secrétaire perpétuel sur les prix de 1865, dont nous reproduisons quelques extraits dans le compte rendu.

Nous commencerons par louer sans réserve M. Dubois (d'Amiens) d'avoir rétabli et de paraître vouloir maintenir l'excellent usage de résumer dans un rapport général les principaux considérants sur lesquels se sont fondées les commissions des prix dans le choix des ouvrages couronnés, d'exposer en quelques mots le sujet de ces ouvrages et d'en faire ressortir la portée et les mérites. C'est, en outre, pour l'organe officiel de l'Académie, une occasion de formuler des jugements et d'émettre des appréciations sur les progrès de la science, sa direction et son avenir.

C'est ce qu'a fait M. Dubois (d'Amiens). Dans un court préambule de son rapport il a esquissé à grands traits les phases principales par lesquelles a passé la médecine avant d'arriver à l'état où elle est aujourd'hui, il en a montré les progrès réels, il l'a défendue contre des critiques injustes et des jugements mal fondés ; il a montré tout ce qu'elle doit surtout à l'observation clinique et à l'expérimentation pratique ; il a nettement défini aussi le rôle des académies et la part qui leur revient dans la marche progressive de la science, soit en recueillant et sanctionnant les faits nouveaux, soit en dirigeant les recherches des travailleurs et en encourageant leurs efforts. Tout cela est parfait, même juste. Mais pourquoi faut-il qu'à côté des éloges que nous avons à donner à cette partie de son rapport, nous nous voyions obligé de placer un reproche. Un reproche ! oui, le mot n'est pas trop fort.

Pourquoi cette sortie, tout au moins inopportune, contre la physiologie et la pathologie expérimentales, ces deux sciences jumelles, auxiliaires si utiles de la clinique, dont l'Académie a déjà plus d'une fois encouragé, dans les précédentes solennités, les louables efforts ? Si, parmi tous les organes de la presse médicale, il en est un qui ait contribué à faire à l'observation clinique la part qui lui revient dans les progrès de la science et de la médecine pratique, et à répandre et propager son esprit et ses enseignements, c'est assurément celui au nom duquel nous avons l'honneur de parler en ce moment. Mais on lui rendra, nous espérons, cette justice que ses préférences marquées pour les études cliniques et l'enseignement des hôpitaux ne lui ont jamais fait méconnaître ni négliger les autres sources d'instruction et en particulier celles que la physiologie et les expériences de laboratoire mettent si généreusement à la disposition de la pathologie.

N'a-t-il pas ouvert ses colonnes à de savants essais de physiologie clinique ; et tout récemment un de nos collaborateurs, dont nous ne partageons pas toujours les opinions et les jugements, mais qui use comme il l'entend de la liberté entière qui lui est laissée, n'a-t-il pas fait ressortir en excellents termes, auxquels nous nous associons pleinement cette fois, ce que la médecine moderne doit déjà à la physiologie expérimentale et ce que celle-ci lui promet encore pour l'avenir. Rien ne s'allie mieux que la clinique et la science de laboratoire. Pourquoi donc vouloir les séparer et frapper cette dernière d'une sorte d'ostracisme ? Ce langage nous a étonné de la part de M. Dubois (d'Amiens), d'autant que, s'il nous en souvient bien, il n'a pas toujours parlé ainsi. — Combien, en effet, ce langage ne diffère-t-il pas des lignes suivantes que nous avons lues jadis avec plaisir dans un ouvrage publié à la suite d'un concours resté mémorable par ses péripéties autant que par la valeur des compétiteurs.

« C'est par la voie expérimentale que j'ai plus spécialement procédé ; mes expériences ont été très variées et surtout répétées un grand nombre de fois. Ceci n'est, du reste, que le commencement d'une longue série de travaux que je me propose d'entreprendre en pathologie expérimentale ; ce que j'ai fait pour l'hyperémie capillaire, c'est-à-dire pour des phénomènes compris sous le nom de fluxion, de congestion et d'irritation, j'espère l'appliquer à d'autres questions non moins importantes. Il est temps de chercher enfin à réduire les faits en théories partielles ; c'est à ce prix seulement qu'on pourra imprimer à la science des succès durables. » Et ailleurs, dans le même ouvrage, nous lisons ce qui suit : « Disons d'abord un mot sur la nouvelle direction de nos études. Il est à peine besoin de rappeler que, pour imprimer des progrès réels aux sciences physiologiques et pathologiques, il faut ou se livrer à des *recherches cliniques*, ou bien se livrer à des *recherches expérimentales*, que si l'on adopte la première méthode, on pourra procéder, ou comme on l'a fait de tout temps par voie d'observations journalières et approximatives, ou bien à l'aide de relevés statistiques ; mais dans tous ces cas, on ne pourra guère arriver qu'à des résultats *complexes* qui pourront pour la plupart rester comme faits, mais comme faits inexpliqués. Tandis que par la voie expérimentale on pourra quelquefois aller plus loin ; répétant, reproduisant les opérations, on arrivera peut-être à isoler complétement la *couple* de cause et d'effet, et dès lors rattacher les résultats à quelques lois explicatives. »

Qu'est-ce qui s'exprimait ainsi ? C'est M. Dubois (d'Amiens) lui-même, dans un ouvrage publié en 1841, sous le titre de *Préleçons de pathologie expérimentale*.

M. Dubois (d'Amiens) s'est loué beaucoup à la fin de son rapport, et avec raison, de la souveraineté absolue en matière d'appréciation scientifique, que la haute magistrature s'est plu à reconnaître aux académies. Nous y applaudissons comme lui. Mais plus cette souveraineté est grande, plus elle engage aussi la responsabilité des corps savants qui en sont investis, plus elle est justiciable de l'opinion publique et de la presse qui est son organe. C'est de ce droit que nous venons d'user envers M. le secrétaire perpétuel, en opposant à ses opinions d'aujourd'hui, les opinions de M. Dubois (d'Amiens) en 1841, en d'autres termes en le faisant juger par lui-même. — Dr Brochin.

Par arrêté ministériel en date du 24 décembre 1865, M. Faurie, inspecteur de l'Académie de Paris, a été délégué provisoirement pour l'administration de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Tardieu, doyen de cette Faculté, dont la démission est acceptée.

Sans toucher aux questions qui ont déterminé la retraite de M. Tardieu — questions que la loi nous défend de traiter — nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer publiquement les regrets que nous inspire la décision prise par l'honorable professeur de médecine légale.

Nous avons toujours connu M. Tardieu animé des meilleures intentions pour l'enseignement et le corps médical, et nous sommes persuadé qu'il était peut-être le plus en mesure de les accomplir. — Dr E. Le Sourd.

INFIRMERIE DES INVALIDES.

Ulcère rond de l'estomac, marche rapide, mort par hémorrhagie.

(Observation recueillie par M. le Dr S. Chauvel, médecin aide-major.)

Le 14 novembre 1865, entre à l'infirmerie, salle Saint-Louis, n° 5, le nommé Iz... âgé de soixante-neuf ans, d'une constitution robuste, d'une bonne santé habituelle, sans habitudes d'ivrognerie. Depuis quelques jours, cet homme s'est senti indisposé, a complétement perdu l'appétit, et à son entrée nous constatons les symptômes suivants :

Langue pâteuse, recouverte d'un enduit blanc sale, très-abondant ; sensation d'amertume dans la bouche. Anorexie ; régurgitations fréquentes après les repas ; douleur épigastrique profonde, n'augmentant pas ou très-peu par la pression, et se montrant dans toute la région stomacale, sans qu'on puisse la localiser en un point déterminé. Un peu de diarrhée (quatre à cinq selles liquides pour les vingt-quatre heures), et quelques coliques sourdes. Le malade n'a pas eu de vomissements. En même temps que ces symptômes gastriques, toux légère, sentiment d'oppression rapporté à la région précordiale ; douleur modérée, sans exacerbations, mais continue à la partie postérieure du thorax entre les deux omoplates.

L'expectoration est nulle ; l'examen de la poitrine et du cœur ne révèle rien d'anormal. Pas d'augmentation de volume du foie.

Sous l'influence d'une diète légère, des opiacés et du sous-nitrate de bismuth à faible dose, la diarrhée et les coliques cèdent au bout de quelques jours. Mais l'anorexie persiste, et avec elle la douleur épigastrique et l'oppression précordiale sans aggravation, mais aussi sans diminution dans leur intensité. L'examen de la région fait avec le plus grand soin, nous permet de constater qu'il n'existe pas de tumeur, au moins appréciable à la palpation.

Un gramme d'ipéca en deux doses, produit des vomissements bilieux peu abondants, avec quelques stries sanguines. Le lendemain (24 novembre), vomissement spontané, avec dépôt noirâtre, marc de café, qui vient nous révéler une lésion pathologique incontestable de la muqueuse stomacale, lésion qui a produit une hémorrhagie dans la cavité de ce viscère et par suite une hématémèse.

Avons-nous affaire à un cancer ou à un ulcère rond, simple de l'estomac, sans production de tissu cancéreux ? L'absence de tumeur appréciable à la palpation, la rapidité de la marche de l'affection dont les débuts remontent à peine à deux semaines ; l'embonpoint du malade ; l'absence de toute trace de cachexie cancéreuse, nous semblent parler en faveur d'un ulcère simple, sans altération carcinomateuse de la paroi stomacale. Il est cependant un symptôme donné par les auteurs comme presque caractéristique de l'ulcère rond, et que nous ne retrouvons pas ici : c'est la localisation de la douleur, que l'on peut limiter par l'examen à un point circonscrit, peu étendu, correspondant directement au siége de la lésion. L'existence d'une douleur fixe, continue, inter-scapulaire, plaide aussi en faveur de cette hypothèse de l'ulcère simple, rond, hypothèse à laquelle nous nous arrêtons.

Pendant quelques jours, les vomissements ne se reproduisent plus ; mais le 28 novembre à sept heures du soir, le malade est repris d'une hématémèse abondante, et en quelques minutes, il rend plus d'un litre de sang noir, en caillots assez volumineux. De la glace, de l'eau de Seltz, quelques cuillerées d'une potion avec de l'eau de Rabel, arrêtent cette hémorrhagie ; mais le malade reste pâle, affaissé, inondé d'une sueur froide, et son moral est profondément atteint. Pendant la nuit, il y a encore quelques vomituritions, et le malade rend de petits grumeaux de sang noirâtre, désagrégés ; mais il n'y a pas de vomissement proprement dit.

Le lendemain matin nous le trouvons pâle, anémié ; le pouls fréquent, faible, très-dépressible ; les vomituritions se reproduisent de temps en temps ; mais à chaque fois il n'y a que très-peu de matière de rejetée. La douleur épigastrique est restée la même, la douleur inter-scapulaire est devenue plus vive. Le malade a rendu du sang par les selles en assez grande abondance.

On prescrit : glace, eau de Seltz, potion avec eau de Rabel, 4 gram. ; sinapismes sur les extrémités inférieures, etc. ; mais l'affaiblissement augmente, et le malade succombe le 29 à midi, sans autres phénomènes remarquables.

Autopsie. — Le corps est celui d'un homme fortement constitué, embonpoint marqué ; peau d'un blanc mat comme chez les individus qui ont succombé à une abondante perte de sang.

Cavité thoracique. — Adhérences fibreuses, résistantes, reliant le poumon gauche à la paroi thoracique ; la cavité pleurale a complétement disparu ; tissu pulmonaire sain. Poumon droit sans adhérences, un peu de sérosité dans la cavité pleurale, engouement hypostatique de son lobe inférieur. Cœur volumineux, quelques plaques laiteuses sur la face antérieure du ventricule droit ; hypertrophie concentrique du ventricule gauche ; pas d'altération valvulaire.

Cavité abdominale. — Estomac distendu par une grande quantité de liquide, légèrement coloré par du sang. Sur la petite courbure, à 7 centimètres de l'orifice pylorique, on trouve un ulcère taillé en godet aux dépens des tuniques muqueuse et musculeuse de l'estomac ; la séreuse n'est pas intéressée, et aucun travail inflammatoire ne s'est fait en ce point pour le relier par des adhérences aux organes voisins. Cette ulcération est arrondie, un peu plus allongée cependant dans le sens de la petite courbure, de 1 centimètre environ de diamètre, et d'une profondeur de 4 à 5 millimètres à son centre. Elle n'est du reste pas creusée tout à fait également, et présente une profondeur un peu plus grande du côté pylorique.

En ce point, on voit un petit caillot sanguin, noir, mou, de 1 millimètre de longueur environ, sans adhérences, et qui bouche l'orifice de l'artère dont l'ouverture a dû causer l'hémorrhagie. Une dissection attentive des vaisseaux de la région, nous a permis de constater que les artères qui suivent la petite courbure de l'estomac avaient conservé leur calibre normal, et que leurs parois n'offraient aucune altération. Au niveau de l'ulcération, se détache de la pylorique une artériole assez volumineuse, d'environ 1/2 millimètre de diamètre, qui s'enfonce perpendiculairement dans la paroi stomacale, et après un trajet de 2 millimètres se trouve coupée net au niveau du point le plus profond de l'ulcération, où se voit très-bien son orifice béant. Elle était fermée, comme nous l'avons dit, par un caillot de forma-

tion récente, et que la pointe du scapel en a détaché très-facilement. Cette artériolle ne présente au reste aucune altération appréciable. En disséquant les membranes de l'estomac, on voit la muqueuse, un peu hypertrophiée surtout au voisinage de la lésion, se terminer en s'amincissant sur les bords de l'ulcération. La membrane musculeuse également épaissie, mais sans induration, n'a été détruite qu'en partie; elle constitue le fond de l'ulcère; en ce point toutefois, elle est déjà altérée, et forme à la surface de la perte de substance, une couche pulpeuse, mollasse, se laissant enlever en partie par le râclage avec le scalpel. Dans tout le reste de son étendue, la muqueuse stomaçale ne présente aucune lésion et a conservé son aspect normal.

La rate est très-petite et un peu ramollie; le foie et le pancréas sains. Les intestins contiennent beaucoup de sang provenant de l'estomac, mais n'ont subi aucune altération pathologique.

Ce que l'on peut noter dans cette observation, c'est la marche rapide de l'ulcération, perforant presque complétement en quelques jours la paroi stomacale, s'éloignant ainsi de la forme sous laquelle elle se montre le plus habituellement, et qui lui a valu le nom d'ulcère chronique de l'estomac, et arrivant à produire bientôt, par l'ouverture d'une artère, une hémorrhagie considérable, une terminaison promptement fatale. Et encore, le malade eût-il survécu à cette première attaque, l'hémorrhagie se fût bientôt reproduite, soit par déplacement du caillot qui bouchait l'orifice du vaisseau, soit par les progrès nouveaux de l'ulcération détruisant sur un autre point la paroi artérielle; et la mort cette fois, en eût été la suite presque inévitable.

CAUSE ET NATURE DE LA TUBERCULOSE

Son inoculation de l'homme au lapin.

Par M. J.-A. Villemin.

La phthisie pulmonaire et les maladies tuberculeuses en général causent une mortalité si effroyable dans l'espèce humaine, qu'aucun fléau ne peut leur être comparé. C'est ce qui explique le nombre infini de travaux publiés sur ce sujet. Depuis quelque temps déjà nous nous livrons nous-même à l'étude suivie de cette affection, et la série des recherches que nous avons entreprises nous a conduit sur la tuberculose à des idées qui ne laissent pas que de s'écarter considérablement des opinions reçues. Les conditions de son développement, la forme et le siége de sa lésion anatomique, les particularités de sa marche, etc., nous ont laissé entrevoir des affinités étiologiques entre elle et la fièvre typoïde, ainsi que certains rapports avec les maladies virulentes, principalement avec la morve-farcin. D'un autre côté, l'interprétation des processus morbides, des grands systèmes de l'organisme, des tempéraments, etc., d'après les connaissances anatomo-physiologiques modernes, nous ayant éclairé d'un jour nouveau toute cette catégorie d'affections mal définies, déguisées habituellement par le nom de *scrofulo-tuberculeuses*, nous sommes arrivé aux hypothèses suivantes :

La tuberculose est l'effet d'un agent causal spécifique, d'un virus, en un mot.

Cet agent doit se retrouver, comme ses congénères, dans les produits morbides qu'il a déterminés par son action directe sur les éléments normaux des tissus affectés.

Introduit dans un organisme susceptible d'être impressionné par lui, cet agent doit donc se reproduire et reproduire en même temps la maladie dont il est le principe essentiel et la cause déterminante.

L'expérimentation est venue confirmer ces données de l'induction. En voici les preuves.

Première série d'expériences. — Le 6 mars, nous prenons deux jeunes lapins âgés d'environ trois semaines, tétant encore leur mère et vivant avec elle dans une cage élevée au-dessus du sol et convenablement abritée. A l'un de ces lapins nous insinuons dans une petite plaie sous-cutanée, pratiquée derrière une oreille, deux petits fragments de tubercule et un peu de liquide puriforme d'une caverne pris sur le poumon et l'intestin d'un homme phthisique, mort depuis trente-trois heures. Le 30 mars et le 4 avril nous répétons l'inoculation d'une parcelle de tubercule. A chaque inoculation il se produit quelques phénomènes locaux que nous ayons relatés dans le Mémoire qui accompagne cette Note.

Le 20 juin, nous sacrifions les deux lapins. Nous constatons chez celui qui a été inoculé les lésions suivantes : semis tuberculeux le long de la grande courbure de l'estomac; quelques tubercules dans l'intestin grêle et dans les deux substances du rein; les poumons sont pleins de grosses masses tuberculeuses formées par l'agglomération de plusieurs granulations.

Le lapin frère, qui a partagé avec ce dernier toutes les conditions de l'existence, ne présente *absolument aucun tubercule*.

Deuxième série d'expériences. — Le 15 juillet, nous inoculons trois beaux lapins bien portants, vivant au grand air dans un petit enclos où se trouvait un refuge couvert, et jouissant d'une nourriture abondante et variée (pain, son, fourrage). Le 22 du même mois, nous répétons l'opération sur chacun d'eux et nous inoculons en même temps et pour la première fois un quatrième lapin de même provenance que les précédents et vivant avec eux.

Les 15, 16, 18 et 19 septembre, nous les sacrifions tous les quatre les uns après les autres. Voici le résumé des autopsies :

N° 1. Tubercules pulmonaires abondants, faisant saillie à la surface des poumons, disposés en plaques de la grosseur d'une lentille. On remarque aussi quelques granulations miliaires.

N° 2. Tubercules pulmonaires à peu près comme chez le n° 1.

N° 3. Tubercules pulmonaires comme chez les précédents; tubercules blanc-jaunâtres dans l'appendice iléo cæcal.

N° 4. (Ce lapin n'a été inoculé qu'une seule fois, le 22 juillet.) Tubercules pulmonaires siégeant surtout dans le poumon gauche, de la grosseur d'un pois et faisant saillie à la surface du poumon. On trouve aussi un assez grand nombre de granulations entourées d'une auréole congestive rougeâtre; quelques tubercules dans l'enveloppe péritonéale du foie; trois tubercules dans la portion supérieure de l'intestin grêle.

Pendant que ces lapins étaient en expérience, deux autres lapins vivant dans les mêmes conditions que les inoculés, mis à mort pour d'autres usages physiologiques, n'ont offert aucune trace de tuberculisation. Un troisième lapin ayant aussi toujours vécu avec eux et subi des causes particulières d'épuisement, est sacrifié *le 21 novembre seulement*, sans présenter le moindre tubercule. On lui avait pratiqué la section du nerf sciatique le 24 juillet; une longue suppuration, une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne avec carie du calcanéum, provoquées et entretenues par l'insensibilité du membre paralysé, l'avaient réduit, pendant fort longtemps, à un degré de maigreur extrême.

Troisième série d'expériences. — Le 2 octobre, nous nous procurons trois paires de jeunes lapins, âgés d'environ trois mois; les deux lapins de chaque paire sont frères de la même portée. Chaque paire est d'une souche maternelle différente. Nous inoculons un lapin de chacune d'elles, et les deux lapins frères, dont l'un est inoculé tandis que l'autre ne l'est pas, sont mis ensemble dans une même cage. Tous habitent du reste un réduit commun divisé en trois compartiments. Les mêmes jours et dans les mêmes conditions, nous inoculons un quatrième lapin adulte, de grande taille et extrêmement vigoureux.

Paire n° 1. Le 23 novembre, le lapin inoculé est trouvé mort. A l'autopsie nous constatons les lésions suivantes :

Congestion pulmonaire à la partie supérieure des deux poumons; très-petites granulations grisâtres au milieu du tissu congestionné, situées principalement sous la plèvre; reins contenant dans la substance corticale une grande quantité de kystes remplis d'un liquide transparent.

Le lapin frère immédiatement sacrifié ne présente aucune lésion organique.

Paire n° 2 (29 novembre). Le lapin inoculé offre une très-grande quantité de granulations miliaires siégeant principalement au-dessous de la plèvre; deux agglomérats de granulations formant des nodosités de la grosseur d'un petit pois.

Le lapin frère est entièrement exempt de tubercules.

Paire n° 3 (29 novembre). Le lapin inoculé présente dans les deux poumons des marbrures au milieu desquelles on constate de toutes petites granulations grises au nombre de deux ou trois dans chaque tache. Elles siégent sous la plèvre.

Le lapin frère est exempt de toute lésion pulmonaire ou autre.

Paire n° 4 (gros lapin isolé, nourri et logé comme les précédents). Toute la surface des deux poumons est criblée de granulations sous-pleurales; les plus petites sont entourées d'une auréole congestive; deux ou trois tubercules, de la grosseur d'un petit pois, saillants à la surface; le parenchyme est aussi semé de granulations; la surface de la rate en est également couverte; on y remarque en outre trois ou quatre tubercules étalés, aplatis.

L'examen histologique de toutes les productions tuberculeuses, ainsi provoquées, a confirmé les caractères que nous avons attribués au tubercule dans notre mémoire : *Du tubercule au point de vue de son siége, etc.*, 1862.

Parallèlement à ces inoculations de tubercule, nous en avons fait à un lapin avec différentes substances, telles que la matière de la psorentérie d'un cholérique, du pus phlegmoneux, du pus d'anthrax, et le lapin sacrifié le 30 novembre n'a offert aucune particularité anatomo-pathologique.

Ne sachant à quel degré de son évolution le tubercule est le plus propre à l'inoculation, nous avons toujours pris la matière à inoculer sur deux granulations, l'une grise et l'autre au début de son ramollissement. Nous les avons choisies autant que possible ailleurs que dans les poumons, afin d'être moins exposé à prendre des produits inflammatoires consécutifs, plus communs dans ces organes que dans tout autre.

Les sujets auxquels nous avons emprunté cette matière n'étaient morts que depuis vingt-quatre à trente-six heures. Avec un bistouri à lame étroite, nous faisons une petite ponction sous-cutanée vers la base de l'oreille; nous insinuons dans la plaie un petit fragment de substance tuberculeuse, après l'avoir un peu désagrégée en la triturant avec la pointe de l'instrument.

Conclusions. — La tuberculose est une affection spécifique.

Sa cause réside dans un agent inoculable.

L'inoculation se fait très-bien de l'homme au lapin.

La tuberculose appartient donc à la classe des maladies virulentes et devra prendre place, dans le cadre nosologique, à côté de la syphilis, mais plus près de la morve-farcin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1865. — Présidence de M. Bouchardat.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Le rapport de MM. les docteurs Gilbrin sur une épidémie de variole qui a régné en 1865 à Ars-sur-Moselle; Finckler sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs localités de l'arrondissement de Sarreguemines. (Comm. des épidémies); 2° Des rapports de MM. les docteurs Kuhn, médecin inspecteur des eaux minérales de Niederbronn sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1864; Bona, médecin inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1865; (Comm. des eaux minérales); 3° La recette d'un remède contre le choléra (Comm. des remèdes secrets et nouveaux).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite ne comprend qu'une seule pièce, une lettre de M. Barthélemy de Gombos, conseiller ultique de Hongrie, sur le choléra.

— **M. J. Béclard** présente, au nom de M. le docteur Reliquet, un appareil à irrigation continue de l'urèthre et de la vessie, fabriqué par MM. Robert et Collin. Il est composé de :

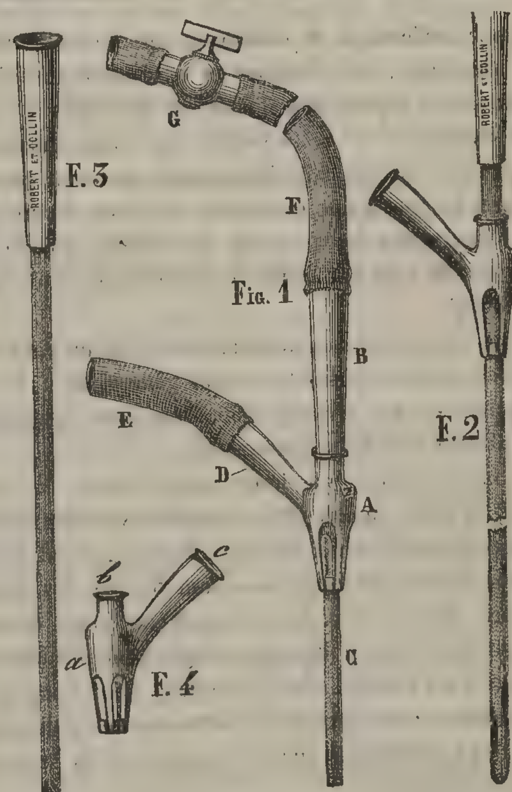
1° Une sonde en gomme (fig. 3) ayant un diamètre de trois millimètres au plus, les parois aussi minces que possible de façon à réunir une grande souplesse à un calibre suffisant. A son extrémité externe, la sonde a les bords de son orifice solidement fixés à un petit entonnoir métallique (B) qui sert à le mettre en communication avec un siphon en caoutchouc (F) chargé de fournir continuellement le liquide. Sur le trajet du siphon est un robinet (G) qui permet de graduer ou d'arrêter l'écoulement du liquide;

2° Un pavillon conique (fig. 4) creux, traversé, suivant son axe, par la seconde (fig. 2), sur laquelle il glisse librement. L'ouverture de la base du cône présente un petit rebord saillant, destiné à retenir une rondelle de caoutchouc dont la partie libre se rétracte sur la seconde et ferme l'espace qui existe entre la sonde et l'orifice du cône. De plus, ce même orifice peut recevoir à frottement l'extrémité de l'entonnoir métallique de la sonde. Ainsi le liquide contenu dans le pavillon ne peut pas s'échapper le long de la sonde.

La face convexe du cône présente, à partir de son sommet dans les deux tiers de sa hauteur, de larges ouvertures. La circonférence de la base du cône, saillante sous la forme d'un angle mousse, se continue sur le côté avec un tube (fig. D) chargé de faire communiquer la cavité du pavillon (fig. 1-4) avec un tuyau en caoutchouc (fig. 1 E) destiné à conduire le liquide dans un vase.

L'application de l'instrument consiste à introduire la sonde jusque dans la vessie ou jusqu'à un niveau variable de l'urèthre, selon que l'on veut faire une irrigation de la vessie et de l'urèthre, ou de l'urèthre seulement, puis à pousser le pavillon dans l'urèthre jusqu'à ce que le bord saillant de sa base soit recouvert par les lèvres du méat qui en s'appliquant, sur la base du cône, maintiennent l'instrument en place pendant l'irrigation.

Pour satisfaire aux dimensions variables du méat urinaire selon les sujets, M. le docteur Reliquet a fait faire des pavillons de volume différent qu'il distingue par le n° 1, qui a six millimètres de diamètre à la base; le n° 2, sept millimètres; le n° 3, 8 millimètres, le n° 4 neuf millimètres, et chacun de ces pavillons peut recevoir les mêmes sondes.



EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1, appareil complet. A, pavillon. B, entonnoir de la sonde. C, sonde. D, tube d'écoulement. E, tube en caoutchouc qui va dans un vase. F, extrémité du siphon en caoutchouc. G, robinet sur le trajet du siphon.

Fig. 2, montre le pavillon glissant sur la sonde.

Fig. 3. Sonde avec entonnoir.

Fig. 4. Pavillon : *b* ouverture de la base entourée d'une saillie; *c* ouverture du tube d'écoulement.

— **M. Larrey** présente au nom de M. Demarquay un ouvrge intitulé : *Essai de pneumatologie médicale*.

— **M. Devergie** dépose sur le bureau le rapport de la Commission d'hygiène instituée pour l'étude des questions qui se rattachent à l'hygiène des hôpitaux.

— **M. Depaul** présente de la part de M. le docteur Stanski une brochure sur la contagion du choléra; et au nom de M. le docteur Napoléon Besnier (de Lamballe) une série d'observations sur des cas intéressants d'obstétrique.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. Gobley, au nom de la commission des Eaux minérales, lit quatre rapports officiels :

1° Sur une nouvelle source d'Enghien (Seine-et-Oise), dite Source de Boulquet. Cette eau, dont la valeur sulfhydrométrique varie de 17 à 19 degrés, a une composition qui la rapproche des autres eaux exploitées à Enghien.

M. le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée;

2° Sur l'eau de Serville (Haute-Loire), eau bicarbonatée sodique qui pourra, dit M. le rapporteur, être utilement conseillée pour l'usage médical;

3° Sur l'eau de Salies (Haute-Garonne), eau très-chargée en chlorure de sodium et de magnésium, et susceptible de recevoir des applications;

Les conclusions de ces deux rapports sont également favorables;

4° Sur l'eau del Bagnolo di Corneto, près Civitta-Vecchia (États-Romains) qu'un négociant de Lyon demande l'autorisation d'introduire et de vendre en France. Cette eau renferme une grande quantité de chlorure de sodium et de sulfate de soude; mais ses propriétés médicinales ne sont pas établies d'une manière certaine. En conséquence, M. le rapporteur propose de répondre qu'il n'y a pas lieu, pour le moment, d'accorder l'autorisation demandée.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

ÉLECTIONS.

L'Académie procède à cinq scrutins successifs pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été élus membres de la Commission des épidémies : MM. Barth et Bergeron;

De la Commission des eaux minérales : MM. Boutron et Guérard;

De la Commission de Vaccine : MM. Bousquet et Leblanc;

De la Commission des remèdes secrets : MM. Gubler et Roger;

Du Comité de publication : MM. Tardieu, de Kergaradec, J. Cloquet, Baillarger et Gavarret.

LECTURE.

Typhus contagieux des animaux. — **M. LEBLANC** lit un mémoire dans lequel il se propose de démontrer que le typhus dit des bêtes à cornes n'est pas exclusif à ces animaux et qu'il peut se propager à des animaux d'autres espèces. L'auteur expose les faits qu'il a eu l'occasion d'observer récemment au Jardin d'acclimatation du Bois de Boulogne.

Voici un résumé sommaire de ces faits : « Le 15 novembre, 2 gazelles de l'Inde, contaminées en Angleterre du virus typhique, furent introduites au milieu d'un groupe de 135 animaux de races et d'espèces très-variées (ruminants, pachydermes, rongeurs et carnassiers). Sur ces 135 animaux, 32 furent atteints de typhus à un degré plus ou moins avancé ; on les sacrifia tous, moins un. Au nombre des animaux atteints, il y eut 12 bœufs, 9 chèvres, 5 antilopes, 3 cerfs, 2 chevrotains, 2 sangliers. L'assommement prompt des animaux malades a promptement arrêté l'extension de la maladie.

M. BOULEY demande la parole à l'occasion de cette communication; mais, vu l'heure avancée, la parole est réservée à M. Bouley pour la séance prochaine.

La séance est levée à 4 heures trois quarts.

ADDITION A LA SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE,

SUR LES PRIX DÉCERNÉS EN 1865.

Les questions que l'Académie propose annuellement comme sujet de prix suffiraient au besoin pour montrer quel est l'état actuel de la médecine et pour donner la mesure de ses progrès ; ceux qui nient ces progrès ferment les yeux à la lumière. La médecine, comme toutes les sciences, a passé par l'état théologique, puis par l'état critique : elle est aujourd'hui à l'état positif, c'est-à-dire complétement entrée dans les voies de l'observation, et quand le sujet le comporte, dans celles de l'expérimentation, d'où résulte l'expérience, qui est une acquisition de l'esprit. Bien des années se sont écoulées depuis que la médecine, secouant le joug de l'autorité dogmatique, s'est complétement sécularisée; il faut, en vérité, sortir du sommeil d'Épiménide, pour venir aujourd'hui reprocher à la médecine de mêler la religion à son enseignement, pour venir nous dire qu'elle fait encore jouer un grand rôle au surnaturel et au merveilleux ; qu'elle est enfin et toujours dominée par d'absurdes superstitions.

On parle aussi de l'empirisme, on nous dit plongés dans ses ténèbres ; mais ce reproche, nous l'acceptons, car pour nous l'empirisme, loin d'amasser les ténèbres, les dissipe. Qu'est-ce, en effet, que l'empirisme médical, si ce n'est l'expérimentation appliquée à la thérapeutique? si ce n'est cette méthode expérimentale elle-même, qu'on revendique exclusivement pour d'autres sciences, tandis qu'elle nous appartient en propre. Qui ne sait, en effet, comment la physiologie en use dans ses amphithéâtres, et comment la pathologie la retrouve dans ses services de clinique? Je dis dans ses cliniques, car en dehors des hôpitaux et de la pratique, je ne vois plus d'expérimentateurs, je ne vois plus d'observateurs : je vois des professeurs qui exposent l'état de la science à leur façon, et rien de plus. Quant aux académies, leur rôle est parfaitement tracé : elles recueillent, elles enregistrent, elles sanctionnent les faits nouveaux, elles en apprécient l'importance et elles décernent des récompenses aux travailleurs. Est-ce que, par hasard, elles feraient passer ce qu'on appelle les personnalités médicales avant la science? Est-ce qu'elles demanderaient aux concurrents des récits empruntés à la tradition, c'est-à-dire des légendes? Est-ce qu'elles admettraient des inspirations dues à un prétendu tact médical? Il nous suffira, Messieurs, de rappeler en peu de mots comment l'Académie a procédé dans la rédaction de ses programmes, pour vous montrer quelle médecine elle professe, dans quel sens et dans quel esprit elle cherche de son côté à hâter les progrès de la science; voyez, en effet, ce qu'elle avait demandé cette année aux concurrents, et dans quelle direction elle avait encouragé leurs travaux.

Elle avait d'abord à décerner un prix qui lui est propre. Quelle question a-t-elle proposée? Était-ce un problème dont la solution comporterait quelque chose de surnaturel, de merveilleux; elle a tout simplement demandé aux concurrents un exposé des *paralysies traumatiques*. Pénétrant ensuite au cœur même de la science, elle a demandé aux observateurs s'il existait ou non des *caractères anatomiques scientifiques du cancer*; puis elle a trouvé qu'il était opportun, dans l'état actuel des choses, de s'enquérir des *rapports de la paralysie générale et de la folie*, et comme de tout temps les *indications fournies par le pouls dans l'état puerpéral* avaient préoccupé les praticiens, elle a cru devoir provoquer des recherches sur ce point; elle a demandé ensuite avec M. Barbier si la science ne pourrait pas trouver les moyens de traiter avec succès quelques maladies réputées incurables, et avec M. Amussat, si on ne pourrait pas lui signaler un *progrès quelconque obtenu dans la thérapeutique* chirurgicale par la voie de l'expérimentation. Enfin, et conformément au vœu exprimé par M. E. Godard, elle s'est bornée à demander un *bon mémoire de pathologie externe*. Messieurs, nous devons le dire dès à présent, les concurrents ont parfaitement compris leur mission ; ils ont tous été de leur siècle. S'ils ont parfois invoqué l'autorité de leurs devanciers, c'était en s'appuyant de leur expérience ; ils ont en ce sens rapporté des faits et non des légendes. Là où l'observation pouvait seule être invoquée, ils l'ont invoquée; quand ils ont pu y joindre l'expérimentation, ils l'ont fait, et l'Académie a récompensé leurs efforts. (Ici M. le secrétaire perpétuel entre dans les détails analytiques des mémoires couronnés; puis il reprend en ces termes) :

Messieurs, lorsqu'au commencement de ce rapport nous avons parlé des méthodes en honneur aujourd'hui parmi nous, c'est-à-dire de la méthode qui consiste à observer et de celle qui consiste à expérimenter, nous aurions dû, peut-être comme correctif, signaler quelques abus de l'expérimentation ; ainsi tout récemment on a cru pouvoir instituer un nouvel enseignement : il s'est rencontré en effet, des physiologistes, qui, dans des intentions d'ailleurs fort louables, sont venus nous dire qu'on peut renouveler la médecine, tout autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, qu'on peut reproduire à volonté sur des animaux toutes les graves maladies qui sont propres à l'espèce humaine, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, les intermittentes pernicieuses, etc., etc. ; et de là, je le répète, plus de *clinique médicale*, plus d'observations au lit des malades, mais autour de tables de laboratoire; étrange idée, en vérité, de croire qu'on peut substituer une étiologie artificielle à cette étiologie mystérieuse qui produit en nous tant de maladies! Et pourquoi cherchait-on ainsi à provoquer toutes ces maladies? est-ce pour en trouver la véritable médication? pour instituer un traitement plus sûr, plus efficace? En aucune manière : c'était dans un but spéculatif, pour ouvrir à la science, disait-on, de nouvelles voies. Le temps, Messieurs, a déjà fait justice de ces vaines idées ; mais ce que nous venons de dire de l'expérimentation appliquée à la médecine ne saurait s'entendre de l'expérimentation appliquée à la chirurgie ; ici l'expérimentation est une source de progrès, les lésions chirurgicales pouvant être à volonté et presque identiquement reproduites. Que la lésion soit accidentelle ou intentionnelle, elle est la même; solutions de continuité, inflammations, purulence, gangrène, tout se développe et marche à peu près de la même manière, et ce n'est pas tout, le côté pratique est ici ce qui préoccupe l'expérimentateur ; s'il provoque une lésion, c'est pour trouver les moyens de la guérir; c'est pour arriver à découvrir de nouveaux procédés; ce n'est donc pas une vaine curiosité, une curiosité de savant qui lui fait varier ses expériences, c'est le désir de soulager ses malades; et ce sont là les idées qui ont inspiré M. Amussat dans la fondation de son prix.

Nous venons de vous dire, Messieurs, quelles ont été les récompenses que l'Académie a décernées dans le cours de l'année qui vient de s'écouler; vous le savez, ce n'est qu'après de mûres et consciencieuses délibérations qu'elle a porté ces jugements. Lorsqu'il s'est agi d'ouvrages dont les auteurs lui étaient inconnus, de mémoires inédits, elle a dû presque entièrement s'en rapporter aux Commissions très-compétentes qu'elle avait instituées, et qui d'ailleurs lui avaient clairement exposé les motifs de leurs préférences ; mais lorsqu'il s'est agi d'ouvrages déjà publiés et d'auteurs connus, l'Académie a dû se livrer à de longues discussions, elle l'a fait dans des séances particulières, loin de toute pression, *sine studio et ira*, s'inquiétant fort peu de capter la bienveillance de quelques auditeurs plus ou moins intéressés, d'obtenir enfin cette *aura popularis*, qui ne dure qu'un moment; confiante dans l'équité de ses jugements, elle les livre aujourd'hui à la publicité. Assurément elle n'a pas la prétention de contenter tout le monde, elle a vu plus d'une fois, comme toutes les sociétés savantes, ses jugements devenir l'objet de réclamations, mais elle a dû distinguer : parmi les mécontents il en est qu'elle a regretté elle-même de ne pouvoir récompenser, ce sont ceux qui ayant presque atteint le but proposé par elle, se sont vus éliminés par les rigoureuses prescriptions des testateurs; il en est d'autres que l'Académie ne s'est pas senti le courage de blâmer, qu'elle a même jusqu'à un certain point approuvés, ce sont ceux qui par la publication de leurs œuvres en ont appelé de ses décisions au public médical, qui ont placé leurs travaux en regard de ceux qu'elle avait couronnés. Ceux-ci, je ne crains pas de le dire, ont fait preuve de courage, d'intelligence et de bonne foi; et l'Académie qui ne craint pas ces appels, les a vus sans regret s'engager dans cette voie. Mais il était réservé à l'année qui vient de s'écouler, d'en voir un, un seul il est vrai, mais enfin d'en voir un, suivre une tout autre marche. Celui-ci, pour faire juger ce qu'il appelait son différend avec l'Académie, pour faire décider une question de science, pour mettre hors de doute l'excellence de ses œuvres et sa supériorité sur tous ses compétiteurs; celui-ci en a appelé d'abord au Tribunal de première instance du département de la Seine, puis à la Cour impériale.

L'Académie, Messieurs, est loin de s'en plaindre, jamais pareil hommage n'avait été rendu aux sociétés savantes par cette haute magistrature qui est l'honneur du pays : ici, Messieurs, tous les corps savants étaient en cause; nous ne parlerons pas des prétentions du candidat, nous ne dirons pas non plus comment il a été, en termes de Palais, débouté de toutes ses demandes. Mais nous croyons qu'il est bon de rappeler ici ces beaux considérants de la Cour impériale qui établissent d'une manière si claire et si nette les droits des sociétés savantes lorsqu'il s'agit de juger les œuvres de l'esprit et de décerner des récompenses.

Comme premier considérant, la Cour établit *qu'en donnant à une Société savante* (on voit que ceci ne s'applique pas seulement à l'Académie de médecine) *la mission de distribuer des encouragements et des récompenses, un testateur lui accorde une confiance dont la pensée doit dominer l'exécution de l'acte testamentaire.* N'admirez-vous pas, Messieurs, avec quelle hauteur de vue et quel heureux choix d'expressions la Cour montre que c'est l'esprit et non la lettre qui doit dominer dans l'exécution des clauses testamentaires!

Sans doute, il y a ici des conditions à remplir, des règles à observer, soit pour admettre des candidats à un concours, soit pour apprécier leurs œuvres; mais qui pourra en décider? qui pourra résoudre ces difficultés? La Cour impériale ne laisse ici aucune incertitude, aucune équivoque : *Les conditions d'admission des prétendants à l'examen,* dit-elle, *comme l'examen lui-même, appartiennent sans contrôle au corps savant institué à cet égard juge souverain.*

Ainsi, Messieurs, les corps savants sont à cet égard juges souverains et souverains absolus, souverains sans appel. Que s'il restait quelque doute à ce sujet, le second considérant le dissipe en deux lignes.

Les prétendants, y est-il dit, *n'ont jamais le droit d'en appeler de ces décisions devant la justice ordinaire.*

Et qui dit cela? c'est la justice ordinaire elle-même, c'est elle qui dit à tout prétendant : Vous en avez appelé par devers nous des décisions de l'Académie; eh bien, vous n'avez pas ce droit, nous ne pouvons le reconnaître en vous.

Est-ce à dire pour cela que personne au monde n'ait le droit de contrôler les actes des corps savants en ce qui concerne l'exécution des actes testamentaires? Non assurément, Messieurs, il est des clauses testamentaires que les corps savants doivent observer; mais ici il faut distinguer la nature des actes et les qualités des personnes qui viennent en demander compte, et cette distinction se trouve ici très-judicieusement établie par la Cour. *Si,* dit-elle, *les héritiers de l'auteur de la libéralité peuvent, comme ses représentants, surveiller l'exécution du testament, il n'en est pas de même de tout individu qui ne présente pour obtenir un des prix, et qui, pour ce fait, entendrait avoir le droit d'intervenir dans l'exécution d'un acte qui lui est étranger tant que son droit à la récompense n'a pas été reconnu.*

Nous n'insisterons pas davantage, Messieurs, sur cet épisode de l'histoire de nos concours; nous dirons seulement que l'année a été heureuse pour l'Académie, non pas seulement à cause de ce procès qui aurait passé inaperçu si les tribunaux ne lui avaient donné un intérêt général en fixant des points de jurisprudence académique, et en reconnaissant la souveraineté de tous les corps savants dans le jugement des œuvres qui leur sont soumises et dans la distribution des récompenses; mais une voix partie de la plus haute tribune de l'empire, de la bouche de celui qui était le chef suprême de la magistrature, est venue rendre à l'Académie le plus éclatant hommage : nous voulons parler du Sénat et de M. le procureur général Dupin. Quelques partisans ignorés, nous ne dirons pas d'une doctrine médicale, nous n'en trouvons pas même les éléments, mais d'une pseudo-science, s'étaient avisés de venir distraire un moment le Sénat de ses graves occupations; un savant qui est une des gloires du pays, M. Dumas, dans un discours qui restera comme un modèle de haute raison et de fine plaisanterie, avait tout d'abord réduit à leur juste valeur les prétentions de ces demi-savants; et c'est alors que M. Dupin fit entendre ces nobles paroles, qui pour lui, hélas! devaient être les dernières, *novissima verba,* dans cette grande assemblée.

Sans entrer dans les détails d'une théorie aussi absurde dans ses conceptions que funeste dans sa pratique, l'éminent orateur rendit à l'Académie ce haut témoignage d'estime qui restera dans la mémoire de tous. M. Dupin connaissait nos travaux, il savait que l'Académie n'avait jamais voulu descendre jusqu'à discuter ce qui ne peut être discuté, ou plutôt ce qui est indigne de toute discussion; aussi, et sans examiner quel compte moral on devait tenir des prétendus novateurs : « Je n'ôte rien, s'écria-t-il, à l'estime qu'ils peuvent mériter individuellement; mais je revendique hautement une profonde considération pour les pères de la médecine et de la chirurgie françaises, qui constituent, je ne crains pas de le dire, le premier corps médical savant de l'Europe. Eh bien! Messieurs, reprit l'illustre orateur, l'Académie de médecine n'a jamais pu prendre au sérieux une pareille doctrine. »

Messieurs, je disais tout à l'heure que l'Académie devait peut-être quelques remercîments au compétiteur qui l'avait fait comparaître en Cour impériale, puisque cette démarche lui avait valu les remarquables considérants que j'ai cités plus haut. Je pourrais ajouter ici qu'elle devrait aussi remercier ceux que M. Dupin a désignés sous le titre de tels et tels, puisqu'ils lui ont valu une aussi haute marque de considération.

Pour moi, Messieurs, lorsque j'ai lu ces mémorables paroles, lorsque j'ai vu qu'elles ont été couvertes d'applaudissements par le Sénat, je me suis senti fier, je l'avoue, d'appartenir au corps qui les a inspirées. J'y ai vu, et vous y verrez sans doute avec moi, la plus belle et la plus désirable récompense de nos travaux.

CORRESPONDANCE.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Auterive (Haute-Garonne), 10 décembre 1865.

Monsieur et très-honoré confrère,

Le numéro du 28 novembre dernier de votre savant et estimable journal publie l'extrait d'une note insérée par M. le docteur Luc, dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie militaire,* et relative au traitement du coryza par les inhalations d'iode.

Je ne viens point soulever ici une vaine querelle de priorité. Permettez-moi seulement, puisque l'occasion m'en est offerte, de dire que, depuis plus de six ans, j'emploie journellement et avec avantage, dans les affections des voies respiratoires, les inhalations d'iode dégagées, non point de sa teinture comme M. le docteur Luc, mais de la *cire balsamique iodée,* à laquelle je donne, par un procédé qui m'est propre, la forme de boules pouvant se placer et séjourner commodément dans la bouche. J'ai retiré notamment de très-bons effets de l'usage de ces boules dans le traitement du coryza et de l'enchifrènement douloureux qui signale le début de cette gênante indisposition.

Les faits que j'ai observés et qu'a observés mon excellent confrère le docteur Beylac (de Beaumont) ont été consignés dans un mémoire adressé à l'Académie impériale de médecine, au commencement de l'année 1863, et sur lequel l'honorable M. Barth a été chargé de faire un rapport.

Agréez, etc.

D[r] L. RÉGIS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des décès cholériques a baissé sensiblement depuis notre dernier bulletin.

Le 21 décembre, on comptait 2 admissions; 4 cas intérieur, et 5 décès (tous les 5 en ville).

Le 22 décembre, 4 seul cas intérieur, 5 décès (tous en ville).

Le 23 décembre, 3 admissions, 3 cas intérieurs; 5 décès (1 dans les hôpitaux et 4 en ville) 50 malades restaient en traitement.

Le 24 décembre, 3 décès (1 dans les hôpitaux, 2 en ville).

Le 25 décembre, 2 admissions; 1 cas intérieur, 6 décès (4 dans les hôpitaux et 2 en ville).

— Par décret impérial du 23 décembre 1865, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Au grade de pharmacien principal de 1[re] classe, M. Robillard, pharmacien principal de 2[e] classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

Au grade de pharmacien principal de 2[e] classe, M. Coulier, pharmacien major de 1[re] classe, professeur à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaire.

— Le concours pour une place de pharmacien des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi dernier par la nomination de M. Pouillet.

— Le concours pour les prix de l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer.

Nous donnons la liste des candidats :

PREMIÈRE DIVISION. — Médaille d'or : M. Damaschino. — Médaille d'argent : M. Rigal. — Première mention : MM. G. Bergeron, Lemattre, Ledentu. — Deuxième mention : MM. Duguet, Terrier, Nicaise.

DEUXIÈME DIVISION. — Médaille d'argent : M. Delens. — Accessit

(livres) : M. Choyau. — Première mention : M. Vigier. — Deuxième mention : M. Gadaud.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par les nomma nations suivantes :

1 Dieulafoy, Lépine, Lévêque, Souchon, Lafont, Gillot, Jolly (Jacques), Fontaine, Herbet, Prompt, Rathery, Brulé, Gavillet, Lebeuf, Lediberder, Landrieux. Mouchet, Lucas-Championnière, Reverdin.

20 Macheuaud, Wiart, Camille Carville, Nepveu, Lelong, Seweich, Voyet, Laburthe, Dupra, Nottin, Aubrun, Bourneville, Casaubon, Laurent, Chantreuil, Tardieu, Habran, Liouville, Chevillou, Marié.

40 Olivier, Boussard, Laugier.

Liste des élèves nommés internes provisoires :

1 Chamaillard, Delbarre, Bourgeois, Valentin, Rousseau, Attimont, Bassereau, Hallopeau, Derlon, Candellé, Saison (Constant), Saison (Félix), Delfau, Quinquaud, Langlet, Raynaud (Cyprien), Legée, Raymond, Labadie-Lagrave.

20 Raynaud (Maximin), Blum, Lecouteux, Sautereau, Ladevèze, Magdelain, Alling, Larmonde, Bax.

— A la suite du concours pour deux cents places d'externes des hôpitaux ont été nommés : MM. 1 Droin, Carrive, Lagrelette, Roulet, Marchand, Foucault, Demon, Michaud, Renault (H.), Maurice, Bottentuit, Shlumberger, Vaslin, Berger, Labory, Renault (Ch.), Stoppin, Lepiez, Pellat.

20 Cooke, de Montmeja, Leteinturier, Sevestre, Bourée, Ancel, Dantaynau, Ducastel, Bellon, Defont-Réaulx, Tribes, Grancher, Paillard, Chauvin, Frémy, Kohn, Flamin, Labat de Lambert, Ciaudo, Jolicœur.

40 Blanc, Gschwender, Conan, Bachelet, Ferre, Moisson, Rigaud, G. Jourjon, Hallez, Rubé, Theveny, Gros, Leblond, Casteran, Aly-Fahmi, Monfort, Legros, Colignon, de Wyn, Maguin.

60 Colmettes, Fichot, Desmeule, Maurel, Ibrahim-Sabri, Dumaz, Deshayes, Bouillon-Lagrange, Capné, Couillard, Defoin, Girard, Bindé, Rosapelly, Lepileur, Mohammet-Hafiz, Montaignac, Charpentier, Suchard, Pontou.

80 Pronowski, Delamarre, Malassez, Guenon des Menards, Bonamy, Claverie, Gourdon, Lapeyre, Gombault, Petit (H.), Brunel, Castiaux, Mahmoud-Rouchdi, Deruelle, Feraud, Tacheron, Bertrand, Decaux, Fouilloux, Bollenat.

100 Depallier, Veyssière, Colette, Levraud, Bayonne, Massaloux, Angelot, Hassan-Mahmoud, Lecoconnier, Materne, Delanegrie, Haynaut, Cavalier de Cuverville, Picard, Chenieux, Crouzet, Davedoghe, L'otz, Dugoullay, Delarue.

120 Proust, Reyes y Zamora, Barthelemy, Leboucher, Desalle, Spillmann, Naudier, Bolze, Joffroy, Sercé, Picard, Latif-Iglia, Culot, Loumaigne, Mauquié, Jacquier, Leroy, Guichard, Ahmed-bey, Bremond.

140 Ravy, Mustapha-Faigd, Ibrahim-Hanan, Gaillard, Lacomb, Lepiez (A.), Giroud, Oulié, Decornière, Voury, Filleau, Sales, Jouen, Banet, Rigoine, Larue, Thevenon, Bevierre, Desommes, Girod, Gieure.

160 Enguehard, Raingeard, Tillais, Regnault (P), Bouyé, Gaye, Plateau, Varet, Lome, Blet, de Pressigny, Lauvinerie, Sautarel, Devillez, Petitjean, Clément, Vardou dit Durozier, Follet, Ferrand, Gayez.

180 Carret, Vidil, Boile, Watelle, Boucherie, Chassaigne, Gainet, Rouchon, Desfosses, Boutier, Delarageot, de Franco, Nisseron, Poumeau, Briquebec, Stobon, Miot, Baillard, Etchecoin, Durand.

200 Furon, Garcin.

— La distribution des prix aux élèves en médecine et en chirurgie, qui ont pris part aux derniers concours de l'internat et de l'externat, est fixée au jeudi 28 décembre 1865, à une heure précise, et aura lieu dans le grand amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

— Par divers arrêtés ministériels :

M. le docteur Bastien est nommé préparateur de la chaire d'anatomie comparée au Muséum, en remplacement de M. Merlieux, décédé.

M. Caroff, préparateur auxiliaire d'entomologie, est nommé préparateur au laboratoire de cette chaire.

M. Pignault, préparateur auxiliaire de géologie, est nommé préparateur au laboratoire de cette chaire.

M. le docteur Courby, professeur titulaire de la chaire d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Alquié, décédé.

M. Sahut est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la Faculté de médecine de Strasbourg, en remplacement de M. Renoult, dont le temps est expiré.

M. le docteur D'Heilly est nommé professeur supplémentaire pour les chaires de chimie et de matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. (Emploi vacant.)

— Sont maintenus en exercice jusqu'au 1er janvier 1867, près de l'école supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent ; savoir :

MM. Soubeiran (botanique), Grassi (physique), Lutz (chimie organique).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : à Bruxelles, chez A. Decq, et chez Mayolez ; — à Genève, chez Jullien frères ; — pour toute la Plata, chez Echepareborda, à Buénos-Ayres.

Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur la chirurgie des enfants, par M. P. Guersant, chirurgien honoraire de l'hôpital des Enfants malades, membre honoraire de la Société de chirurgie. — Cinq fascicules ont paru, ils contiennent : Le cinquième fascicule contenant : Des Imperforations congénitales de l'anus et des intestins. — Deux cas de luxation traumatique du fémur. — Des Corps étrangers dans les voies aériennes. — De l'Ophthalmie purulente des nouveau-nés. — De l'Incontinence d'urine. — Du Cancer de l'œil. — Des Pieds-Bots. — Prix de chaque fascicule : 1 fr. Librairie P. Asselin, place de l'École-de-Médecine.

Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale, contenant le résumé de la médecine et de la chirurgie, les indications thérapeutiques de chaque maladie, la médecine opératoire, les accouchements, l'oculistique, l'odontechnie, l'électrisation, la matière médicale, les eaux minérales, *et un formulaire spécial pour chaque maladie*, par E. Bouchut, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades et Armand Després, chirurgien des hôpitaux. 1re partie, avec 280 figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet, 20 fr. Paris, 1865, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Recueil de questions posées aux cinq examens de médecine, de fin d'année et aux accouchements, 1er ex. 2 vol. Prix : 3 fr. ; 2me et 5me ex. 1 vol. Prix : 1 fr. 50 c. ; 3me ex. 2 vol. Prix, 3 fr. Accouchements, 2 vol. Prix : 3 fr. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Agenda formulaire des médecins praticiens, pour 1866

ET CARNET DE POCHE RÉUNIS, CONTENANT :

1° Un *Petit Dictionnaire de médecine, de thérapeutique et de Posologie*, avec 500 formules classées suivant l'ordre des maladies auxquelles elles sont applicables ; par MM. les docteurs BLACHE (*maladies des enfants*) ; DURAND-FARDEL (*eaux minérales*) ; GIBERT (*maladies de la peau*) ; GRASSI (*asphyxies, empoisonnements et analyse des urines*) ; HATIN et E. VERRIER (*accouchements*) ; RICORD et CALVO (*maladies vénériennes*) ; SICHEL (*maladies des yeux*) ; BOSSU (*dictionnaire médico-thérapeutique*). — 2° Une série de *Rapports médicaux-légaux*. — 3° Le personnel des *Facultés, Écoles préparatoires, Hôpitaux*, etc., etc. — 4° Une foule de *renseignements* scolaires, administratifs, économiques. — 5° La *liste des Docteurs et Officiers de santé*, de Paris et de la banlieue. — 6° Le tableau des rues du *Nouveau Paris*, etc., formant un cahier séparé.

Nota. — La posologie des *injections hypodermiques* est indiquée aux médicaments employés sous cette forme.

PRIX DES AGENDA-FORMULAIRES

N° 1. Reliure chagrin, fermant au crayon.	3	»
N° 2. — — — en portefeuille	3	50
N° 3. Le même avec trimestre mobile.	4	»
N° 4. Reliure forme serviette, trimestres mobiles.	5	»
N° 5. Reliure chagrin, portefeuille, avec petite trousse, poche en soie.	6	»
N° 6. Reliure avec trimestres mobiles, etc.	7	»
N° 7. Idem avec poche et portef. intérieurs, petite trous. trimestre mobile, etc.	8	»
N° 8 Le même, avec fermoir en maillechort, etc.	9	»
Broché, avec couverture imprimée.	1	75
Cartonné à l'anglaise.	2	»
Cahier plein, doré sur tranche.	2	50
Cahier recouvert en soie, avec trimestres mobiles.	4	»

Les *Agendas* reliés sont tous dorés sur tranche. — Ceux à petite trousse sont, par privilége, munis des *passettes élastiques* brevetées de M. Charrière. — Ils sont expédiés *franco* sans augmentation de prix. — Le *Cahier des Rues* n'est livré qu'à ceux qui le demandent.

Bureaux de l'*Abeille médicale*, 8, rue de Sèvres.

Nos souscripteurs dont l'abonnement finira le 31 décembre sont priés d'envoyer le prix de leur renouvellement en un mandat de poste.

Les abonnés de la Belgique devront s'adresser à Bruxelles, à M. Decq, *libraire, rue de la Madeleine, 9 ; ou à* M. Mayolez, *libraire, rue de l'Impératrice, 35 ;*

Ceux de l'Angleterre, à M. H. Baillière, *libraire à Londres, 219, Regent street ;*

Ceux de la Suisse, à MM. Jullien frères, *libraires à Genève ;*

Ceux des autres États, aux libraires ou aux directeurs des postes de leur pays.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros sont priés de les réclamer sans retard. — Le prix de chaque numéro est de 20 centimes.

Le Directeur, Dr E. Le Sourd.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française

Bureaux, rue de l'Université, 8 PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux de Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui n'en peuvent pas payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 » Un an. . . . 30 »

POUR L'ÉTRANGER, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Essai de théorie physiologique du Choléra.

Le courant est à la recherche des théories physiologiques du choléra. L'observation clinique a donné tout ou à peu près tout ce qu'elle pouvait donner. Le moment est venu de chercher, par l'analyse physiologique des symptômes, à saisir leur liaison et leur enchaînement, et à reconstituer en quelque sorte synthétiquement la maladie dans ses phénomènes principaux. Ce n'est pas aujourd'hui, sans doute, qu'on a tenté de saisir, par un travail de ce genre, la signification physiologique des symptômes du choléra. Dès les premières épidémies qui ont envahi l'Europe, des essais de théorisation ont surgi de toutes parts. Tous ces essais, si nombreux et si divers qu'ils soient en apparence, se résument, en définitive, en deux idées principales, qui sont comme les deux pivôts autour desquels viennent se grouper naturellement tous les phénomènes que décèle l'analyse. Le point de départ de la maladie, — abstraction faite de la cause première, de l'élément toxique inconnu qui a porté le trouble initial dans l'économie, — serait pour les uns, la perturbation fonctionnelle des organes digestifs, résumée elle-même, pour quelques-uns, dans la psorentérie ; et pour les autres, le désordre produit par cette même cause initiale sur le système nerveux ganglionnaire, le grand sympathique. Dans la première hypothèse, le flux gastro-intestinal, la choladrée lymphatique comme on l'a appelée, et la déperdition considérable et rapide des éléments séreux du sang, qui en est la conséquence immédiate, donneraient d'une manière assez rationnelle la clef de toute la série des phénomènes successifs qui se déroulent pendant le cours rapide d'un accès de choléra. Dans la seconde hypothèse, tous les symptômes procéderaient du trouble fonctionnel du système nerveux de la vie organique. C'est celle qui nous a paru réunir le plus d'adhésions et donner l'explication la plus naturelle de l'enchaînement et de la succession des symptômes cholériques. Mais elle était restée longtemps jusqu'ici à l'état de théorie un peu vague. Il s'agit, en s'éclairant des lumières nouvelles jetées par la physiologie sur les fonctions de cet appareil nerveux, de la préciser davantage et de l'amener sur la voie où elle puisse trouver un jour les éléments d'une démonstration complète. On a vu récemment cette théorie entre les mains de M. le docteur Chapman, de Londres, servir de base à une nouvelle médication du choléra.

M. le docteur Marey, dans un travail très-remarquable qu'il vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire*, et dont nous allons essayer de donner un aperçu, a exposé, avec une grande lucidité, les faits qui militent en faveur de cette hypothèse.

Le premier point de départ de la théorie que cherche à établir M. Marey, est l'analogie symptomatique du choléra avec les fièvres d'accès. On sait que notre jeune et savant confrère, dans ses études de physiologie médicale de la circulation du sang, a cherché à démontrer que dans les fièvres pernicieuses le trouble fonctionnel qui domine la scène, celui qui paraît tenir sous sa dépendance tous les symptômes qui se produisent, c'est un trouble du système nerveux *vaso-moteur*, c'est-à-dire des nerfs du grand sympathique qui régissent la contractilité des petits vaisseaux. Reporter cette théorie des fièvres intermittentes à l'interprétation des symptômes du choléra, tel est l'objet de son dernier travail. C'est la connaissance de l'influence du système nerveux vaso-moteur sur la circulation et la calorification, qui va servir de lien entre ces deux affections et expliquer le mécanisme organique de l'une et de l'autre.

Les belles expériences de M. Cl. Bernard, vérifiées depuis par un grand nombre de physiologistes, ont jeté un grand jour, comme tout le monde le sait, sur le rôle du grand sympathique dans la circulation périphérique. L'analyse de cette action et de ces conséquences, a conduit M. Marey à y chercher l'explication de la cause qui produit les deux stades dans un accès de fièvre et de l'ordre dans lequel ils se succèdent.

Il existe, dit-il, dans le système vasculaire périphérique, une enveloppe musculaire animée par les nerfs du grand sympathique, et qui fait que ces vaisseaux peuvent se contracter ou se relâcher. En se contractant, ils prennent un calibre moindre. Mais, en raison de cette diminution de calibre, chacun de ces vaisseaux devient le siége d'un courant sanguin moins abondant. L'organe qu'alimentent ces vaisseaux sera donc traversé par une moindre quantité de sang en un temps donné, ce qui le disposera, si c'est un organe placé superficiellement, à subir, sans réagir, l'influence de la température ambiante, c'est-à-dire à se refroidir s'il est exposé au froid, ne recevant plus une quantité de sang artériel suffisante pour entretenir sa température.

Que ces vaisseaux viennent, au contraire, à se relâcher, il survient un phénomène inverse. L'organe qui les reçoit se gonfle et rougit, en même temps que sa température s'élève, le sang y affluant plus abondamment et y circulant plus vite.

Que l'on suppose un instant que la contraction ou le relâchement des vaisseaux, au lieu de porter sur un organe isolé, se produisent dans toute l'économie : dans le cas de contraction, on verra survenir le ralentissement et la faiblesse du pouls, la pâleur, l'amaigrissement et le froid des extrémités, l'*état algide*. Dans le cas de relâchement simultané de tous les vaisseaux, on verra la peau rougir et se colorer, les extrémités se gonfler, la face se bouffer, les artères battre fortement ; ce sera l'*état fébrile*.

En un mot, l'algidité sera le produit de l'action augmentée des nerfs vaso-moteurs ; la fièvre le résultat de l'action diminuée de ces mêmes nerfs. Or, comme toute action violente et soutenue amène la fatigue et tend à affaiblir, il devra, après une forte contraction des vaisseaux, survenir un relâchement. Autrement dit, après l'algidité devra survenir la fièvre.

Que l'on ajoute à cet ordre de faits la considération des modifications de température liées à l'état de la circulation, celle de la solidarité d'action des différents organes animés par le grand sympathique, et de l'influence réciproque l'une sur l'autre de la circulation pulmonaire et de la circulation générale, et l'on aura à peu près tous les éléments qui peuvent concourir à l'explication physiologique de tous les symptômes du choléra.

D'après cette théorie, en effet, le choléra se traduit dans son premier stade, *algidité*, par l'action exagérée du système grand sympathique et par la contraction des muscles qu'il tient sous sa dépendance. Dans le second stade, que l'on appelle la *réaction* et qui serait mieux nommé, dans cette hypothèse, stade de *chaleur*, tout s'explique, au contraire, par l'épuisement du grand sympathique et le relâchement des tissus qu'il anime.

Voici quels sont, suivant M. Marey, les effets immédiats du resserrement des vaisseaux dans le choléra. Le resserrement des petits vaisseaux produit comme effet immédiat la diminution du volume de toutes les parties qui renferment de riches lacis vasculaires ; d'où le ratatinement des extrémités, l'effilement des doigts et du nez, l'excavation de l'orbite, la diminution de volume de certaines parties, le relâchement de la peau devenue trop large pour les organes qu'elle recouvre, etc. Les artères d'un moyen volume, comme la radiale, la temporale, sont revenues sur elles-mêmes : d'où la faiblesse ou la disparition plus ou moins complète du pouls. La vacuité et le resserrement du système vasculaire périphérique produit encore cet aspect si connu de la cadavérisation de la face.

Ces modifications dans l'appareil circulatoire entraînent nécessairement un trouble dans la température. Par suite de la cessation du cours du sang dans les organes périphériques, la surface du corps se refroidit, particulièrement au visage et aux extrémités. Mais pendant que la surface du corps est refroidie, les malades éprouvent une sensation de chaleur intérieure insupportable. Or, on sait, par des observations nombreuses, que ce n'est pas là un simple fait de sensation. La température centrale du corps est en réalité élevée et plus élevée même que dans l'état normal.

La cyanose tient à la contraction des vaisseaux qui retarde le cours du sang et lui laisse le temps de devenir plus complètement veineux, ainsi que cela se produit sous l'influence du froid. Elle constitue un phénomène tout à fait analogue à celui qui se produit chez les animaux auxquels on a oblitéré la trachée-artère. Le sang reste noir et veineux dans les artères pendant tout le temps que la respiration est arrêtée.

La diarrhée et les vomissements incoercibles, considérés, dans une autre hypothèse, comme le phénomène initial, la cause immédiate de tous les autres, n'ont pas dans cette théorie la même importance. Ils n'occupent que le second rang ; le premier appartient au trouble des lésions nerveuses.

Quant à la suppression des urines, elle s'explique par la trop faible pression du sang dans le système aortique, et surtout par l'état de contraction des petits vaisseaux du rein.

L'aphonie, enfin, qui est d'ailleurs un phénomène d'importance secondaire, peut également s'expliquer par une contraction des muscles du larynx.

Le rôle du système nerveux de la vie organique ainsi déterminé, dans presque tous ses effets, il resterait à rechercher de quelle manière ce système nerveux est primitivement impressionné. C'est ici que trouve sa place l'hypothèse de l'agent morbigène inconnu qui vient impressionner soit immédiatement, soit par l'intermédiaire du sang le système nerveux du grand sympathique.

Voici quelques-unes des indications thérapeutiques principales qui ressortiraient de cette manière d'interpréter les phénomènes cholériques : dans certains cas, à l'exclusion des symptômes d'asphyxie par exemple, combattre la contraction vasculaire de la surface du corps par des applications froides qui provoquent après elles le relâchement des vaisseaux, (c'est, comme on le voit, le point de départ de l'idée de M. Chapman, et la justification de la pratique des partisans de l'hydrothérapie). Administrer la glace à l'intérieur comme moyen d'abaisser la température centrale exagérée, en même temps que cette pratique est logiquement autorisée par le fait de la destruction d'équilibre dans la température. Ou bien, réchauffer le malade extérieurement et le refroidir à l'intérieur, si l'on attache une plus grande importance à ramener la température à sa distribution normale. Enfin combattre les symptômes intestinaux et les accidents pulmonaires par les moyens appropriés. En un mot, chercher à produire sur le système nerveux des effets de sens divers, et pallier tout au moins les troubles fonctionnels consécutifs.

Kyste alvéolo-dentaire de la mâchoire supérieure du côté droit. — Guérison.

Voici un fait de kyste de la mâchoire traité par la ponction et l'injection iodée, observé à l'hôpital des Cliniques, par M. Dolbeau, chargé pendant les vacances dernières du service de M. le professeur Nélaton.

Les détails de ce fait ont été recueillis par M. Lebreton, interne du service.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de trente-huit ans, exerçant la profession de journalier, d'une constitution assez débile. Il est entré dans le service pour être traité d'une tumeur de la face, dont il n'a pu encore être complétement débarrassé en ville.

— Voici les renseignements fournis par le malade et sur son état de santé habituel et sur les circonstances qui ont accompagné le dévoppement de la tumeur.

Malgré son apparence assez chétive cet homme eut toujours une assez bonne santé générale.

Pendant l'enfance, aucun des caractères du tempérament scrofuleux.

A l'âge de six ans, peut-être une pneumonie.

Depuis cette époque jusqu'à l'adolescence aucune maladie.

Pas d'affection vénérienne, ni syphilis, ni blennorrhagie.

A trente-deux ans, palpitations gênantes. Ces palpitations sont dues à la présence d'hémorrhoïdes fluentes déterminant la perte d'une notable quantité de sang.

Il y a quatre ans, notre malade remarqua du côté droit, occupant à peu près la partie moyenne de la mâchoire supérieure, une tumeur du volume d'une noisette. Le bord alvéolaire de la mâchoire était, en cet endroit aussi, légèrement tuméfié, surtout au niveau de la deuxième molaire, ou plutôt des chicots, reste de la deuxième molaire. C'est là le point assigné par le malade lui-même comme point de départ de ce gonflement. En raison de l'indolence du mal, aucun traitement ne fut institué.

Cependant, au bout d'un mois, la petite tumeur diminua subitement, probablement s'était-elle ouverte spontanément. Mais ensuite, elle augmenta d'une façon assez rapide pour présenter au bout de deux ans le volume d'une noix. Aucun traitement ne fut encore institué.

Mais il y a quinze mois, notre malade, frappé de l'augmentation constante de la tumeur, se décida à consulter un médecin qui conseilla une ponction. Une ponction simple fut donc pratiquée, au fond du cul-de-sac formé par la lèvre et le bord antérieur de la mâchoire supérieure. Issue d'un liquide rougeâtre, sur la nature duquel nous ne pouvons avoir d'autres détails.

Cette petite opération ne réussit pas. Le liquide se reproduisit tellement vite, qu'il fallut au bout de trois semaines, pratiquer une seconde ponction suivie cette fois de la cautérisation de l'intérieur de la poche avec un crayon de nitrate d'argent.

Cette opération, regardée par le médecin comme définitive, n'amena cependant pas le résultat désiré.

L'épanchement se reproduisit en effet au bout de huit à dix jours. Depuis ce moment, le mal devint de jour en jour plus considérable, à ce point qu'il déterminait une véritable difformité. Le malade se décide alors à recourir à une nouvelle opération.

État à l'entrée. — Voici quels sont les caractères présentés par cette tumeur.

Elle occupe la joue droite dans presque toute son étendue. Elle est donc très-volumineuse et présente à peu près le volume d'une petite pomme. Elle s'étend de l'aile du nez jusqu'au voisinage de l'oreille dans le sens transversal, et longitudinalement depuis le bord inférieur de l'orbite jusqu'à la naissance de la lèvre, proéminente de 2 1/2 à 3 centimètres. La tumeur est lisse, non bosselée. La fluctuation y est manifeste par la pression latérale.

La peau qui la recouvre n'est pas altérée, elle présente sa consistance et sa coloration normales. Elle n'est pas adhérente à son niveau, mais glisse parfaitement au devant d'elle. Indolence complète. Si, après avoir bien constaté tous les caractères que présente la tumeur du côté de la face, on fait ouvrir la bouche au malade, on voit que le cul-de-sac qui existe normalement entre la lèvre et le bord inférieur de la mâchoire supérieure, est remplacé au contraire par une tumeur qui s'étend en arrière jusqu'à la tubérosité du maxillaire. Les dents n'existent plus de ce côté qu'à l'état de chicots noirâtres, presque cachés par la tumeur qui a fait disparaître les gencives.

Cette tumeur qui s'étend le long du bord inférieur de la mâchoire jusqu'au voisinage de la ligne médiane est assez molle et non bosselée. Sa coloration est rosée.

Si, maintenant un doigt sur la partie buccale du kyste, on refoule la partie cutanée, on détermine une franche fluctuation.

Le palais est complétement sain. Il n'est pas refoulé en bas. Sa coloration est normale, et en aucun point, on ne peut déterminer de sensation de parchemin.

Les ganglions sous-maxillaires sont sains, ainsi que ceux qui sont situés au voisinage de la parotide.

L'état général est satisfaisant. Il y a seulement un peu d'anémie due aux hémorrhoïdes existantes.

Du côté de l'œil, il n'y a aucun phénomène. La vision est parfaite, le plancher de l'orbite n'est pas soulevé.

En présence de tous les symptômes que nous venons de signaler, M. Dolbeau diagnostique un kyste alvéolo-dentaire, et se décide à pratiquer une ponction accompagnée d'un grand lavage et suivie d'une injection iodée.

8 septembre. — Ponction au niveau de la partie buccale du kyste. Le trocart est enfoncé à peu près au milieu de cette portion du kyste, et donne issue à une quantité de liquide qu'on peut évaluer à 175 grammes à peu près.

Ce liquide n'est pas filant. Il est de couleur citrine, et contient des paillettes de cholestérine.

Le kyste s'affaise. La joue revient au niveau de la joue opposée. La cavité de la tumeur est lavée à plusieurs reprises, à grande eau, puis enfin on injecte la teinture d'iode pure.

Après l'opération, application de compresses d'eau froide sur la joue droite.

La journée fut très-calme. Il n'y eut pas de douleurs.

9 septembre. — Le lendemain, la face est extrêmement gonflée du côté droit. La paupière tuméfiée recouvre l'œil droit qui ne peut s'ouvrir. Douleurs dans l'intérieur de la poche.

10 septembre. — Le gonflement disparaît un peu, ainsi que la douleur, mais apparition d'une légère rougeur à l'angle interne de l'œil.

11 septembre. — Le mieux a persisté. La menace d'érysipèle n'existe plus. Le gonflement diminue. Cataplasmes.

12, 13, 14, 15 septembre. — L'amélioration continue. Les douleurs ont disparu. Le gonflement diminue de jour en jour. Cet état de santé persistant, le malade demande à sortir le 20 septembre.

État à la sortie. — La sortie du malade le 20 septembre. Le kyste revenu sur lui ne présente plus que le volume d'une petite noix. La dureté est considérable; on retrouve presque une consistance cartilagineuse. Fluctuation à peine manifeste. La tumeur ne s'étend plus que de l'aile du nez à la moitié de la joue et du bord adhérent de la lèvre à l'arcade zygomatique. Si le malade ouvre la bouche, on remarque que la partie qui occupait le cul-de-sac de la lèvre et de la mâchoire a complétement disparu.

La tumeur est donc en voie de résolution, et il y a tout lieu de croire que notre malade sera complétement guéri dans quelques semaines.

Le 9 octobre, le malade sorti depuis le 20 septembre, se présente avec une tuméfaction considérable de la joue droite. Mais cette tuméfaction est due à une fluxion causée par ses mauvaises dents, et est indépendante du kyste qui l'a amené d'abord à l'hôpital. Ce dernier état a depuis cessé d'exister.

MATERNITÉ DE PARIS. — M. Trélat.

Bassin vicié irrégulièrement. — Présentation de la face. — Application de forceps. — Déchirure des symphyses pubiennes et sacro-iliaque droite. — Destruction de l'extrémité antérieure de l'urèthre. — Guérison. — Incontinence d'urine. — Appareil prothétique.

(Observation recueillie par M. Odier (de Genève), interne du service.)

V... (Suzanne), 22 ans, entre à la Maternité le 16 juin 1864. C'est une femme petite, 1 mètre 30, dont 85 centimètres pour le tronc, et 45 centimètres pour les membres inférieurs. Les tibias et les fémurs sont un peu arqués et les extrémités des os sont volumineuses. Elle est brune, de constitution moyenne, et raconte qu'elle a été nouée dans sa première enfance.

Elle n'a pas été malade depuis cette époque. Réglée à 14 ans d'une manière irrégulière, elle perdait chaque fois beaucoup de sang pendant deux jours et sans souffrance. Elle ne peut préciser la dernière époque menstruelle, dont elle ne se souvient plus. Sa grossesse n'a pas été pénible.

On constate chez elle un rétrécissement du bassin: le diamètre sacro-sous-pubien mesure 10 centimètres sans réduction, et de plus en promenant le doigt à l'intérieur de l'excavation, on reconnait que le côté gauche du bassin est plus petit que le côté droit.

V... fut amenée à la salle d'accouchements, le 25 juin à sept heures du matin.

Les membranes étaient rompues depuis la veille, le col est court et ouvert, la partie fœtale très-élevée, c'est une présentation de la face en variété frontale et en M. J. D. postérieure.

L'abdomen présente un grand développement, le globe utérin est porté en avant où il constitue une saillie considérable d'où une obliquité antérieure très-prononcée de l'utérus.

Les contractions utérines sont normales mais restent sans effet par suite de cette obliquité de l'utérus: la tête reste toujours élevée et le col ne se dilate pas.

On essaya la vessie à tamponnement que M. Guyon fit appliquer à deux reprises et qui fut supportée pendant dix heures, espérant qu'en donnant un point d'appui aux contractions utérines, l'orifice se dilaterait. On obtint ainsi un léger amincissement de l'orifice. — Cependant le travail durait infructueusement depuis plus de vingt-six heures: l'enfant vivait encore, la mère était épuisée de fatigue.

Le 26 juillet, à 10 heures du matin, M. Guyon se décide à pratiquer l'accouchement artificiel: il débrida l'orifice utérin au moyen de cinq incisions et appliqua le forceps. Ses effets méthodiques et répétés, unis à ceux de mon collègue et ami Perret, amènent la tête dans l'excavation; mais on entendit à ce moment un craquement violent; bientôt après l'extraction de l'enfant était terminée. L'enfant était vivant quoiqu'il présentât des contusions de la face, une fracture de l'occipital et une hémiplégie faciale gauche. Il but encore quelques gouttes de lait qu'une nourrice lui fit couler dans la bouche et mourut quatre heures après.

La mère examinée avec soin présente un écartement notable de la symphyse pubienne: les mouvements qu'on essaye de faire exécuter au membre inférieur droit éveillent une douleur vive et font soupçonner le même accident pour l'articulation sacro-iliaque du même côté. — Une des incisions faites à la partie antérieure du col paraît s'être prolongée au delà de son insertion vaginale, mais une portion seulement de l'épaisseur du col paraît intéressée.

Transportée à la salle Sainte-Marguerite, n° 6, la malade fut immobilisée le plus complétement possible.

A partir de ce moment, la malade éprouva des accidents graves du côté du péritoine et de l'appareil digestif. Ballonnement du ventre, diarrhée, vomissements, inappétence absolue et refus de toute alimentation.

En même temps, incontinence d'urine, suppuration de la symphyse pubienne et des parties molles voisines, élimination d'un séquestre de deux centimètres de long sur un de large provenant de la facette articulaire du pubis gauche.

Il serait trop long d'indiquer ici, jour par jour, l'état de la malade; il suffit de dire qu'il y a eu chez elle une arthrite traumatique de l'articulation sacro-iliaque droite guérie sans suppuration, une longue suppuration de la symphyse pubienne avec nécrose d'une des facettes articulaires, et une destruction de l'extrémité antérieure de l'urèthre. Ces lésions ont provoqué des phénomènes généraux extrêmement graves et prolongés qui, pendant plusieurs mois ont fait craindre une mort imminente. L'alimentation par les lavements de vin et de bouillon, nous a été extrêmement utile et a constitué la médication la plus efficace contre l'intolérance absolue de l'estomac.

Vers le mois de janvier 1865, la guérison est définitivement assurée. La malade a repris de l'embonpoint; elle me paraît jouir d'une bonne santé et digère bien.

En examinant la vulve, M. Trélat constate l'état suivant:

En haut, au niveau de la symphyse pubienne, existe un espace dans lequel on peut placer à plat le petit doigt et borné de tous côtés par du tissu cicatriciel: c'est l'ancien foyer de suppuration de la symphyse pubienne. Celle-ci a été détruite en partie, mais il n'y a plus ni douleur, ni mobilité anormale. Les mouvements de la marche sont réguliers et libres.

L'orifice uréthral est reporté en bas et en arrière, large de un centimètre, et entouré surtout à gauche de brides cicatricielles.

Le canal de l'urèthre est très-court; l'incontinence d'urine est due à la largeur et à la brièveté de ce canal. La cloison recto-vaginale est intacte.

Il était indiqué dans ces conditions de chercher à rétrécir le méat urinaire. Dans ce but, M. Trélat eut recours à deux opérations qu'il pratiqua dans le courant du mois de février.

Il aviva une surface triangulaire dont la base correspondait au bord postérieur du méat en empiétant un peu sur lui et dont les deux côtés longs de 20 à 25 millimètres se dirigeaient en arrière vers le col utérin; puis, il réunit les deux côtés par trois points de suture métallique (fils de platine).

Ces points de suture furent enlevés au bout de cinq jours; la réunion avait eu lieu dans les deux tiers de la suture, mais l'incontinence d'urine n'était nullement modifiée.

La seconde opération dans laquelle on n'appliqua que deux points de suture, parce que l'avivement était moins étendu, fut faite au bout de trois semaines. L'écoulement de l'urine fut légèrement diminué dans le décubitus dorsal, mais persista au même degré dans la station et la marche.

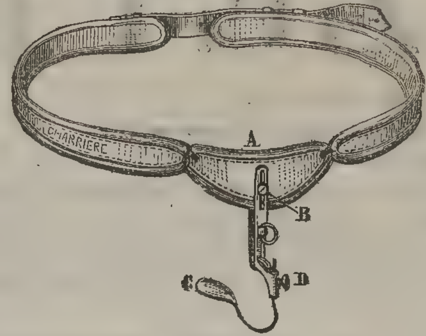
Dès lors, M. Trélat pensa qu'aucune opération ne pourrait remédier à l'incontinence, vu qu'il aurait fallu, pour reconstituer une notable étendue de l'urèthre, agir sur un tissu cicatriciel qui ne se prêtait pas à l'autoplastie.

C'est alors qu'il eut recours à l'appareil prothétique dont nous donnons la reproduction ci-dessous.

M. Charrière fils, l'habile fabricant d'instruments de chirurgie, enlevé si rapidement à l'art, et que tous les chirurgiens regrettent encore, construisit, d'après les indications de mon chef de service, M. Trélat, un bandage spécial. Après de nombreux essais qui durèrent presque deux mois, la malade fut dotée d'un appareil qui lui permit de garder son urine, en sorte que cette infirmité, aussi dégoûtante que désagréable, se trouva dès lors conjurée.

Voici la description de ce bandage:

Une ceinture rembourée portant à sa partie antérieure et médiane une pelote plate qui repose au-dessus du pubis, au milieu de laquelle vient se fixer un ressort qui décrit une assez large courbure à concavité postérieure; il se termine par une petite pelote en ivoire large et longue comme la pulpe du pouce.



C'est cette pelote qui comprime l'urèthre. Le ressort est préservé du contact de l'urine et des mucosités par une enveloppe de caoutchouc.

Quand la malade veut uriner, elle soulève un petit verrou placé au bas de la pelote hypogastrique, et une charnière permet au ressort et à la pelote d'ivoire un mouvement en arc de cercle qui fait cesser la compression. Il suffit de repousser le ressort en arrière pour que le verrou se ferme et que la compression soit rétablie. Il faut ajouter que l'attache du ressort à la pelote hypogastrique est mobile dans le sens vertical, de telle sorte qu'on peut régler la pression du ressort suivant qu'on serre l'écrou plus ou moins haut sur la double tige mobile.

La malade porte cet appareil sans fatigue. Elle peut s'asseoir, se baisser, marcher, sans difficulté. — L'écoulement involontaire de l'urine est complétement suspendu, en sorte que la malade a pu reprendre son état de lingère. Elle est revenue nous voir depuis son départ, et nous avons pu nous assurer de la persistance de la guérison.

Cette observation est curieuse, 1° par la rareté de cette disjonction des symphyses; 2° par la rareté plus grande encore de la guérison pour les cas de cette gravité, et 3° par l'absence de toute mobilité après guérison, mobilité qui a persisté dans plusieurs cas.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Du rôle des eaux sulfureuses thermales dans le traitement de la goutte.

Bien des opinions ont été avancées relativement aux avantages et aux désavantages du traitement thermal appliqué à la goutte. Voici le résultat de diverses observations faites sur ce point controversé par M. Artigues, médecin principal de 1re classe.

1° Les eaux sulfureuses thermales sont toujours formellement et sans exception contre-indiquées pendant la durée de l'accès de goutte, où même à une période très-rapprochée du dernier accès, ou trop voisine de l'accès futur que l'on peut prévoir.

2° Les eaux sulfureuses sont de même contre-indiquées et nuisibles dans tous les cas de goutte atonique franche avec sursaturation et tendance à l'œdème et à l'hydropisie.

3° Les eaux sulfureuses thermales servent de pierre de touche dans les cas douteux, pris pour des douleurs rhumatismales erratiques, et amènent des symptômes caractéristiques de la goutte, comme elles amènent à la peau tous les symptômes cutanés de la syphilis constitutionnelle latente.

4° Les eaux thermales sulfureuses peuvent être très-utiles dans les cas de goutte chronique sans sursaturation goutteuse, sans tendance à l'œdème; mais dans ces cas, le traitement hydro-thermal doit être conduit avec une prudence excessive.

Les bains mitigés sont les seuls qui doivent être prescrits, avec intermittence de repos, calculées sur la plus ou moins grande impressionnabilité du malade. Les douches doivent être dans tous les cas, énergiquement proscrites. Quant à l'eau thermale en boisson, elle doit être proscrite à cause surtout de la substance azotée qu'elle contient.

5° Le traitement sulfureux est de même rejeté sans rémission dans tous les cas où le malade est, soit par des maladies antérieures, soit par sa constitution, prédisposé à une trop grande sensibilité, surtout du côté des muqueuses bronchiques et pulmonaires. Dans ce cas, en effet, l'excitation thermale se porte avec une sorte de prédilection sur le poumon et les bronches, et produit une métastase goutteuse des plus dangereuses.

6° Enfin la même contre-indication existe dans le plus grand nombre des cas de goutte atonique, soit que cette atonicité soit la conséquence d'une alcalinisation antérieure, ou de prédispositions particulières du malade, soit enfin qu'elle soit la conséquence naturelle de l'âge avancé.

7° L'entité morbide mal définie qu'on appelle rhumatisme goutteux, lorsqu'elle emprunte ses caractères de gonflement douloureux, plutôt à l'élément rhumatique qu'à la diathèse goutteuse, est toujours très-heureusement influencée par les eaux sulfureuses à haute température mais à sulfuration mitigée. (Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire 1865).

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE

Séance du 20 décembre 1865. — Présidence de M. Broca.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

LECTURE.

M. LALA (de Rodez) lit, à l'appui de sa candidature à une place

de membre correspondant national, une observation de luxation ancienne du coude, compliquée de fracture de l'olécrane et réduite avec succès; cette observation est renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Després, Trélat et Perrin.

RAPPORT.

Recherches sur la transfusion, par M. Oré (de Bordeaux).

M. LABBÉ lit, sur le mémoire de M. Oré, le rapport suivant :

Dans la séance du 5 août 1863, notre président, M. Broca, lisait devant vous un rapport favorable, sur un travail relatif à la transfusion du sang, présenté quelque temps auparavant à la Société de chirurgie, par un de nos plus distingués confrères de la province, M. le docteur Oré, professeur de physiologie à l'École de médecine de Bordeaux, et chirurgien de l'hôpital Saint-André.

L'honorable rapporteur, après avoir indiqué les points les plus saillants du travail de M. Oré, et après avoir montré que le mémoire dont il venait de donner l'analyse, était surtout remarquable au point de vue de l'histoire et de la critique, terminait par plusieurs conclusions, dont la seconde était conçue en ces termes : « Inviter l'auteur à faire parvenir prochainement à la Société de chirurgie, le travail de physiologie expérimentale où seront consignés les résultats de ses recherches personnelles. »

M. le docteur Oré, n'a pas failli, messieurs, à la tâche qu'il s'était imposée, et aujourd'hui je viens vous rendre compte d'un important mémoire, dans lequel se trouvent consignées de nombreuses expériences, bien propres à entraîner la conviction, et en tout cas bien dignes d'attirer de nouveau l'attention des chirurgiens sur l'opération importante de la transfusion du sang chez l'homme.

Je m'estime heureux d'avoir été désigné pour rendre compte du travail de M. Oré, car je puis lui apporter l'appoint de ma conviction, et parler sciemment de faits qu'il m'a été donné d'observer souvent dans le laboratoire de mon maître le professeur Longet, sous la direction duquel j'ai pratiqué la transfusion un grand nombre de fois, pendant l'été de 1863. J'ajoute, dès à présent, que j'ai assisté notre confrère de Bordeaux, dans les expériences relatives à la transfusion du sang opéré des mammifères aux oiseaux, et de ceux-ci aux mammifères, et que j'ai pu vérifier par moi-même l'entière exactitude des résultats consignés sur ce point, dans son mémoire. M. Oré a divisé son travail en trois parties :

Dans la première, il décrit les appareils employés à diverses époques pour opérer la transfusion.

Dans la seconde, il donne la relation de ses expériences personnelles faites soit avec le sang tel qu'il sort des vaisseaux, soit avec quelques-uns des éléments qui le constituent.

Dans la troisième, il apprécie plus spécialement le rôle de la fibrine.

PREMIÈRE PARTIE. — Richard Lower, vers 1667, décrit le premier un appareil et un procédé pour opérer la transfusion. Il se sert de deux tuyaux de plume, qu'il fixe de la façon suivante : l'un est placé dans l'artère carotide (tuyau carotidien) d'un chien, deux autres dans la veine jugulaire d'un autre chien; de ces deux derniers, le premier est dirigé vers le cœur (tuyau cardiaque), et devra recevoir le sang transfusé; le second est dirigé vers la tête (tuyau céphalique), et doit servir à laisser sortir une certaine quantité de sang pour rendre l'animal plus ou moins exsangue. L'intervalle compris entre le tuyau carotidien et le tuyau cardiaque est rempli par une série de tubes articulés entre eux.

Ce fut cet appareil qui, au XVIIe siècle, fut employé en France par Denys. Au moyen de cet appareil, on opérait la transfusion directement, et un fait important à signaler, c'est qu'à cette époque, les expérimentateurs eurent presque toujours recours à la transfusion immédiate.

Condamnée par la fameuse sentence du Châtelet (17 avril 1668), la transfusion du sang paraissait à tout jamais abandonnée, lorsqu'en 1818, Blundell appela de nouveau l'attention sur elle. Il fit construire, pour pratiquer la transfusion, un appareil un peu plus compliqué, mais fort analogue à celui de Richard Lower.

Dieffenbach pratiqua la transfusion immédiate et la transfusion médiate. Dans le premier cas, il se servit d'un tube dont il introduisait l'un des bouts dans l'artère d'un chien, et l'autre bout dans la veine jugulaire d'un autre chien.

Pour opérer la transfusion médiate, il employa la seringue à injection.

La plupart des chirurgiens ayant donné la préférence à la transfusion médiate, on s'efforça de construire des seringues, telles que l'opérateur pût, autant que possible, être assuré de ne pas injecter de l'air, en même temps que le sang. L'on doit, à ce propos, rappeler les efforts tentés par M. Mathieu, sous l'habile direction du professeur Pajot.

Enfin, dans ces dernières années, M. Moncocq, alors étudiant en médecine, fit fabriquer un appareil fort ingénieux, à l'aide duquel il se proposait « de mettre en rapport, par un courant non interrompu, un sujet pléthorique, destiné à fournir le sang, et un sujet anémique destiné à le recevoir. »

A la même époque, M. Oré arrivait de son côté, en se servant d'appareils nouveaux et successivement perfectionnés, à atteindre le même but que M. Moncocq.

Je ne veux pas ici vous décrire ces divers instruments; la description serait toujours insuffisante, tandis que l'examen direct pourra tous vous convaincre de leur simplicité et de leur efficacité pour atteindre le but désiré.

J'ai personnellement mis en usage un grand nombre de fois, l'appareil de M. Moncocq, et j'ai toujours obtenu les résultats les plus satisfaisants.

L'examen attentif des figures jointes au mémoire de M. Oré et la lecture de la description minutieuse qu'il donne des appareils qui lui sont propres, m'ont aussi, je dois le déclarer, convaincu de leur efficacité; cependant j'incline à croire que l'appareil de M. Moncocq, présente sur celui de M. Oré quelques légers avantages.

En tout état de choses, nous devons reconnaître qu'aujourd'hui, grâce aux efforts tentés par MM. Oré et Moncocq, nous possédons des instruments suffisamment perfectionnés, pour ne plus songer à pratiquer la transfusion médiate, et par suite pour ne plus redouter les divers accidents qui longtemps ont mis en défiance les chirurgiens, et ont donné lieu à des interprétations théoriques nombreuses et fort diverses.

DEUXIÈME PARTIE. — *Expériences de transfusion faites soit avec le sang sortant des vaisseaux, soit avec quelques-uns des éléments qui le constituent.*

Dans cette seconde partie M. Oré s'efforce de répondre à diverses questions dont la première est celle-ci : Est-il possible de ramener à la vie un animal rendu exsangue par une forte hémorrhagie, en faisant pénétrer dans ses vaisseaux du sang pris à un autre animal? L'auteur rappelle ici les nombreuses expériences relatées dans son premier mémoire, expériences dues à Denys et Enemeretz, à Richard Lower, à Blundell, à Dieffenbach, Bischoff, Nicolas, Magendie, Longet, et apporte un contingent de faits nombreux qui lui sont personnels, insistant particulièrement sur une expérience pratiquée dans le laboratoire de M. Longet au mois d'octobre dernier, en présence de MM. les professeurs Gosselin et Charles Robin, de M. Lucien Corvisart et de votre rapporteur.

Un chien de haute taille fut rendu presque complétement exsangue; on n'entendait plus qu'une sorte de murmure sourd à la place des battements du cœur, les muscles des membres et du cou étaient dans un état presque complet de relâchement. La transfusion immédiate fut alors pratiquée à l'aide de l'appareil de Moncocq; 90 grammes de sang empruntés à un autre chien, placé sur la table à expérience, à côté du premier, furent injectés dans la veine crurale du moribond, et presque aussitôt, les battements du cœur reparurent, les muscles se contractèrent, et l'animal délivré des liens qui le retenaient, et placé par terre, marcha dans l'appartement.

Aujourd'hui les faits de cette nature se sont multipliés, et l'on est parfaitement autorisé à conclure qu'incontestablement « la transfusion peut rappeler à la vie un animal rendu exsangue par une forte hémorrhagie. »

Mais parmi les divers éléments du sang quels sont ceux qui prennent la part la plus active dans cette véritable résurrection? question importante qui a donné lieu à de nombreuses expériences de la part de plusieurs physiologistes.

Expériences faites avec le sérum, puis avec la fibrine. — Dans dix expériences M. Oré a injecté du sérum chez des animaux exsangues, et dans aucun cas, il n'a pu les rappeler à la vie que pour quelques heures, 5 à 6 heures au plus. Déjà Dieffenbach avait obtenu de pareils résultats et Magendie avait presque toujours vu les animaux succomber, cependant il avait pu, disait-il, faire vivre un animal pendant 24 heures, après l'injection d'une quantité notable de sérum. La raison de ce résultat insolite est facile à trouver : il s'agissait bien évidemment, ainsi que le fait remarquer M. Oré, d'un animal auquel on avait laissé une quantité de sang assez considérable.

A la suite des injections pratiquées avec la fibrine dissoute dans l'eau additionnée d'une certaine quantité de sérum, dans celles faites avec la fibrine dissoute dans l'eau pure, les animaux sont morts encore plus rapidement.

De tous ces faits M. Oré tire cette conclusion légitime : « Ni le sérum, ni la fibrine, pris isolément ou réunis, ne peuvent ranimer un animal épuisé par des pertes de sang considérables. »

Expériences faites avec les globules sanguins. — Après avoir retiré à des chiens une certaine quantité de sang veineux, l'opérateur fit tomber doucement un filet d'eau sur le caillot. Par le lavage il obtint un liquide fortement coloré en rouge, et dans lequel le microscope permettait de reconnaître les globules dans un état d'intégrité à peu près parfaite, quoique dilatés un peu par la pénétration de l'eau à travers la paroi des cellules.

Ce liquide a été injecté chez six animaux, deux chiens, deux lapins, un coq et une poule. Les deux chiens ont guéri, mais ils sont revenus très-lentement à la santé et sont restés très-faibles pendant les six premiers jours qui ont suivi l'opération. Un des lapins a également guéri; l'autre lapin, le coq et la poule sont morts, l'un après 22 heures les autres après 8 et 10 heures.

Trois résultats favorables ont été obtenus sur six expériences. On pourrait objecter que la nature des globules du sang de chien, injectés chez le coq et la poule a suffi pour amener la mort, mais nous verrons plus tard que, d'après les recherches récentes de M. Oré, du sang de mammifère étant injecté chez des oiseaux, ceux-ci purent continuer à vivre.

Les expériences précédentes tendent bien à démontrer que les globules sont la partie active du sang, mais elles ne pourraient autoriser à pratiquer la transfusion avec de l'eau chargée de globules, et nous sommes heureux de voir M. Oré arriver aussi à cette sage conclusion.

Expériences de transfusion exécutées avec le sang tel qu'il sort des vaisseaux. — A la suite de deux expériences de transfusion médiate à l'aide de la seringue, Blundell était arrivé à cette conclusion « que le sang peut être transmis par la seringue, et cela à plusieurs reprises, sans devenir impropre aux fonctions vitales. »

M. Oré accepte la première partie de la conclusion, mais à la seconde il oppose la dénégation la plus formelle, niant que, comme cela a dû avoir lieu dans la seconde expérience de Blundell, le sang ait pu, pendant 24 minutes, et cela à plusieurs reprises, passer par la seringue, sans perdre les qualités qui sont indispensables pour que la transfusion soit exécutable.

Après Blundell, vient Dieffenbach, qui pratique la transfusion médiate à l'aide de la seringue et « de ses expériences, conclut, que le sang tiré des vaisseaux ne perd ses propriétés revivifiantes qu'au bout de 3 heures. » Cette nouvelle affirmation, pas plus que celle de Blundell n'est acceptée par le physiologiste de Bordeaux.

Dieffenbach fit en outre des expériences de transfusion immédiate. Sur onze animaux (6 chiens, 2 chats, 1 vieille brebis, 1 veau et 1 chevreau), six survécurent à l'opération (3 chiens, 1 chat, la brebis et le veau), et Dieffenbach de conclure « que si la transfusion immédiate peut quelquefois sauver la vie, même dans les cas heureux, elle n'est pas sans danger.

Messieurs, les résultats obtenus par le chirurgien de Berlin, loin d'être défavorables à la transfusion immédiate, doivent au contraire fournir des arguments en sa faveur, si l'on considère que plus de la moitié des animaux ont survécu, alors que l'on employait un appareil fort imparfait.

J'ai dit au commencement de ce rapport que Dieffenbach se servait d'un tube dont les deux extrémités étaient placées dans les vaisseaux des deux animaux en expérience. Or ce tube devait présenter une certaine longueur, et comme il n'avait pu être purgé de l'air qu'il renfermait, cet air passait nécessairement dans les vaisseaux de l'animal soumis à la transfusion. Vous savez que, dans un remarquable travail sur l'injection de l'air dans les veines, M. Oré a démontré qu'une quantité minime de ce gaz peut circuler dans les vaisseaux, sans compromettre immédiatement la vie, mais cela n'est possible que lorsque l'animal n'a pas été préalablement épuisé par une forte hémorrhagie. Dans le cas au contraire où les animaux sont exsangues, une quantité d'air, même peu considérable, arrive facilement dans les cavités droites, les distend, et peut rapidement amener la mort, surtout si l'animal est de petite taille. Une partie des cas malheureux de Dieffenbach, peuvent être expliqués de cette façon, et ne doivent pas justifier les reproches que le chirurgien allemand adresse à la transfusion immédiate, seul procédé qui, comme le pense M. Oré et comme je le crois moi-même, doive être mis aujourd'hui en usage.

Nous allons maintenant suivre pas à pas M. Oré dans la série d'expériences qu'il a instituées pour pouvoir conclure à la supériorité incontestable de la transfusion immédiate. Confiant dans les assertions de Blundell et de Dieffenbach, cet habile physiologiste pensa qu'il pratiquerait la transfusion médiate très-facilement, et grand fut son étonnement lorsqu'il se vit aux prises avec les difficultés résultant de la coagulation rapide du sang. Dans les premières expériences, le sang fut recueilli dans un vase placé au milieu d'un bain-marie, chauffé à 38 ou 40° centigrades; le vase ne pouvait donc faire subir au sang aucun refroidissement. Malgré ces précautions, quelques secondes après sa sortie, une partie du sang était déjà coagulée. Les animaux succombèrent (22 furent opérés), et l'on constata, dans tous les cas, que des caillots qui obstruaient la canule s'étaient opposés à l'injection.

De nouvelles expériences furent faites en ayant soin de recevoir le sang dans un vase qui n'avait pas été préalablement chauffé et qui se trouvait en équilibre de température avec le milieu ambiant. — L'opérateur agissait au mois de novembre (1862) par une température de 13 degrés au-dessus de zéro. La coagulation ne commença à s'effectuer que deux minutes après que le sang eût été tiré de la veine. Guidé par ce fait, M. Oré continua ses observations et put constater : « que plus la température extérieure est basse, plus la « coagulation du sang est retardée. » A l'aide d'une seringue, dans l'intérieur de laquelle était encadrée une toile métallique à mailles très-fines, destinée à retenir les plus petits caillots, il injecta du sang dont la température était tombée à 6 degrés, à 4 chiens et à 3 lapins; 3 chiens et 1 lapin furent ramenés à la vie. Un chien et 2 lapins succombèrent; des caillots assez volumineux s'étaient engagés dans les mailles de la toile métallique, et avaient empêché, chez ces derniers animaux, le sang de passer par la canule.

Un fait semblait acquis : « la réfrigération du sang retarde la formation du caillot. »

M. Oré voulut alors se rendre un compte exact de l'influence du contact de l'air sur la coagulation du sang. Pour cela, dans un petit appareil en caoutchouc, fort ingénieusement disposé, et dans lequel on avait pu faire préalablement le vide, il recueillit une certaine quantité de sang. Au bout de dix minutes, le sang était encore liquide, ne renfermant que quelques petits caillots isolés.

Même expérience répétée, la poche de caoutchouc étant placée dans un liquide marquant 4 à 5 degrés au-dessus de zéro. — Après un quart d'heure la plus grande quantité du sang est encore liquide.

Troisième expérience. — Le sang fut reçu dans la poche, placée dans un vase rempli d'eau et entouré d'un mélange de glace et de sel marin. Au bout de vingt minutes, la pointe de la canule, faisant suite à la poche, et qui était restée dans la jugulaire du chien, tournée du côté céphalique, fut dirigée alors vers le cœur. On pressa sur la poche, et on restitua à l'animal son propre sang, sorti de ses vaisseaux depuis vingt minutes, et dont la température était descendue à 0 degré. L'animal survécut et se rétablit complétement.

Messieurs, cette remarquable expérience, je ne pouvais m'empêcher de vous la raconter avec détail, pour vous convaincre de l'importance qu'acquiert dans la transfusion l'absence du contact de l'air d'avec le sang. N'est-ce pas en effet vous amener en même temps à cette conclusion, que la transfusion immédiate faite à l'aide d'appareils perfectionnés, permettant au sang de passer d'un animal à l'autre, en évitant le contact de l'air, doit être de beaucoup la méthode qui fournira les meilleurs résultats.

C'est, messieurs, ce qu'a bien compris M. Oré, et c'est pour arriver à ce but qu'il a construit divers appareils devenus successivement plus perfectionnés. J'ai déjà eu l'honneur de rappeler le nom de M. Moncocq, qui, de son côté, nous a donné un instrument assez parfait pour nous mettre à même de pratiquer aujourd'hui la transfusion immédiate, aussi bien sur l'homme que sur les animaux.

Je le répète, grâce aux expériences nombreuses et variées de M. Oré, nous sommes en droit de conclure « que la transfusion immédiate doit être préférée à la transfusion médiate. »

TROISIÈME PARTIE. — J'ai enfin à vous entretenir des expériences comprises dans la troisième partie du mémoire de M. Oré, et relatives au rôle de la fibrine dans la transfusion. Les résultats des recherches de notre confrère, nous amèneront de nouveau à la conclusion que je viens d'énoncer.

Première question : Le sang défibriné perd-il ses propriétés revivifiantes? Malgré l'assertion contraire de Magendie, trop facilement acceptée par M. Moncocq, préoccupé qu'il était de faire adopter son appareil à transfusion immédiate, les nombreuses expériences de Dieffenbach, Muller, Bischoff, et celles plus récentes de M. Oré, démontrent que le sang défibriné peut rappeler à la vie les animaux exsangues. Quelques cas pathologiques, peu nombreux il est vrai, et encore incomplets, semblent avoir donné aussi chez l'homme, la démonstration de ce fait.

Deuxième question : Le sang d'un animal peut-il être transfusé à un animal d'une espèce ou d'une classe différente? Au XVIIe siècle, nous voyons Denys transfuser avec succès le sang de 3 veaux à 3 chiens, et être aussi heureux à la suite de la transfusion opérée chez trois hommes avec le sang retiré à des agneaux. La question en était là, lorsque MM. Prévost et Dumas reprirent une partie de ces expériences. De leurs recherches ils concluent que : « l'on éprouvait de grandes difficultés à ranimer les animaux avec du sang emprunté à d'autres animaux d'une espèce différente. »

Ils opérèrent la transfusion des mammifères aux oiseaux, et virent ceux-ci mourir au milieu d'accidents nerveux très-prononcés et com-

parables pour leur rapidité à ceux que l'on obtient à l'aide des poisons les plus violents.

Dieffenbach obtint des résultats à peu près identiques.

Puis vient Bischoff qui varia ses expériences sur la transfusion pratiquée des mammifères aux oiseaux.

Il injecta d'abord du sang de mammifère non défibriné à des oiseaux, et il vit ces derniers succomber au milieu de convulsions, et la mort arriver avec tous les symptômes d'un empoisonnement narcotique violent.

Puis il injecta dans la jugulaire de coqs du sang de veau, préalablement défibriné, et les animaux se rétablirent.

De ces faits Bischoff conclut que la mort est due à la présence de la fibrine, substance qui contient un principe délétère et donne lieu à de véritables phénomènes d'empoisonnement.

Est-il exact de dire que la fibrine renferme un élément toxique? Les accidents qui se sont produits entre les mains des expérimentateurs, que nous venons de citer, ne peuvent-ils recevoir une autre interprétation?

Messieurs, vous devez être frappés de la différence des résultats obtenus d'un côté par les expérimentateurs du XVII[e] siècle, et de l'autre côté par Prévost et Dumas, Dieffenbach et Bischoff. On était autorisé à croire que de semblables divergences pouvaient tenir au mode opératoire différent, employé par les expérimentateurs. Là était en effet le nœud de la question; au XVII[e] siècle on avait opéré la transfusion immédiate, et on avait réussi; les physiologistes modernes avaient pratiqué la transfusion médiate, et leurs tentatives avaient été suivies d'insuccès.

Les dernières expériences que M. Oré a pratiquées, avec mon concours, le 26 octobre dernier, ne laissent plus de doute, sur la légitimité de cette interprétation des faits.

Du sang de canard a été transfusé à deux chiens, et ceux-ci n'ont éprouvé aucun malaise.

Ensuite un canard, auquel en avait enlevé environ 40 grammes de sang, reçut dans sa veine jugulaire 30 grammes, pris dans la veine fémorale d'un jeune chien. La transfusion fut pratiquée avec l'appareil de M. Moncocq. L'animal fut peu impressionné par cette opération, et il s'est rétabli complétement.

D'où cette conclusion: il est possible de transfuser à un animal d'une espèce, le sang provenant d'un animal d'une autre espèce, pourvu que ce liquide arrive dans les veines du premier tel qu'il circule dans les veines du second. Cette condition, vous l'avez vu, ne peut être obtenue qu'à l'aide de la transfusion immédiate. La théorie qui attribue à la fibrine les propriétés toxiques, repose simplement sur un défaut dans l'expérimentation, et les phénomènes convulsifs qui ont été attribués à cette cause imaginaire, doivent être rapportés à la présence dans les vaisseaux d'embolies multiples, résultant de l'injection d'un sang déjà en partie coagulé.

J'espère, messieurs, vous avoir fait saisir comment M. Oré, après avoir pris en main la cause de la transfusion immédiate, a montré par ses nombreuses et remarquables expériences sur les animaux, la supériorité de ce mode opératoire, sur celui de la transfusion médiate; j'ajoute que, grâce aux appareils perfectionnés que nous possédons, les chirurgiens pourront désormais tenter la transfusion immédiate de l'homme à l'homme.

Messieurs, outre le travail important dont je viens de vous donner l'analyse, M. Oré a déjà soumis plusieurs mémoires au jugement de la Société de chirurgie. Je me permettrai de vous rappeler en outre ses belles expériences sur l'oblitération de la veine porte.

M. Oré est placé, à Bordeaux, à la tête d'un service de chirurgie de l'hôpital Saint-André, et à même, par conséquent, de recueillir des faits importants, dont il s'empressera toujours de vous faire le premier hommage.

Je propose à la Société:

1° De remercier M. Oré de son importante communication;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication;

3° D'inscrire son nom, en bon rang, sur la liste de présentation aux places de membre correspondant national, actuellement vacantes.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

Le rapport de M. Labbé sera inséré dans le Bulletin.

ÉLECTIONS.

Élection du Bureau pour 1866.

Élection du président. — Sur 32 votants: M. Giraldès obtient 29 voix; M. Follin, 1; M. Legouest, 1; bulletin blanc, 1.

M. Giraldès est élu président.

Élection du vice-président. — Sur 31 votants: M. Follin, 25 voix; M. Forget, 2; M. Guérin, 2; M. Verneuil, 1; billet blanc, 1.

M. Follin est élu vice-président.

Élection des secrétaires annuels. — Sur 31 votants: M. Guyon, 26 voix; M. Dolbeau, 19; M. Lefort, 9; M. Tarnier, 2; M. Després, 2; MM. Blot et Labbé, chacun 1.

MM. Guyon et Dolbeau sont élus secrétaires annuels.

MM. Houel et Verneuil sont maintenus, par acclamation, le premier dans ses fonctions de trésorier, le second dans celles d'archiviste.

COMITÉ SECRET.

A quatre heures et demie, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture de deux rapports:

L'un de M. Lefort, au nom de la Commission du prix Duval;

L'autre de M. Follin, sur les candidats au titre d'associés étrangers et de membres correspondants nationaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, HIPP. BLOT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 27 décembre, ont été promus dans l'Ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier: MM. Saulnier et Duparge, médecins-majors de 1[re] classe; Auboyer, vétérinaire principal.

— Par décret en date du 2 décembre, M. Dupré, médecin de l'hôpital civil de Chantilly (Oise), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le Maire d'Arfons, arrondisssement de Castres (Tarn), demande un médecin pour sa commune qui en est privée par suite du décès de M. le docteur Ségnier. La population est de 1400 habitants. La commune assure un traitement fixe de 1000 francs. Il n'y a pas de pharmacien. L'officine la plus proche est à plus de 12 kilomètres.

— La société médicale du X[e] arrondissement a procédé, dans la séance du 26 décembre, au renouvellement du bureau.

Ont été nommés pour l'année 1866: Président, M. Courot. — Vice-Président, M. Coizeau. — Secrétaire général, M. Vaquez. — Secrétaire particulier, M. Demouy.

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance mercredi 3 janvier, à huit heures précises du soir, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, n° 20. Voici son ordre du jour:

1° Des maladies régnantes; suite de la discussion sur le choléra et son traitement, par les membres de la Société.

2° D'un mode simple, rationnel et efficace d'assistance pour les aliénés, par M. le docteur Delasiauve.

3° Traitement du chancre à son début, par M. le docteur Edm. Langlebert.

Le Directeur, D[r] E. LE SOURD.

Paris. — J. Claye, imprimeur, rue Saint-Benoît, 7.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1865.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

PARIS. — IMPRIMERIE DE J. CLAYE, RUE SAINT-BENOIT, 7.